



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

***Burnout e Ansiedade dos Técnicos de Radiologia
Portugueses Face à Prática de Exames Tanatalógicos***

**Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Psicologia,
especialidade de Psicologia da Saúde**

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR JOSÉ CARLOS PESTANA DOS SANTOS CRUZ

ANA PAULA ALMEIDA DA COSTA

FARO, 2007

**UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

***Burnout e Ansiedade dos Técnicos de Radiologia
Portugueses Face à Prática de Exames Tanatológicos***

**Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Psicologia,
especialidade de Psicologia da Saúde**

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR JOSÉ CARLOS PESTANA DOS SANTOS CRUZ

ANA PAULA ALMEIDA DA COSTA

FARO, 2007

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Por despacho reitoral de 5 de janeiro de 2008, foi designada a realização das provas de mestrado para dia 22 de Fevereiro, às 11 horas e 30 minutos com o seguinte júri:

Presidente: Doutora **Maria Cristina de Oliveira Salgado Nunes**, Professora da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

Vogais: Doutor **José Carlos Pestana dos Santos Cruz**, Professor Auxiliar da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

Doutora **Maria Cristina Campos de Sousa Faria**, Professora Adjunta da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Beja.

***“O que sabemos, saber que o sabemos. Aquilo
que não sabemos, saber que não o sabemos:
eis o verdadeiro saber”***

Confúcio (551 AC- 477 AC)

AGRADECIMENTOS

A todos os colegas Técnicos de Radiologia do norte a sul do país assim como aos colegas das Ilhas, o meu agradecimento pela adesão e colaboração, possibilitando esta investigação na nossa área profissional. Aos colegas que disponibilizaram do seu tempo enviando os seus testemunhos por escrito, à disponibilidade do colega de Sta. Maria da Feira, Drº Fernando Leite na distribuição dos mesmos, o meu Bem-haja.

Com especial carinho à colega Mestre Cristina Almeida pelo seu incentivo e paciência pelas horas perdidas comigo ao telefone.

O meu reconhecimento ao Prof. Doutor Pestana Cruz que na qualidade de meu orientador pela sua paciência, dedicação e muitas horas do seu descanso na conduta desta investigação.

Também os meus agradecimentos ao Prof. Doutor Vito Carioca e ao Mestre Cesário Almeida que tão gentilmente partilharam os seus conhecimentos e ajuda na recolha dos dados da investigação.

Aos colegas do meu Serviço, Drª Nanci Simões e Drº João Chaveiro que se disponibilizaram em horas de trabalho a fim de me possibilitarem tempo livre para aplicar na investigação, à minha administrativa D. Deolinda e sua filha Marisa, os meus sinceros agradecimentos.

Para finalizar não poderia esquecer a minha família, esposo e filhos que tantos me incentivaram durante todo o tempo do Mestrado. Obrigada pelo carinho e compreensão às horas de ausência, aos passeios que não demos, e sobretudo às variações de humor muitas vezes vivenciadas...Obrigada pela vossa compreensão.

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

ORIENTADOR: PROF. DOUTOR JOSÉ CARLOS PESTANA DOS SANTOS CRUZ

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: ANSIEDADE E BURNOUT DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA PORTUGUESES FACE AOS EXAMES TANATALÓGICOS

RESUMO

Este trabalho pretendeu conhecer os níveis de Burnout entre os Técnicos de Radiologia portugueses, principalmente os que estão expostos a exames tanatológicos, dada a sua impreparação psicológica e formativa. Pressupondo um aumento acentuado dos níveis de ansiedade e de Burnout e em que medida as variáveis mediadoras protegem os sujeitos em relação à exposição destes exames.

Tipo de estudo: um estudo qualitativo (análise de conteúdo) que procura apurar reacções emocionais, cognitivas e comportamentais; E um estudo empírico quantitativo do tipo transversal, que procura relações de dependência e correlacionais entre variáveis independentes.

A amostra é constituída por 239 técnicos de radiologia, dos quais 221, integraram o estudo quantitativo e 18 o qualitativo, a nível nacional, distribuídos por 22 hospitais dos 18 distritos e 2 das regiões autónomas. Seleccionados pelos coordenadores dos respectivos serviços de imagiologia.

Os instrumentos utilizados, foram narrativas pessoais escritas, um questionário sócio-demográfico, 23QVS de Vaz Serra, Inventário de Ansiedade Estado - Traço de Spielberg e MBI (Maslach, Burnout Inventory).

Este estudo apresentou níveis de Burnout e Ansiedade nos técnicos de radiologia mais baixos em relação aos níveis em outros profissionais de saúde, realizados anteriormente.

Concluindo-se que 87,3% dos técnicos narradores sugerem que a pratica deste exame escapa ao seu controle pessoal implicando acontecimentos lesivos para o seu bem – estar psicológico. Verificou-se que a vulnerabilidade ao stresse e a ansiedade - traço aumentam significativamente a exaustão emocional. Os aumentos dos níveis de ansiedade estado – a mais sentida pelos técnicos, tende a potenciar os níveis de Burnout e a contribuir para a diminuição da eficácia e qualidade de vida destes profissionais, o que demonstra a necessidade de um investimento na formação académica e profissional.

Palavras-chave: Exames tanatológicos, Burnout, Ansiedade, Emoção, Coping

ABSTRACT

The following Work aimed at understanding the *Burnout* levels among the portuguese Radiology Technicians, especially those exposed to thanatologic tests due to their lack of formative and psychological preparation, assuming an increase in the anxiety levels of burnout and in what way the mediator variables protect the subject against the exposure of those tests.

Type of study: a qualitative study (content analyzes) which seeks to find behaviour, cognitive and emotional reactions, and a quantitative empirical study of transversal kind, which looks to connect relations among the independent variables.

The samples consists of 239 radiology technicians, 221 of them are in the quantitative study and 18 in the qualitative, nationwide throughout 22 hospitals of the 18 districts and 2 of autonomous regions. Select by the co-ordinator of each imagiology service.

The instruments used were written and spoken narratives, a Social Demographic Questionnaire; 23QVS of Vaz Serra; State of Anxiety Inventory of Spielberg; MBI (Malasch Burnout Inventory) of Malasch and Jackson.

This study presents lower levels of anxiety and burnout in the radiology technicians than in any other health professionals.

Concluding that 87,3% technicians eve suggested that the use of this test is behind there personal control which leads to harmful situations in their psychological welfare.

Tests show that anxiety and stress sensitiveness highten emotional exhaustion.

The increase of the anxiety levels- most felt by technicians, tend to involve the burnout levels and to contribute to the reduction of effectiveness and quality of live of those professionals, which shows the need to an investment in the professional and academic graduation.

Key-words: Tanatologic tests, Burnout, Anxiety, Emotion, Coping

INDICE

CAPITULO I

Introdução	19
------------------	----

CAPITULO II – Enquadramento Conceptual

2.1 – Da morte e do morrer	22
2.2 – Pratica radiológica em Tanatologia	25
2.3 – Reacções emocionais face aos exames com cadavers	27
2.4 – Ansiedade e Depressão	32
2.5 – Stresse	34
2.6 – Coping	41
2.7 – Burnout	46

CAPITULO III – Metodologia

3.1 – Tipo de estudo	51
3.2 – Objectivo do estudo e Questões de investigação	51
3.3 – Variáveis em estudo	53
3.3.1 – Variáveis secundarias ou externas	53
3.3.2 – Variáveis moderadoras.....	53
3.3.3 - Variáveis mediadoras	54
3.3.4 -. Variáveis dependentes (níveis de burnout e ansiedade)	54
3.4 – Amostra e procedimento	54
3.5 – Instrumentos	55
3.5.1 – Narrativa pessoal	55
3.5.2 - Questionário sócio-demograficos	55
3.5.3 – 23 QVS	56
3.5.4 – Inventário de Ansiedade Estado – Traço	57

3.5.5 -MBI (Maslach Burnout Inventory)	58	
3.6 – Analise dos resultados	59	
3.6.1 – Analise Qualitativa	59	
3.6.2 – Analise Quantitativa	62	
CAPITULO IV – Apresentação e discussão dos resultados		
4.1 - Apresentação e discussão dos resultados do estudo 1 (Qualitativo)	63	
4.2 – Conclusões parciais relacionadas com o estudo qualitative	77	
4.3 - Analise e discussão dos resultados do estudo 2 (Quantitativo)	79	
4.3.1 – Caracterização geral da amostra relativamente ao questionário sócio-demografic...	79	
4.3.2 – Níveis de burnout entre os técnicos de radiologia portugueses	81	
4.3.3 – Influencia das variáveis secundarias nos níveis de burnout dos técnicos de radiologia	82	
4.3. 4 – Influencia das variáveis independentes (moderadoras e mediadoras) nos níveis de burnout dos técnicos de radiologia	93	
4.3.5 – Influencia das variáveis secundarias nos níveis de ansiedade dos técnicos de radiologia	103	
4.3.6 – Influencia das variáveis (moderadoras e mediadoras) Nos níveis de ansiedade estado dos técnicos de radiologia	109	
4.3.7 – Conclusões parciais relacionadas com o estudo quantitativo	114	
CAPITULO V – Conclusões		115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS		118
BIBLIOGRAFIA AUXILIAR		124
GLOSSÁRIO		125
ANEXOS A – Narrativas	126	
B – Questionário e Escalas	159	

INDICE DE FIGURAS

Figura nº1, Arvore de decisão das apreciações primárias
de Lazarus (1991)29

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Retirado de: Tremblay (2004, p 1) Sintomas de Burnout	48
Quadro 2. Categorias de análise	64
Quadro3.Categoria_Avaliações	66
Quadro 4. Frequência das referências às reacções emocionais dos técnicos de radiologia	70
Quadro 5. Atitudes e comportamentos referidos para lidar com a prática dos exames tanatológicos	73

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Frequência das referências das sub-categorias da categoria Avaliações	67
Gráfico 2. Frequência relativa das referências aos vários tipos de reacção emocional	71
Gráfico 3. Número de referências por sub-categoria da categoria de Atitudes / Comportamentos	74

INDICE DE TABELAS

Tabela – 1. Caracterização geral da amostra dos Técnicos de Radiologia.	79
Tabela - 1 Características gerais da amostra (cont)	80
Tabela – 2. Resultados comparados dos níveis de <i>Burnout</i> em Profissionais de Saúde	81
Tabela - 3 Resultados comparados (por sexo) dos níveis de <i>Burnout</i> dos Técnicos de Radiologia (Teste T Student)	82
Tabela – 4. Análise estatística Anova (one way) das variações dos níveis de <i>Burnout</i> em função da Idade.	83
Tabela – 5. Análise estatística (Kruskall-Wallis) das dimensões do <i>Burnout</i> em função do Estado Civil	84
Tabela – 6 Análise estatística (Kruskall-Wallis) das dimensões do <i>Burnout</i> em função da Zona de Trabalho (Norte, Centro, Sul e Ilhas).	85
Tabela – 7. Variações dos níveis de <i>Burnout</i> em função da condição de ter ou não ter filhos (Teste T de Student)	86
Tabela 8. Análise estatística Anova (one way) das variações dos níveis de <i>Burnout</i> em função do tempo de service	87
Tabela 9. Análise estatística (Kruskall-Wallis) das dimensões do <i>Burnout</i> em função das Habilitações Literárias	88
Tabela 10. Análise estatística (Kruskall-Wallis) das dimensões do <i>Burnout</i> em função do tipo de vínculo profissional	89

Tabela 11. Análise estatística (Kruskall-Wallis) das dimensões do <i>Burnout</i> em função do tipo de horário de trabalho	90
Tabela 12. Resultados comparados, em função da prática ou não de dupla actividade profissional, dos níveis de <i>Burnout</i> dos Técnicos de Radiologia (Teste T Student)	91
Tabela 13. Análise estatística Anova (one way) das variações dos níveis de <i>Burnout</i> em função das horas de trabalho extra	92
Tabela 14. Resultados comparados, em função do conhecimento prévio de que a realização de exames tanatológicos fazia parte da actividade profissional, dos níveis de <i>Burnout</i> dos Técnicos de Radiologia (Teste T Student)	93
Tabela 15. Análise estatística Anova (one way) das variações dos níveis de <i>Burnout</i> em função do número anual de exames tanatológicos realizados	94
Tabela 16. Resultados da Regressão Linear entre os factores moderadores Vulnerabilidade ao Stresse e Ansiedade Traço, globalmente considerados, e os níveis de Exaustão Emocional	95
Tabela 17. Resultados da Regressão Linear Múltipla entre os factores moderadores: Vulnerabilidade ao Stresse e Ansiedade Traço, individualmente considerados, e os níveis de Exaustão Emocional	95
Tabela 18. Resultados da Regressão Linear Múltipla entre os factores da Escala de Vulnerabilidade ao Stresse, individualmente considerados, e os níveis de Exaustão Emocional	96

Tabela 19. Resultados da Regressão Linear entre os factores moderadores: Vulnerabilidade ao Stresse e Ansiedade Traço, globalmente considerados, e os níveis de Despersonalização	97
Tabela 20. Resultados da Regressão Linear entre os factores moderadores: Vulnerabilidade ao Stresse e Traço Ansiedade, individualmente considerados, e os níveis de Despersonalização	98
Tabela 21. Influência dos factores da 23QVS (Vulnerabilidade ao Stresse), individualmente considerados, na variância da dimensão Despersonalização	98
Tabela 22. Resultados da Regressão Linear entre os factores moderadores: Vulnerabilidade ao Stresse e Ansiedade Traço, globalmente considerados, e os níveis de Realização Pessoal	99
Tabela 23. Resultados da Regressão Linear Múltipla entre os factores moderadores: Vulnerabilidade ao Stresse e Traço Ansiedade, individualmente considerados, e os níveis de Realização Pessoal	100
Tabela 24. Resultados da Regressão Linear Múltipla entre os factores da Escala 23QVS, individualmente considerados e a dimensão Realização Pessoal.	101
Tabela 25. Comparação das médias às dimensões do <i>burnout</i> em função da condição da prática de desporto (Teste T Student)	102

Tabela 26. Resultados comparados (por sexo) dos níveis de Ansiedade dos Técnicos de Radiologia (Teste T Student)	103
Tabela 27. Análise estatística (Anova, oneway) das variações dos níveis de Ansiedade em função da Idade	104
Tabela 28. Análise estatística (Kruskal-Wallis) dos resultados à variável ansiedade em função do estado civil	104
Tabela 29. Análise estatística (Kruskal-Wallis) das variações dos níveis de Ansiedade Estado, em função da Zona de Trabalho (Norte, Centro, Sul e Ilhas)	105
Tabela 30. Variações dos níveis de Ansiedade Estado em função da condição de ter ou não ter filhos (Teste T de Student)	105
Tabela – 31. Análise estatística Anova (one way) das variações dos níveis de Ansiedade Estado em função do tempo de service	106
Tabela 32. Análise estatística (Kruskal-Wallis) dos níveis de Ansiedade Estado em função das Habilitações Literárias	106
Tabela 33. Análise estatística (Kruskal-Wallis) dos níveis de Ansiedade Estado, em função do tipo de vínculo Profissional	107
Tabela 34. Análise estatística (Kruskal-Wallis) dos níveis de Ansiedade Estado em função do tipo de horário de trabalho	108
Tabela - 35 Resultados comparados, em função da prática ou não dupla actividade profissional, dos níveis de Ansiedade Estado dos Técnicos de Radiologia (Teste T Student)	108
Tabela – 36 Análise estatística Anova (one way) das variações dos níveis de <i>Burnout</i> em função do número de horas de trabalho extra.	109

Tabela 37. Resultados comparados, em função do conhecimento prévio de que a realização de exames tanatológicos fazia parte da actividade profissional, dos níveis de Ansiedade Estado dos Técnicos de Radiologia (Teste T Student)	109
Tabela 38. Análise estatística Anova (one way) das variações dos níveis de <i>Burnout</i> em função do número anual de exames tanatológicos realizados	110
Tabela 39. Comparação das médias aos níveis de Ansiedade Estado em função da condição da prática de desporto (Teste T Student)	111
Tabela 40. Resultados da Regressão Linear entre os factores moderadores Vulnerabilidade ao Stresse e Ansiedade Traço, globalmente considerados, e os níveis de Ansiedade Estado	112
Tabela 41. Resultados da Regressão Linear entre os factores moderadores: Vulnerabilidade ao Stresse e Traço Ansiedade, individualmente considerados, e os níveis de Ansiedade Estado	112
Tabela 42. Resultados da regressão linear múltipla entre os sete factores da Escala 23QVS (Vulnerabilidade ao Stresse) e os níveis de ansiedade da amostra	113

CAPITULO I. INTRODUÇÃO

Observações ocasionais permitem concluir que os exames tanatológicos colocam aos Técnicos de Radiologia problemas de ajustamento emocional relacionados com a sua impreparação psicológica face à manipulação de cadáveres humanos.

Este tipo de actividade, que consiste na realização de exames no quadro da medicina forense, como a pesquisa de projecteis nos cadáveres, identificação de cadáveres através de material de osteossíntese, pesquisa de traumatismos relacionados com a morte, avaliação e monitorização de doenças sistémicas e malformações esqueléticas na investigação pós-mortem, em nados-mortos, coloca o Técnico de Radiologia perante tarefas para as quais não foi preparado do ponto de vista psicológico e, também por isso, indutoras de elevados níveis de stresse.

Acresce que estes profissionais, habituados e motivados para lidar com a promoção da saúde em pessoas vivas, percebem este tipo de tarefas, no máximo como traumático e no mínimo como muito desconfortável, o que pode induzir, face à sua repetição, reacções de ansiedade e sensações de cansaço, desmotivação e tensão psicológica, conduzindo a uma possível instalação dum síndrome de Burnout.

O *Burnout* tem sido estudado no âmbito da actividade dos profissionais de ajuda, desde 1970, particularmente nos profissionais de saúde (Pacheco, 2006), consistindo em reacções emocionais, cognitivas e comportamentais perturbadas, em face da presença continuada de stresse profissional. Segundo Maslach (2001) caracteriza-se por um aumento da Exaustão Emocional e da Despersonalização e uma diminuição dos sentimentos de Realização Profissional e induz absentismo, consumo de substâncias, automedicação, perturbações do sono, etc. em profissionais de ajuda (Pacheco, 2006).

A presente dissertação insere-se no âmbito do Mestrado em Psicologia, área de especialização de Psicologia da Saúde e pretende explorar as relações entre a realização de exames tanatológicos pelos Técnicos de Radiologia e a maior probabilidade da ocorrência de *Burnout* e outras reacções emocionais adversas, como a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa, absentismo, consumo de substâncias e automedicação.

Com efeito, muito embora se tenham realizado um número alargado de estudos sobre a prevalência de *Burnout* nas profissões de ajuda e, em particular, nos profissionais de saúde (Demir, Ulusoy & Ulusoy, 2003; Maslach; Schaufeli & Leiter, 2001) não existem, ao nosso conhecimento, estudos realizados com técnicos de radiologia que são chamados a realizar exames tanatológicos.

A pertinência deste trabalho de investigação radica na necessidade do estudo alargado do síndrome de *Burnout* em todo o tipo de profissionais de ajuda e, em particular, nos profissionais de saúde, devido ao impacto negativo que a sua eclosão provoca nos próprios profissionais, nas suas famílias e nos serviços em que trabalham.

Consideramos igualmente de importância assinalável a busca científica de relações entre a presença do *Burnout* e a sua relação com algumas variáveis mediadoras e moderadoras, na expectativa da adopção de medidas preventivas adequadas.

Para responder a estas questões levámos a cabo dois estudos: o primeiro, de natureza qualitativa, em que, através de 20 narrativas solicitadas a técnicos de radiologia, procurámos perceber, de forma ideossincrática e aprofundada, o que esses profissionais sentiam, pensavam e faziam face à exposição a exames tanatológicos e o segundo, de natureza quantitativa, em que, a todos os profissionais desta especialidade reconhecidos foi solicitado o preenchimento de um conjunto de instrumentos destinados a avaliar os seus níveis de stresse e *burnout* e as estratégias de *coping* mais frequentemente

utilizadas, em função da sua idade, sexo, tempo de serviço, escola de formação e número de exames tanatológicos a que estiveram expostos no último ano.

O conjunto desses dois estudos, complementares na sua essência, permitiu-nos apurar um conjunto de relações de correlação e inferência significativas entre algumas variáveis chave e perceber melhor as consequências, em termos de bem-estar, da exposição a este tipo de exames.

CAPITULO II. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1 – Da Morte e do Morrer

A percepção da inevitabilidade da morte é uma das características que melhor define e separa o Homem dos outros seres vivos. Barros-Oliveira (1998) afirma que:

“...em busca de compreensão para a morte geraram-se mitos e religiões, doutrinas filosóficas, abordagens científicas, obras de arte e de literatura, cuja finalidade parece ser a de atenuar o medo do desconhecido perante o qual a morte nos coloca”.

Todavia, apesar do conhecimento da morte nos acompanhar desde tempos imemoriais, a nossa relação com ela tem sido diferente e mutável ao longo dos séculos. O lugar da morte não tem sido simples nem estável, quando retrocedemos na História da Humanidade.

Ariés (1988, 2000) sistematizou um percurso de atitudes das sociedades ocidentais face à morte desde o início da Idade Média e até à época actual. Identifica assim um conjunto de cinco fases.

Fase 1 – A Morte Domada

É sobretudo característica da baixa Idade Média em que o Homem acreditava que sabia quando iria morrer, através de visões, premonições ou outros sinais. Era uma época em que a fronteira entre o natural e aquilo que se designa hoje por sobrenatural era muito ténue. Acreditava-se na omnipresença dos mortos entre os vivos sendo a sua presença apenas sentida por aqueles cuja hora da morte se aproximava. Neste período, surgem numerosos relatos de pessoas que morriam no dia e na hora que haviam previsto e que para tal se preparavam.

Fase II – A Morte de Si Mesmo

Esta atitude surge a partir do século XI e traduz uma fase em que o Homem começa a preocupar-se com a própria morte e com o que virá depois. O Homem procura garantias para a vida depois da morte, através de ritos de absolvição dos seus pecados, orações aos mortos, donativos, missas rezadas após a morte e testamentos para doar os seus bens à Igreja e aos pobres. Surge a ideia de que existe um Juízo Final, perante o qual todos os Homens têm de prestar contas após a sua morte.

Fase III – A Vida no Corpo Morto

Até ao séc. XVIII a morte vai ser perspectivada de uma outra forma. A observação de que o corpo após a morte mantém resíduo de vida – que pêlos e unhas continuam a crescer e que existem secreções – levam a superstições populares de que o corpo depois da morte ainda ouve e se lembra. O medo predominante, entre os séculos XVII e XVIII, era o de se ser enterrado vivo. Deste receio, vão emergir vários ritos e cerimónias para atrasar o sepultamento tais como velórios de quarenta e oito horas. A morte só é realmente reconhecida quando o corpo entra em decomposição.

Fase IV – Da Morte do Outro

A partir do séc. XIX, a morte passa a ser romântica, bela e sublime, permitindo a união dos seres que em vida são apartados. Existe uma crença na vida para além da morte, embora se dissipe a ideia de Juízo Final ou a de Inferno. A morte traduz a possibilidade de evasão e de libertação da alma. O medo dominante era o de que as almas dos mortos viessem perturbar os vivos.

Fase V – A Fase da Morte Invertida

Este panorama vai surgir sobretudo a partir de 1918, ou seja a partir da I Grande Guerra Mundial, e acompanha-nos até ao momento actual. O local mais comum da morte deixa de ser a casa para passar a ser o hospital, onde a morte é ocultada e a família muitas vezes afastada.

O hospital do séc. XX já não é apenas um local onde se cura e onde se pode morrer por causa de um fracasso terapêutico, mas transformou-se no lugar normal da morte. Ao transferir a morte para o hospital, esta deixa de pertencer ao moribundo, ou à sua família e começa, ao invés de tudo o que se passou anteriormente, a ser um momento regulado e organizado por uma burocracia cuja intenção é a de que a morte perturbe o menos possível a sociedade em geral. A sociedade protege-se assim das tragédias quotidianas da morte a fim de poder prosseguir as suas tarefas sem emoção nem obstáculos.

Hoje em dia, o tempo da morte alargou-se consoante a vontade humana que, não a podendo suprimir pode regular a sua duração adiando o que seria o momento da morte em dias, semanas, meses e nalguns casos anos, através do uso de fármacos e de tecnologias de suporte da vida que só no nosso século passaram a existir. O próprio conceito de morte se especializa.

Os sinais antigos, como a paragem do coração e da respiração deixam de ser suficientes e surge o conceito de morte cerebral medida por um electroencefalograma, a determinar a morte biológica.

O silêncio tornou-se a atitude mais comum no confronto com a morte. A morte foi reduzida a um momento de passagem biológica, desprovida de significado, que não despedaça nem perturba os que ouvem dela falar e que não provoca angústia nos

sobreviventes. Nas palavras de Kubler Ross (1991, p.19): "Morrer tornou-se um acto solitário e impessoal"

2.2 - Prática Radiológica em Tanatologia

Até há duas décadas atrás existia a convicção generalizada, entre os técnicos de radiologia, que não era permitido por lei efectuar exames imagiológicos a cadáveres nos serviços de radiologia dos hospitais. Quando algo no género era solicitado, a negação era a primeira reacção e só por muita insistência e razões muito concretas algum voluntário acabava por realizar o exame requerido, mas em ambiente de grande secretismo. Isto porque em meio hospitalar “ mortos e vivos não utilizam as mesmas salas de exames”, assim como quem estuda “vivos” não estuda “mortos”. Conceito totalmente errado, nada proibia a realização destes exames, desde que devidamente criadas as condições de assepsia nos respectivos serviços.

Com a evolução da investigação médica na genética e na medicina forense o aumento das solicitações a este tipo de exames obrigou à procura de normas e legislação do exercício profissional, deparando-se com uma realidade totalmente diferente, pois os exames tanatológicos sempre fizeram parte das funções do Técnico de Radiologia. Por razões desconhecidas esta valência esteve omissa na formação disponibilizada pelas Escolas Superiores das Tecnologias da Saúde portuguesas.

No contexto académico da Licenciatura de Radiologia não existe nenhuma disciplina com componente curricular versada à Tanatologia, nem na Medicina Forense, ao longo do curso nunca é mencionado qualquer contacto do Técnico de Radiologia com o cadáver, apesar dessas funções serem claramente referidas nos estatutos do Perfil e Exercício do Técnico de Radiologia.

A prática radiológica engloba várias áreas, nomeadamente as investigações post-mortem na área antropológica, da genética e da medicina forense, exames a peças operatórias e a membros amputados para avaliação vascular e consistência ortopédica.

A radiologia nesta valência incide principalmente na identificação de cadáveres, avaliação e monitorização de doenças sistémicas, de malformações esqueléticas e dos tecidos moles, e de traumatismo causa/morte, assim como busca de corpos estranhos, projecteis com orifício só de entrada, etc...

É importante salientar que os Técnicos de Radiologia desempenham a sua actividade durante 24 horas diárias, trabalhando frequentemente sozinhos ou em equipas de pequenas dimensões, desenvolvendo um trabalho cujas características individuais, aptidões intelectuais assim como os valores e motivações, elevam a sua respectiva colaboração com as equipas de emergência ou de cuidados médicos agudos, colaboram com todas as especialidades em contexto de trabalho e de produtividade organizacional multidisciplinar.

Levantam-se alguns problemas nos serviços, não nos exames a peças operatórias ou membros amputados, mas sim nas investigações pós-mortem quando é solicitada a presença dum Técnico ao serviço de Tanatologia (morgue) para pesquisa de materiais estranhos ao corpo ou deformações que possam diagnosticar a eventual causa da morte; mas o mais doloroso para estes profissionais é a solicitação para estudo do cadáver após exumação, devido ao seu estado de avançada decomposição. Mesmo com a colaboração do Técnico de Tanatologia é difícil o manuseamento do cadáver, para a colocação do *Imaging Plate* (ou chassis) em posicionamento correcto afim da realização do exame. O contacto físico tem sido problemático para estes profissionais de saúde, a sua falta de preparação académica na área, o tabu relacionado com a morte ainda existente na nossa

sociedade, conduz estes profissionais a atitudes que muitas das vezes são lesivas ao seu Bem-estar físico e psicológico.

Recentemente em algumas Escolas Superiores já se nota alguma preocupação nesta valência, mas ainda com pouca relevância, surgem alguns trabalhos realizados pelos alunos dos terceiros e quartos anos do curso de Radiologia no contexto da prática técnica mas nenhum na área da psicologia.

Não existe por parte das escolas superiores ou das instituições hospitalares, a preocupação em formar, avaliar e acompanhar os profissionais de saúde na área da psicologia e da saúde mental.

2.3 - Reacções emocionais à manipulação de cadáveres

As Emoções são extremamente importantes numa perspectiva biológica, psicológica e social (Vaz Serra, 2002). A Emoção é um impulso neural que move um organismo para a acção e diferencia-se do sentimento por ser um estado psico-fisiológico. A emoção depende da percepção que o sujeito tem de uma dada situação, é um estado temporário, marcado por modificações fisiológicas.

Os sentimento é um estado mais durável que a emoção. Uma pessoa emocionada, por exemplo, colérica ou em pânico é alguém que perde o controle da situação, mas também de si própria (Goleman. 1997).

