



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM O
TRABALHO: STRESSE E VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA
NOS ENFERMEIROS**

**Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem**

**Por
Elizabeth Maria das Neves Borges**

Instituto de Ciências da Saúde

Maio, 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM O
TRABALHO: STRESSE E VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA
NOS ENFERMEIROS**

Tese apresentada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

Por: Elizabete Maria das Neves Borges

Sob orientação de Professora Doutora Teresa de Jesus Rodrigues Ferreira

Instituto de Ciências da Saúde

Maio, 2012

**"Aprender é a única de que a mente nunca se cansa,
nunca tem medo e nunca se arrepende."**

Leonardo da Vinci

Memória

*Da minha filha Sara,
Da minha Mãe e do meu Pai.*

Ao Henrique

Pelo seu Amor sem o qual, este percurso seria impossível de ser concretizado.

Ao Diogo e à Daniela

Por terem sido facilitadores deste trajeto cumprindo com as suas atividades académicas e desportivas, pela compreensão dos momentos da minha ausência. Mas, essencialmente, por serem os *FILHOS* que *SÃO*.

Ao meu irmão

Por existir e me fazer compreender e viver a *DIFERENÇA*.

Ao Basquetebol

Por ter sido em muitos momentos deste percurso fonte de inspiração.

O meu agradecimento especial à **Professora Doutora Teresa Rodrigues** pelos estímulos a permanentes reflexões, pela transmissão de conhecimentos, motivação, disponibilidade e por me fazer acreditar que este sonho era possível.

A todos os **Enfermeiros** participantes no estudo por permitirem a sua realização.

À **Conceição Reinho** por todo o apoio, ideias, críticas e sugestões.

À **Professora Doutora Cristina Queirós** pela sua *presença* nesta etapa final.

À **Célia, Lígia, Maria do Carmo, Márcia e Margarida Abreu** pelas palavras de incentivo e momentos de partilha.

Aos meus **colegas** da Escola Superior de Enfermagem do Porto pelas provas de presença e de encorajamento.

À Enfermeira **Maria Joana Tavares** pela sua competência, exemplo de trabalho e coragem.

Às minhas amigas **Helena, Paula Rodrigues, Sara Oliveira e Teresa Teixeira** pelo incentivo proporcionado.

Às colegas **Linda O'Dell, Kanami Tsuno, Kiyoko Abe e Merle Tambur** pelos momentos de partilha

A **todos aqueles** que, mesmo não tendo sido mencionados me acompanharam neste percurso.

Resumo

No contexto laboral a qualidade de vida dos trabalhadores é influenciada por fatores determinantes como o stresse e a violência psicológica. Pela sua diversidade, os locais de trabalho representam novos desafios e riscos emergentes para os enfermeiros. A complexidade das situações vivenciadas repercute-se a nível individual, organizacional e social.

Fundamentado em conceptualizações de qualidade de vida, stresse ocupacional, violência psicológica e estratégias de gestão do stresse este estudo pretende: contribuir para a melhoria da qualidade de vida no trabalho e, por inerência, melhorar os cuidados em saúde prestados pelos enfermeiros proporcionando-lhes alguns recursos que permitam desenvolver capacidades para gerirem o stresse relacionado com o trabalho.

O estudo situa-se no paradigma de investigação quantitativo. O desenho é do tipo descritivo, exploratório e correlacional. Desenvolvemos dois estudos transversais e um longitudinal. Efetuámos uma abordagem intrasujeitos em dois momentos distintos, mediados por um intervalo de tempo de seis meses, neste intervalo implementamos um programa psicopedagógico.

Participaram Enfermeiros/Alunos de Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de uma Escola Superior de Enfermagem. A amostra foi constituída por aqueles que aceitaram participar no estudo ($N=151$). Na recolha de dados aplicámos um questionário sócio-demográfico e profissional, o Short-Form Health Survey (SF36-V1.0), o Inventário de Respostas e Recursos Pessoais (IRRP) e o Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R).