Segundo Veríssimo (2000), a emoção representa o movimento de exteriorização, designa um conjunto de respostas neurais e neuro-humorais, de que resulta o estado emocional, referindo-se este às modificações induzidas, a nível cerebral (no córtex sensorio-motor, ou nos núcleos neurotransmissores do tronco cerebral), a nível visceral e do meio interno (como é o vaso-motor), estimando-se em segundos ou minutos a sua duração.

O conceito de emoção torna-se difícil de definir com objectividade. Segundo alguns autores, identifica-se pelas expressões faciais de cada um à forma como reage às situações. Por exemplo, Strongman (1998, p. 185) afirma que:

“As emoções, tal como se distinguem na linguagem, não podem ser distinguidas da mesma forma nas suas expressões. As pessoas usam diferentes rótulos para a mesma expressão e emoções diferentes podem produzir expressões muito semelhantes, isto sugere que na expressão emocional há algo mais que pode ser traduzido”.

A teoria proposta por Frijda (1986) amplamente aceite, assenta em três princípios base:

- A existência de uma base biológica para a emoção
- O facto dessa base biológica ser modificada por factores sociais e cognitivos.
- A regulação como um aspecto integral da emoção.

Um dos pilares de maior importância da teoria é a definição de um processo da emoção, que relaciona um estímulo com uma resposta emocional.

As emoções podem ser despoletadas por inúmeros estímulos, sendo o primeiro passo a apreciação, como defende Lazarus (1991). Este autor chama-lhe *apreciação primária* e reconhece-lhe três características (Fig. 1):

- Se existe ou não uma relevância do objectivo.
- A congruência ou incongruência do objectivo, isto é avançar em direcção a um objectivo origina emoções positivas; o seu afastamento causa emoções negativas.
- O tipo de envolvimento do ego no evento, o seu valor para a pessoa.

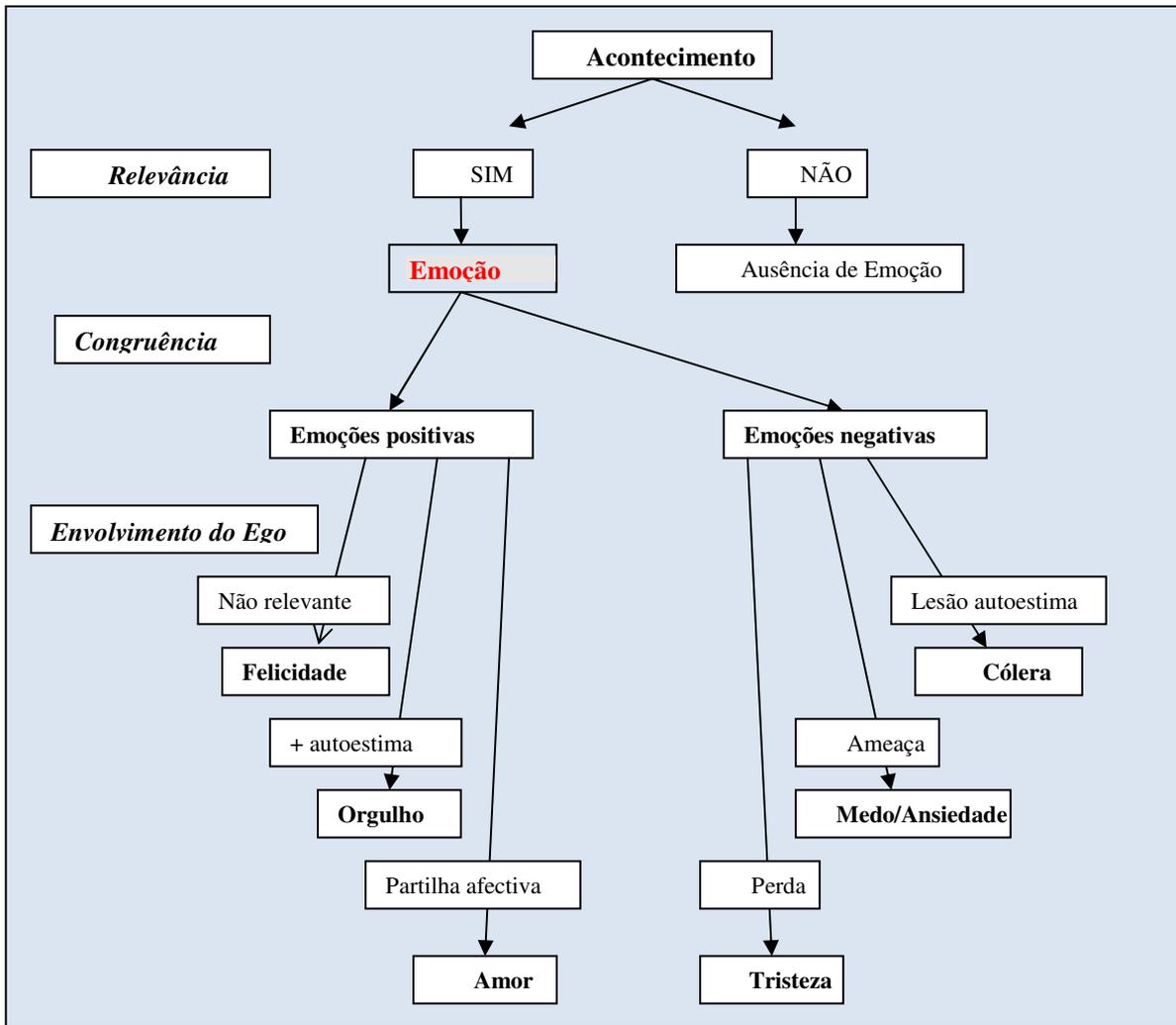


Figura nº1 Árvore de decisão das apreciações primárias de Lazarus (1991)

As emoções, tanto as positivas como as negativas, desempenham um importante papel nos processos de adaptação dos seres humanos e animais aos ambientes com que interagem e actuam com os outros processos psicológicos para determinar respostas mais ou menos adaptadas aos acontecimentos com significado pessoal. Neste sentido a presença de emoções negativas não é forçosamente perturbadora desse processo adaptativo. Folkman e Moscovitz (2000) realçam que, muitas vezes, os acontecimentos negativos de vida e os afectos negativos associados desencadeiam, à posteriori, um processo de reavaliação retrospectiva, que procura extrair desses acontecimentos um

significado que ajude os sujeitos a integrá-los de forma mais harmónica no seu vivido pessoal e inverter o sinal afectivo negativo a eles associado.

Todavia, é consensual, tanto entre clínicos como investigadores, que a exposição frequente a acontecimentos geradores de afectos negativos contribui para a diminuição do bem-estar e o aumento da probabilidade de doenças tanto físicas como psicológicas (Duckworth, Steen & Seligman (2005).

Emoções como o nojo, a cólera, o medo a surpresa e a angústia estão muitas vezes presentes associadas às práticas de manipulação de cadáveres. A reacção de nojo é desencadeada pela observação ou imaginação, não só da matéria em putrefacção ou degradação externa, mas também de comportamentos mórbidos ou perversos que violem valores éticos, culturalmente aceites (Rodrigues et al.1989). A esta emoção associam-se alterações fisiológicas como náuseas (mais ou menos intensas) e/ou vómitos, e se associada á cólera, poderão ser desencadeadas comportamentos destrutivos (Branco 2004).

Outras emoções como o medo, a repulsa estão igualmente presentes nestas circunstâncias e são relativamente difíceis de gerir e amortecer, sobretudo na ausência de estratégias de *coping* adequadas (Rodrigues et al., 1989; Filliozat, 1998) gerando mal-estar subjectivo, comportamentos de fuga e evitamento e desgaste emocional com consequências prolongadas.

Uma das razões possíveis para a eclosão de todas estas emoções e sentimentos, entre os técnicos de radiologia que praticam exames tanatológicos, radica na presença e manuseio do cadáver, particularmente se este for duma criança. Miranda (1972, citada por Becker, 1973, p.17-21) escreveu um artigo a este respeito:

“A morte ainda constitui um acontecimento pavoroso, muitas vezes tido como universal. É considerada um tabu, causador de medo, pânico e recusa. A morte, a além de deixar uma grande angústia, coloca para ao homem a questão da finitude.”.

Há fortes indícios de que os profissionais de saúde (médicos, técnicos e enfermeiros) encaram a morte de outros e a sua própria com mais sentimentos negativos, ainda que de forma não consciente, podendo este medo ser um dos motivadores da sua escolha profissional (Botega, 2002). Estes e outros profissionais de saúde enfrentam constantemente, no seu dia-a-dia laboral, situações limites, direccionando os seus esforços para a preservação da vida, pelo que a aceitação da morte do doente não faz parte do plano do exercício profissional. O desfecho mortal duma doença acarreta um sentimento de frustração e de fracasso pessoal. Talvez por isso o doente terminal provoque nos profissionais de saúde reacções emocionais mais difíceis de gerir (Santos, 1996), assistindo-se com frequência a estratégias de evitamento, como a transferência para outros da incumbência de dar a má notícia, de ouvir as queixas do paciente, ou de contactar com a família.

Esta dificuldade para lidar com a morte torna-se ainda mais acentuada quando implica o manuseamento do cadáver. Segundo Sudnow (1967/69) existe um estigma que recai sobre os indivíduos que se relacionam profissionalmente com cadáveres e sobre os que investigam a temática da morte, que são denominados como masoquistas e mórbidos. Estas observações evidenciam a associação da morte às ideias de depressão, sofrimento, perversão e como esta temática deve ser mantida a uma distância da vida saudável.

Poderá ser este estigma, um dos factores de distanciamento desta valência profissional tanto nas Escolas que formam os profissionais de saúde como nas Instituições Hospitalares?

Seja qual for a resposta a estas questões é seguro afirmar que o contacto profissional frequente com cadáveres, em profissionais de ajuda, treinados para preservar a vida, pode constituir uma fonte suplementar de emocionalidade negativa e afectar os níveis de bem-estar desses profissionais.

2.4 - Ansiedade e Depressão

A ansiedade pode ser definida como um sentimento persuasivo e desagradável de tensão, ameaça, apreensão ou desastre iminente. Enquanto o medo é uma resposta emocional a um perigo real e actual, a ansiedade é, muitas vezes, uma resposta a uma ameaça desconhecida e indefinida, que pode ter origem em conflitos internos, sentimentos de insegurança, ou impulsos sentidos como proibidos (Rachman, 2004).

Enquanto que, algumas vezes, somos capazes de identificar a causa imediata da resposta ansiosa, noutras ela não é imediatamente perceptível tornando-a por isso mais difícil de tolerar, na medida em que à sensação ansiosa se associa um sentimento de desamparo e insegurança, por não sermos capazes de seleccionar uma conduta que nos permita retomar o controle da situação.

Embora a ansiedade constitua uma preciosa ajuda nos processos adaptativos dos humanos, a geração frequente de elevados níveis de ansiedade pode facilitar a eclosão e manutenção de algumas doenças psicológicas que necessitam de tratamentos e cuidados especiais, como a doença de pânico, a perturbação de ansiedade generalizada, etc.

Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes na população geral. Além dos transtornos serem muito frequentes, os sintomas ansiosos estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos de sua existência.

Lewis (1979) refere que existem manifestações corporais involuntárias, como secura da boca, suores, arrepios, tremor, vómitos, palpitação, dores abdominais e outras alterações biológicas e bioquímicas detectáveis por métodos apropriados de investigação. Esse mesmo autor lista alguns outros atributos que podem ser incluídos na descrição da ansiedade. Para este autor a ansiedade pode ser:

- Normal (um estudante frente a uma situação de exame) ou patológica (nos transtornos de ansiedade);
- Leve ou grave;
- Prejudicial ou benéfica;
- Episódica ou persistente;
- Com causa física ou psicológica;
- Ocorrer sozinha ou junto com outro transtorno (p.ex. depressão);
- Afectar ou não a percepção e a memória.

Quando o indivíduo se encontra em situações de perigo que causam medo, acontece um estado ansioso; Também pode ser desencadeado por pessoas desequilibradas emocionalmente quando está em contacto com algo novo ou em situações inesperadas ou desconhecidas. Nestes quadros de ansiedade, os pensamentos tornam-se acelerados causando grande confusão mental, ineficiência de acção e aumento da sensação de perigo (Bernik, 1999).

Biologicamente, a ansiedade pode ser definida como é um estado emocional, ligado à percepção de determinados contextos ambientais (lugares, pessoas, actividades, etc.) que são comparados à vivência anterior (memória) e que activam sistemas cerebrais específicos, com função adaptativa (Bernik, 1999).

Numerosos esforços têm sido feitos na tentativa de definir e avaliar o construto ansiedade. Segundo Keedwell e Snaith (1996), as escalas de ansiedade medem vários aspectos que podem ser agrupados de acordo com os seguintes tópicos:

Cognição – preocupação com a possibilidade de ocorrência de algum evento adverso a si próprio ou a outros; pensamentos persistentes de inadequação ou de incapacidade de executar adequadamente suas tarefas;

Comportamento – desassossego, ou seja, incapacidade de se manter quieto e relaxado mais do que alguns minutos, andando de um lado para o outro, apertando as mãos ou outros movimentos repetitivos sem finalidade;

Estado de hipervigilância – aumento da vigilância, exploração do ambiente, resposta aumentada a estímulos (sustos), dificuldade de adormecer (não devida à inquietação ou à preocupação);

Sintomas somáticos – sensação de constrição respiratória, hiperventilação e suas consequências, tais como espasmo muscular e dor (sem outra causa conhecida), tremor; manifestações somáticas de, p.ex., hiperactividade do sistema nervoso autónomo (taquicardia, suores, aumento da frequência urinária);

Outros – esta categoria residual pode incluir estados como despersonalização, baixa concentração e esquecimento, bem como sintomas que se referem a um desconforto, não necessariamente específico de ansiedade.

2.5 - Stresse

Os primeiros estudos sobre stresse na área da saúde foram realizados na década de 1930, por Hans Selye, que definiu a reacção do stresse como um “síndrome geral de adaptação” no qual o organismo visa readquirir a homeostase perdida diante de certos estímulos.

O mesmo autor, em 1974, redefiniu o termo stresse como “resposta não específica do corpo a qualquer exigência”. O stresse constitui um processo que contribui para a adaptação do organismo perante situações de risco (Lipp & Malagris, 1995), logo em si, não é um problema e sim uma solução, no entanto, quando excessivo ou continuado, pode transformar-se num risco para o indivíduo e induzir várias perturbações tanto psíquicas como somáticas associadas.

O stresse pode ser definido como: “uma reacção do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, quando a pessoa se confronta com uma situação que ocorre, de um modo ou de outro, a irrite, a amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz” (Lipp & Malagris, 2001, p.477).

Parece difícil entender porque uma situação agradável pode provocar stresse e desencadear uma série de reacções psicofisiológicas, como se fossem eventos negativos. A explicação está relacionada à necessidade de adaptação que se experimenta em momentos de mudança para melhor ou para pior. Além da importância da adaptação às mudanças, é importante também considerar a interpretação que se dá aos eventos (Lazarus & Folkman, 1984). Em geral, os eventos não são em si stressantes, o que vai determinar essa condição é o modo como são interpretados (Straub, 2005).

Os estudos de Selye (1965) levaram-no a concluir que o processo do stresse é constituído de três fases: alerta, resistência e exaustão.

Alerta – acontece no momento em que a pessoa se depara com a fonte de stresse e, nesse enfrentamento, se desequilibra internamente, apresentando sensações características, tais como suores, taquicardia, respiração ofegante e picos de hipertensão.

Resistência – caracteriza-se por uma tentativa de recuperação do organismo após o desequilíbrio sofrido na fase anterior.

Caso o equilíbrio não seja readquirido por meio dessa mobilização, o processo pode evoluir para a terceira fase.

Exaustão – quando ressurgem sintomas ocorridos na fase inicial, no entanto com maior intensidade.

Lipp (2000; 2003) em estudos posteriores, identificou uma quarta fase do stresse denominada de quase-exaustão, localizada entre as fases de resistência e exaustão.

A fase de quase-exaustão ocorre no momento em que a pessoa não mais consegue adaptar-se ou resistir à fonte de stresse, podendo começar o aparecimento de doença devido à debilidade do organismo. Nessa fase a produtividade do indivíduo encontra-se bastante comprometida, mas não tanto quanto na fase de exaustão, quando ele já não consegue produzir, tendo sérias dificuldades de trabalhar e/ou concentrar-se (Lipp, 1998; Lipp & Malagris, 2001; Lipp, 2004).

Selye (1979) defende que na ausência total de stresse, ou seja, sem estimulação, um organismo morreria. Este autor afirma que o stresse é um termo positivo e que o “ bom stresse – *eutresse*” é aquele que suscita uma resposta adaptativa por parte do organismo e, o “ mau stresse – *distresse* “ é um estímulo tão forte que é susceptível de provocar danos no organismo.

Vaz Serra (2002) afirma que nas situações de stresse as emoções têm um papel muito significativo, indicam como o ser humano avalia os acontecimentos, ajudando a compreender o comportamento subsequente que vai emitir.

Izard et al. (1998) referem que as emoções se podem considerar forças motivadoras que influenciam os processos de percepção, pensamento e acção. Uma dada emoção predispõe a pessoa a pensar e a agir de determinada maneira, o que facilita o processo de lidar com a situação com que se confronta (Vaz Serra, 2002)

Lazarus (1999) relata que se conhecermos o que traduz cada estado emocional e se verificarmos qual é a emoção que é experimentada por um indivíduo em cada situação, compreende-se o grau de adaptação da pessoa à situação. Ao averiguar que o indivíduo tem tendência a responder às situações com que se depara, sempre com a mesma emoção, então apura-se que é uma característica estável para essa pessoa na sua vida emocional.

Quando o indivíduo se comporta deste modo, revela que tem uma relação estável com o meio ambiente, sempre do mesmo modo. Pode-se então referir que a resposta emocional transcende o contexto situacional e revela um traço de personalidade que define a forma de como a pessoa se relaciona com o mundo.

As emoções que costumam surgir em situações de dano, de ameaça ou de desafio, correspondem usualmente a emoções negativas como a cólera, a inveja, o ciúme, a ansiedade, o medo, a culpabilidade, a vergonha e a tristeza. No entanto, nas situações de stresse podem aparecer igualmente emoções de tonalidade positiva. Outras emoções de tonalidade positiva, para além do alívio ou da esperança, estão também associadas com frequência a situações de stresse, como acontece com a felicidade, o orgulho, o amor e a gratidão (Vaz Serra, 2002).

As situações de natureza stressante podem por isso desencadear emoções e sentimentos muito diferenciados, variando em função na natureza da situação, das características da pessoa, do seu treino ou competência e das estratégias de *coping* que adopta (Lazarus, 1991). Em pequenas doses, o stresse desempenha um papel positivo, melhorando as nossas capacidades de adaptação às agressões e ajudando a reagir, mantendo o equilíbrio biológico. Demasiadamente intenso ou repetitivo, o stresse torna-se pernicioso, devido ao esforço de adaptação que exige, e o desgaste psicobiológico que implica.

A nível cerebral, o stress desencadeia uma reacção de alarme, estimulando a produção de mediadores químicos e hormonas na hipófise e nas supra-renais, modificando o equilíbrio psicofisiológico, provocando taquicardia, hiperventilação respiratória, suores, mãos frias e húmidas e vasoconstrição arterial. Pode também provocar manifestações benignas, mas que passam despercebidas (Lazarus, 1991).

Outras reacções psicofisiológicas possíveis são o aumento da tensão arterial, as perturbações do aparelho digestivo, a verborreia ou gaguez, os tremores, a acidentabilidade, etc.

As consequências emocionais podem ser descritas como: distanciamento afectivo, apatia, impaciência, irritabilidade, frustração, perda do envolvimento e falta de entusiasmo.

Ao nível cognitivo verifica-se diminuição da auto-estima, confusão, falta de concentração e sentimento de falta de controlo (Lazarus, 1991).

O stress pode estar presente em profissionais de diversas áreas, e é reconhecido como stress ocupacional. O *stress ocupacional* refere-se a um desconfortável estado emocional consequente de vários factores presentes no trabalho e é caracterizado por sintomas como tensão, ansiedade e sentimentos de frustração, podendo chegar à exaustão emocional.

Além desses sintomas, ainda se pode verificar o pessimismo, insatisfação profissional crescente (Malagris, et al.,2006)

Segundo os mesmos autores, as necessidades tanto individuais como organizacionais presentes no ambiente de trabalho se não forem satisfeitas, podem o provocar problemas de adaptação, incluindo conflitos associados a necessidades opostas de ambos os lados.

Convém referir que os conflitos relacionados com liderança autoritária ou falta de autoridade, incompatibilidades, tarefas mal definidas, desumanização no trabalho,

mecanização e burocratização, pressões e excesso de trabalho podem contribuir para insatisfações individuais e falta de realização pessoal.

Os técnicos de saúde podem ser bastante vulneráveis devido às suas atribuições; podem actuar em diversas especialidades e em diversos sectores.

Tanto os técnicos que actuam em enfermarias como os que actuam noutros sectores de um hospital estão em contacto com muitos estímulos que podem ser vistos como stressores, tais como: o sofrimento alheio, que causa muitas vezes sentimentos de impotência, a falta de adesão ao tratamento por parte de alguns pacientes, o convívio com o sofrimento do paciente, da família, dos demais profissionais de saúde e com o seu próprio, sem que, muitas vezes, esteja devidamente preparado para isso. (Gómez et al., 2005).

Martins et al. (1996) mencionam o estudo de Candeias (1992), que concluiu que os principais stressores desses profissionais seriam: dificuldade de execução de tarefas; dificuldades de relacionamento interpessoal; falta de tempo (ter actividades cansativas depois do horário de trabalho, fazer turnos nos finais de semana, ter acumulação de actividades; supervisões incompetentes (ser avaliado negativamente e não ter aspectos positivos de sua actuação valorizados); distância entre domicílio e local de trabalho; angústia devido à dor dos pacientes; insegurança financeira e ser responsável por pessoas. Tudo isto pode causar prejuízo na qualidade de vida do profissional de saúde contribuindo para o surgimento de doenças.

Reis (1986), num estudo sobre estes profissionais, refere que, como consequência dos problemas de saúde desses profissionais, há dificuldade em manter a qualidade da assistência hospitalar devido ao absentismo, às limitações no desempenho das funções, além de restrições em trabalhos que exijam esforço físico maior.

Para McGrath, Reid e Boore (2003) os principais stressores ocupacionais, tal como são definidos pelos próprios enfermeiros são, por ordem decrescente:

- Ter pouco tempo para a realização das tarefas de forma satisfatória (67%);
- Racionalização e diminuição dos recursos humanos e materiais disponíveis (54%);
- Limites temporais impostos por outros (46%);
- Avaliações inadequadas do trabalho próprio por parte de outros (35%);
- Responsabilidades administrativas (28%);
- Solicitações emocionais dos pacientes (27%);
- Ambientes de trabalho desconfortáveis ou hostis (27%);
- Contacto com outros profissionais (16%);
- Contacto directo com os pacientes (9%).

Como se verifica, as principais queixas reportam-se ao clima organizacional e às relações interpessoais e não ao contacto directo com os pacientes, o que sugere que muito do stress associado à prática profissional da enfermagem se relaciona com as exigências institucionais e não tanto com o tipo de funções desempenhadas.

Segundo a teoria transaccional (Vaz Serra, 2000) a condição de stressor depende da avaliação que a pessoa faz da situação, do significado que ela têm para si, dos recursos pessoais que sabe dispor para lidar com ela e das eventuais consequências negativas estimadas no caso de fracassar.

Transpondo esta abordagem para os exames tanatológicos o stress que podem causar ao técnico de radiologia que os realiza está dependente dum conjunto de variáveis pessoais, como a sua sensibilidade pessoal em relação ao contacto com cadáveres, as competências prévias adquiridas (formação e treino), a frequência com que se confronta com esse tipo de exames, as estratégias de *coping* que adopta (evitamento, enfrentamento, ou descarga emocional) e da presença ou ausência de amortecedores

(estilos de vida saudáveis, redes sociais de suporte funcionais, etc.). Está ainda, provavelmente, dependente de variáveis situacionais e contextuais como sejam as excessivas exigências em relação às competências, conhecimentos e habilidades do técnico, às possíveis falhas de coesão no grupo de trabalho, ao clima organizacional, etc.

Todas estas variáveis, tanto pessoais, como grupais e organizacionais podem diminuir ou facilitar a eclosão de stresse na relação com os exames tanatológicos e induzir reacções psicofisiológicas nefastas e causadoras de mal-estar a vários níveis.

Observações ocasionais permitem perceber que estes técnicos se sentem bloqueados no primeiro instante, incapazes de manusear os cadáveres, vítimas de sensações de nojo, incómodo, nervosismo e repugnância, o que tende a induzir reacções de recusa e evitamento e a ter repercussões nos relacionamentos interpessoais dentro do local de trabalho e fora dele.

2.6 – Coping

O termo *coping* tem sido definido por muitos autores como “lidar com...”, “confronto”, “adaptação”, “enfrentamento” (Vaz Serra, 1999). Na realidade, *coping* refere-se às estratégias de adaptação ou ajustamento individual a situações ou momentos stressantes.

Ribeiro (2005, p. 295) postula que:

“ O stresse e o coping são conceitos indissociáveis. O coping emerge da investigação da psicologia sobre o stresse quando conclui que o stresse não é um processo automático de estímulo-resposta, mas que há factores mediadores. O estudo dos factores mediadores levou à formulação do coping como elemento integrante do processo de stresse.”

Lazarus e Folkman (1984, p. 141) definem *coping* como:

“ ... os esforços, em constante mutação, para lidar com exigências internas ou externas específicas, que são avaliadas como desafiando ou excedendo os recursos pessoais disponíveis”

Para estes autores, os esforços de *coping* são iniciados em resposta à avaliação subjectiva de que objectivos com relevância pessoal foram lesados, ameaçados, ou perdidos. Trata-se por isso de um conjunto de estratégias destinadas a resolver os problemas, ou limitar as perdas assim inventariadas, que, devido ao seu significado pessoal relevante possam representar uma ameaça ao bem-estar.

Os mesmos autores (Folkman & Lazarus, 1980) propõem um modelo que divide o *coping* em duas categorias funcionais: *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção.

O modelo referido compreende quatro conceitos principais:

- o *coping* é um processo ou uma interacção que se dá entre o indivíduo e o ambiente;

- a função do *coping* é de gerir a situação de stresse, e não a de controlar ou dominar a situação;

- os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenómeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo;

- o processo de *coping* constitui uma mobilização de esforços, através dos quais os indivíduos irão iniciar processos cognitivos e comportamentais para reduzir, minimizar ou tolerar as situações com causas internas ou externas que surgem da sua interacção com o ambiente .

O *coping* focado na emoção é definido como um esforço para regularizar o estado emocional que está associado ao *stresse*, ou resultante de situações stressantes. Estas

estratégias de *coping* são dirigidas a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos, tendo por objectivo alterar o estado emocional do indivíduo (p exemplo: fumar um cigarro, tomar um tranquilizante, assistir a uma comédia na TV, sair para correr, entre outras, são exemplos de estratégias para reduzir as sensações físicas associadas ao stresse).

O *coping* focado no problema constitui uma estratégia para actuar sobre a situação stressante modificando-a de algum modo, de forma a atenuar os seus efeitos negativos.

Folkman e Lazarus (1980), defendem que o uso de estratégias de focalização no problema ou na emoção depende de uma avaliação da situação de stresse, na qual o sujeito se encontra abrangido.

Existem dois tipos de avaliação de acordo com esta teoria:

▶ Avaliação primária é um processo cognitivo através do qual os indivíduos decifram qual o risco envolvido numa determinada situação de stresse;

▶ Avaliação secundária as pessoas analisam quais são os recursos disponíveis e as opções para lidar com o problema.

Em situações avaliadas como modificáveis, o *coping* focado no problema tende a ser aplicado, enquanto o *coping* focado na emoção tende a ser mais utilizado nas situações avaliadas como inalteráveis (Folkman & Lazarus, 1980).

Coyne & DeLongis (1986) apresentaram a uma terceira estratégia de *coping* centrada nas relações interpessoais, em que o sujeito procura apoio nas pessoas do seu meio social para resolução da situação stressante.

Recentemente, Folkman & Moskowitz, (2004), no seguimento de estudos longitudinais com prestadores de cuidados a pacientes terminais com SIDA, sugerem que estas estratégias de *coping* são complementadas por um processo de reavaliação positiva, através do qual as pessoas reavaliam de forma positiva os acontecimentos negativos de

vida. De acordo com as autoras, mesmo perante acontecimentos tão dramáticos como as doenças graves e a morte, as pessoas são capazes de fazer um balanço, em que os aspectos entendidos como positivos na situação são enfatizados em desfavor dos negativos.

A atribuição de aspectos positivos aos acontecimentos negativos inclui o uso de estratégias como o humor, ou a atribuição de novos sentidos mais positivos a eventos negativos na sua natureza (Cruz, 2007). Aserções como: “...dei por mim, após o cancro, a dar outro sentido e significado às coisas mais simples da vida e a não valorizar tanto outras. Isso fez de mim uma pessoa menos autocentrada e mais disponível para a beleza da vida” são frequentes em pessoas que viveram acontecimentos de vida considerados habitualmente como muito negativos e dramáticos.

Entre os técnicos de radiologia, quando confrontados com o exame de cadáveres, especialmente quando são de crianças, ou em estado de putrefacção, devido provavelmente à falta de preparação, às características do ambiente hospitalar preparadas para manter a vida, a um temor da morte como se tratasse de uma fonte de contágio, ou à falta de apoio psicológico, cada um destes profissionais desenvolve a sua própria estratégia de *coping*, que pode ser adaptada ou ... inadaptada.

Não havendo, até à data, estudos sobre as estratégias de *coping* adoptadas por estes profissionais face ao manuseamento dos cadáveres, limitamo-nos, por agora, a constatar que, de acordo com as observações ocasionais, o evitamento é a forma mais comum de *coping* seleccionada. É neste momento que surge sempre alguma outra tarefa “urgente” para realizar sem demora, vontade urgente de ir ao WC, deslocação a uma enfermaria para um exame a um doente intransportável ou simplesmente a recusa alegando falta de coragem, problemas de confronto, má preparação profissional, etc.

A segunda estratégia é a frieza emocional, que permite olhar para o cadáver como uma peça com um nº de identificação colocado no hallux, distanciando o pensamento para outras situações mais agradáveis, evitando olhar para a “peça” como algo que já teve sonhos, projectos, sentimentos, uma vida. Ou o uso de um par de luvas de algodão e dois pares de luvas cirúrgicas para atenuar a percepção da temperatura do cadáver, ou o uso de mascaras.

A recusa do toque no cadáver também é uma situação recorrente, solicitando ao Técnico de Tanatologia que seja ele a manusear e a posicionar o corpo a fim de realizar o exame. Antes de descer ao serviço de Tanatologia ou de iniciar no seu serviço (os exames a peças ou a nados-mortos para a investigação genética), recorrem a algumas práticas como fumar um cigarro, beber um café com um colega para descontraír, sentar-se num sofá confortável para relaxar durante uns minutos, concentrar-se nas posturas e atitudes a tomar, tentar controlar o sistema cardio-respiratório com técnicas respiratórias de descontração, sair por uns instantes até à rua para apanhar ar fresco.

Depois da realização dos exames alguns técnicos sentem necessidade de ir tomar um duche antes de voltar à sala de radiologia, afirmam ser uma atitude de “limpeza do espírito e corpo, eliminar um pesadelo”.

De uma forma mais abrangente, podemos dizer que as estratégias de *coping* para os profissionais de saúde não abrangem as estratégias de controlo (mais adaptativas) e, ao utilizarem estratégias de escape (menos adaptativas) estão mais sujeitos ao *burnout* pois, como afirma Vaz Serra (1999), as estratégias de fuga (evitamento / escape) adiam o confronto e a solução do problema que precisa de ser resolvido.

As estratégias de evitamento, como a negação, a distanciação e a fuga do problema, apesar de parecerem relativamente eficazes numa fase inicial de confronto com o

acontecimento stressante, se utilizadas de forma crónica podem ser um factor de risco para respostas adversas (Holahan, Moos & Schaefer, 1996; Stroebe & Stroebe, 1999).

2.7 - Burnout

O termo *Burnout* é uma composição de burn = queima e out = exterior, sugerindo assim que uma pessoa com este tipo de problema se consoma física e emocionalmente, passando a apresentar um comportamento agressivo e irritadiço. Este síndrome refere-se à consequência da exposição a um tipo de stress ocupacional e institucional, em profissionais que mantêm uma relação constante e directa com outras pessoas, principalmente quando esta actividade é considerada de ajuda (médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, bombeiros, psicólogos, professores).

Actualmente, os estudos já se estendem a todos profissionais que interagem de forma activa com pessoas, que cuidam e/ou solucionam problemas que as pessoas apresentam, que obedecem técnicas e métodos mais exigentes, fazendo parte de organizações de trabalho submetidas a avaliações.

O *burnout* foi definido inicialmente por Freudenberg em 1974. Jesus (2002) menciona que o termo proposto por Freudenberg, decifra a frustração que o indivíduo sente por não alcançar os objectivos para os quais se empenhou e esforçou bastante. Freudenberg (1980) refere que o *burnout* ocorre num ambiente de raiva e os sintomas tendem a relacionar-se com o trabalho.

O mesmo autor (1983, citado por Pacheco, 2005) define o *burnout* como sendo uma situação que se caracteriza por um estado de cansaço ou de frustração resultante da dedicação a uma causa, estilo de vida, ou relação que não resultou, tendo em conta as expectativas geradas.

Maslach, Schaufeli e Leiter (2001, p. 402) referem, a propósito de algumas ambiguidades na definição do conceito, que:

“Burnout was initially a very slippery concept—there was no standard definition of it, although there were a wide variety of opinions about what it was and what could be done about it. Different people used the term to mean very different things, so there was not always a basis for constructive communication about the problem and solutions for it”.

Para Smith (1986, p.37):

“... o burnout é um síndrome com componentes físicos, mentais e comportamentais cujo desenvolvimento é o resultado de interacções complexas entre características pessoais e do ambiente”

Cherniss (1992, p.11), definiu o *burnout* como:

“... mudanças pessoais negativas que ocorrem em profissionais de ajuda trabalhando em empregos exigentes ou frustrantes...”

De acordo com Vaz Serra (1999) qualquer sujeito em qualquer profissão pode sentir stress, enquanto que o *burnout* só é experimentado por pessoas com carreiras profissionais em que o envolvimento pessoal, a inovação de ideias e todo o seu investimento na progressão têm índices elevados de motivação e que posteriormente se sentem frustrados, quando não são atingidos os seus objectivos e obtido o devido reconhecimento.

Maslach et al (2000) defendem que o *burnout* é uma resposta à exposição prolongada a stressores emocionais e interpessoais crónicos existentes em contexto de trabalho e se expressa através de consequências que podem ser avaliadas em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixos níveis de realização profissional.

Por seu lado, Tremblay (2004) refere que os sintomas de *burnout* se manifestam nos planos físico, emocional e intelectual, distribuídos segundo a tabela que se transcreve:

Sintomas de Burnout

Plano Físico	Plano emocional	Plano intelectual
Fadiga general	Irritabilidade	Perdas de memória
Perturbações digestivas	Cinismo	Distracção
Náuseas	Impaciência	Incapacidade de executar operações simples como o calculo mental
Dores de costas	Negativismo	Dificuldades de julgamento
Problemas de pele	Desespero	Indecisão
Dores de cabeça	Diminuição da auto-estima	Sentimento de confusão
Infecções virais persistentes	Sentimento de incompetência	Dificuldade de concentração
Desequilíbrios hormonais	Culpabilização	
Insónias	Aversão ao trabalho	
Hipertensão	Ansiedade	
Problema de rigidez muscular	Susceptibilidade	
Perda de peso	Diminuição das capacidades de comunicar	
	Sentimento de abandono	
	Desconfiança	
	Cólera	
	Agressividade	

Quadro 1 - Retirado de: Tremblay (2004, p 1)

Da revisão da literatura efectuada sobre este tema ressalta a elevada prevalência de stresse e *burnout* entre os profissionais de saúde, e a evidência de efeitos negativos cumulativos nos trabalhadores, nas organizações e nas relações laborais, pessoais e sociais.

Os vários investigadores têm identificado causas específicas de stresse laboral, podendo eventualmente desembocar em *burnout*:

- sobrecarga de trabalho (física e mental);
- insegurança laboral;
- inadequação das capacidades dos indivíduos ao trabalho;
- ambiguidade de papéis;
- perfeccionismo;

- servir e cuidar de uma população que vive em ansiedade e medo;
- não participar nas decisões e planeamento;
- responsabilidades por outras pessoas;
- subaproveitamento das suas qualidades e capacidades
- recursos inadequados
- ambições não satisfeitas
- sentimentos de imortalidade (exposição contínua à morte).

Num estudo elaborado por Queiroz (2005) sobre a incidência de *burnout* nos enfermeiros portugueses, cerca de 27% têm *burnout* no trabalho em fases iniciais de processo, 16% apresentam manifestações mais avançadas e cerca de 2% estarão num nível elevadamente baixo de realização profissional. Concluindo que um em cada 4 enfermeiros apresentam *burnout* no trabalho.

Como se referiu, foi produzido um número substancial de trabalhos sobre o *burnout* em profissionais de saúde (para uma revisão ver Pacheco, 2005), mas, comparativamente, existem poucos trabalhos conhecidos sobre o *burnout* entre os Técnicos de Radiologia, apesar de, como foi referido, se poder pensar que constituem um grupo profissional particularmente afectado pelo stresse e pelo *burnout*.

Em Portugal só se conhece um artigo publicado (Faria et al. 2001). Este estudo teve por objectivo verificar a prevalência de níveis elevados de stresse nos Técnicos de Radiologia num Hospital Central do Serviço Nacional de Saúde, assim como o risco de *burnout* a que estavam expostos.

Os autores concluíram, a partir deste estudo com uma amostra reduzida, que os níveis de stresse entre estes profissionais eram semelhantes aos de outros profissionais de saúde e que o *burnout* se expressava preferencialmente por elevados níveis de despersonalização.

A presente investigação procura, com uma amostra mais representativa dos Técnicos de Radiologia, comprovar a veracidade destas conclusões, complementando a informação recolhida através de medidas de auto-informe, com a análise de narrativas pessoais acerca da experiência da manipulação de cadáveres.

CAPÍTULO III. METODOLOGIA

3.1 - Tipo de estudo

A presente investigação é composta por dois estudos complementares:

- Um estudo qualitativo, no qual, através duma análise de conteúdo, se procuraram apurar as reacções emocionais, cognitivas e comportamentais dos técnicos de radiologia face à exposição aos exames tanatológicos e
- Um estudo empírico quantitativo, de tipo transversal, em que se procuram compreender as relações de dependência e correlacionais entre algumas variáveis independentes (tanto moderadoras, como mediadoras) e externas com as variáveis dependentes em estudo (níveis de *burnout* e ansiedade) dos técnicos de radiologia portugueses expostos à prática de exames tanatológicos.

3.2 - Objectivos e questões de investigação

Os objectivos desta investigação podem sintetizar-se na necessidade de aprofundar o conhecimento dos níveis de *burnout* entre os profissionais de radiologia portugueses, principalmente naqueles que estão expostos a exames tanatológicos, exposição essa que, dada a natureza específica desses exames e a generalizada impreparação psicológica e formativa para a sua realização, se supõe predispor esses técnicos a um aumento acentuado dos níveis de ansiedade e de *burnout*. Procurou também apurar que variáveis moderadoras (como a preparação prévia para os exames tanatológicos, o número de exames tanatológicos realizados, a vulnerabilidade ao stresse e a ansiedade traço) exerciam influência nas variáveis dependentes (*burnout e ansiedade*) e em que medida as variáveis mediadoras (estilos de *coping*; prática de exercício físico) protegiam os sujeitos em relação à exposição a esses exames.

O estudo qualitativo, designado por Estudo 1, devido à sua natureza exploratória, não nos suscitou a necessidade de formulação de hipóteses, antes questões de investigação, que a seguir inventariamos:

1. Que tipo de interpretações (cognições) suscita a exposição dos técnicos de radiologia a esse tipo de exames?
2. Que tipo de reacções emocionais suscita a prática dos exames tanatológicos aos técnicos de radiologia?
3. Que tipo de estratégias de *coping* adoptam mais comumente estes profissionais quando chamados a realizar este tipo de exames?

Em relação ao estudo empírico quantitativo, designado por Estudo 2, as questões de investigação foram formalizadas através das seguintes hipóteses de investigação:

- H1. Quanto maior for o número de exames tanatológicos realizados maiores são os níveis de *burnout* e ansiedade estado experimentados pelos técnicos de radiologia;
- H2. Os técnicos de radiologia, que tiveram conhecimento prévio de que este tipo de exames fazia parte integrante do exercício da profissão, expressam níveis de ansiedade estado e de *burnout* inferiores aos que não tinham conhecimento dessa condição;
- H3. Os técnicos de radiologia com dupla actividade laboral expressam níveis de ansiedade estado e de *burnout* superiores aos seus pares, que não exercem dupla actividade laboral;
- H4. Níveis superiores de vulnerabilidade ao stresse predispoem os técnicos de radiologia a expressarem níveis correlativamente superiores de *burnout*;
- H5. Níveis superiores de ansiedade traço predispoem os técnicos de radiologia a apresentarem níveis correlativamente superiores de *burnout*;

H6. Os técnicos de radiologia que praticam exercício físico regularmente apresentam níveis significativamente inferiores de *burnout* e ansiedade, que os seus colegas que o não fazem.

3.3 - Variáveis em estudo

3.3.1 - Variáveis secundárias ou externas:

- 1- Sexo
- 2- Idade
- 3- Estado civil
- 4- Habilitações académicas
- 5- Tempo de Serviço
- 6- Tipo de vínculo contratual
- 7- Regime de trabalho
- 8- Local de trabalho
- 9- Escola de formação

3.3.2 - Variáveis moderadoras:

- 1 – Conhecimento prévio de que os exames tanatológicos faziam parte integrante da profissão de técnico de radiologia
- 3 – Presença ou ausência de dupla actividade laboral
- 2 – Nº exames tanatológicos realizados no último ano
- 3 – Vulnerabilidade ao stresse (23 QVS)
- 4 – Ansiedade Traço

3.3.3 - Variáveis mediadoras:

1 – Prática desportiva

3.3.4 - Variáveis dependentes (níveis de *burnout* e de ansiedade):

- Níveis de exaustão emocional
- Níveis de despersonalização
- Níveis de realização profissional
- Níveis totais de *burnout*
- Níveis de ansiedade estado

3.4 - Amostra e procedimentos

A nossa amostra é composta por todos os profissionais de radiologia, titulares da Cédula Profissional com registo no Ministério da Saúde, a trabalhar em Hospitais Públicos Portugueses, que realizaram, no ano de 2006 e 2007, exames tanatológicos e que aceitaram participar no estudo mediante a devolução dos questionários que lhes foram enviados por intermédio dos seus chefes de serviço.

Considera-se que os profissionais assim recrutados representam toda a população em análise e trabalham em 22 hospitais dos 18 distritos do país e 2 das regiões autónomas, onde existe Medicina Legal e Genética.

Como foi explicitado, foram seleccionados, pelos coordenadores dos Serviços de Imagiologia, os Técnicos de Radiologia que efectuem com maior regularidade estes exames, na medida em que o objectivo desta investigação era o de apurar o impacto psicológico resultante da realização deste tipo de exames.

No que respeita a esta investigação a amostra final (excluídos os técnicos que não devolveram os questionários e os que os preencheram mal, ou de forma incompleta)

compôs-se dum total de 239 técnicos de radiologia de todos os Hospitais Públicos do País em que existem Serviços de Medicina Legal e Genética. Duzentos e vinte e um (221) integraram o estudo quantitativo e dezoito (18) o estudo qualitativo.

As características gerais da amostra serão explicitadas no capítulo IV _ Apresentação e Discussão dos Resultados.

3.5 - Instrumentos

3.5.1 - Narrativa pessoal

Foi pedido a 20 técnicos de radiologia voluntários, que mais frequentemente realizam exames tanatológicos, que produzissem uma narrativa escrita, sem guião prévio, mas onde deveriam constar as suas experiências pessoais em relação a esta prática radiológica, as emoções e sentimentos que estes lhes suscitavam, as soluções encontraram para enfrentar a situação e a sua formação prévia na área. Poderiam também narrar tudo o que achassem importante para descrever esta actividade.

Apenas 18 dos sujeitos seleccionados produziram uma narrativa escrita adequada. Estas 18 narrativas foram sujeitas a uma análise de conteúdo, de acordo com as normas e procedimentos que adiante se explanam.

3.5.2 - Questionário de dados sócio-demográficos

Instrumento utilizado para caracterizar a amostra composta por Técnicos de Radiologia; constituído por cinco grupos, sendo o primeiro grupo constituído por variáveis externas, referente aos dados demográficos, uma abordagem ao sexo, idade, estado civil, nº de filhos e local de trabalho. No segundo grupo também constituído por variáveis externas, pretendeu-se conhecer o grau académico, o estabelecimento de ensino onde cursou. No terceiro grupo apurou-se a situação profissional: anos de exercício, o tipo de vínculo,

regime de trabalho, a existência de dupla actividade e horas de exercício. No quarto grupo, as variáveis mediadoras, procurou-se apurar a existência de actividades extra laborais e tempo livres.

Por fim o quinto grupo de informação adicional com variáveis moderadoras, que abordam a objectividade da pesquisa, pretende saber se teve conhecimento da existência dos exames pós-mortem, e quantos exames executou no último ano.

3.5.3 - 23QVS, Vaz Serra (2000)

Instrumento para avaliar a vulnerabilidade ao stresse na população adulta em geral. Tem por objectivo conhecer o perfil do indivíduo que em situação de stresse estava mais predisposto a manifestações psicopatológicas.

Composta por 23 itens, com uma escala de tipo Likert de cinco pontos com uma cotação de 0 a 4 para os itens (1,3,4,6,7,8,20), com cotação inversa ou seja de 4 a 0 para os itens (2,5,9,10,11,12,13,14, 15,16,17,18,19,21,22,23), com elevada correlação de item-total (>20), com coeficiente alpha de Cronbach de .824 de consistência interna. Constituída por sete factores de análise:

Factor 1 – Perfeccionismo e intolerância à frustração (itens 5,10,16,18,19,23)

Factor 2 – Inibição e dependência funcional (itens 1,2,9,12,22)

Factor 3 – Carência de apoio social (itens 3,6)

Factor 4 – Condições de vida adversa (itens 4,21)

Factor 5 – Dramatização da existência (itens 5, 8,20)

Factor 6 – Subjugação (itens 11,13,14,15)

Factor 7 – Deprivação de afecto e rejeição (itens 7,13,17)

Tem uma correlação positiva significativa para o neuroticismo e negativa para a capacidade de resolução de problemas. Uma pontuação superior a 43 expressa vulnerabilidade ao stresse.

Este instrumento foi construído a partir de 64 questões iniciais, utilizaram-se vários critérios depois de uma revisão bibliográfica que levaram à exclusão de 41 questões, tendo resultado num inventario de 23 itens, passando este instrumento a designar-se pelo nome de 23QVS.

3.5. 4 – Inventário de Ansiedade Estado-Traço de Spielberg (1963)

Traduzido e adaptado para a população portuguesa por Baptista (1986), mas novamente aferida para a população portuguesa por Silva (2003). Este inventário tem por objectivo a avaliação cognitiva da ansiedade e consiste em duas escalas de vinte itens cada, uma das escalas avalia o nível de ansiedade Estado, ou seja o que sente no momento, a outra avalia a ansiedade Traço que define o que sente geralmente.

De inicio a construção do inventário era constituído por um só conjunto de itens que eram aplicados com instruções diferentes para medir o estado e para o traço.

Após uma vasta investigação, tendo em vista a validade dos itens, surge a construção do inventário com elaboração de duas escalas separadas com vinte itens em cada uma delas, uma de ansiedade estado e outra de ansiedade traço, assim surge o STAI.

Actualmente o STAI é considerado um instrumento dotado de excelentes qualidades psicométricas. Este inventário não possui itens relacionados com aspectos fisiológicos que poderiam influenciar ou mesmo alterar os resultados.

As afirmações devem ser classificadas numa escala de 1 (nada) a 4 (muito) para medir a Ansiedade Estado e de 1 (quase nunca) a 4 (quase sempre) para medir a Ansiedade Traço, conforme o individuo se identifique com a afirmação.

Os resultados mais elevados correspondem a níveis de ansiedade correlativamente mais elevados.

3.5.5 – MBI (Maslach Burnout Inventory) de Maslach e Jackson (1981; 1986) traduzido e adaptado para a população portuguesa por Cruz e Melo (1996).

Trata-se dum Inventário composto por 22 itens, com uma escala de tipo likert de 7-pontos de 0=nunca a 6=todos os dias.

É um instrumento que avalia os níveis de *burnout* através de três dimensões:

- Exaustão emocional (itens 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20), com pontuação máxima de 54;
- Despersonalização (itens 5, 10, 11, 15 e 22), com pontuação máxima de 30;
- Realização profissional (itens 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21), com pontuação máxima de 48.

Na primeira versão do inventário era constituído por 47 itens que eram apurados com duas escalas do tipo Likert que mediam a frequência e a intensidade dos sentimentos, as escalas eram pontuadas de 0-6 e 0-7 respectivamente. Na segunda versão de Maslach e Jackson (1986), deixaram de avaliar a intensidade. Diversas investigações têm confirmado a sua estrutura tri-factorial e uma elevada consistência interna das três escalas.

A dimensão Exaustão Emocional apura o esgotamento emocional que as pessoas experimentam em função da sua actividade laboral. O seu item que mais se correlaciona

com o total desta dimensão é o item 1: “Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho”.

Os itens da dimensão Despersonalização descrevem as reacções frias e impessoais dos profissionais face aos seus clientes ou cuidados profissionais, como forma de defesa face a elevados níveis de stresse laboral.

Contrariamente, os itens da Dimensão Realização Pessoal descrevem sentimentos de satisfação com a prática laboral e sentimentos de realização pessoal face ao trabalho.

3.6 - Analise dos resultados

Optámos por apresentar os resultados em conjunto com a sua análise de forma a facilitar a leitura, tanto mais que tratando-se de dois estudos, complementares, mas metodologicamente muito diferentes, tornar-se-ia mais complexa a sua apreensão se fossem apresentados, em separado, os resultados e a sua discussão.

3.6.1 – Analise Qualitativa

As narrativas pessoais foram sujeitas a uma análise de conteúdo, método de investigação que pretende explicar factores comuns da comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos, o conteúdo e o sentido das mensagens.

Ao volume da informação obtida com as respostas dos sujeitos da amostra à questão fundamental (“ Atitude psicológica”), importa efectuar a análise qualitativa e desenvolver um processo de manipulação, transformação e reflexão sobre a mesma, de forma a permitir extrair um significado relevante relativamente ao problema de investigação (Gomez et al., 1960) que afirma, ainda que a questão da analise de dados qualitativa se deve considerar uma das tarefas de maior complexidade na investigação.

As narrativas foram agrupadas em categorias e subcategorias de análise de tal forma que nenhuma unidade de sentido pudesse incluir-se em categorias diferentes.

Segundo Holsti (apud. Raposo, 1981) e Gomez et al. (1996) as categorias devem ser exaustivas, i.e., de forma a que todos os itens (unidades de sentido) possam ser classificados e exclusivas, i.e., de forma a que cada item possa unicamente ser introduzido numa - e numa só - categoria. Este carácter de exclusividade determina - para assegurar a certeza dos resultados - que o investigador deva especificar concretamente os indicadores que determinam quais as unidades de classificação do conteúdo que pertencem a cada categoria.

Procuramos globalmente a definição de análise de conteúdo de Holsti para procurarmos explicar a metodologia que seguimos para a análise de conteúdo das narrativas.

Segundo este autor (apud. Raposo, 1981), torna-se necessário encontrar uma técnica de codificação que permita a transformação e a associação dos dados brutos em unidades que permitam uma descrição precisa das características do conteúdo. Isto implica tomar três decisões:

- “determinar através de que categorias vai ser delimitado o conteúdo de uma mensagem
- determinar a unidade de classificação do conteúdo;
- escolher o sistema de enumeração a utilizar.”

Relativamente à primeira tomada de decisão e segundo o mesmo autor (apud. Raposo, 1981 & Gomes e tal. 1996), a escolha das categorias pode ser feita à priori ou à posteriori, consoante o investigador o determine, antes da leitura do material ou à medida que se lê esse material.

Para Bardin (2004.) a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos, a descrição do conteúdo

das mensagens, indicadores quantitativos ou qualitativos, que permitam inferir conhecimentos a partir do conteúdo dessas mensagens.

Segundo o mesmo autor, no conjunto das técnicas da análise de conteúdo, a análise por categorias é cronologicamente a mais antiga. Funciona por operações de divisão do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos.

Usar as narrativas possibilita ao investigador uma abordagem mais compreensiva do universo de experiências (Flick 2002).

Na análise de conteúdo procede-se à descrição, segmentação e sistematização do conteúdo das mensagens, com o objectivo de lhes conferir significados ancorados em deduções justificadas (Bardin, 2004).

Na fase de pré análise, recorreremos à chamada leitura “flutuante”, Bardin (2004), das respostas de cada entrevista, que consistiu em arranjar e organizar as questões a tratar.

Classificámos as questões que foram objecto de análise e as que poderiam ser eliminadas, atribuindo-lhes o respectivo número de ordem, conforme o instrumento de pesquisa. Nesta fase foi determinado o recorte (escolha das unidades) das asserções, categorização para a análise e codificação para o registo de dados. A categorização resultou da classificação analógica e progressiva dos elementos. Esta categoria, a que Bardin (2004) chama de rubricas significativas, permite a classificação dos elementos de significação que constituem a mensagem.

As unidades de contexto foram submetidas a validação interna através da sua exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Tendo cada unidade um sentido no contexto em causa. Na classificação dos seus elementos constitutivos tivemos em linha de conta na análise do discurso, todas as frases, expressões, palavras e procurámos agrupá-las.

Numa fase final, efectuamos a unidade de enumeração de frequências das unidades de registo e de contexto, bem como a sua interpretação.

3.6.2 – Análise Quantitativa

Os dados quantitativos foram analisados por meio do SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 14 para Windows de forma a realizar estatísticas descritivas, análises correlacionais (Spearman) e inferências (regressão linear simples e múltipla).

CAPITULO IV. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 – Apresentação e discussão dos resultados do estudo 1 (Qualitativo).

Pretende-se explicar o conteúdo das narrativas recolhidas, através de matrizes, cujo universo são os hospitais do país e regiões autónomas. Foram recolhidas 18 narrativas seleccionadas de entre 20 narrativas produzidas por técnicos de radiologia voluntários que, pela maior frequência com que estão expostos a exames tanatológicos, poderiam produzir narrativas mais ricas em informação.

Em relação a essas narrativas estabelecemos categorias, que nos permitiram agrupar indicadores e estes traduziram-se em palavras ou frases mais comuns em todas elas e que constituíram unidades de classificação.

Uma leitura global das narrativas, sem utilização de categorias prévias de análise, permitiu apurar a constatação de que as Escolas Superiores de Saúde portuguesas não preparam os Técnicos de Radiologia para este tipo de exames aos quais, frequentemente, não é feita qualquer referência. Na verdade só numa narrativa, a nº10, o narrador refere que durante o curso teve conhecimento deste tipo de exames.

Face à prática desses exames os técnicos revelam respostas emocionais idênticas, que se substanciam em palavras como “frieza”, “angústia”, “ansiedade”.

Estes factores “convergem” os Técnicos na sua maioria à adopção de estratégias semelhantes na realização do exame; uso de máscara, indiferença, para além da frieza que é comum a todas elas.

Do estudo verificamos que as consequências face a estes exames são semelhantes à maioria dos Técnicos marcando-os psicologicamente e emocionalmente.

Quadro 2. Categorias de análise

Categorias			
	Avaliações	Reacções Emocionais	Atitudes/ Comportamentos
Sub-categorias	Controle Interno Controle Externo Percepção de falta de controle Percepção de ameaça para o Self	Positivas Neutras Negativas	Enfrentamento Evitamento Inacção Condutas defensivas Condutas potencialmente autolesivas

O quadro 2 representa uma sistematização das três categorias encontradas e das subcategorias correspondentes a cada uma delas. Da análise de conteúdo resultou a identificação de 3 categorias (avaliação, reacções emocionais e atitudes/comportamentos). Dentro de cada uma delas foi ainda possível identificar subcategorias.

A categoria AVALIAÇÕES refere-se às avaliações primárias, i.e., o grau de dano ou ameaça que a prática dos exames tanatológicos representava e às avaliações secundárias, i.e., a avaliação dos recursos pessoais disponíveis para lidar com esse dano ou ameaça. Nesta categoria foram identificadas as sub-categorias: controle interno, controle externo, percepção de falta de controle e percepção de ameaça para o self (Quadro 3).

A categoria REACÇÕES EMOCIONAIS refere-se aos estados emocionais experimentados pelos técnicos de radiologia, face aos exames tanatológicos, em função das características dos exames efectuados, mas também em função das avaliações primárias e secundárias que tinham efectuado.

Nesta categoria foram identificadas as sub-categorias: emoções positivas, emoções negativas e emoções neutras. O conceito de emoções neutras é em si mesmo

controverso, já que as emoções são classificadas habitualmente em positivas e negativas e/ou muito excitantes_pouco excitantes Averil (1997, citado por Carr, 2004). Com a utilização da sub-categoria emoções neutras pretendemos registar aquelas reacções emocionais que se situam mais perto dos eixos afecto-excitação, i.e., as que nem são muito agradáveis, nem muito desagradáveis e não produzem nem baixos nem altos níveis de excitação. Dentro da sub-categoria emoções positivas foram ainda identificadas as sub-sub-categorias: calma e gratificação. Na sub-categoria emoções neutras foi identificada a sub-sub-categoria: indiferença. Na sub-categoria emoções negativas foi identificado um maior número de sub-sub-categorias: nervosidade, sofrimento, medo, repulsa, tristeza, desespero, letargia, tensão e choque (Quadro 4).

A categoria ATITUDES/COMPORTAMENTOS refere-se às estratégias de *coping* referidas pelos sujeitos, i.e. os modos activos e passivos de lidar com a experiência dos exames tanatológicos. Nesta categoria foram identificadas as sub-categorias: enfrentamento, evitamento, inacção, condutas defensivas e condutas potencialmente auto-lesivas (Quadro 5).

Quadro 3. Categoria_Avaliações

Categorias	Sub-categorias	Indicadores	Número de Ordem das Narrativas																		Frequências						
			N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7	N8	N9	N10	N11	N12	N13	N14	N15	N16	N17	N18	Indica.	Subcateg.	Categ				
AVALIAÇÕES	Controle Interno	Ser profissional				x	x				x		x	x					x				6	15 (12,7%)	118		
		Conseguir resolver						x			x									x						3	
		Resposta ao exigido	x	x	x			x			x										x						6
	Controle Externo	Falta de preparação	x	x	x	x			x	x	x	x			x	x	x		x	x		x				16	75 (63,6%)
		Ser vítima do sistema....	x	x			x	x	x	x	x	x				x	x	x	x				x			14	
		Apanhado desprevenido			x			x	x	x	x	x	x				x	x	x	x				x		13	
		Sentir-se enganado							x															x		2	
		Sentir-se revoltado	x				x	x	x	x	x	x			x			x		x	x	x	x			13	
		Tinha de realizar	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x		17	
	Percepção de Falta de Controle	Desconhecer	x	x	x	x			x	x	x	x					x		x	x	x	x		14		21 (17,8%)	
		Deixou-me incomodado	x	x	x			x	x								x			x				7			
	Percepção de ameaça para o Self	Ameaça ao meu papel				x																		1		7 (5,9%)	
		Não é fácil superar					x	x	x															3			
		Medo da surpresa				x									x									3			

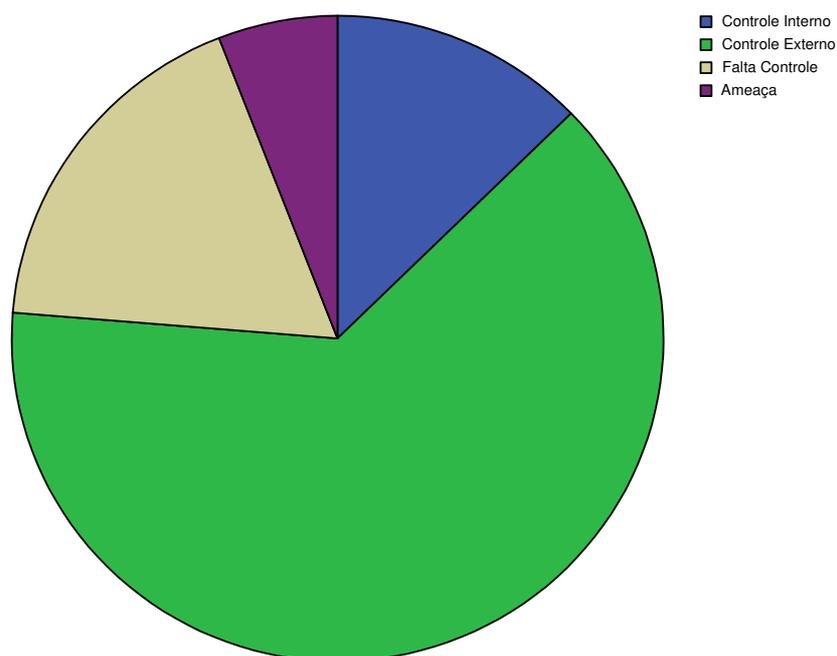


Gráfico 1. Frequência das referências das sub-categorias da categoria Avaliações

A grande maioria dos sujeitos que integraram esta amostra fez uma avaliação da prática de exames tanatológicos centrada no locus de controlo externo (63,6%) o que implica uma percepção de estar a ser vítima e joguete de imposições que ultrapassam o controle pessoal dos acontecimentos.

Lazarus e Folkman (1984) referem que o locus de controle externo se refere à crença de que os acontecimentos vividos não são contingentes com as condutas dos sujeitos que os vivem, induzindo por isso níveis de mal estar acrescidos e implicando dificuldades suplementares para lidar com esses acontecimentos.

Também Vaz Serra (2000) refere que o impacto stressante das vivências laborais é tanto maior quanto menor é a percepção de controlo pessoal sobre os acontecimentos e da percepção da disponibilidade de recursos pessoais adequados à situação vivida.

O mesmo autor refere ainda que a percepção de não contingência, quando continuada, implica reacções negativas de vários tipos, indo da sintomatologia ansiosa e depressiva, às queixas somáticas e, no limite, à mudança de trabalho ou à reforma antecipada.

O número comparativamente elevado de avaliações marcadas pelo controle externo, em relação às práticas de exames tanatológicos, parece significar que este tipo de exames é percebido como pouco motivador e mesmo ameaçador do bem-estar pessoal dos técnicos.

Este tipo de avaliação pode ser ilustrado por unidades de sentido como esta (N4): “...por ser a mais nova do serviço (...) acabei por ser eu a vítima.”, ou (N15) “...fui totalmente apanhada desprevenida, posso mesmo dizer que fui enganada...”.

Tanto as palavras utilizadas “vítima”, “enganada”, como a tonalidade das unidades de sentido traduz uma relação conflituosa com esse tipo de práticas, pelo menos nalguns sujeitos.

Outras unidades de sentido são mais moderadas como: (N1, N15, N18) “... nunca fomos preparados para isto.”, mas traduzem igualmente uma avaliação pessoal marcada pela não contingência, que pode expressar-se também por asserções comuns a vários técnicos do tipo: (N6, N7, N8, N9 “... não entendo porque nos foi ocultada esta valência”.

A sub-categoria percepção de falta de controlo reflecte também alguma forma de não contingência geralmente relacionada com a percepção de estar impreparado para a prática desses exames, quer porque a formação inicial a não previu, quer porque os serviços onde se realizam não facultou formação complementar nesta área.

A percepção de falta de controlo expressou-se por unidades de sentido do tipo: (N1) ““Na escola tive formação profissional e social no sentido de preservar a vida e lidar

com a doença...”, ou: (N11, N14, N16) “Não tive nunca conhecimento que algum dia viria a radiografar cadáveres”.

A percepção de ameaça para o *self* expressou-se por unidades de sentido do tipo: (N3): “...ameaça ao meu papel de luta pela vida...”, ou: (N4, N5, N6) “...não foi fácil superar...”.

Comparativamente, nas narrativas dos nossos sujeitos apenas se encontraram 15 referências (12,7%) a uma forma de controle interno das práticas profissionais relacionadas com os exames tanatológicos, sendo que as restantes 87,3% de referências sugeriam uma percepção de que esse tipo de práticas escapava ao seu controle pessoal.

Dentro desse tipo de referências, que revelavam um défice de controlo pessoal sobre a prática dos exames tanatológicos, as mais frequentes referiam-se à imposição externa (17 referências), seguidos da percepção de falta de preparação para os realizar (16 referências).

Se a imposição externa pode ser considerada uma condição incontornável, já que esse tipo de exames fazem parte do perfil da função de técnicos de radiologia, já a percepção da impreparação para os realizar sugere a necessidade de formação específica, tanto a nível académico como profissional, pode ser evitada mediante formação adequada nas Escolas que formam esses técnicos.

A avaliação dum défice dos recursos pessoais disponíveis para gerir a interacção com os acontecimentos potencialmente lesivos do equilíbrio pessoal implica, quase obrigatoriamente, um conjunto de reacções emocionais negativas, que vão da tristeza à cólera, passando por sentimentos de nojo, repulsa, etc.

Todavia, tal como nos chamam a atenção os trabalhos de Folkman (Folkman & Moskowitz, 2001), mesmo as situações e as vivências mais negativas podem suscitar emoções de sinal contrário, isto é, tanto positivas como negativas.

Categori	Sub-categorias	Sub-sub-categoria	Número de Ordem das Narrativas																		Frequência		
			N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7	N8	N9	N10	N11	N12	N13	N14	N15	N16	N17	N18	Sub-Sub-Cat.	Subcat	Cat.
REAÇÕES EMOCIONAIS	Negativas	Nervosidade				x				x			x							x	4	44 (71%)	62
		Sufrimento			x					x		x									3		
		Medo				x				x			x			x				x	6		
		Repulsa	x		x	x				x		x				x			x	x	8		
		Tristeza		x								x									2		
		Desespero			x							x									2		
		Apatia		x	x						x	x	x			x	x	x	x	x	10		
		Comoção			x																1		
		Tensão		x	x																2		
		Choque	x		x							x			x				x	x	6		
	Positivas	Gratificação		x	x	x					x			x		x	x	x		x	9	10 16,1%	
		Calma										x								1			
	Neutras	Indiferença			x	x					x	x	x			x	x	x			8	8 (12,9%)	

Quadro 4. Frequência das referências às reacções emocionais dos técnicos de radiologia

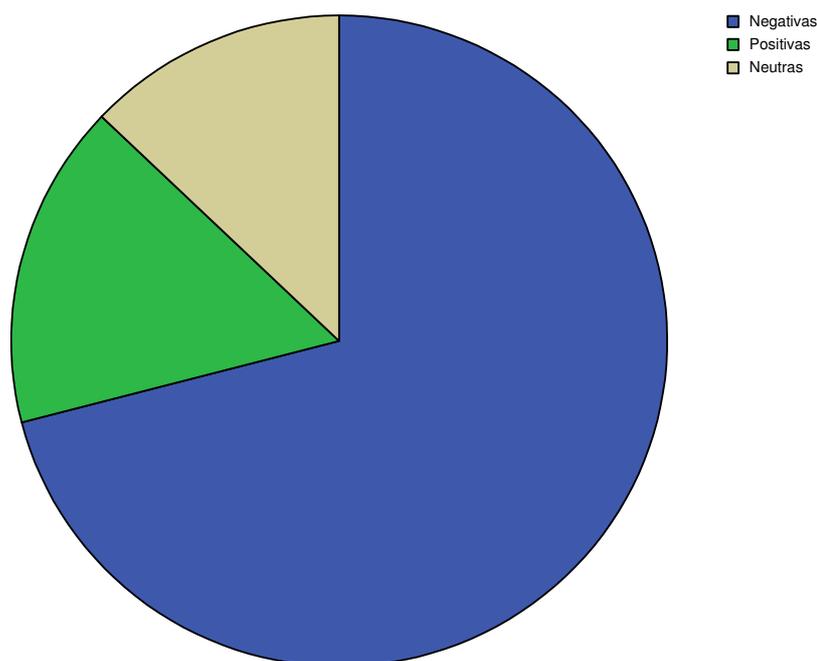


Gráfico 2. Frequência relativa das referências aos vários tipos de reacção emocional

A esmagadora maioria das referências incluídas na categoria reacções emocionais referem-se a emoções negativas (71%), o que é congruente com as avaliações efectuadas pelos nossos sujeitos. Com dez citações, a apatia, expressando embotamento afectivo, foi a referência mais frequente de entre as emoções negativas inventariadas. A repulsa é a segunda reacção negativa mais citada (8 citações).

As reacções afectivas negativas expressam-se por frases do tipo: (N4, N7, N18) “... muito amedrontada e ansiosa”, “cheia de repulsa...” , ou (N3) “... emocionalmente atingia situações limites...”, ou ainda (N7, N11) “... o nojo, o cheiro..” ...”provoca-me vômitos...”, ou (N8, N16) “ ... andei muito tempo nauseado”.

Uma percentagem minoritária, mas não negligenciável de citações refere a vivência de emoções positivas (16%) face à prática de exames tanatológicos. As emoções positivas seguem-se geralmente a reatribuições de sentido positivas (Folkman, 1997) e expressam-se por unidades de sentido do tipo: (N12) “ ... “...numa perspectiva positiva, pois o meu

contributo poderia dar para que a ciência avança-se...”, ou (N11) “...foi um período muito interessante da minha carreira, ..., na área da investigação criminal...”, ou ainda (N4, N8, N14, N18) “...de todas as experiências só retiro um lado positivo, a investigação...”.

Como referem vários autores Averill (1997, citado por Carr, 2004) e Larsen e Deiner, (2002, também citados por Carr, 2004), a formação de emoções positivas e negativas pode coexistir face à mesma experiência ou grupos de experiências. Alguns dos nossos sujeitos expressaram emoções positivas e negativas a propósito dos exames tanatológicos. Por um lado a sua prática provocava repulsa, nojo e outras emoções negativas, mas também era referida como gratificante, entusiasmante, estimulante do ponto de vista profissional e científico e um desafio em relação às práticas quotidianas mais rotineiras.

Todavia, embora haja importantes diferenças individuais, no que concerne à tendência para experimentar emoções negativas e positivas (Carr, 2004), certas experiências de vida tendem a induzir mais emoções negativas ou positivas, independentemente das características de personalidade das pessoas que as vivem. Geralmente essas experiências apresentam um forte colorido emocional devido às suas características intrínsecas. Esse parece ser o caso da prática dos exames tanatológicos que, induzem muito mais reacções emocionais negativas que positivas.

O número de citações que pôde ser incluído na sub-categoria de reacções emocionais neutras é residual, o que expressa bem a natureza destes exames, que praticamente não deixam ninguém indiferente.

É neste contexto que os técnicos optam por ajustamentos individuais de adaptação às situações ou momentos stressantes (Vaz Serra, 1999). Como se verifica

no Quadro 5 que revela indicadores comportamentais face a situações vividas perante estes exames.

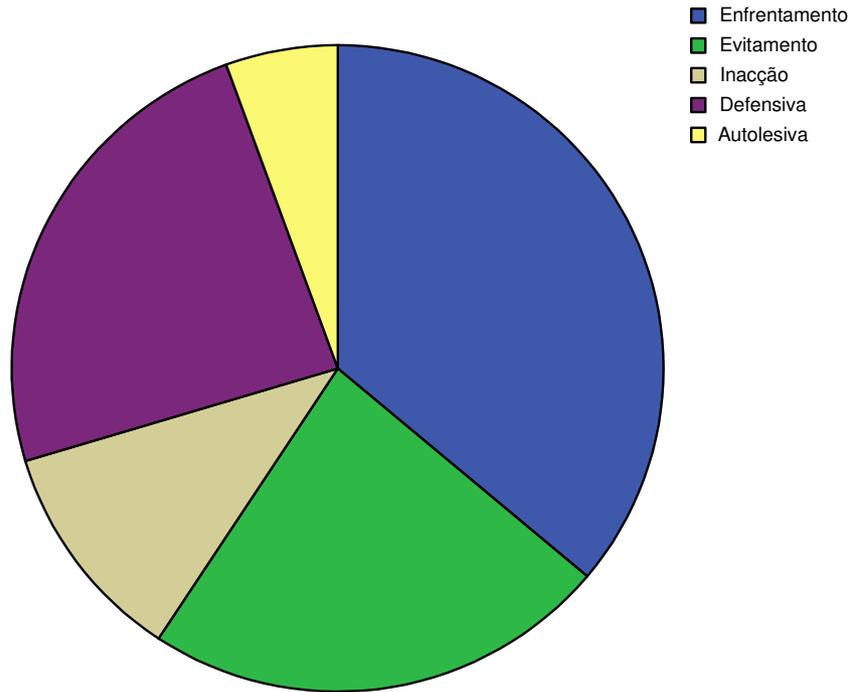


Gráfico 3. Número de referências por sub-categoria da categoria de Atitudes / Comportamentos

A sub-categoria Enfrentamento (36,1%) é a que assume maior peso nesta amostra com 39 citações, seguido das Condutas Defensivas (24,1%) e o Evitamento (23,1%). Estas duas últimas não diferem significativamente entre si.

No que respeita às subcategorias de Inacção (11,1%) e Condutas Potencialmente Autolesivas (5,6%), apresentam pouca expressão nestes profissionais em comparação com as subcategorias anteriores.

Folkman e Lazarus (1984, p.164) definem o enfrentamento como: “... os esforços cognitivos e comportamentais, em contínua mudança, que se desenvolvem para lidar com exigências específicas externas e/ou internas, que são avaliadas como excedendo ou transbordando os recursos pessoais”.

Por exigências específicas externas que excedem os recursos pessoais entendemos os exames tanatológicos que, como vimos acima, são considerados pelos técnicos que os

praticam como exigências para as quais eles não se sentem preparados, ou em relação aos quais sentem não dispor de recursos pessoais e profissionais adequados.

As estratégias de enfrentamento mais vezes seleccionadas foram do tipo resolver o problema, preparar-se para resolver o problema, ou adoptar qualquer outra atitude que significasse uma opção clara no sentido de enfrentar a situação.

Essas estratégias expressaram-se por unidades de sentido do tipo: (N4, N12, N18) “...dou as instruções de posicionamento...”, “...adoptei uma atitude de bloco operatório...”, ou (N12) “...encho o peito de ar, tento despachar o assunto rapidamente...”, ou ainda (N3, N11, N12) “...é preciso tomar uma atitude fria e um humor muitas vezes sarcástico para enfrentar...”.

A “recusa ao toque” com 11 citações, é a atitude de evitamento mais frequentemente seleccionada, enquanto que a “fuga” com 8 citações é a segunda. A reacção humorística, também com 8 citações é a Conduta Defensiva mais frequente.

No que respeita às subcategorias de Inacção (11,1%) e Condutas Potencialmente Autolesivas (5,6%), apresentam pouca expressão nestes profissionais em comparação com as subcategorias anteriores.

As estratégias de *coping* utilizadas, com destaque preferencial para o enfrentamento, que é aquela que apresenta um maior número de citações, parecem, à luz dos estudos e teorias anteriormente citados (Vaz Serra, 2000; Jesus, 2002) as mais adequadas face à exposição a práticas profissionais para as quais os técnicos não se sentem adequadamente preparados e que, pela sua natureza, tendem, como vimos anteriormente, a suscitar reacções emocionais negativas.

Tanto quanto é possível perceber pela análise destas narrativas, a selecção do enfrentamento, como estratégia preferencial de *coping*, bem como a prática de algumas condutas defensivas, como o uso do humor e as práticas de relaxamento, podem constituir

amortecedores eficazes em relação à prática deste tipo de exames, como propõem vários autores (DeLongis & Preece, 2000; Cruz, 2007).

Globalmente, os técnicos de radiologia parecem adoptar estratégias de *coping* adequadas e eficazes em relação a este tipo de problema com que são confrontados, o que acreditamos que explica os baixos níveis de *burnout* expressos por estes profissionais em relação a outros profissionais de saúde portugueses.

Destacamos ainda o baixo número de citações relativas à prática de condutas potencialmente auto-lesivas (5,6%) o que, no nosso entender reforça a conclusão acerca da eficácia dos modos de lidar com estas experiências potencialmente indutoras de stresse e de *burnout*.

Quanto às atitudes de evitamento (23,1% das citações), embora minoritárias, representam uma parte importante das estratégias de *coping* adoptadas, o que revela bem o desconforto provocado nos técnicos de radiologia por este tipo de prática profissional e a importância relativa que lhe atribuem.

A recusa de tocar (11 citações) a fuga propriamente dita (8 citações) e a realização do exame de forma superficial (6 citações) são estratégias adoptadas por quase todos os sujeitos, mas com especial expressão nas narrativas 12, 16 e 18, o que sugere que, caso possam, os técnicos que integraram esta amostra adoptam várias formas de evitar a exposição a este tipo de exames.

4. 2 – Conclusões parciais relacionadas com o estudo 1 (qualitativo)

O estudo qualitativo realizado, baseado nas narrativas voluntárias de 18 técnicos de radiologia portugueses, que se recrutaram entre os que mais frequentemente estão expostos a exames tanatológicos, permitiu avançar de forma significativa na compreensão das avaliações, reacções emocionais e modos de lidar com essas experiências.

Este tipo de estudo revelou ser adequado aos objectivos de investigação enunciados, já que colocou na subjectividade dos protagonistas a responsabilidade de expressarem, com todas as cambiantes que entendessem, as suas experiências com este tipo de exames.

Em relação à primeira questão de investigação, “Que tipo de avaliações fazem estes profissionais quando em presença dum exame tanatológico?”, encontrámos uma gama alargada de avaliações, mas o tipo de avaliação dominante centrou-se nalguma forma de avaliação não contingente, isto é, numa avaliação marcada pelo controlo externo, ou pela percepção de não controlo, ou ainda pela percepção de ameaça para o *self*. Também, dum modo geral, quase todos os sujeitos apontaram a falta de formação/preparação dada nas Escolas e Instituições de saúde como as principais responsáveis pelas dificuldades sentidas na relação com os exames tanatológicos.

Não surpreendentemente encontrámos reacções emocionais maioritariamente negativas (71%), algumas delas extremamente negativas, embora, nalguns casos, coexistindo com emoções positivas. Respondemos assim à segunda questão de investigação.

A resposta à terceira questão de investigação não corresponde ao quadro geral negativo que explanámos até agora, já que foi possível perceber que os técnicos de radiologia adoptam, em geral, modos de lidar com estas experiências bastante eficazes, muitas vezes (36,1%) centradas em atitudes de enfrentamento, mas também no uso do humor e do relaxamento (9,3%).

Este conjunto de estratégias ou modos de lidar com estas experiências são, muito provavelmente, responsáveis pelos baixos níveis de *burnout* experimentados por estes profissionais, em comparação com outros profissionais de saúde portugueses (Pacheco, 2006), como veremos a propósito do estudo quantitativo.

4.3 – Análise e discussão dos resultados do estudo 2 (quantitativo)

4.3.1 – Caracterização geral da amostra relativamente ao questionário

sócio-demográfico

Tabela – 1. Caracterização geral da amostra dos Técnicos de Radiologia.

N=221	Média	DP	Mín	Máx
Idade	36,05	7,86	21	55

N=221		
Sexo	FreqN	%
Masculino	100	45,2
Feminino	121	54,8

Estado Civil		
Solteiro	60	27,1
Casado/ U Fac	128	57,9
Viúvo	8	3,6
Divorciado	25	11,3

Filhos		
Sim	111	50,2
Não	107	48,4
Não Responde	3	1,4

Local Trabalho		
Norte	35	15,8
Centro	119	53,8
Sul	55	24,9
Ilhas	12	5,4

Habilitações Académicas		
Bacharelato	45	20,4
Licenciatura	165	74,7
Mestrado/Dout amento	11	5

Local de Formação		
ESTS Porto	41	18,6
ESTS Coimbra	70	31,7
ESTS Lisboa	86	38,9
Outras	24	10,8

N=221	Med	DP	Min	Max
Tempo de Serviço	13,3	8,14	1	37

Vínculo (N=221)	FreqN	%
Quadro	164	74,2
CIT	50	22,6
Outros	7	3,3
Regime Trabalho (N=221)		
35 horas	147	66,6
40 horas	47	21,3
42 horas	27	12,2

Tabela - 1 Características gerais da amostra (cont)

Dupla Actividade (N=221)			FreqN	%
Sim	158	71,5		
Não	61	27,6		
Não responde	2	1		

N=167	Med	DP	Min	Max
Num horas de trabalho extra	17,67	11,2	1	50

Prática desportiva (N=221)			FreqN	%
Sim	146	66,1		
Não	75	33,9		

Dispõe de tempo só para si? (N=221)			FreqN	%
Sim	189	85,5		
Não	32	14,5		

Sabia que exames tanatológicos faziam parte da profissão?			FreqN	%
Sim	80	36,2		
Não	138	62,4		
Não responde	3	1,5		

N=221	Med	DP	Min	Max
Num exames tanatológicos realizados no último ano	5,9	11,83	1	120

No que se refere à idade constatamos que os técnicos de radiologia, que realizam exames tanatológicos são relativamente jovens (Md=36,05 anos) provavelmente porque se trata duma população relativamente jovem na sua globalidade e ainda porque os técnicos mais velhos estarão menos disponíveis para este tipo de práticas.

Quanto ao sexo a distribuição é semelhante com ligeira predominância do sexo feminino, pode estar associada ao facto da área de saúde historicamente ser mais procurada pelas mulheres.

A maioria dos técnicos de radiologia, que praticam estes exames, é casada, mas uma percentagem não negligenciável é solteira (27,1%) ou divorciada (11,3 %). Devido a este número relativamente alto de pessoas solteiras não surpreende que os que têm filhos representam apenas cerca de metade (50,2%) destes profissionais.

Poder-se-á explicar este fenómeno pela tardia constituição familiar e há necessidade de no início de carreira do duplo trabalho. Apesar destes factores serem comuns na população portuguesa, nestes profissionais ligados às radiações acrescenta-se o factor de risco profissional (exposição radiológica).

Regra geral a técnica de radiologia tem um a dois filhos, pela tardia gravidez, o factor de risco e pelo afastamento da actividade durante a gestação.

A diversidade dos locais de trabalho, abrangendo todas as zonas do país e as ilhas, confere á nossa amostra uma dimensão nacional e uma representatividade alargada, permitindo por isso generalizar os resultados obtidos nesta investigação a todos os técnicos de radiologia que praticam exames tanatológicos no país.

4.3.2 Níveis de *burnout* entre os técnicos de radiologia portugueses

Tabela – 2. Resultados comparados dos níveis de *Burnout* em Profissionais de Saúde

<i>Estudos com Profissionais de Saúde</i>	<i>EE</i>		<i>DP</i>		<i>RP</i>	
	Med	dp	Med	dp	Med	dp
Amostra Original (Maslach & Jackson, 1987) N=1.104	22,19	9,53	7,12	5,22	36,53	7,34
Amostra portuguesa (Pacheco, 2006) N=357	18,44	11,17	6,46	5,37	34,58	7,96
Amostra Actual_ Técnicos de Radiologia N=221	12,17	8,32	4,54	4,45	37,88	7,89

Legenda: EE_Exaustão Emocional; DP_Despersonalização; RP_Realização Pessoal

Os resultados médios obtidos pelos técnicos de radiologia portugueses, que praticam habitualmente exames tanatológicos (presente amostra), revelaram-se claramente inferiores às duas amostras de referência, no que se refere à Exaustão Emocional e à Despersonalização e ligeiramente superiores no que se refere à dimensão Realização Pessoal.

Ao mesmo tempo, apresentam desvios padrões mais baixos o que revela uma maior coesão dos resultados e uma maior homogeneidade das referidas dimensões entre os técnicos de radiologia.

Esta discrepância dos níveis de *Burnout* em populações que exercem a sua actividade em Instituições de Saúde pode provavelmente ter origem em vários factores, mas acreditamos que, quando comparados com os outros profissionais de saúde, aqueles que foram objecto desta investigação por serem uma população jovem, ainda não apresentem níveis de *burnout* tão acentuados, como sugere Barros (1998), que defende o aparecimento de burnout, anos após terem iniciado a sua vida profissional.

Os valores mais elevados na dimensão Realização profissional poderão ter por base uma certa autonomia existente nesta profissão, assim como a diversidade de valências na especialidade e sua constante evolução tecnológica.

4.3. 3 - Influência das variáveis secundárias nos níveis de *burnout* dos técnicos de radiologia

Tabela - 3 Resultados comparados (por sexo) dos níveis de *Burnout* dos Técnicos de Radiologia (Teste T Student)

<i>SEXO</i>	<i>EE</i>		<i>DP</i>		<i>RP</i>	
	Med	DP	Med	DP	Med	DP
Feminino	13,43	9,07	4,21	4,52	37,13	8,67
Masculino	10,74	7,14	5,02	4,37	38,74	6,86
T Student	T=2,40; p=0,015*		T=-1,35; p= 0,18		T=-1,50; p= 0,134	

Legenda: EE_Exaustão Emocional; DP_Despersonalização; RP_Realização Pessoal

* Significativo

Os homens apresentam níveis de Exaustão Emocional significativamente inferiores às mulheres e níveis de Despersonalização e Realização Profissional ligeiramente superiores, sem que essa diferença assuma significado estatístico.

Estes resultados podem explicar-se devido ao facto do sexo feminino ser mais intenso emocionalmente ao lidar com os problemas (Vaz Serra, 1999).

As técnicas de radiologia além de se envolverem mais com os doentes executam exames radiológicos que raramente os técnicos realizam devido às suas características envolventes (mamografia) cuja carga emocional é elevada.

Num dos poucos estudos realizados em Portugal com populações semelhantes (Pacheco, 2006) foram encontradas diferenças significativas entre os sexos no que respeita à Despersonalização, mas não às outras dimensões do *Burnout*.

Tabela – 4. Análise estatística Anova (one way) das variações dos níveis de *Burnout* em função da Idade.

Variáveis	Condição	Soma dos quadrados	GL	Med Quadrados	F	p
Realização pessoal	Entre grupos	2044,988	33	61,969	0,993	0,48
	Dentro dos grupos	11665,953	187	62,385		
	Total	13710,941	220			
Despersonalização	Entre grupos	737,17	33	22,339	1,153	0,274
	Dentro dos grupos	3623,752	187	19,378		
	Total	4360,923	220			
Exaustão emocional	Entre grupos	2119,414	33	64,225	0,917	0,60
	Dentro dos grupos	13098,052	187	70,043		
	Total	15217,466	220			

Ao contrário do esperado, a idade dos técnicos de radiologia não parece ter influência significativa nos níveis das várias dimensões do *burnout*. É possível que estes resultados se possam parcialmente explicar pela idade média relativamente baixa da nossa população e também pela fraca expressão dos níveis de *burnout* encontrados nos técnicos de radiologia,

quando comparados com outras profissões de ajuda, tanto em Portugal como no estrangeiro.

Tabela – 5. Análise estatística (Kruskall-Wallis) das dimensões

do *Burnout* em função do Estado Civil

Variáveis	Estado Civil	Freq	Mean Rank
Exaustão emocional	solteiro	60	102,16
	casado-união de facto	128	116,97
	Viúvo	8	94,19
	Divorciado	25	107,02
	Total	221	
Despersonalização	solteiro	60	114,42
	casado-união de facto	128	106,62
	Viúvo	8	116,63
	Divorciado	25	123,42
	Total	221	
Realização pessoal	solteiro	60	114,53
	casado-união de facto	128	108,77
	Viúvo	8	110,81
	Divorciado	25	113,98
	Total	221	
Exaustão emocional Despersonalização Realização pessoal			
Qui-quadrado	2,923	1,800	0,394
GL	3	3	3
Sig.	0,404	0,615	0,941

Não se apuraram diferenças significativas nos níveis de *Burnout*, em qualquer das dimensões, em função do Estado Civil.

Apesar de tudo, são os casados os que apresentam valores mais elevados de Exaustão Emocional, os viúvos que apresentam os valores mais elevados de despersonalização e os solteiros que apresentam valores muito ligeiramente mais elevados de realização pessoal.

Tabela – 6 Análise estatística (Kruskall-Wallis) das dimensões do *Burnout* em função da Zona de Trabalho (Norte, Centro, Sul e Ilhas).

Variáveis	Estado Civil	Freq.	Mean Rank
Exaustão emocional	Norte	35	97,84
	Centro	119	113,08
	Sul	55	109,20
	Ilhas	12	137,04
	Total	221	
Despersonalização	Norte	35	99,09
	Centro	119	113,24
	Sul	55	110,19
	Ilhas	12	127,21
	Total	221	
Realização pessoal	Norte	35	123,93
	Centro	119	105,54
	Sul	55	110,27
	Ilhas	12	130,79
	Total	221	

	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização pessoal
Qui-quadrado	3,652	2,170	3,467
GL	3	3	3
Sig.	0,302	0,538	0,325

Não se apuraram diferenças significativas dos níveis de *Burnout* nos técnicos de radiologia, em função da zona do país em que exercem a sua actividade, muito embora exista uma ligeira tendência para os técnicos de radiologia das Ilhas apresentarem níveis médios superiores de Exaustão Emocional e Despersonalização.

Não dispomos de informação suficiente para avançar com possíveis causas desta tendência, que, aliás, não assume significado estatístico.

Tabela – 7. Variações dos níveis de *Burnout* em função da condição de ter ou não ter filhos (Teste T de Student)

Variáveis	Tem filhos?	Freq.	Médias	DP	p
Exaustão emocional	Sim	111	12,6757	8,69604	0,426
	Não	107	11,7757	7,92692	
Despersonalização	Sim	111	4,8018	4,69007	0,461
	Não	107	4,3551	4,22091	
Realização pessoal	Sim	111	38,0000	7,82769	0,715
	Não	107	37,6075	8,04909	

Como se pode verificar na Tabela 7 a condição de ter ou não ter filhos não interfere com os níveis de *burnout* dos técnicos de radiologia, muito embora os profissionais com filhos apresentem uma tendência, sem significado estatístico, para apresentarem níveis médios superiores de Exaustão Emocional e de Despersonalização e inferiores de Realização Pessoal. Curiosamente, se seleccionarmos apenas os técnicos do sexo feminino, os níveis de Despersonalização e de Exaustão Emocional são mais baixos para as mulheres com filhos, sendo o nível de Realização Pessoal mais elevado. Isto parece sugerir, embora essa tendência não assuma significado estatístico, que a condição de ter filhos, para as mulheres, constitui um factor de protecção em relação ao *burnout* (Maslach, et al.,2000).

Tabela 8. Análise estatística Anova (one way) das variações dos níveis de *Burnout* em função do tempo de serviço

Variáveis	Condição	soma dos quadrados	GL	Med Quadrad	F	p
Realização pessoal	Entre grupos	2205,679	31	71,151	1,169	0,2660
	Dentro dos grupos	11505,262	189	60,874		
	Total	13710,941	220			
Despersonalização	Entre grupos	756,833	31	24,414	1,280	0,161
	Dentro dos grupos	3604,090	189	19,069		
	Total	4360,923	220			
Exaustão emocional	Entre grupos	2192,154	31	70,715	1,026	0,437
	Dentro dos grupos	13025,313	189	68,917		
	Total	15217,466	220			

Ao contrário do esperado, na nossa população não se observam diferenças significativas em nenhuma das dimensões do Burnout em função do tempo de serviço.

Trabalhos anteriores (Faria et. al (2001); Maslach et. al (2001); Pacheco (2006) e Queirós (2005).) têm evidenciado uma tendência significativa para um aumento da exaustão emocional e da despersonalização, em função do aumento do tempo de serviço e, paralelamente, um aumento do sentimento de realização pessoal.

Os resultados alcançados com a nossa população não confirmam estas tendências o que pode ser explicado pelo facto da maioria dos técnicos se encontrarem no início de carreira, a faixa etária acima dos 50 anos actualmente é em minoria.

Tabela 9. Análise estatística (Kruskall-Wallis) das dimensões do *Burnout* em função das Habilitações Literárias

Dimensões	Habilitações	Freq	Mean Rank
Exaustão emocional	Bacharel	45	111,72
	Licenciatura	165	111,54
	Mestrado_Doutoramento	11	100,00
	Total	221	
Despersonalização	Bacharel	45	122,96
	Licenciatura	165	109,09
	Mestrado_Doutoramento	11	90,68
	Total	221	
Realização pessoal	Bacharel	45	112,91
	Licenciatura	165	110,72
	Mestrado_Doutoramento	11	107,41
	Total	221	

	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização pessoal
Qui-quadrado	0,344	2,868	0,078
GL	2	2	2
Sig.	0,842	0,238	0,962

Os resultados às dimensões do *burnout* não parecem ser afectados, de forma estatisticamente significativa, pelo nível de formação académica, muito embora se observe uma tendência para uma diminuição dos níveis de Despersonalização e de Exaustão Emocional e um aumento dos níveis de Realização Pessoal à medida que a formação académica aumenta.

Supostamente, neste tipo de profissionais a valorização académica é uma mais valia, não só no aspecto promocional da carreira, mas sim como afirmação dos seus conhecimentos e

poder de argumentação na especialidade, dando origem ao reconhecimento e valorização por parte de outros técnicos de saúde.

Tabela 10. Análise estatística (Kruskall-Wallis) das dimensões do *Burnout* em função do tipo de vínculo profissional

Dimensões do Burnout	Vínculo profissional	Freq	Mean Rank
Exaustão emocional	Quadro	164	114,66
	CIT	50	99,15
	RV	1	16,00
	CAP	5	106,50
	Total	220	
Despersonalização	Quadro	164	107,45
	CIT	50	123,25
	RV	1	116,00
	CAP	5	82,00
	Total	220	
Realização pessoal	Quadro	164	111,34
	CIT	50	108,96
	RV	1	55,50
	CAP	5	109,40
	Total	220	

Legenda: Quadro; CIT (contrato individual de trabalho); RV (recibo verde); CAP (contrato de administrativo de provimento)

	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização pessoal
Qui-quadrado	4,527	3,438	0,808
GL	3	3	3
Sig.	0,210	0,329	0,847

Os resultados às três dimensões do *burnout* não são interferidos, de forma estatisticamente significativa, pelo tipo de vínculo profissional dos técnicos de radiologia.

Os profissionais que pertencem ao quadro apresentam níveis superiores de exaustão emocional, mas também maiores níveis de realização pessoal, enquanto que os têm contrato individual de trabalho apresentam maiores níveis de despersonalização.

O único técnico a recibo verde não pode servir de comparação, justamente por ser único.

Tabela 11. Análise estatística (Kruskall-Wallis) das dimensões do *Burnout* em função do tipo de horário de trabalho

Dimensões do Burnout	Regime Trabalho	Freq	Mean Rank
Exaustão emocional	35 horas	146	110,77
	40 horas	47	101,23
	42 horas	27	125,15
	Total	220	
Despersonalização	35 horas	146	109,27
	40 horas	47	110,88
	42 horas	27	116,48
	Total	220	
Realização pessoal	35 horas	146	106,89
	40 horas	47	115,43
	42 horas	27	121,43
	Total	220	

	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização pessoal
Qui-quadrado	2,436	,299	1,550
GL			
Sig.	0,296	0,861	0,461

Também o tipo de horário de trabalho não diferencia, de forma estatisticamente significativa, os níveis de *burnout* dos técnicos de radiologia, muito embora se observe uma tendência, relativamente clara, para um aumento da Despersonalização e Exaustão Emocional entre os profissionais que têm um horário de trabalho de 42 horas. Curiosamente são também estes que apresentam níveis de Realização Pessoal mais elevados. Não será difícil de compreender estas variações, todas as dimensões aumentam, por regra geral quem detém 42 horas são os cargos de coordenação ou a quem foram distribuídas funções de responsabilidade, logo se por um lado aumenta a auto-estima, aumenta a Realização Pessoal pelos cargos confiados, também as outras dimensões aumentam provocadas pela responsabilidade, o receio de não dominar as tarefas e o confronto das tomadas de decisão.

Tabela 12. Resultados comparados, em função da prática ou não de dupla actividade profissional, dos níveis de *Burnout* dos Técnicos de Radiologia (Teste T Student)

<i>Dupla Actividade</i>	<i>EE</i>		<i>DP</i>		<i>RP</i>	
	Med	DP	Med	DP	Med	DP
SIM (158)	11,83	8,17	4,21	4,01	37,86	8,19
NÃO (61)	12,61	8,41	5,25	5,41	38,16	7,12
T Student	T=-0,62 p=0,54		T=-1,54; p=0,13		T=-0,22 p=0,821	

Legenda: EE_Exaustão Emocional; DP_Despersonalização; RP_Realização Pessoal

Estranhamente, e ao contrário do esperado, os técnicos de radiologia que acumulam a actividade laboral normal com outras actividades profissionais apresentam níveis de Exaustão Emocional e Despersonalização inferiores àqueles que não têm dupla actividade, muito embora essa diferença não assuma significado estatístico. Deve ser também referido, que o número de técnicos de radiologia que têm mais que uma actividade laboral, são em número quase três vezes superior aos que só têm uma actividade.

Confrontando com os valores apresentados por Queirós (2005); Martins et al (1996), em estudos realizados noutros profissionais de saúde, os níveis de Exaustão Emocional e físico são mais elevados, ao contrario dos encontrados nos técnicos de radiologia, poder-se-á acrescentar, como hipótese, que é no segundo emprego que estes profissionais executam valências complementares da sua área profissional, muitas vezes não existentes no seu hospital, aumentando desta forma os seus conhecimentos e práticas de intervenção, desta forma cresce a sua realização pessoal.

Tabela 13. Análise estatística Anova (one way) das variações dos níveis de *Burnout* em função das horas de trabalho extra

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Exaustão emocional	Between Groups	1708,705	31	55,120	,757	,816
	Within Groups	9834,697	135	72,850		
	Total	11543,401	166			
Despersonalização	Between Groups	410,956	31	13,257	,682	,892
	Within Groups	2622,960	135	19,429		
	Total	3033,916	166			
Realização pessoal	Between Groups	2060,504	31	66,468	1,027	,439
	Within Groups	8737,915	135	64,725		
	Total	10798,419	166			

Como se pode ver na Tabela 13 nenhuma das dimensões do *burnout* é influenciada, de forma significativa, pelo número de horas de trabalho extra realizadas por estes profissionais de saúde.

Este resultado, em conjugação com os anteriores, parecem sugerir que a actividade profissional destes profissionais não apresenta a mesma tendência para gerar stress profissional, que a de profissionais de saúde, que trabalham na mesma área, mas com tipos de actividade diferentes, como médicos e enfermeiros. Para estes, Pacheco (2006) encontrou níveis de *burnout* significativamente superiores em função da idade (mais velhos mais Despersonalização e Exaustão Emocional) e em função do número de horas semanais de actividade (mais horas correspondiam a níveis mais elevados de Despersonalização e Exaustão Emocional e mais baixos de Realização Pessoal).

4. 3. 4 - Influência das variáveis independentes (moderadoras e mediadoras) nos níveis de *burnout* dos técnicos de radiologia

Tabela 14. Resultados comparados, em função do conhecimento prévio de que a realização de exames tanatológicos fazia parte da actividade profissional, dos níveis de *Burnout* dos Técnicos de Radiologia (Teste T Student)

<i>Conhecimento Prévio</i>	<i>EE</i>		<i>DP</i>		<i>RP</i>	
	Med	DP	Med	DP	Med	DP
SIM (N=80)	12,175	8,63	5,325	5,2	37,375	8,27
NÃO (N=138)	12,152	8,24	4,152	3,8	38,217	7,73
T Student	T=-0,019; p=0,985		T=-1,88; p=0,061		T=-0,756; p=0,451	

Legenda: EE_Exaustão Emocional; DP_Despersonalização; RP_Realização Pessoal

Como se pode constatar pela Tabela 14 a análise estatística T Student não evidencia diferenças significativas nos níveis das diferentes dimensões do *burnout* em função do conhecimento, ou não conhecimento prévio de que os exames tanatológicos faziam parte integrante da prática profissional dos técnicos de radiologia. Isto significa que a nossa hipótese nº 2 não se vê confirmada pelos resultados. Pelo contrário, no que se refere aos níveis de despersonalização, os profissionais que não tiveram conhecimento prévio desta prática, e que são a maioria, apresentam níveis quase significativamente inferiores àqueles que afirmam que tiveram previamente esse conhecimento.

Tabela 15. Análise estatística Anova (one way) das variações dos níveis de *Burnout* em função do número anual de exames tanatológicos realizados

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Exaustão emocional	Between Groups	2514,880	19	132,362	2,094	,006
	Within Groups	12702,586	201	63,197		
	Total	15217,466	220			
Despersonalização	Between Groups	361,441	19	19,023	,956	,515
	Within Groups	3999,482	201	19,898		
	Total	4360,923	220			
Realização pessoal	Between Groups	1016,966	19	53,525	,848	,648
	Within Groups	12693,975	201	63,154		
	Total	13710,941	220			

Como se pode constatar na Tabela 15 o número de exames tanatológicos realizados no ano anterior não interfere com os níveis de Despersonalização ou de Realização Pessoal dos técnicos de radiologia, mas interfere de forma muito significativa com os níveis de Exaustão Emocional desses técnicos.

Este resultado confirma a nossa hipótese nº 1 e sugere que o aumento da frequência deste tipo de exames é uma das condições para o aumento dos níveis de Exaustão Emocional.

Sendo a Exaustão Emocional, de todas as dimensões do *burnout* aquela que está mais relacionada com o stresse laboral e surge, de acordo com Maslach (1993, citada por Schaufeli, Maslach & Marek, 1993) antes da Despersonalização, que é uma resposta do psiquismo para se proteger dos sentimentos negativos associados à Exaustão Emocional. Neste sentido é provável que a continuação da prática destes exames tenda a fazer aumentar também, num segundo nível, os níveis de Despersonalização e a diminuição do sentimento de Realização Pessoal.

Os nossos resultados confirmam que a exposição a este tipo de práticas aumenta, de forma muito significativa, os níveis de Exaustão Emocional dos técnicos de radiologia.

Tabela 16. Resultados da Regressão Linear entre os factores moderadores: Vulnerabilidade ao Stresse e Ansiedade Traço, globalmente considerados, e os níveis de Exaustão Emocional

<i>Modelo</i>		<i>Soma quadrados</i>	<i>gl</i>	<i>Média quadrados</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
1	Regressão	11172,912	2	5586,456	183,38	0,000(a)**
	Residual	6641,016	218	30,463		
	Total	17813,928	220			

a Predictores: (Constante), Vulnerabilidade ao stresse e Ansiedade Traço

b Variável dependente: Ansiedade estado

** Muito significativo

No seu conjunto os factores Vulnerabilidade ao Stresse e Ansiedade Traço explicam uma parte muito significativa da variância da Exaustão Emocional, o que significa que são os mais poderosos preditores das variações dos resultados a esta variável.

Individualmente considerados, ambos exercem uma influência muito significativa nas variações dos resultados à Exaustão Emocional, embora a Ansiedade Traço apresente uma influência ligeiramente superior à Vulnerabilidade ao Stresse, como se pode constatar na Tabela 17.

Tabela 17. Resultados da Regressão Linear Múltipla entre os factores moderadores: Vulnerabilidade ao Stresse e Ansiedade Traço, individualmente considerados, e os níveis de Exaustão Emocional

<i>Modelo</i>	<i>Factores</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
1	(Constante)	-2,077	0,039*
	Ansiedade Traço	3,802	0,000**
	Vulnerabilidade ao stresse	3,043	0,003*

a Variável dependente: Exaustão emocional

* Significativo

** Muito significativo

Pode-se ainda constatar pela Tabela 17, que existe uma parte residual da variância da Exaustão Emocional que é atribuível a outros factores, como os que analisámos acima.

Esta variância residual apresenta também um nível de significância estatística, mas inferior aos factores moderadores descritos.

Estes resultados significam que, para além da exposição aos factores de stresse, como seja a realização de exames tanatológicos, as características de personalidade têm uma influência decisiva na forma como os técnicos de radiologia desenvolvem níveis crescentes de Exaustão Emocional.

Estes resultados vão de encontro aos resultados de múltiplos estudos recentes que permitiram eleger alguns traços de personalidade como o neuroticismo, como potenciadores do impacto negativo de situações stressantes em relação ao aumento do mal-estar psicológico, funcionando outros (extroversão, por exemplo) como factores de resiliência em relação ao desenvolvimento de *burnout* e outras formas de mal-estar, tanto físico como psicológico (Taylor & Stanton, 2007).

Tabela 18. Resultados da Regressão Linear Múltipla entre os factores da Escala de Vulnerabilidade ao Stresse, individualmente considerados, e os níveis de Exaustão Emocional

		Coefficients ^a				
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-,891	1,988		-,448	,654
	Perfeccionismo e intolerancia à frustração	,337	,200	,152	1,682	,094
	Inibição e dependencia funcional	,201	,256	,068	,786	,433
	Carencia de apoio social	,062	,350	,012	,177	,860
	Condições de vida adversas	,285	,210	,083	1,355	,177
	Dramatização da existencia	,616	,306	,151	2,012	,045
	Subjugação	,664	,257	,191	2,579	,011
	Deprivação de afecto e rejeição	,170	,379	,034	,450	,653

a. Dependent Variable: Exaustão emocional

Estes resultados podem ser interpretados no sentido de que as pessoas que são mais dependentes adoptam mais dificilmente estratégias de *coping* do tipo enfrentamento e mostram-se por isso mais vulneráveis a sentir-se emocionalmente exaustas face às práticas e situações profissionais indutoras desse tipo de estado emocional.

Quanto à tendência para a dramatização da existência ela expressa níveis elevados de neuroticismo, o que, como repetidamente se observa neste trabalho e em trabalhos semelhantes tende a aumentar os níveis de desconforto face a todo o tipo de factores de stress e, em Como pode verificar-se na Tabela 18, apenas os factores Dramatização da Existência e Subjugação apresentam uma influência significativa sobre os níveis de exaustão emocional da amostra.

particular, o stress laboral.

Tabela 19. Resultados da Regressão Linear entre os factores moderadores: Vulnerabilidade ao Stress e Ansiedade Traço, globalmente considerados, e os níveis de Despersonalização

<i>Modelo</i>		<i>Soma quadrados</i>	<i>gl</i>	<i>Média quadrados</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
1	Regressão	535,001	2	267,501	15,242	0,000(a)
	Residual	3825,922	218	17,55		
	Total	4360,923	220			

a) Preditores (constante), Total de ansiedade estado, vulnerabilidade ao stress

b) Variável dependente: despersonalização

No seu conjunto, as variáveis Ansiedade Traço e Vulnerabilidade ao stress explicam uma parte significativa da variância dos resultados à dimensão Despersonalização dos técnicos de radiologia portugueses.

Tal como comentámos em relação à influência destas variáveis moderadoras em relação à Exaustão Emocional também no que se refere aos níveis de despersonalização sentidos pela nossa amostra as características de personalidade são mais influentes do que a exposição aos factores potenciais de stress laboral, como também afirma Jesus (2002).

Tabela 20. Resultados da Regressão Linear entre os factores moderadores: Vulnerabilidade ao Stresse e Traço Ansiedade, individualmente considerados, e os níveis de Despersonalização

<i>Modelo</i>	<i>Factores</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
1	(Constante)	-1,314	0,190
	Ansiedade Traço	2,657	0,008**
	Vulnerabilidade ao stresse	1,695	0,091

Individualmente consideradas, a variável Ansiedade Traço mostra ter uma influência muito significativa na variância dos resultados à dimensão Despersonalização, mas a variável Vulnerabilidade ao Stresse não mostra ter uma influência significativa nessa variância.

Estes resultados sugerem que as pessoas tendencialmente mais ansiosas se protegem mais, face ao aumento da Exaustão Emocional, em relação ao investimento afectivo no seu trabalho, tendendo a tornar-se mais “cínicas” e desprendidas. Já as pessoas que apresentam mais vulnerabilidade ao stresse não mostram uma tendência significativa para adoptar este tipo de defesa emocional.

Tabela 21. Influência dos factores da 23QVS (Vulnerabilidade ao Stresse), individualmente considerados, na variância da dimensão Despersonalização

		Coefficients^a				
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,292	1,124		1,150	,252
	Perfeccionismo e intolerancia à frustração	-,047	,113	-,040	-,418	,677
	Inibição e dependencia funcional	,265	,145	,167	1,830	,069
	Carencia de apoio social	-,337	,198	-,118	-1,700	,091
	Condições de vida adversas	,127	,119	,070	1,070	,286
	Dramatização da existencia	,180	,173	,082	1,040	,299
	Subjugação	-,002	,145	-,001	-,013	,989
	Deprivação de afecto e rejeição	,619	,214	,228	2,888	,004

a. Dependent Variable: Despersonalização

Todavia, quando consideramos, não o total da Vulnerabilidade ao Stresse (23QVS), mas sim as suas componentes factoriais, verificamos que as pessoas que tendem a sentir-se privadas de afecto e vitimas de rejeição, mostram também uma tendência muito significativa para apresentar níveis de Despersonalização mais elevados.

Este resultado é compatível com a teoria desenvolvidas por Maslach (1993, citada por Schaufeli, Maslach & Marek, 1993) na qual afirma que a Despersonalização, considerada como uma forma de desinvestimento afectivo, é mais evidente à medida que o stresse profissional vai aumentando e mais facilmente seleccionada por pessoas mais vulneráveis, emocionalmente mais frágeis e com menos “defesas” pessoais em relação ao stresse imposto pelas condições de trabalho.

Tabela 22. Resultados da Regressão Linear entre os factores moderadores: Vulnerabilidade ao Stresse e Ansiedade Traço, globalmente considerados, e os níveis de Realização Pessoal

<i>Modelo</i>		<i>Soma quadrados</i>	<i>gl</i>	<i>Média quadrados</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
1	Regressão	4106,058	2	2053,029	46,597	0,000(a)**
	Residual	9604,883	218	44,059		
	Total	13710,941	220			

Preditores: Vulnerabilidade ao stresse e ansiedade estado

Variável dependente: Realização Pessoal

** Muito significativo

No conjunto, as variáveis Vulnerabilidade ao Stresse e Ansiedade Traço explicam uma parte muito significativa da variância dos resultados dos técnicos de radiologia à dimensão Realização Pessoal.

Tabela 23. Resultados da Regressão Linear Múltipla entre os factores moderadores: Vulnerabilidade ao Stresse e Traço Ansiedade, individualmente considerados, e os níveis de Realização Pessoal

<i>Modelo</i>	<i>Factores</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
1	(Constante)	30,559	0,000**
	Ansiedade Traço	-5,355	0,000**
	Vulnerabilidade ao stresse	-2,166	0,031*

Variável dependente: Realização pessoal

* Significativo

** Muito significativo

Como pode constatar-se na Tabela 23, as pessoas mais ansiosas tendem, de forma muito significativa, a sentir níveis inferiores de Realização Pessoal. O mesmo acontece com as pessoas que apresentam níveis de vulnerabilidade ao stresse mais elevados, mas de forma menos significativa. Trata-se por isso duma influência negativa sobre a realização pessoal. Todavia, como também pode constatar-se na tabela acima a parte da variância da realização pessoal que não é explicada por estes dois factores é muitíssimo mais alta do que a que estes explicam, o que significa que, embora se trate de factores influentes na realização pessoal, eles estão longe de esgotar todo o tipo de influências que esta variável sofre e que nós não estamos em medida de explicar face aos presentes resultados.

Tabela 24. Resultados da Regressão Linear Múltipla entre os factores da Escala 23QVS, individualmente considerados e a dimensão Realização Pessoal.

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	49,758	1,865		26,676	,000
	Perfeccionismo e intolerância à frustração	-,318	,188	-,151	-1,690	,092
	Inibição e dependencia funcional	-,313	,240	-,112	-1,306	,193
	Carencia de apoio social	,020	,329	,004	,061	,951
	Condições de vida adversas	-,322	,197	-,099	-1,633	,104
	Dramatização da existencia	-,970	,287	-,250	-3,377	,001
	Subjugação	,048	,241	,015	,200	,841
	Deprivação de afecto e rejeição	-,457	,355	-,095	-1,286	,200

a. Dependent Variable: Realização pessoal

Como pode ver-se na Tabela acima apenas um factor, pela negativa, tem influência muito significativa nos níveis de Realização Pessoal dos nossos sujeitos: a tendência para a dramatização da existência.

Chamamos mais uma vez a atenção para a importância do traço neuroticismo na eclosão e manutenção de várias formas de mal-estar psicológico, que estes resultados traduzem.

No seu conjunto, estes resultados confirmam as nossas hipóteses 4 e 5, que postulavam que a níveis superiores de vulnerabilidade ao stress e ansiedade traço corresponderiam níveis correlativamente superiores de *burnout*, em todas as suas dimensões.

Todavia, estes factores não explicam uma parte muito significativa da variância dos resultados à Realização Pessoal. Esses factores explicativos devem, provavelmente, ser procurados nos estilos de vida destes profissionais, na percepção de suportes social e laboral disponíveis, na coesão familiar e noutros factores que não foram considerados nesta investigação.

Iacovides et al. (2000), recomendam às vítimas de *burnout*, que abandonem o trabalho quotidiano e passem mais tempo com as famílias ou se dediquem a diversas actividades de

descompressão (leitura, exercício físico, artes plásticas, meditação, relaxamento, etc.), como última alternativa para reduzir os altos níveis de stresse. Estas propostas implicam, assim, uma mudança importante no estilo de vida pessoal.

Por exemplo é conhecida a influência mediadora protectora da prática do exercício físico em relação ao aumento do stresse laboral. Procurámos por isso perceber se, na nossa amostra, a presença regular das práticas desportivas funcionava como elemento protector em relação ao *burnout*. Como pode constatar-se na Tabela 25, não se encontraram diferenças significativas nos níveis de *burnout* entre os técnicos que praticam regularmente exercício físico e os que o não praticam. Estes resultados negam a nossa hipótese nº 8, que postulava, com base nos resultados de outros estudos, que a prática regular de exercício físico seria um factor de protecção ao desenvolvimento de *burnout*.

Tabela 25. Comparação das médias às dimensões do *burnout* em função da condição da prática de desporto (Teste T Student)

<i>Prática desporto?</i>	<i>EE</i>		<i>DP</i>		<i>RP</i>	
	Med	DP	Med	DP	Med	DP
SIM (N=146)	12,199	8,10	4,83	4,42	37,30	8,26
NÃO (N=75)	12,120	8,77	3,96	4,49	39,013	7,04
T Student	T=-0,066; p=0,947		T=-1,387; p=0,167		T=-1,571; p=0,127	

Comparando com o estudo realizado por Pacheco (2006), em que os resultados apontam para valores baixos nas práticas desportivas, sendo na ordem dos 50,1 % os não praticantes, também os resultados recolhidos dos técnicos com praticas desportivas não diferem.

Em futuras investigações será eventualmente desejável avaliar também estas variáveis mediadoras e não só a prática ou não de exercício físico, como foi o caso desta investigação.

4. 3. 5 - Influência das variáveis secundárias nos níveis de ansiedade dos técnicos de radiologia

A nossa segunda variável dependente foi a Ansiedade Estado, isto é, os níveis de ansiedade actualmente sentidos pelos técnicos de radiologia, já que, como aliás vimos anteriormente, o aumento dos níveis de ansiedade tende a potenciar os níveis de *burnout* e contribuir assim para a deterioração da qualidade de vida e da eficácia profissional destes técnicos.

Tabela 26. Resultados comparados (por sexo) dos níveis de Ansiedade dos Técnicos de Radiologia (Teste T Student)

<i>SEXO</i>	<i>Ansiedade Estado</i>	
	Med	DP
Feminino (N=120)	35,475	8,55
Masculino (N=99)	31,980	9,23
T Student	T=2,905; p=0,004**	

** Muito Significativo

Na nossa amostra as mulheres expressam níveis de ansiedade estado muito significativamente mais elevados que os homens. Este resultado é compatível com os modelos teóricos da ansiedade e com inúmeros estudos anteriores (Para uma revisão ver Rachman, 2004).

Tabela 27. Análise estatística (Anova, oneway) das variações dos níveis de Ansiedade em função da Idade

<i>Variáveis</i>	<i>Condição</i>	<i>Soma dos quadrados</i>	<i>gl</i>	<i>Média Quadrados</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Ansiedade Estado	Entre grupos	2627,231	33	79,613	0,980	0,505
	Dentro dos grupos	15186,697	187	81,212		
	Total	17813,928	220			

Como pode ver-se na Tabela 27, os níveis de ansiedade dos sujeitos da amostra não são influenciados pela sua idade.

Tabela 28. Análise estatística (Kruskal-Wallis) dos resultados à variável ansiedade em função do estado civil

<i>TOTAL_E</i>	
Qui-quadrado	0,608
gl	3
Sig.	0,895

a Kruskal Wallis Test

b Variável: Estado civil

Como pode ver-se na Tabela 28, também esta variável secundária não interfere nos resultados à ansiedade estado dos sujeitos da amostra.

Tabela 29. Análise estatística (Kruskall-Wallis) das variações dos níveis de Ansiedade Estado, em função da Zona de Trabalho (Norte, Centro, Sul e Ilhas)

<i>Variáveis</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>Freq.</i>	<i>Mean Rank</i>
Ansiedade Estado	Norte	35	107,50
	Centro	119	114,01
	Sul	55	112,40
	Ilhas	12	84,92
	Total	221	

<i>Ansiedade Estado</i>	
Qui-quadrado	2,397
GL	3
Sig.	0,494

Como pode ver-se na Tabela 29 os níveis de ansiedade dos sujeitos da amostra não variam, de forma significativa, em função do local de trabalho, embora se observe uma ligeira tendência para que os profissionais que trabalham nas Ilhas apresentem níveis de Ansiedade Estado inferiores, o que provavelmente não terá a ver com as condições de trabalho, mas talvez mais com o estilo de vida menos stressante.

Tabela 30. Variações dos níveis de Ansiedade Estado em função da condição de ter ou não ter filhos (Teste T de Student)

<i>Variáveis</i>	<i>Tem filhos?</i>	<i>Freq.</i>	<i>Médias</i>	<i>DP</i>	<i>p</i>
Ansiedade Estado	Sim	111	33,315	8,66	
	Não	107	34,729	9,27	0,246

Também a condição de ter ou não ter filhos não apresenta interferência nos resultados de ansiedade estado dos técnicos de radiologia da nossa amostra, muito embora pareça haver uma ligeira tendência para os técnicos com filhos apresentarem níveis de ansiedade ligeiramente superiores.

Tabela – 31. Análise estatística Anova (one way) das variações dos níveis de Ansiedade Estado em função do tempo de serviço

<i>Variável</i>	<i>Condição</i>	<i>Soma dos quadrados</i>	<i>GL</i>	<i>Med Quadrado</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Ansiedad Estado	Entre grupos	3135,956	31	101,160	1,303	0,145
	Dentro dos grupos	14677,971	189	77,661		
	Total	17813,928	220			

Também não se observam variações significativas dos níveis de ansiedade estado em função do tempo de serviço entre os técnicos de radiologia da nossa amostra. Este resultado não está em conformidade com estudos semelhantes (Pacheco, 2006), já que se esperava que os técnicos com mais tempo de serviço apresentassem níveis de ansiedade estado inferiores, uma vez que dominam melhor as condições de serviço e, por terem categoria profissional mais elevada, deveriam sentir-se comparativamente mais seguros que os técnicos com menos tempo de serviço.

Tabela 32. Análise estatística (Kruskall-Wallis) dos níveis de Ansiedade Estado em função das Habilitações Literárias

Ansiedade Estado	Habilitações	Freq	Mean Rank
Exaustão emocional	Bacharel	45	120,80
	Licenciatura	165	108,86
	Mestrado_Doutoramento	11	103,05
	Total	221	

Ansiedade Estado	
Qui-quadrado	1,416
GL	
Sig.	0,493

Também não foi possível encontrar diferenças significativas nos níveis de ansiedade dos sujeitos da amostra em função das Habilitações Literárias que exibiam. Este resultado não justifica comentários, uma vez que não eram esperadas variações dos níveis de ansiedade em função das variáveis secundárias ou externas consideradas, com excepção do tempo de serviço, a que nos referimos anteriormente.

Tabela 33. Análise estatística (Kruskall-Wallis) dos níveis de Ansiedade Estado, em função do tipo de vínculo profissional

<i>Variável</i>	<i>Vínculo profissional</i>	<i>Freq</i>	<i>Mean Rank</i>
Ansiedade Estado	Quadro	164	107,81
	CIT	50	115,18
	RV	1	218,00
	QUAP	5	130,40
	Total	220	

Legenda: Quadro; CIT (contrato individual de trabalho); RV (recibo verde); CAP (contrato administrativo de provimento)

<i>Ansiedade Estado</i>	
Qui-quadrado	2,263
GL	3
Sig.	0,520

Muito embora se observe uma tendência para que os profissionais com vínculo laboral mais instável apresentem níveis superiores de ansiedade, o seu número relativamente reduzido não permite que essas diferenças assumam significado estatístico. Por exemplo, o único profissional a recibo verde da amostra apresenta níveis muito superiores de ansiedade estado, mas o facto de ser o único na sua condição não permite tirar qualquer ilação da influência da natureza do seu vínculo profissional em relação aos níveis de ansiedade.

Tabela 34. Análise estatística (Kruskall-Wallis) dos níveis de Ansiedade Estado em função do tipo de horário de trabalho

<i>Variável</i>	<i>Regime Trabalho</i>	<i>Freq.</i>	<i>Mean Rank</i>
Ansiedade Estado	35 horas	146	110,55
	40 horas	47	118,86
	42 horas	27	95,69
	Total	220	

<i>Ansiedade Estado</i>	
Qui-quadrado	1,341
GL	2
Sig.	0,511

Também o tipo de horário de trabalho não interfere, de forma significativa com os níveis de ansiedade dos técnicos de radiologia.

Tabela - 35 Resultados comparados, em função da prática ou não de dupla actividade profissional, dos níveis de Ansiedade Estado dos Técnicos de Radiologia (Teste T Student)

<i>Dupla Actividade</i>	<i>Ansiedade Estado</i>	
	Med	DP
SIM (94)	33,308	9,98
NÃO (127)	34,276	8,22
T Student	T=-0,789; p=0,431	

A condição de ter ou não ter dupla actividade laboral também não interfere de forma significativa com os níveis de ansiedade estado dos técnicos de radiologia, sendo que se observa uma ligeira tendência, sem expressão estatística, para os técnicos que praticam dupla actividade laboral apresentarem níveis superiores de ansiedade

Tabela – 36 Análise estatística Anova (one way) das variações dos níveis de *Burnout* em função do número de horas de trabalho extra.

<i>Ansiedade Estado</i>	<i>Soma quadrados</i>	<i>gl</i>	<i>Média quadrados</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Between Groups	3768,266	31	121,557	1,680	0,023*
Within Groups	9767,279	13	72,350		
Total	13535,545	16			

* Significativo

Todavia, quando a actividade laboral é exercida de forma exaustiva, a um aumento progressivo do número de horas de trabalho corresponde uma tendência significativa para um aumento correspondente dos níveis de ansiedade estado, como pode verificar-se na Tabela 36.

Este resultado parece sugerir que, embora a dupla actividade laboral implique um aumento não significativo da ansiedade estado, esse aumento de actividade é absorvido sem grandes problemas até um certo ponto, mas para níveis superiores de actividade laboral o desgaste concomitante reflecte-se em níveis significativamente superiores de ansiedade estado.

4. 3.6 Influência das variáveis independentes (moderadoras e mediadoras) nos níveis de ansiedade estado dos técnicos de radiologia

Tabela 37. Resultados comparados, em função do conhecimento prévio de que a realização de exames tanatológicos fazia parte da actividade profissional, dos níveis de Ansiedade Estado dos Técnicos de Radiologia (Teste T Student)

<i>Conhecimento Prévio</i>	<i>Ansiedade Estado</i>	
	Med	DP
SIM (N=80)	34,575	9,64
NÃO (N=138)	33,289	8,54
T Student	T=1,021; p=0,308	

Ao contrário do esperado não se observam elevações significativas dos níveis de ansiedade da amostra em função do conhecimento ou desconhecimento prévio de que os exames tanatológicos faziam parte da actividade profissional desses técnicos (Tabela 37).

Tal como em relação aos níveis de *burnout* ter ou não conhecimento prévio de que os exames tanatológicos faziam parte da actividade dos técnicos de radiologia não contribui para o aumento ou diminuição dos níveis de ansiedade experimentados por estes técnicos. Estes resultados negam a hipótese nº 2 por nós colocada inicialmente e parece significar que os processos psicológicos adaptativos a este tipo de exames não passa pelo aumento das reacções ansiosas.

Tabela 38. Análise estatística Anova (one way) das variações dos níveis de *Burnout* em função do número anual de exames tanatológicos realizados

Total de Ansiedade Estado	<i>Soma dos quadrados</i>	<i>gl</i>	<i>Média quadrados</i>	<i>F</i>	<i>Sig</i>
Between Groups	1674,307	19	88,121	1,097	0,356
Within Groups	16139,621	201	80,297		
Total	17813,928	220			

O maior ou menor número de exames realizados no último ano não interfere de forma significativa nos níveis de ansiedade dos sujeitos da amostra. Este resultado nega parcialmente a hipótese nº 1, que previa que tanto o *burnout* como a ansiedade estado, aumentassem em função do número de exames tanatológicos realizados no último ano pelos técnicos de radiologia.

Todavia, numa segunda análise, para avaliar do impacto nos níveis de ansiedade estado da prática dos exames tanatológicos, seria mais adequado aplicar a escala logo após a realização do exame e comparar esse resultado com outro obtido num período em que o técnico não estivesse exposto a esse exame.

É assim possível que a ansiedade estado tenha uma vida activa menos longa que a exaustão emocional e seja por isso absorvida num período relativamente curto após a realização do exame.

A análise qualitativa das narrativas dos técnicos, quando reflectiam sobre a prática desses exames dá talvez uma melhor ideia do que sentem durante e após a sua realização. Neste sentido esta hipótese pode ter sido mal formulada e a sua não confirmação não significa que os técnicos de radiologia não experimentem níveis elevados de ansiedade em função da prática de exames tanatológicos.

Tabela 39. Comparação das médias aos níveis de Ansiedade Estado em função da condição da prática de desporto (Teste T Student)

<i>Pratica desporto?</i>	<i>EE</i>	
	Médias	DP
SIM (N=146)	33,815	9,17
NÃO (N=75)	33,960	8,723
T Student	T=-0,113; p=0,910	

A prática de desporto não tem qualquer interferência nos níveis de ansiedade dos sujeitos da amostra, o que nega a Hipótese nº 6 e sugere que a adopção de práticas desportivas regulares, ao contrário do esperado, não apresenta qualquer efeito protector sobre o aumento de ansiedade dos técnicos de radiologia.

Também este resultado não era esperado já que a prática desportiva regular mostrou ter resultados muito favoráveis na diminuição do stresse e da ansiedade em vários estudos (para uma resenha ver Pacheco, 2006 e Cruz, 2007).

Tabela 40. Resultados da Regressão Linear entre os factores moderadores Vulnerabilidade ao Stresse e Ansiedade Traço, globalmente considerados, e os níveis de Ansiedade Estado

<i>Modelo</i>		<i>Soma quadrados</i>	<i>Gl</i>	<i>Quadrado Médias</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
1	Regressão	11172,912	2	5586,456	183,383	0,000a
	Residual	6641,016	218	30,463		
	Total	17813,928	220			

a Preditoress: TOTALFAC, TOTAL_T

Em conjunto, os níveis de Ansiedade Traço e Vulnerabilidade ao Stresse explicam uma parte muito significativa da variância dos níveis de ansiedade estado dos sujeitos da amostra. Na verdade as duas variáveis, em conjunto, explicam a quase totalidade da variância dos resultados à Escala de Ansiedade Estado de Spilberger.

Tabela 41. Resultados da Regressão Linear entre os factores moderadores: Vulnerabilidade ao Stresse e Traço Ansiedade, individualmente considerados, e os níveis de Ansiedade Estado

<i>Modelo</i>	<i>Beta</i>	<i>Dp</i>	<i>T</i>	<i>Sig</i>
Ansiedade Traço	,057	,697	12,256	0,000
Vulnerabilidade ao Stresse	,048	,130	2,288	0,023

Individualmente considerados os níveis de Ansiedade Traço explicam uma parte muito significativa da variância dos níveis de Ansiedade Estado e os níveis de Vulnerabilidade ao Stresse explicam uma parte significativa da variância dos mesmos resultados.

Todavia, uma parte muito significativa da variância dos resultados da Ansiedade Estado não é explicável por estas duas variáveis, não encontrando uma explicação cabal no modelo estatístico considerado.

Consideramos todavia, baseados nos presentes resultados, que a hipótese nº 6 pode ser dada como confirmada.

Tabela 42. Resultados da regressão linear múltipla entre os sete factores da Escala 23QVS (Vulnerabilidade ao Stresse) e os níveis de ansiedade da amostra

		Coefficients ^a				
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	15,790	1,874		8,427	,000
	Perfeccionismo e intolerância à frustração	,369	,189	,154	1,954	,052
	Inibição e dependencia funcional	,410	,241	,128	1,699	,091
	Carencia de apoio social	,063	,330	,011	,190	,849
	Condições de vida adversas	,167	,198	,045	,842	,401
	Dramatização da existencia	1,208	,289	,273	4,186	,000
	Subjugação	,403	,243	,107	1,660	,098
	Deprivação de afecto e rejeição	,949	,357	,173	2,659	,008

a. Dependent Variable: TOTAL_E

Os resultados obtidos sugerem que apenas dois dos sete factores da Escala de Vulnerabilidade ao Stresse, a Dramatização da Existência e a Deprivação de Afecto e Rejeição, contribuem de forma muito significativa para o aumento dos níveis de ansiedade estado da nossa amostra.

Nem as condições de vida adversas nem o perfeccionismo interferem de forma significativa nos resultados à Escala de Ansiedade Estado de Spilberger.

Estes resultados permitem especular que é principalmente o neuroticismo dos sujeitos que faz aumentar a sua propensão para desenvolverem níveis de ansiedade patológicos, já que pelo menos um dos factores que revelou maior influência nos níveis de ansiedade da amostra (dramatização da existência) foi considerado pelo autor da Escala 23 QVS (Vaz Serra, 2000) como estando altamente correlacionado com o neuroticismo.

O outro factor, com menor influência (deprivação de afecto e rejeição) tende a mostrar mais um tipo de vinculação preocupado, mas revela ter uma muito forte influência na variância dos resultados à ansiedade estado dos técnicos de radiologia.

4. 3. 7 – Conclusões parciais relacionadas com o estudo quantitativo

O estudo quantitativo realizado, complementar, como foi referido, do estudo qualitativo, permitiu perceber que a prática dos exames tanatológicos, embora se traduza por um aumento significativo dos níveis de exaustão emocional dos técnicos de radiologia portugueses, não parece influenciar, de forma estatisticamente significativa os níveis de despersonalização, de realização pessoal e de ansiedade desses mesmos técnicos.

Pelo contrário, as três dimensões do *burnout* e os níveis de ansiedade estado parecem ser mais influenciados pelas características psicológicas pessoais dos participantes da amostra, nomeadamente no que se refere à suas tendências neuróticas em que incluímos a ansiedade traço.

Foi também possível constatar que os níveis de *burnout* dos técnicos de radiologia são bastante inferiores aos de amostras de referência comparáveis, o que sugere que estes técnicos, ao terem poucas interações emocionalmente carregadas com os seus pacientes, não desenvolvem tanto desgaste emocional como outros profissionais de saúde ou de emergência.

CAPITULO V - CONCLUSÕES

Pretendeu-se com esta investigação abordar atitudes e comportamentos dos técnicos de radiologia perante o exercício de exames tanatológicos, no sentido de perceber até que ponto essas atitudes poderiam condicionar e perturbar as práticas profissionais desses técnicos.

Os resultados às Escalas utilizadas não obtiveram valores equivalentes aos estudos feitos anteriormente com outros profissionais de saúde, como foi referido.

Todavia, no estudo qualitativo os sentimentos revelados são idênticos em todos os narradores, ressaltando as respostas emocionais negativas à exposição à prática de exames tanatológicos, levando os técnicos a convergirem em estratégias semelhantes face à realização desses exames, principalmente do tipo evitante.

As consequências psicológicas e emocionais são transversais a todos os técnicos.

As narrativas revelam que 87,3% das experiências sugerem que a prática deste exame escapa ao seu controle pessoal, por impreparação específica tanto a nível académico como profissional, este défice implica acontecimentos lesivos do equilíbrio pessoal.

Os técnicos de radiologia que realizam exames tanatológicos são relativamente jovens, facto que mostra que os técnicos mais velhos estarão menos disponíveis para este tipo de exame.

Em relação às hipóteses colocadas no início do estudo foi parcialmente confirmada a primeira hipótese, já que os níveis de exaustão emocional dos técnicos aumentava em função do número de exames realizados, mas estas práticas não influenciava as outras dimensões do *burnout* ou os níveis de ansiedade estado da amostra.

Pelo contrário, a hipótese 2, que postulava que o conhecimento prévio de que estes exames faziam parte das tarefas dos técnicos de radiologia, não foi confirmada nem em relação ao *burnout* nem em relação aos níveis de ansiedade estado.

Quanto à hipótese 3 ela foi também parcialmente confirmada já que, embora os técnicos que exercem dupla actividade laboral não apresentem níveis de *burnout* ou ansiedade estado superiores aos seus pares que não praticam essa dupla actividade, foi confirmado que quanto mais horas de trabalho extra exercessem maiores seriam os níveis de ansiedade e de *burnout* sentidos.

As hipóteses 4 e 5 foram amplamente confirmadas pelos resultados, sendo estes talvez os mais conclusivos deste trabalho de investigação. Na verdade foi claramente confirmada a influência da vulnerabilidade ao stresse, especialmente graças ao factor dramatização da existência e da ansiedade traço tanto nos níveis de *burnout* como de ansiedade, o que sugere que estes factores são mais influentes do que a exposição às situações de stresse.

Quanto à hipótese 6, única hipótese que contemplava a influência dum variável mediadora (a prática de desporto) não foi confirmada pelos resultados, sugerindo que ou foi avaliada incorrectamente por a questão a ela referente estar mal formulada no questionário elaborado, ou foi mal compreendida pelos sujeitos da amostra.

Inclinamo-nos mais para a primeira hipótese já que a pergunta foi formulada em termos dicotómicos (“pratica regularmente exercício físico?”) admitindo apenas uma resposta de sim ou não. Talvez uma formulação diferente da questão pudesse obter resultados diferentes.

Este estudo apresenta algumas limitações que gostaríamos de referir. Em primeiro lugar acreditamos que poderíamos ter utilizado escalas que avaliassem as estratégias de *coping* e os estilos de vida destes profissionais, de forma a percebermos melhor que influências teriam essas variáveis na explicação dos relativamente baixos níveis de *burnout* e ansiedade destes técnicos.

Consideramos também que seria útil a utilização dum grupo de controle que não praticasse habitualmente exames tanatológicos, de forma a perceber melhor a influência destes exames no bem-estar dos técnicos de radiologia. Todavia este objectivo seria difícil de conseguir já quase todos os técnicos de radiologia praticam esse tipo de exames, pelo menos uma vez por outra. Cremos sinceramente que essa limitação foi parcialmente contornada graças a um processo rigoroso de constituição da nossa amostra que, pensamos ser bastante representativa da população de referência.

Um estudo científico não fica completo se não permitir retirar ilações relevantes do ponto de vista prático. Nesse sentido consideramos que o presente estudo nos sugere as seguintes propostas dirigidas aos técnicos e às Escolas que os preparam e aos serviços que os contratam:

- 1) Formação académica de raiz em Radiologia Forense
 - a) Procedimento técnico e ético
- 2) Componente curricular de preparação psicológica, para abordagem a estes exame, incluí-la na disciplina de Psicologia da Saúde
- 3) Integração nos estágios; todos os alunos deveriam de ter um periodo
Com a mesma duração que têm os estágios nas outras valências
- 4) Formação continua na área tanto no ensino como nas instituições hospitalres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ariès, P. (2000). *O homem perante a morte* (Ana Rabaça, trad.). Mem Martins. Europa-América.

Ariès, P. (1988). *O homem perante a morte II* (Ana Rabaça, trad.). Mem Martins. Europa-América.

- Barros de Oliveira, J. (1998). *Viver a morte: Abordagem antropológica e psicológica*. Coimbra: Almedina. in: Fraternidade Rosacruz de Portugal - Revista Rosacruz nº 364 – Abr/Mai/Jun.2002. Acedido em 23 de Janeiro de 2007 em <http://homepage.oninet.pt/479mae/nedi/200202/historia.htm>
- Bardin, Laurence (2004). *Análise de Conteúdo*. 3ª ed. Lisboa. Edições 70.
- Becker, E. (1973). *The denial of death*. New York. Free Press p.17-21.
- Bernik, M.A. (1999). *Ansiedade normal e patológica, Lineares para tratamento*. 1ª Ed. S Paulo. ENDUS.
- Branco, V. A. (2004). *Competência Emocional*. 1.ª ed. Coimbra, Quarteto.
- Botega, N. J. (2002). *Psiquiatria no hospital geral: Histórico e Tendências*. Porto Alegre. Artmed.
- Candeias, N.M.F. et al. (1992). Stresse em atendedes de enfermagem. *Rev.Bras.Saúde Ocup.*, v.20, n.75, p.38-44,
- Carr, A. (2004). *Positive Psychology: The Science of Happiness and Human Strengths*. Hove. Brunner-Routledge.
- Cherniss, C. (1992). Long-term consequences of burnout: An exploratory study. *Journal of Organizational Behavior*. 13:1-11.
- Coyne, J.C., DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: The role of social relationship in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 454-60.
- Cruz, J. P. (2007). A mente e o corpo na Saúde Mental Contemporânea, in M. Sequeira, S. N. Jesus & S. Oliveira. (eds). *Psicologia da Saúde: Teoria e pesquisa*; Cap.9, S. Paulo. Editora Metodista.

Demir, A.; Ulusoy, M. & Ulusoy, M.F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses, *International Journal of Nursing Studies*, 40: 807-27.

Duckworth, A.L.; Steen, T.A.; Seligman, M. (2005). Positive Psychology in Clinical Practice. *Annual Review of Psychology* 2005, 1:629-51.

Faria, J.L., Faria, P.C., Pereira, J. F., Danton, R. A., Vicente, L.C. (2001). CO 35 – Epidemiologia Do Stress E Seus Factores Determinantes Em Profissionais De Radiologia. *Revista de Epidemiologia. Arquivos de Medicina*, 15, supl.2.

Filliozat, F. (1998). *A Inteligência do coração. Rudimento de Gramática Emocional*.

Lisboa. Pergaminho.

Flick,U. (2002).*Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Monitor. Lisboa 2005

Folkman, S., Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21: 219-239.

Folkman, S.; Moskowitz, J.T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *Am Psychologist*, 55(6):647-54.

Folkman, S.; Moskowitz, J.T. (2004). Coping: pitfalls and promise, *Annual Review of Psychology*, 55: 745-54.

Freudenberger, H. (1980). *Burnout: the high cost of high achievement*, Doubleday Publisher, New York.

Freudenberger, H. J. (1983). Burnout: contemporary issues, trends, and concerns. In B.A. Farber. Ed., *Stress and Burnout in the service professions*. p.23-28. New York. Pergamon Press.

Frijda, N. (1986). *The Emotions*. Cambridge University Press.

Goleman, D. (1997). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Lisboa. Temas e Debates

- Gómez, M., Dodino, N., Aponte, F., Caycedo, E., Riveros, P., Martínez, M., Duran, C. (2005). Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Universitas psychologica*, 4 (1): 63-75.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress, resistance, and growth: conceptualising adaptive functioning. In M. Zeidner, & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: theory, research, applications* (pp. 24-43). New York: John Wiley & Sons.
- Holsti, R. (1968). Content Analysis. In G. Lindzey e E. Aronson (eds.). *The Handbook of Social Psychology*. Vol. II. 2ª ed. (596-673). Massachusetts. Addison-Wesley Publishing Company.
- Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis S, Kaprinis G. (2000) *The relationship Between job stress, burnout and clinical depression*. J Affect Disord.
- Izard, C. E., Schultz, D., Levinson, K. L. (1998). Emotions and Mental Health. In *Encyclopedia of Mental Health*. Vol. 2. H. S. Friedman. (Editor-in-chief). Academic Press.
- Jesus, S. N. (2002). *Perspectivas para o bem-estar docente*. Porto. Edições ASA.
- Keedwell, P. & Snaith, R. P. (1996). What do Anxiety Scales Measure? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 93:177-180
- Kubler-Ross, E. (1991). *Sobre a morte e o morrer*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Martins Fontes.
- Lazarus, R. S. (1991). *Psychological Stress and Coping Process*. New York. McGraw Hill.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Madrid. Martinez Roca.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Guilford.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. Springer Publishing Company.
- Lewis, A. (1979). Problems Presented by the Ambiguous Word "Anxiety" as Used in Psychopathology. In: *The Later Papers of Sir Aubrey Lewis*. Oxford University Press.
- Lipp, M. N. L. (1998). *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Lipp, M. E. N. (2000). *Inventário de sintomas de stress de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2003). O modelo quadrifásico do stress. In M.E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas* (pp.17-21). São Paulo:Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N. (1995). Manejo do estresse. In B. Range (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp.279-292). Campinas: Ed. Psy II.
- Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N. (2001). O stress emocional e seu tratamento. In B. Rangé (Org). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp.475-490). Porto Alegre: Artmed.
- McGrath, A.; Reid, N; Boore, J. (2003). Occupational Stress in Nursing, *International Journal of Nursing Studies*, 40: 555-65.
- Malagris, L., Novaes, E., FIORITO, A. (2006). *Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde*. Estud. psicol. (Campinas), vol.23, no.4, p.391-398. ISSN 0103-166X.
- Maslach,C., Leiter, M. (2000). Burnout. In: g, Fink (edt.). *Encyclopedia of stress*. Vol 1. California. Academic Press. p. 358 – 362
- Maslach, C.; Shaufeli, W.; Leiter, M. (2001). Job Burnout, *Annual Review of Psychology* 2001, 52: 397-422.
- Mello, F. J. (1992). *Psicossomática hoje*. São Paulo: Artes Médicas.
- Pacheco, J. E. (2005). A pessoa humana e a doença. *Revista de educação*, Ano XXVIII, 1 (55), Janeiro/Abril, Porto Alegre, 31-44.
- Pacheco, J. E. (2006). *Burnout e Estilos de Vida em Profissionais de Saúde*. Tese de Doutorado não publicada. Gambelas. Universidade do Algarve.

- Queirós, P.J. P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra. Ed. Sinais Vitais.
- Rachman, S. (2004). *Anxiety*. 2ª edição. Londres. Psychology Press.
- Raposo, N. (1981). *O computador e a avaliação da aprendizagem*. 1ªed.,Coimbra Editora
- Reis, I. N. (1986). Doenças ocupacionais: estudo retrospectivo em unidades hospitalares do Distrito Federal. *Hospital das Forças Armadas Publicação Técnico Científico*, 1 (2), 113-122.
- Ribeiro, J. L. P.(2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. 1ª ed., Colecção Psicologias. Coimbra. Quarteto
- Rodrigues, C.; Marques Teixeira, J.; Gomes, M. (1989). *Afectividade*. Porto. Contraponto.
- Santos, G. (1996). O ser no mundo: vida e morte. *Rev. Enf. Belo Horizonte*, 2 (5): 21-23
- Selye, H. (1965). *Stress: a tensão da vida*. São Paulo: IBRASA.
- Selye, H (1979). Psychosocial implications of the stresss concept. In: T. Manschreck (ed). *Psychiatry Medicine Update: General Hospital reviews for physicians* .New York. Elsevier
- Smith, R.E. (1986). Toward a cognitive-affective model of athletic burnout. *Journal of Sport Psychology* 8, p.36-50.
- Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L.; & Lushene, R.E. *Manual for the Strait-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press., 1970
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre.Artmed.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1999). *Psicologia social e saúde*. Lisboa: Instituto Piaget. (Obra original publicada em inglês em 1995).
- Strongman, Kenneth. (1998). *A Psicologia da Emoção uma perspectiva sobre as teorias da emoção*. Climepsi .pag 185, ISBN 972-8449-08-9
- Sudnow, David. (1967). *Passing on. The social organization of dying*. New Jersey. PrenticeHall.

Taylor, S.E.; Stanton, A. L. (2007). Coping resources, Coping Processes and Mental Health, *Ann. Rev. Clinical Psychology*, 3: 377-401.

Tremblay, Jacinthe (2004). *Épuisement professionnel*. *La Presse*, 20 septembre 2004, La presse affaires.

Vaz Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stresse, *Psiquiatria Clínica*, 21 (4): 261-278.

Vaz-Serra, A. (1999). Stress. *Coimbra Medica*, 10 (131), 131-141

Vaz-Serra, A. (2002). *Stress na vida de todos os dias*. 2º ed. Coimbra

Vaz-Serra, A. (2003). *Distúrbio de Stress Pós- Traumático*. Coimbra

Veríssimo R. (2000). *Emoção. Da (não) expressão na saúde e na doença*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto. 1ªed ISSN 972-8105-21-5

BIBLIOGRAFIA AUXILIAR

A Century of Radiology [página online]; [acedido a 25 de Maio de 2005]. Disponível na Internet em: <http://www.xray.hmc.psu.edu/rci/centennial.html>.

CFTC. (2005). L'épuisement professionnel (burn-out). Disponível em <http://cftc.manpower.free.fr/spip.php?article12>

Cliótávora, 2005. *Temas de Saúde*. Apoio do Dr. António Canotilho. Disponível em www.clinotavora.planetaclix.pt ou em www.medicosdeportugal.iol.pt

Diário da Republica, *Estatuto da carreira*, Dez 564/99 Série ^a

Diário da Republica; *Competências Técnicas*, 256/A – 86, Decret-Lei 384-B/85.

Diccionario Enciclopédico Medicina, Masson, 1º ed. Elsevier, 2005.

E.T.S.S.L., *Princípios Deontológicos*, departamento de Recursos humanos; Ministério da Saúde.

Merck Manual of Diagnosis and Therapy, 17th ed, 1999.

The College of Radiographers. *Guidance for the Provision of Forensic Radiography Services* [documento online]. The Society of Radiographers; 1999 [acedido a 25 de Maio de 2005]. Disponível na Internet em: <http://www.sor.org/public/documents.htm>

GLOSSÁRIO

Chassis – suporte com ecrãs para películas radiográficas

Hallux – primeiro dedo do pé

Imaging Plate – suporte de ecrãs de fósforo para exames de radiologia digital

Material de osteossíntese – próteses metálicas colocadas nos ossos

Tanatologia – especialidade da Medicina Legal que se ocupa da morte e dos problemas médico-legais relacionados, assim como todo o processo da morte

ANEXOS A

Narrativas resultantes duma busca exploratória

Narrativa nº1

Chamo-me F. , tenho 28 anos e sou técnico de Radiologia do Hospital de São Sebastião. Trabalho neste hospital desde 2000 e trabalho em quase todas as valências da Imagiologia. O facto é que recentemente tive uma nova experiência no âmbito do meu trabalho que foi a realização de um exame radiológico na morgue do hospital. O pedido chegou ao meu serviço através do técnico de tanatologia e pedia a realização de um rx do tórax e abdómen de 2 cadáveres que tinham sido encontrados mortos em casa, vítimas provavelmente de assassinato.

A situação e o pedido em si surpreendeu-me pois nunca tinha ouvido falar sobre este tipo de exames feito na morgue, nem mesmo quando ainda era aluno da Escola Superior de Tecnologias da Saúde.

No dia-a-dia da nossa profissão estamos habituados a lidar com todo o tipo de doente, pois fomos preparados para isso. No caso de radiografar cadáveres é diferente porque nunca fomos preparados para isso.

Quando cheguei à morgue a situação que me deparei foi bastante desagradável! Para além do corpo de uma das vítimas estar com a cara completamente desfeita devido ao ferimento com a bala, estava deitado em cima da marquesa ainda com a roupa que tinha vestido quando foi encontrado morta em casa. Ao lado estava o corpo de uma rapariga, de 14 anos, ainda dentro do saco que também tinha sido baleada no tórax. O saco foi aberto na minha frente e pude reparar que a rapariga que era filha do outro corpo que estava ao lado também ainda trazia vestidas as roupas com que tinha sido encontrada morta em casa.

Seguidamente e com a ajuda do técnico de tanatologia fui realizar as incidências pedidas, mas recusei-me a sequer tocar no corpo dos cadáveres. Fui indicando onde devia colocar o Imaging plate e rapidamente foram feitas as incidência pedidas aos dois corpos.

A situação deixou-me incomodado por vários dias, após o dia da realização dos exames. Como já referi atrás, estamos muito habituados a ver um pouco de tudo, quer nas urgências, quer nas consultas onde aparecem doentes oncológicos às vezes em estado terminal. Mas é sempre mais fácil estar com doentes que reagem, que falam do que com corpos sem vida. Sinceramente espero não ter de voltar a repetir a experiência no futuro pois a mim pessoalmente choca-me bastante.

Foi o meu contributo e o meu testemunho.

Narrativa nº 2

R. , licenciado em radiologia, Técnico de radiologia, 37 anos no H.N.S.R. no Barreiro.

Durante o meu percurso Académico de base, cedo descobri que as Ciências médicas eram a minha vocação.

Desde o estudo da Célula, até á constituição dos tecidos e órgãos, passando pela formação dos Aparelhos que formam o corpo humano, foi desde sempre para mim um fascínio, tendo percebido logo á partida que queria desenvolver uma actividade no campo da Saúde.

A Radiologia era uma área que conseguia preencher toda a minha expectativa quanto aquilo que queria fazer profissionalmente.

Durante a minha formação de base em Radiologia, constatei que a morte se ia cruzar no meu caminho pessoal e profissional mas nunca poderia imaginar que iria ter tão grande peso no meu dia-a-dia.

Quando assisti ás primeiras autópsias foi como passar de um plano anatómico teórico para um campo prático, com todas as envolvências emocionais associadas a estas questões.

A Radiologia desenvolve a sua actividade “regular”, com pessoas geralmente no âmbito do diagnóstico, mas também pode ser, e seguramente é, nos estudos *pós-mortem*.

A minha experiência nesta área, embora não muito vasta, é significativa pois desenvolvi algumas actividades, que implicaram fazer estudos radiológicos a cadáveres.

Fiz parte de uma equipa que fazia estudo a natos mortos onde todas estas ocorrências eram registadas radiograficamente para fins de estudo científico. Confesso que os primeiros exames que realizei nesta área me marcaram definitivamente. Não pelo lado negativo, mas numa perspectiva positiva, pois o meu contributo poderia dar para que a ciência avança-se no sentido de minimizar estas ocorrências num futuro breve. Confesso que pelo lado humano me comovia e me alterava o estado de espírito quando sabia que ia executar tais exames, contudo pelo lado científico sentia uma força que me levava a não vacilar quando

os realizava. Na altura da realização dos exames não alterava as minhas emoções, tomava uma atitude de frieza e indiferencia, mas depois nas horas seguintes, aí sim, confesso que me custava um pouco quando reflectia, o que as mães dessas crianças poderiam estar a passar, até porque esses natos mortos eram geralmente mal formações fetais, por vezes com aspectos horríveis, perdoem-me o realismo.

Realizei também exames a cadáveres com intuito de se saber qual a causa de morte, por vezes procurando projecteis nos corpos outras vezes verificando o tipo de lesões, geralmente ósseas, para se tentar estabelecer causa (s) de morte ou se o tipo de lesões se enquadravam com determinados objectos

encontrados na posse de suspeitos ou que pudessem estar relacionados com a possível causa de morte. Colaborei durante alguns anos com uma entidade judicial, no complemento de autopsias ou antes destas, sempre que se justifica-se. Por vezes estes exames eram no sentido de ajudar á identificação de cadáveres, sempre que se soubesse que estes tinham características particulares que pudessem ser averiguadas por exames Radiológicos, por exemplo, material ortopédico ou peças dentárias.

O que posso relatar desta experiência é que nunca me custou fazê-lo no próprio momento, talvez porque o resultado do meu trabalho ser parte do trabalho de outras pessoas não podendo mostrar fraqueza, mesmo que sentisse alguma instabilidade emocional. O que me sucedeu várias vezes e para a qual não tenho grande explicação é que só posteriormente, horas ou dias depois, fazendo uma retrospectiva, era envolvido num estado de espírito um pouco mais deprimido mas que rapidamente passava devido ao meu grande interesse por estas áreas não pelo lado humano, o que me parecia patológico, mas pelo lado científico que tanto gosto.

Narrativa nº 3

Maria, Técnica da radiologia, Bacharel, da ESTESL de 1983.

Colocada nos Hospitais Cíveis de Lisboa, no Hospital de S. José.

A Convite do médico Antropologista do Instituto de Medicina Legal, e com o qual colaborei

na pesquisa laboratorial e radiológica em:

Esqueletos encontrados em escavações, peças anatómicas, agressões corporais, violações, pesquisa da presença de projecteis com orifício de entrada, identificação de cadáveres, estudo em cadáveres exumados, etc. ...

Referencia de zonas de contacto em formulas, participação em aulas de formação para a policia judiciaria e aulas de anatomia para o curso de medicina.

Na Escola tive formação profissional e social no sentido de preservar a vida e lidar com a doença. Fui treinada em procedimentos de radiodiagnóstico, contacto com doentes e capacidade de resposta às suas exigências e emoções em vida.

Ao me confrontar com o pós-mortem e na qualidade de profissional de saúde, senti não estar preparada, era uma reacção adversa, ameaça ao meu papel de luta pela vida. Tive dificuldades em adaptar-me a esta situação, stressei, bloqueei, incapaz de manusear os cadáveres e peças anatómicas.

Na minha opinião, acho que as escolas deveriam de investir na formação de raiz, na preparação psicossocial e emocional para os alunos no âmbito das suas profissões se sentirem capazes.

Como experiência foi um trabalho muito rico e acabou por ser gratificante no sentido de ver as salas de dissecação como aulas de investigação anatómica e criminal.

Emocionalmente foi muito complicado em algumas situações de limite; como não tinha formas de aliviar o sofrimento comecei a adaptar uma atitude de endurecimento,

estrategicamente optei por um relacionamento frio, distante e de indiferença, perante aqueles cadáveres que já tinham tido uma vida activa e cheia de sonhos, também se recorre na maior parte das vezes ao humor (é uma forma da equipa manter um certo ambiente mais leve). Ali não passavam de um número, identificado por uma etiqueta pendurada no 1º dedo do pé, uma peça a estudar.

O pior também estava sempre à espreita, um dia seria alguém conhecido; ia desmaiando quando entrei na sala e reconheci um amigo do qual ainda não tinha tido conhecimento da sua morte, fiquei imóvel, muda, pois não foi a melhor forma de receber a notícia. Demorei algum tempo a recompor-me e mais uma vez tive de pôr de lado o ser humano emocional e vestir a pele profissional fria e distante.

Narrativa nº 4

Antónia, 40 anos de idade, residente na Grande Lisboa, Técnica de Radiologia, licenciada pela ESTeSL, exerce funções desde 1989 num Hospital da capital.

A quando da minha candidatura ao curso de Radiologia, não tive conhecimento da intervenção na área da Medicina Legal, daí nunca me passar pelo pensamento tal ideia, nem sequer era discutida a hipótese da realização destes exames. Até ao dia que isso foi solicitado; gerou-se o pânico no serviço, primeiro saber se era legítima a execução de tal pedido, depois quem seria dos Técnicos o executante. Foi terrível, como ninguém queria ir fazer o exame e por ser a mais nova do serviço (nesta data) acabei por ser eu a vítima.

Muito amedrontada e ansiosa, cheia de repulsa, lá fui..., quando entrei na morgue não sentia as pernas, bloqueei de tal forma que nem sabia manusear o equipamento de RX, os suores frios eram imensos, as mãos transpiradas; recusei tocar no cadáver, tinha de ser colocado o chassis debaixo do corpo, para detectar a existência de uma parte de uma lâmina, como o corpo já estava dessecado, iniciei um complexo ataque de vómitos. Graças ao meu colega Técnico de Tanatologia fui acalmando, respirei fundo e melhorei o meu estado de choque, acabei por realizar os exames necessários com a ajuda humorística dos restantes profissionais.

Durante dia não conseguia dormir, nem comer carne de alguma espécie, tinha pesadelos, sonhava estar coberta por corpos desventrados, foi horrível... recusei voltar a fazer estes exames, alegando que a escola nunca tinha mencionado esta valência em qualquer disciplina de técnica radiológica e não estar preparada psicologicamente.

Passado algum tempo voltou uma chamada da morgue, foi um colega homem desta vez, quando regressou notava-se nele uma transformação de humor, recusou qualquer comentário há excepção de dizer: - Espero que estas coisas não se tornem num hábito
Graças a Deus é um hábito esporádico.

Passado algum tempo eu decidi enfrentar a situação e ofereci-me como voluntária; mas antes relaxei e mentalizei-me de ir realizar um exame como outro qualquer, tomei uma postura de friidez, imaginei que era o Bloco operatório, ignorei ou tentei ignorar o cheiro, olhei para o cadáver como uma peça de trabalho, não como alguém que já teve uma vida, sentimentos, amores, ...etc... e lá fiz os exames.

Devo confessar que ainda hoje apesar de serem exames com pouca frequência ainda me custa superar a situação, e no caso de serem cadáveres de jovens ou crianças é muito complicado, também o factor surpresa me assusta (receio de ser alguém conhecido).

Deveria de haver tanto no curso como nas instituições cursos de formação e ajuda psicológica, não só para Técnicos de Radiologia como também para os de Tanatologia e médicos Anatomopatologistas; embora estes últimos sejam por opção, carecem também de preparação psicológicas, queixando-se de algumas dificuldades no início, principalmente enquanto alunos.

De toda estas experiências só retiro um lado positivo a Investigação, encarar como ciência, necessário para a compreensão dos processos criminais e não só também para a evolução do conhecimento. Seria uma mais valia e ensino superior destas áreas investir nestas temáticas.

Narrativa nº 5

O meu nome é Ana, tenho 33 anos, sou Técnica de Radiologia, licenciada em Ciências Radiológicas, pela Escola Superior das Tecnologias da Saúde de Lisboa.

Embora na escola nunca se tenha mencionado este tipo de exames eu tinha conhecimento deles, porque no hospital onde iniciei os estágios, os Técnicos de Radiologia realizavam exames em nados-mortos para a investigação genética, mas nunca tinha participado nem assistido; fazia parte da equipa de urgência e, estes exames eram destinados aos profissionais do Serviço Central, no entanto sabia que durante os períodos da tarde, noite e fins-de-semana poderiam ser solicitados ou mesmo termos de nos deslocar ao Serviço de Tanatologia.

A minha primeira experiência com exames pós-mortem foi no Hospital Garcia de Orta, fui totalmente apanhada desprevenida, posso mesmo dizer que fui enganada pela classe médica do Serviço de Observação (S.O), fui chamada para realizar um exame ao Tórax a uma doente intransportável, ao posicionar a doente verifiquei que para além de sinusada estava muito fria e já muito rígida, com a certeza do óbito protestei junto do médico alegando o material que utilizava não se destinava a cadáveres e, que deveriam de ter avisado que se tratava de um cadáver. As razões que argumentavam não as posso transcrever devido ao sigilo profissional; mentiram com medo da recusa da nossa parte por não ser no serviço adequado.

Não deixou de ser uma experiência desagradável, embora tenha sido num ambiente muito diferente das experiências que se seguiram. O frio do cadáver a sua rigidez pós-mortem, a sua tonalidade, visões e sensações de difícil contacto. Não é fácil superar estas situações durante vários dias até conseguirmos tomar posturas diferentes e mais adequadas.

O que mais me custou de todos estes tipos de exames foi radiografar um nado-morto de termo, todo o processo que envolve este exame é muito doloroso, principalmente o processo de descongelamento, visualizar um bebé que poderia ser nosso é terrível, principalmente para mim que sou mãe; nunca tive nem os meus colegas preparação psicológicos. Somos nós mesmos que nos inter- ajudamos, criamos posturas que pensamos ser as mais acertadas, como olharmos para os cadáveres como material de trabalho abstraindo a sua natureza humana.

Regra geral peço sempre que a face do cadáver seja sempre tapada antes da minha chegada à morgue, assim como as mãos também estejam envoltas em compressas, em nada impedem o exame de se realizar mesmo a estas estruturas.

Para mim a face e as mãos são a identidade do ser humano, são parte integrante da vida, do sentimento, dos afectos por essa razão têm de estar ocultadas, quanto ao resto não passa de matéria-prima para ser estudada; só assim eu consigo trabalhar, esta é a minha mais importante estratégia de coping.

Narrativa nº 6

Meu nome é Amílcar, tenho 33 anos, licenciado em Radiologia pela ESTeSP, desde 1995 que trabalho nos hospitais do Porto, tenho alguma experiência na Radiologia Forense.

Durante o curso de Radiologia nunca tive conhecimento que também fazia parte do exercício profissional estudar cadáveres. Ainda hoje não entendo as razões de ser ocultada esta valência; o que não deveria de acontecer, evitando muitos problemas a estes profissionais de saúde, tanto do foro psíquico como nos atritos no ambiente profissional. No meu caso foi difícil acostumar-me à ideia, oculte tal exercício na minha vida familiar por receio a reacções de repulsa por parte deles, o qual não veio a acontecer.

A minha primeira experiência foi com um caso muito dramático, fui chamado para realizar uma série de exames para pesquisa de fracturas possíveis da causa da morte por maus-tratos físicos numa criança de tenra idade. Ainda hoje é o caso que mais me perturbou, ainda tenho pesadelos com isso.

Tento sempre evitar executar estes exames, mas como todos os Técnicos fogem disto acabamos por ser sempre os mesmos. Hoje em dia lido muito melhor com a situação, mas ainda me custa tocar nos corpos; mentalizei-me que o corpo já não tinha qualquer função, a não ser para a investigação, não mexe, não fala, é o único “utente” que não reclama; quanto ao frio da morte tento ignorar calço dois pares de luvas, máscara por causa do “perfume Channel estragado”. Depois disto tudo subo para o serviço e descontraio com um cigarrinho um café, vou apanhar ar e, esqueço o assunto.

São os ossos do ofício, se pensar que um politraumatizado de um acidente, vem em mau estado fazer exames e que também pode vir a morrer no Serviço de Radiologia, porque recear um cadáver, é tudo uma questão de estratégia.

Narrativa nº 7

Luís, tenho 39 anos licenciado em Ciências Radiológicas pela ESTeSC, desde 1989 que sou Técnico de Radiologia nos Hospitais de Lisboa, actualmente estou num Hospital Central.

Durante o curso de Radiologia nunca ouvi falar neste tipo de exame, só já como profissional é que fui confrontado com esta valência, até lá ignorava completamente, foi difícil para mim aceitar, pois tinha escolhido uma profissão para cuidar de vivos e não de mortos, se essa fosse a minha vocação seria Técnico de Tanatologia e não de Radiologia. Eu que nem aos funerais de familiares ia, nem vê-los no velório, agora era confrontado com a morte no seu pior estado de degradação.

Hoje já consigo superar a minha revolta contra a ESTeSC, ao fim destes anos de experiência profissional adquirida, mas de início até tive alguns dissabores com as chefias do meu serviço por recusar em colaborar com estes exames, não me sentia preparado psicologicamente para tocar num cadáver, mesmo em nome da ciência, foi com muito sacrifício e ajuda dos colegas que ultrapassei e hoje já não me faz diferença, faço este tipo de exame como faço qualquer outro. Mesmo na minha vida familiar foi complicado, não conseguia separar os problemas profissionais dos familiares.

O nojo, o cheiro, o frio e a cor do cadáver e por vezes o seu estado, provocavam-me vômitos, ansiedade, mau estar geral, nojo de mim mesmo, só pensava que um dia acabaria também naquele estado.

Acabei por me mentalizar que era um profissional de saúde e que isso implicava vida e morte, a antítese dos seres vivos. Então com ajuda de outros colegas comecei a arranjar esquemas de confronto, relaxar antes de descer à morgue, uma ou duas cervejinhas, fumar um cigarro, ignorar o cadáver, participar nas brincadeiras humorísticas dos outros profissionais que aliviam o ambiente sinistro, sem ferir a Ética, claro, um bom banho de

água quente nos vestuários para retirar o cheiro da morte e continuar a jornada, não pensar mais no assunto. Esta foi a atitude e postura que tomei durante muito tempo, actualmente já não tenho necessidade de recorrer a estratégias, pois já executo com normalidade esta valência; é lógica que existem casos que nos chocam, não pelo cadáver em si mas muitas vezes pelo drama da situação, principalmente o suicídio e a violência doméstica.

Como sou orientador de estágios faço questão de preparar os alunos nesta área apesar de não fazer parte das praticas curriculares das Escolas Superiores das Tecnologias da Saúde. Se faz parte do exercício profissional não tem de ocultado.

Narrativa nº 8

Sou a Zélia, tenho 39 anos, Técnica de Radiologia, licenciada em Ciências Radiológicas, pela ESTeSL em 1990, pós – graduada em Recursos Humanos e Gestão de Conflitos, actualmente estou colocada num Hospital da Grande Lisboa onde raramente os Técnicos são chamados a executar exames da medicina legal, somos mais abordados para realizar exames do foro da genética, isto é pesquisa de malformações congénitas a nados-mortos.

Numa breve abordagem da minha experiência, nesta área o que posso comentar é que não gosto e tento fugir sempre que posso, salvo se mais ninguém se dispuser a ir realizar estas tarefas.

Não tive qualquer tipo de formação nesta valência, nem nunca se falou durante o curso da possibilidade de surgirem estes exames, como tal foi uma surpresa quando fui confrontada pela primeira vez; isto aconteceu no Hospital de Sta. Maria, foi horrível desci ao serviço de Tanatologia juntamente com uma colega mais velha de profissão, foi ensinar-me como se actuava, embora aparentasse controle da situação, tudo era forçado, mas quis - me transmitir confiança e saber, mas dava para perceber algum temor, o mesmo acontecia com a minha pessoa, tinha medo, estava ansiosa e o meu coração saltava pela boca. Tinha de ser feito um radiograma ao crânio para localizar um projectil só com orifício de entrada assim como uma grelha costal para saber quantas costelas fracturadas existiam, visto algumas se encontrarem expostas. Todo o cenário era terrível, não houve tempo de qualquer preparação, porque o corpo tinha de ser remetido para o Instituto de Medicina Legal por processo criminal, mas antes tinha de ser radiografado para no transporte não haver alterações no cadáver. Os tanatologos ajudaram a manusear o corpo o que aliviou a tensão, mas mesmo assim não consegui evitar os vómitos pelo quadro e pelo cheiro existente na sala.

Andei durante muito tempo nauseada e sem conseguir tirar da ideia a imagem da cena, olhava para as pessoas e logo imaginavas mortas e desfeitas, tive pesadelos e estados de humor alterados. Sozinha consegui arranjar esquemas para me habituar à ideia de ter de lá voltar, o que veio a acontecer, mas acabei por me aperceber que regra geral íamos sempre aos pares, era uma forma de apoio inter – ajuda psicológica; no entanto ainda hoje fico arrepiada sempre que o telefone do serviço toca com uma chamada interna.

Aprendi a ser fria com a situação, tanto seja adultos como crianças ou Bebés, tento visualizar não o ser o humano, mas sim uma peça operatória a ser estudada, ignoro o cenário e protejo-me do cheiro com mascaras onde coloco algum perfume que utilizo, depois regresso ao serviço mudo de bata lavo-me muito bem e tento ir trabalhar para a sala onde houver mais volume de trabalho, assim não tenho tempo de pensar em nada; nesses dias quando chego a casa tento distrair-me o mais possível e geralmente não faço qualquer comentário sobre o assunto mesmo que de alguma forma me sinta incomodada, por uma razão simples, ninguém lá em casa iria gostar do tema como conversa ou desabafo, acho até que seria recomendado um banho de lixívia, a morte é sempre um tema tabu, da qual não se gosta de falar. Defendo que as escolas deveriam de preparar os alunos psicologicamente para estes tipos de exames quando não são por opção como o caso dos colegas que se formam em Tanatologia; os próprios serviços deveriam de ter um núcleo de formação específica nesta área, de forma ajudar estes profissionais.

Deveria de haver tanto no curso como nas instituições cursos de formação e ajuda psicológica, não só para Técnicos de Radiologia como também para os de Tanatologia e médicos Anatomopatologistas; embora estes últimos sejam por opção, carecem também de preparação psicológica, queixando-se de algumas dificuldades no início, principalmente enquanto alunos.

De toda estas experiências só retiro um lado positivo, a Investigação, encarar como ciência, necessário para a compreensão dos processos criminais e não só também para a evolução do conhecimento. Seria uma mais valia e o ensino superior destas áreas investir nestas temática.

Narrativa nº 9

Meu nome é Brígida, 34 anos, solteira, sou Licenciada em Ciências Radiológicas na área de Radiologia pela ESTeS de Lisboa, desde 1995, actualmente trabalho no Hospital de Sta. Cruz.

Embora a minha experiência tenha sido adquirida num outro Hospital da Capital, ainda realizo neste onde me encontro, exames do foro da genética, a nados-mortos.

Foi com surpresa que fui confrontada com esta valência, não tive nunca conhecimento que algum dia viria a radiografar cadáveres de adultos ou de Bebés, hoje já consigo encarar a situação com naturalidade e frieza, ou melhor, uma mascara de frieza. Nunca fui preparada psicologicamente para este tipo de exercício, não entendo porque as Escolas ocultavam tal pratica quando estes exames fazem parte do nosso conteúdo profissional, deveríamos de ser preparados logo desde o inicio nas aulas de psicologia da saúde e nos estágios práticos termos uma passagem pelos Serviços de Tanatologia. Não vejo a razão de tal secretismo da valência, quando todos sabemos que a Radiologia é a especialidade que se encontra ligada a todas as áreas da saúde sem exclusão de nenhuma delas e, para alem da saúde.

Foi difícil para mim o inicio, principalmente em relação às crianças, e acho que a falta de acompanhamento psicológico teve alguma influencia na minha resolução de ser ou não mãe até hoje, confrontar-me com as malformações genéticas existente nos fetos e nos fetos de termo acho que levou e leva-me a ter receio da maternidade.

Não julgo que o problema seja só meu, mas pelo o que observo os meus colegas que são pais evitam fazer estes exames.

Bom mas vamos ao que interessa, como reagi pela primeira vez? E as seguintes...

Na minha primeira vez, fui realizar exames a um cadáver para proceder à sua identificação, devido a um acidente de viação grave procedido de um incêndio da viatura ficou em estado irreconhecível e a identidade tinha de ficar confirmada pela existência de material de

osteossíntese que os seus familiares diziam ter de existir. É que foi muito problemático, se para os colegas da tanatologia era difícil, para mim e a primeira vez foi um aceno de terror só faltou desmaiar, o cheiro a carne queimada, o aspecto gelatinoso, o aumento do volume do corpo, era uma cena macabra, julguei-me num filme de terror com ficção à mistura. Fiquei estática, não consegui reagir, iniciei um quadro violento de vómitos e regurgitei para um balde, foi terrível para recompor, teve de descer um colega mais antigo e com a sua ajuda lá consegui realizar o exame, quando tudo terminou pensei ter passado por um pesadelo. Nesse dia já não fiquei mais ao ser viço, fui dispensada devido ao meu mau estado vesicular; quando cheguei a casa tomei um duche muito quente para descontraír a tensão muscular, tomei um Xanax e deitei-me para dormir o que não foi possível de forma sossegada, porque as imagens não saíam da cabeça, o cheiro perdurou durante muito dias. Durante vários meses não voltei a fazer este tipo de exames, os colegas passaram a brincar comigo em relação a esta situação assim como os colegas da tanatologia sempre que se encontravam comigo saía brincadeira.

Mais tarde decidi que na próxima vez iria com o colega, tinha de enfrentar, no final de contas era uma profissional credenciada e estava ali para tudo o que dizia respeito à minha profissão, então lá fui e acabei por fazer figura bonita, equipada como manda o figurino, FRIEZA, era a postura geral, um profissional desprovido de sentimentos, recolher imagens de uma peça anatómica. Passou a ser assim até aos dias de hoje, no entanto tenho de confessar que quando foi implementada a consulta de genética por causa da existência da Obstetrícia, confrontei-me novamente com o drama por serem bebés, caiu essa capaz de profissional e o sentimento de pena de revolta surgiu, mas acabei por conseguir ultrapassar, mentalizando-me que para aqueles seres a morte foi um dádiva do que a sua sobrevivência penosa e de sofrimento. Como sou muito crente em Deus passei

e ter essa faceta como suporte básico de sobrevivência para a situação, se as coisas têm este rumo são os propósitos de Deus.

É são estas as minhas estratégias de coping. Espero ter respondido às suas expectativas.

Narrativa nº 10

Tenho por nome Carlos Alberto, 29 anos, sou Técnico de Radiologia, licenciado pela ESTeSP, desde 2000. Trabalho num Hospital do Distrito de Trás-os-Montes, onde existe uma delegação de Medicina Legal.

A minha experiência não é muito vasta neste campo.

Durante o meu curso tive conhecimento deste tipo de exames e até fiz um trabalho de pesquisa em Radiologia Forense muito interessante.

Para ser sincero não gosto nada de ser solicitado para radiografar um cadáver, mas faz parte da minha profissão, mas sempre que me é possível faço “ouvidos de Mercador”, dou de “froxes” como se diz na gíria, a não ser que a equipa do turno seja composta pelo sexo feminino e eu o único homem, aí lá terá que ser porque as senhoras acham que é simpático da minha parte poupa-las (ganda latosa).

Bom como profissional só tenho de vestir a casaca e lá ir, um cigarrinho, umas graçolas trocadas com os dissecadores, leva-se tudo na paródia e lá se suporta o CSI transmuntano, se não for assim quem aguenta?. Tornei-me muito frio em relação a esta valência.

O pior de tudo é quando são pessoas jovens ou crianças, mas é raro, a maioria são idosos, atropelados ou que se fartaram da vida, das amarguras e se passaram para o outro lado.

A forma que utilizo para realizar estes exames é três:

FRIEZA, DESCONTRACÇÃO, HUMOR, EVITAMENTO DO TOQUE

Esta ultima, peço sempre que sejam os colegas “talhantes” a colocar os IP’s e a posicionar as peças. Depois regresso ao serviço envio os exames via ALERT, fumo um cigarro, bebo um café e parto para outra, esqueceu assunto.

Mas lá gostar não gosto.

Narrativa nº 11

Sara, 45 anos Técnica de Radiologia licenciada em Ciências radiológicas pela Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, em 1982 candidatei-me ao curso de Anatomia Patológica e Tanatologia, passei nos exames de ingresso e fui colocada no curso, mas como o nº de alunos não era suficiente para a abertura de curso este acabou por não abrir durante dois anos, então acabei por optar pela Radiologia por ser também generalista, não estou arrependida e durante muito tempo estive ligada aos exames tanatológicos. Em 1986 a 88 fui como voluntária para o Instituto de Medicina Legal para o departamento de Antropologia juntamente com uma colega que acumulava funções. Foi um período muito interessante da minha carreira, principalmente na área da investigação criminal e muito enriquecedor no conhecimento anatópatológico.

Não posso dizer que era agradável trabalhar com corpos, manuseá-los e principalmente os corpos exumados, apesar de ser uma situação rara, era horrível, desde o cheiro que provoca vômitos ao aspecto e cor, parece um filme de terror difícil de ultrapassar, por mais banhos que façamos o cheiro permanece durante muito tempo na nossa cabeça, eu cheguei a perder o apetite, muitas vezes isso foi motivo de brincadeira, dizia-se que era muito bom para manter a elegância sem recorrer a regimes. É sempre muito duros quando na mesa de dissecação se encontra uma criança, um jovem ou uma situação de perda de vida induzida fora do tempo.

O nosso maior receio é chegar de manhã e deparar com alguém chegado ou um familiar, temos de assumir a postura de um profissional e avançar.

Nunca fui confrontada com alguém familiar mas sim com pessoas conhecidas, até nesta situação, sentimos um sentimento de impotência perante a vida e a morte.

Uma forma de atenuar esta situação é o facto de utilizarmos o escalpe craniano para tapar a face do cadáver logo deixa de ter identidade e começa-se a ver uma peça anatómica para estudo em vez de um ser humano.

Como a minha situação é um pouco diferente da maioria dos colegas, é um caso de opção, as minhas reacções psicológicas também certamente serão diferentes das deles; também não fui preparada no meu percurso académico para este tipo de exames, mesmo porque na altura era corrente dizer-se que nos serviços de radiologia não era permitido a presença de cadáveres há excepção dos doentes que poderiam falecer durante um exame de radiologia de intervenção e logo teriam de ser evacuados de forma a que ninguém na sala de espera se apercebesse.

No início cheguei a sonhar com alguns cadáveres e a deixar-me incomodada, mas acabou por desaparecer.

Pelos vários Hospitais onde tive em alguns éramos chamados muito raramente para a medicina forense, acabava por sermos sempre o mesmo grupo de profissionais a irmos fazer os exames, todos fugiam e alguns recusavam completamente. Alguns colegas defendiam-se dizendo que nós éramos mais frios de sentimentos e enfrentávamos muito melhor os exames.

Se calhar tinham razão, é preciso tomar uma atitude fria e um humor muitas vezes sarcástico para enfrentar situações dramáticas, mas se pensarmos que é um trabalho como outro qualquer e que tem muita importância como área de investigação tanto na área da saúde como no conhecimento forense, começamos a ver nela uma valência de trabalho muito produtiva e gratificante em conhecimento.

Claro que trabalhar para a investigação genética é mais doloroso pois trata-se de bebés que não tiveram direito à vida, mas até isso acaba por ser visto como uma selecção natural para a melhoria da génese humana, mesmo que me custe ver e tocar nos corpos frágeis e

inofensivos daqueles seres chorados pelos pais, a minha postura é de conformismo, penso logo que foi melhor assim do que sobreviver para sofrer.

Fora dos serviços tento não pensar mais no assunto, caso fique mesmo perturbado com algo então recorro a um filme de preferência de terror forte que acaba por superar a situação anterior ou uma saída à noite ou procurar um amigo ou mesmo colega com quem se possa falar no assunto de forma a aliviar a tensão como se fosse um desabafo.

A falta de preparação em qualquer área da saúde em relação à morte é uma realidade, isso é verificado tanto nas escolas de saúde como mesmo nas instituições hospitalares daí ser sempre um assunto tabu e evitável, tanto com o doente terminal como com o pós-mortem.

O acompanhamento psicológico deveria de ser uma constante, porque nem sempre as estratégias que os profissionais utilizam são as mais eficazes.

Narrativa nº 12

Meu nome é Orlando, tenho 36 anos sou Técnico Radiologista, licenciado pela ESTeSL em Ciências Radiológicas, sou casado com uma Enfermeira e temos dois filhos.

Em resposta ao solicitado, de como reajo aos exames de foro tanatológico, devo dizer que foi com grande surpresa que fui confrontado com esta prática no Hospital Garcia de Orta, onde iniciei funções, pois durante o meu percurso académico nunca nada no género foi mencionado.

Fui certo dia escalado para a sala da Ortopantomografia, onde também se realizavam exames do foro genético ou seja fetos e nados – mortos com malformações músculo-esquelético, desconhecia por completo a realização deste tipo de exame e ainda por cima naquela sala onde já tinha feito exames da maxilo-facial, não suspeitava se quer na outra valência que lá se praticava, embora já me tivesse apercebido de algum material que não se enquadrava.

Com a maior das naturalidades a auxiliar do piso transportava numa caixa dois fetos de termo congelados, que entregou por sua vez à auxiliar da sala, fiquei mudo, pregado ao chão, nem tive reacção nenhuma, não sei se pensei em algo ou se bloqueei completa-me, ao ver a minha atitude, a auxiliar foi chamar de imediato a minha chefe que me pediu desculpa por ter sido escalado sem acompanhamento por um Técnico com experiência, lá veio uma colega iniciar-me na dita pratica. Tenho a dizer que foi um choque, ainda era solteiro na época mas já namorava com a minha esposa, quando lhe contei senti alguma repulsa da sua parte, quis saber se esses exames eram frequentes e se passaria sempre a ser eu a realiza-los. Embora Enfermeira não lida muito bem com o tema, pertence à Ortopedia. Tenho de confessar que andei um pouco perturbado com o cheiro que deriva do processo de descongelação o toque para o posicionamento e o factor psicológico que ainda perdura até hoje, o facto de ser um bebé que não teve hipótese de vida, essa imagem perdura

sempre, hoje sou pai e quando faço esse tipo de exame lembro-me sempre que podia ser um dos meus filhos. Em casa não estou autorizado a falar do tema, só com colegas de profissão é que podemos comentar para aliviar e sempre à alguém com espírito brincalhão para suavizar a “coisa”, neste tipo de exames não tenho muitas estratégias de coping, geralmente fujo a fazer os exames, peço trocas, quando não é possível encho o peito de ar, tento despachar o assunto rapidamente e vou apanhar ar, vou ao bar ou então vou ajudar durante um período nas salas de urgência para distrair o pensamento.

Quanto aos exames efectuados na morgue do hospital não são tão frequentes, mas também já participei em alguns, para mim é diferente, se forem adultos (nunca tive uma criança, só jovens adultos e idosos), não tenho necessidade de tocar no corpo porque é o colega da área que o faz, só dou as instruções de posicionamento, incomoda o cheiro, quanto ao resto adaptei uma atitude de Bloco Operatório, lá também é uma carnificina daí reportar para a morgue, não lhe noto grande diferença, os colegas da tanatologia brincam tal e qual como os do bloco o sentido de humor é bem marcante e desta forma fica suportável. Acaba por ser mais leve, sei que não é a mesma coisa que no bloco, lá salva-se vidas na morgue sabe-se a causa da morte, é realmente diferente mas eu prefiro pensar que é um Bloco Operatório. Vou mais descontraído para a morgue do que para a genética.

Só culpo a escola destas figuras tristes que fazemos, cabe à escola nos preparar para esta valência como somos preparados nas outras, tudo era certamente mais fácil do que ser apanhado de surpresa e evitava-se muitas chatices nos Serviços de Imagiologia.

Hoje os nossos estagiários no nosso hospital passam por esta valência mesmo não fazendo parte das instruções de estágio.

Narrativa nº 13

Vítor, Técnico de Radiologia há 10 anos, licenciado pela ESTES de Coimbra, teve conhecimento desta valência no final do curso de Radiologia, mas não teve qualquer disciplina dedicada a esta valência somente se falou creio que por mero a caso não foi feito qualquer trabalho de referencia ao tema.

No Hospital onde estou colocada somos só 3 que fazemos este tipo de exames, a maioria dos Técnicos são do sexo feminino, logo tentam cravar os colegas do sexo oposto, por “cavalheirismo” acabamos por ceder e elas vão se safando graciosamente.

A forma de suportar estes exames que não são muito frequentes é tomar uma postura fria e despedada do corpo sem vida que está a ser examinado, passa a ser uma “peça” que por momentos não tem identidade. No caso dos bebés, crianças e jovens é o mais difícil de ser superado então saio varias vezes da sala para respirar fundo, fumar relaxar e volto. O toque é doloroso pelo frio que transmite, a rigidez, ... são sensações para as quais não fui preparado psicologicamente par lidar. Só o humor dos colegas da morgue é que alivia todo este “quadro”, é a única forma que eles encontram e nós também. Humor, postura de profissional e frieza são estas as 3 estratégias comuns entre nós e que nos ajudam nos momentos mais dolorosos e dramáticos de cada situação.

Tento que estas situações não se misturem na minha vida sócio-familiar mas é muito difícil, acabo por ter necessidade de falar no assunto tanto com amigos como em casa, é uma forma de desabafo e exteriorizar os meus sentimentos, alguns casos já me deixaram sem dormir, não pelo situação de cadáver mas sim pelo drama que muitas vezes arrasta.

Acho que todos os profissionais de saúde que lidamos todos os dias com a vida e coma morte, deveríamos de ser preparados não só para sabermos lidar com os doentes terminais mas sim também com a morte, como investigação e as suas etapas, só assim poderíamos ter posturas mais saudáveis e viáveis para o nosso bem-estar emocional.

Narrativa nº 14

João, 49 anos Técnico de Radiologia, licenciado em radiologia e mestrado em gestão, colocado no centro do país no distrito de Leiria, iniciei este tipo de exames sem saber que os tinha de fazer. Fiz o meu curso em Lisboa fiz os meus estágios nos H.C.L. e em Sta Maria e nunca passei por este tipo de exames, ao que se sabia era que no I.M.L.L, havia colegas que lá iam e outras vezes eram os patologistas mas nunca nós, assim como em Sta Maria.

Não gostei nada de saber que tinha de os realizar também, e como tal não faço por ninguém, faço os que me calham e mais nada, por mim todos têm de realizar estes exames, no meu serviço temos uma escala para tal, quem está de intransportáveis, dá apoio à morgue (é muito raro) e faz os nados-mortos, ninguém tem autorização para se baldar a estes exames, todos passam por isso, custa a todos.

A postura que tomo é de frieza e tento ignorar o ser humano que está imóvel a decompor, e a deitar cheiro, é melhor ignorar a sua história os seus sentimentos a vida que já teve.

Aprendi a lidar com a vida a fazer tudo por tudo para a salvar não a estudar os mortos, ninguém me preparou para isso, nem sei de formações nesse sentido, não me sinto preparado para lidar de uma forma natural com isto como faço outro tipo de exames. Recuso o toque directo ao cadáver, solicito sempre a colaboração dos auxiliares e dos colegas da especialidade, uso dois pares de luvas de borracha, mascara e avental de plástico, a sorte é que há sempre momentos de bom humor para suportar a situação.

Mentalizei-me que era uma área da investigação e que até tem todo o interesse para a ciência.

Narrativa nº 15

Teresa, Técnica de Radiologia na região do Norte desde 1993, tenho 38 anos, casada com filhos, formei-me na Escola Superior de tecnologia da Saúde do Porto e iniciei funções na Guarda e mais tarde vim para Viseu.

Durante o meu curso não tive conhecimento de ter de executar exames para a medicina legal, nem para a investigação genética, foi com grande surpresa que tive conhecimento de tal pratica, em circunstâncias muito estranhas, era necessário fazer uma TC craniana (caso raríssimo, mas n a realidade necessário), para despiste de suspeita, foi uma situação horrível,

desde tentar a recusa, a todo o aparato para evitar que os utentes se apercebessem da situação, mas o pior foi conseguir executante de tal exame, todos tentamos fugir uns duma forma outros doutra, acabei por ser eu a vitima., com ajuda do chefe de equipa e do colega da tanatologia fiz o exame, não lhe toquei, foram os colegas que o posicionaram, ainda hoje se esse equipamento radiológico existisse não era capaz de lá me deitar para fazer um exame, fiquei muito impressionada, tive pesadelos com cadáveres e equipamentos radiológicos durante muito tempo, até perdi o apetite, sentia o cheiro sempre que entrava na TAC, e cada vez que um doente se deitava para realizar um exame via sempre a imagem do sucedido. Hoje já consigo superar isso.

Nunca tivemos qualquer abordagem sobre este tema na Escola Superior ou em qualquer curso de formação, o que torna mais difícil depois a sua execução sem preparação psicológica, porque ao que respeita à técnica é precisamente igual com os vivos.

Quando me apercebi da realidade desta valência, ainda procurei certificar-me de que não fazia parte do manual de boas praticas radiológicas, mas em vão, faz parte como outra qualquer valência de diagnóstico, então não havia maneira de recusar tal pratica.

Claro que acabamos por ser sempre os mesmos a fazer estes exames, ninguém gosta e todos fogem, nessa hora até dores de barriga violentas dão nos colegas, arranjam sempre forma de escapar, no meu serviço somos só 6 elementos que fazemos este tipo de exames, mesmo existindo uma escala para os nados-mortos

Todos pedem para trocar, a desculpa é sempre a mesma, ficam maldispostos, não conseguem mexer, andam sempre a pensar no assunto, dá-lhes vómitos, sentem muita pena....etc., etc.,.....

Hoje já consigo tomar uma postura gélida e não fazer analogias com os meus entes queridos, separo as coisas, mas como defesa, porque eu sei que não acontece só aos outros..., para estes exames costumo desfardar-me e vestir outra que tenho reservada só para estes exames, tenho a sensação que o cheiro da morte permanece na roupa, uso mascara, luvas, e raramente vejo a face do cadáver (tenho muito medo de surpresa) e tento brincar com os colegas, contar anedotas durante o acto de forma a aliviar a atmosfera mórbida em que estamos inseridos, depois de acabar não falo em nada e vou apanhar ar.

Em casa só há relativamente poucos anos é que souberam por mero acaso que também lidávamos com isto. Pensavam que os mortos com que lidávamos eram só aqueles que morriam por doença no hospital ou que acabassem por morrer junto de nós mas só isso, em caso algum depois disso ainda poderíamos trabalhar com eles; ficaram um pouco chocados, mas não se fala no assunto.

Narrativa nº 16

Meu nome é Dulce sou Técnica de Radiologia num Hospital do Distrito de Évora, sou licenciada pela ESTES de Lisboa e trabalho desde 1987, iniciei funções no Hospital de S.José, lá nunca fiz nenhum exame deste género, nem sabia que se podiam fazer nos serviços de Radiologia, na escola nunca falaram em tal, mas lá tínhamos duas colegas que iam ao Instituto de Medicina Legal fazer esse tipo de exames, julgo que fossem por conta própria, nada tinha a ver com o Hospital iam porque queriam, essa situação era sempre motivo de conversa, porque havia quem defendia que deveria de ser pessoal só para o Instituto e que não tivesse nada a ver com a saúde...Lá não se faziam esses exames e creio que continuam sem fazer.

Só em Évora é que fui confrontada com estes exames, não os da medicina Legal mas sim com nados-mortos e sinceramente é simplesmente um horror, todos temos de fazer, mas nenhum tem preparação psicológica para tal, predominam neste serviço mulheres o que não é fácil “engatar” os colegas porque são poucos.

Eu pessoalmente fujo de tal, mas nem sempre é possível, tenho pesadelos e fico muito agoniada e indisposta, como não fumo vingo-me nos cafés e ar puro.

Temos uma regra no manuseamento do cadáver, todos nós radiografamos dentro dos sacos e solicitamos que a cabeça venha tapada com panos senão é devolvido até vir em condições, como temos de o posicionar e processo de descongelamento também é feito antes de chegar ao nosso serviço. Tentamos tomar uma pose fria e distante o que nem sempre é fácil e depois do exame temos direito a meia-hora de relaxamento para nos descontrairmos e regressar ao trabalho. Eu venho para a rua tomar ar puro vou beber café e “dar à língua” com colegas doutro serviço, ou telefono a alguém para conversar para me distrair, tenho outra maneira. Acho que deveria de haver formação nesta área assim como

podermos ter preparação psicológica, sempre ajudava alguma coisa já que a Escola ocultou esta valência.

Narrativa nº 17

Cara colega

Sou Luísa, Técnica de Radiologia, no Centro Hospitalar do Funchal, informo que na Região Autónoma da Madeira a Radiologia Forense, nunca foi nem supostamente será obrigatória para os Técnicos de Radiologia.

Sempre até hoje foram respeitadas as condicionantes psicológicas que esta pratica acarreta.

Quando estritamente é necessário (por ex: em nados-mortos) executamos uma radiografia à peça sem retirar do saco.

Actualmente compete ao departamento de Medicina Legal que tem instalações no hospital e com dependência do Ministério da Justiça, que quando necessita de exames radiográficos tem um contrato de prestação de serviços com um Técnico.

Em situações de emergência ou ferias desse colega pode avançar um colega em regime de voluntário.

Nas situações de cursos práticos com cadáveres **SÓ** participamos em regime voluntário.

Nenhum dos Técnicos deste serviço teve conhecimento ou formação nesta área.

Narrativa nº 18

Sofia, 49 anos Técnica de Radiologia, licenciada pela Escola Superior de Tecnologias de Saúde do Porto, exerce funções desde 1983, tendo passado por vários hospitais do norte do país.

Nunca tive conhecimento deste tipo de exames do foro da medicina legal ou da consulta de genética, não se falava neste assunto e muito menos executar tais exames.

A primeira vez que tive contacto foi o pedido de um nado-morto para meu grande espanto, nascido na urgência do hospital com uma malformação de aspecto terrível,

Fomos duas Técnicas que executamos o exame e como era a primeira vez não deixámos que o retirassem do saco em que era transportado, desnecessário será dizer que o exame não tinha qualquer qualidade de execução, nem rigor radiológico, a intenção era ser documentada. Embora o bebé estivesse ainda quente e sem rigidez, foi muito difícil para ambas, era algo que não mexia, não chorava, tinha um aspecto...e o facto de estar dentro de um saco plástico transparente tornava toda a cena macabra, saída de um filme de terror. Tanto eu como a outra colega durante dias foi-nos muito difícil recuperar do acontecimento.

Eu sentia a necessidade de falar no assunto, como uma espécie de alívio, não podia ficar com a experiência dentro de mim escondida, tive de exteriorizar, mas em casa isso não foi possível, a minha família rejeitava por completo o assunto.

Este acontecimento durante muito tempo teve influência na minha vontade de ser mãe, claro que passados uns anos alterei a minha posição e hoje sou mãe. Claro que as situações foram sendo cada vez mais frequentes ao longo do tempo e hoje já faço este tipo de exames fora dos sacos e com mais frieza, convenci-me que são peças anatómicas e não crianças que poderiam ter tido uma vida.

Actualmente também já tenho feito exames do foro criminal mas são menos frequentes, sempre que posso tento evitar, mas no meu serviço somos poucos a fazer, foi instituído que só os voluntários iriam (não concordo) o que resulta sempre nos mesmos.

Os exames do foro Legal impressionam muito, o cheiro, o aspecto e por vezes a idade.

Regra geral tento não mexer no cadáver peço ajuda no posicionamento, não gosto de ver o rosto para não ter de me lembrar do cadáver como pessoa, mas sim como peça de trabalho, alguns podem ser conhecidos e assim quando recordar não os recordo com aspecto cadavérico. Uso sempre mascara com viseira ao contrario dos colegas da morgue que regra geral não usam nenhuma, depois de sair mesmo assim tenho de lavar muito bem as mãos com soluto porque só o facto de manusear os chassis e o equipamento tenho a sensação que são portadores do cheiro dos cadáveres, apesar de utilizar por cima da minha bata uma descartável e um avental de plástico, ao chegar ao serviço mudo de bata. Ao chegar a casa tomo um duche e se tiver tempo faço um banho de emersão para relaxar com uns sais bem aromatizados.

Tenho de confessar que mesmo com uma postura fria, durante alguns dias sonho com o assunto e quando estou escalada para os nados-mortos no dia seguinte tenho de ter uma folga ou troca de turno, só se não for possível.

Não entendo porque razão não tivemos nenhuma preparação nesta área durante o curso de Radiologia, hoje os novos colegas que trabalham no meu serviço são detentores da informação mas não têm qualquer preparação na área, tanto técnica como pessoal, o que julgo ser muito mau.

Esta valência no fundo é como outra qualquer, faz parte da nossa profissão e tem a ver com a investigação daí poderia até ser aliciante se as escolas de saúde investissem nesta área e preparassem os alunos como os preparam na TC, na RNM, na Eco, na Angio,..... Seria bom para todos nós e para os serviços.

ANEXO B - Questionário e Escalas

Questionário

Muito grata lhe fico por se disponibilizar a participar neste estudo, elaborado no âmbito da tese de mestrado de Psicologia na área da Psicologia da Saúde. O tema que pretendo abordar relaciona-se com a atitude psicológica do Técnico de Radiologia face aos exames de Tanatologia.

Este questionário constituído por 4 partes, tem por objectivo investigar as atitudes emocionais e a sua preparação psicológica destes profissionais de saúde, face ao confronto com os exames pós-mortem.

A resposta a este questionário, é completamente confidencial e não deverá ocupar-lhe mais de 10 minutos. Peço-lhe que de seguida seja entregue ao seu coordenador (a) para ser colocado no sobrescrito e devolvido.

A sua resposta é muito importante e a sua colaboração imprescindível. Obrigada

I Parte

I. Dados Demográficos:

Idade ____ Sexo ____

Estado Civil: solteiro ____ casado ____ união de facto ____
viúvo ____ divorciado ____

Tem filhos? Sim ____ Não ____

Local de Trabalho: _____

II. Habilitações Académicas:

Curso Profissional _____ Bacharel ____ Licenciatura ____

Mestrado ____ Doutoramento ____

Em que Estabelecimento de Ensino concluiu o seu curso:

III. Situação Profissional:

Há quantos anos exerce? _____

Qual o tipo de vínculo com a Instituição?

Quadro ___ Contrato Individual de Trabalho ___ Recibo Verde ___
Contrato Administrativo de Provimento ___

Qual o Regime de Trabalho?

35 horas ___ 40 horas ___ 42 horas ___

Tem dupla actividade? Sim ___ Não ___

Se respondeu sim, quantas horas exerce semanalmente? _____

IV. Actividades Extra Laborais:

Tem alguma actividade pós-laboral? Sim ___ Não ___

Pratica desporto? Sim ___ Não ___

Dispõe de tempo livre só para si? Sim ___ Não ___

V. Informação adicional:

Antes ou durante o curso de Radiologia teve conhecimento, da prática radiológica em cadáveres?

Sim ___ Não ___

Se respondeu não, diga com sinceridade, se no caso de ter sido correctamente informado continuava com o seu curso?

Sim ___ Não ___

Quantas vezes realizou este tipo de exames no último ano? _____

II PARTE

Inventário de Ansiedade Estado – Traço (Spielberger, 1963)

Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si própria. Leia cada uma delas e faça um (x) no número da direita que indica como se sente agora, isto é nesse preciso momento.

Não existem respostas certas nem erradas, não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor lhe parece descrever os seus sentimentos.

- 1- Nada
- 2- Um pouco
- 3- Moderadamente
- 4 – Muito

1. Sinto-me calmo.	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro.	1	2	3	4
3. Estou tenso.	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado.	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade.	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado.	1	2	3	4
7. Presentemente, ando preocupado com desgraças que possam vir a acontecer.	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito.	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado.	1	2	3	4
10. Estou descansado.	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante.	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso.	1	2	3	4
13. Estou inquieto.	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso.	1	2	3	4
15. Estou descontraído.	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Estou preocupado.	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso.	1	2	3	4
19. Sinto-me uma pessoa estável.	1	2	3	4
20. Sinto-me bem.	1	2	3	4

Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a próprias. L eia cada uma delas e faça uma cruz (x) no numero da direita que indica como se sen
em geral

- 1 - Quase nunca
- 2 - Algumas vezes
- 3 - Frequentemente
- 4 - Quase sempre

21. Sinto-me bem.	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso e inquieto.	1	2	3	4
23. Sinto-me satisfeito comigo próprio	1	2	3	4
24. Quem me dera ser tão feliz como os outros parecem ser	1	2	3	4
25. Sinto-me um falhado.	1	2	3	4
26. Sinto-me tranquilo.	1	2	3	4
27. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo.	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que não as consigo resolver.	1	2	3	4
29. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não tem importância.	1	2	3	4
30. Sou feliz.	1	2	3	4
31. Tenho pensamentos que me perturbam.	1	2	3	4
32. Não tenho muita confiança em mim.	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro.	1	2	3	4
34. Tomo decisões com facilidade.	1	2	3	4
35. Muitas vezes sinto que não sou capaz.	1	2	3	4
36. Estou contente.	1	2	3	4
37. Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem.	1	2	3	4
38. Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afasta-los do meu pensamento.	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa estável.	1	2	3	4
40. Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes.	1	2	3	4

Questões	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo absoluto
11- Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim					
12- Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado					
13- As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito					
14- Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades					
15- Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão					
16- Fico nervoso e aborrecido se não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas					
17- Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas					
18- Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto					
19- Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero					
20- Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem					
21- O dinheiro de que posso dispor mal dá para as despesas essenciais					

Questões	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
22- Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar					
23- Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço					

IV Parte

Inventário de Burnout

(Maslach & Jackson, Cruz, 1993; Cruz & Melo, 1996)

O objectivo deste questionário é a análise da maneira como os profissionais ligados à área das profissões de ajuda, encaram o seu trabalho e as pessoas com quem trabalham ou lidam diariamente. Neste questionário termo “cliente” é usado para referir as pessoas a quem o profissional de ajuda presta os seus serviços, cuidados, tratamentos ou instrução. Na resposta a este inventário, por favor, pense nessas pessoas como “clientes” do serviço que presta, mesmo que o termo utilizado não seja o mesmo do seu local de trabalho.

Composto por 22 afirmações relativas a sentimentos relacionados com a vida profissional; por favor leia com atenção cada afirmação e decida se alguma vez se sentiu assim em relação à sua profissão. No espaço reservado “quantas vezes” antes da afirmação, coloque o valor da escala que melhor caracteriza o seu sentimento

Vezes

0	Nunca
1	Algumas vezes por ano
2	Uma vez por mês
3	Algumas vezes por mês
4	Uma vez por semana
5	Algumas vezes por semana
6	Todos os dias

Exemplo:

Quantas Vezes	Afirmação
4	Sinto-me deprimido (a) no trabalho
5	

	Quantas vezes (0-6)	Afirmação
1.	_____	Sinto-me emocionalmente insatisfeito (a) com o meu trabalho
2.	_____	No final do meu dia de trabalho, sinto-me como se tivesse sido “usado (a)”
3.	_____	Sinto-me fatigado (a) quando me levanto de manhã e tenho que Enfrentar outro dia no emprego
4.	_____	Posso facilmente compreender como é que os meus clientes se Sentem em relação às coisas
5.	_____	Sinto que trato alguns clientes como se fossem objectos impessoais
6.	_____	Trabalhar com pessoas todo o dia, constitui realmente uma pressão Para mim.
7.	_____	Lido de forma muito eficaz com os problemas dos meus clientes.
8.	_____	Sinto-me esgotado (a) com o meu trabalho.
9.	_____	Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas Através do meu trabalho.
10.	_____	Tornei-me mais cruel com as pessoas desde que comecei a exercer esta Profissão.
11.	_____	Preocupa-me o factor deste trabalho me estar a tornar mais “duro (a)” Ou rígido (a) do ponto de vista emocional.
12.	_____	Sinto-me com muitas energias.
13.	_____	Sinto-me frustrado (a) com o meu emprego.
14.	_____	Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu emprego.
15.	_____	Não me interessa realmente o que acontece a alguns dos meus clientes.
16.	_____	Trabalhar directamente com pessoas gera-me demasiado stress.
17.	_____	Sou capaz de criar facilmente um ambiente relaxado com os meus Clientes.
18.	_____	Sinto-me contente depois de trabalhar “de perto” com os meus clientes.
19.	_____	Neste emprego consegui muitas coisas que valeram a pena.
20.	_____	Sinto-me como se estivesse no limite das minhas capacidades.
21.	_____	No meu trabalho lido muito calmamente com os problemas emocionais.
22.	_____	Sinto que os clientes me culpam por alguns dos seus problemas.