No segundo momento de avaliação os enfermeiros apresentaram melhor perceção de qualidade de vida (valores médios mais elevados mas sem significância estatística). Nas respostas e recursos pessoais constatou-se maior recurso ao Suporte Social e recorreram em média a mais respostas de stresse de: Pressão Excessiva, Distresse e Saúde, Ansiedade e Emocionalidade Disfórica e a Resposta Fisiológica. Apenas nesta última se verificaram diferenças estatisticamente significativas. A prevalência da violência psicológica variou de acordo com o critério utilizado.

Na generalidade, os resultados evidenciaram relação entre qualidade de vida, stresse e violência psicológica, no trabalho dos enfermeiros. Assim, como a vantagem de implementação de programas na gestão do stresse laboral. Como sugestões salientamos: desenvolver o estudo com enfermeiros que não se encontrem num percurso académico; desenvolver estudos de prevalência da violência psicológica em diferentes contextos de trabalho de enfermagem e áreas geográficas; desenvolver estudos integrados no paradigma qualitativo no âmbito da violência psicológica e dinamizar a implementação de programas de gestão de stresse laboral no contexto de trabalho dos enfermeiros.

Abstract

In an organizational context worker's quality of life is influenced by determinant factors such as stress and psychological violence. Due to its diversity, workplaces represent new challenges and risks for nurses. The complexity of experienced situations have crucial effects at individual, organizational and social level.

Based on the conceptualizations of quality of life, occupational stress responses, psychological violence and stress management strategies, this study aims to improve quality of life at work. Thus improving health care provided by nurses, enhancing their resources, and allowing them to develop skills to manage work related stress.

The study is based on quantitative research method with a descriptive, exploratory and correlational design. We developed one longitudinal study and two cross-sectional. We used a within-subjects approach in two different moments, mediated by a six-month interval. In this interval we implemented a psychopedagogical program.

Participants in these studies were Nurses/Students of the Post-Graduated Course of a College of Nursing (N=151) who agreed to participate. Data was collected using an applied social-demographic and professional questionnaire, the Short-Form Health Survey (SF36-V1.0), the *Inventário de Respostas e Recursos Pessoais* (IRRP) and Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R).

At the second evaluation moment nurses presented a better perception of quality of life (higher average values but not statically significant). In *Inventário de Respostas e Recursos Pessoais* an increase in use of Social Support was observed and the most prevalent answers to stress were: Excessive Pressure, Distress and Health, Anxiety and Dysphoric Emotionality and finally Physiological Answer. Statistically significant differences were only found in the last one. The prevalence of psychological violence varied according to the used criteria.

Overall, results showed a relation between quality of life, stress and psychological violence in nurses' work, as well as the benefit of the implementation of work stress management programs. Future research should be done with nurses exclusively in practice context. Furthermore, studies should be developed looking at the prevalence of psychological violence in different contexts of nurse work and geographical areas. Finally, research should combine a qualitative analysis in the extent of psychological violence and promote the implementation of work stress management programs in the context of nurses' workplace.

Abreviaturas e Siglas

Cit por - Citado por

DP - Desvio Padrão

Enf^o - Enfermeiro

et al. - e outros

Ib. - Ibidem

M - Média

pág. - página

r - Correlação de Pearson

t - Valor do teste t de Student

% - percentagem

ACP - Análise dos Componentes Principais

AESST - Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

CPLLE - Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

EASHW - European Agency for Safety and Health at Work

EU - European Union

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

ICN - International Council of Nurses

ICHRN - International Centre for Human Resources in Nursing

ILO - International Labour Office

IRRP - Inventário de Respostas e Recursos Pessoais

NAQ - Negative Acts Questionnaire

NAQ-R - Negative Acts Questionnaire-Revised

OE - Ordem dos Enfermeiros

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial de Saúde

PSI - Public Services International

SF36 - Short-Form Health Survey

WHO - World Health Organization

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

Índice	Pág.
Introdução	31
Iª Parte - Revisão da Literatura	35
Capítulo I - Qualidade de vida relacionada com o trabalho	37
1.1- Qualidade de vida.....	37
1.2 - Qualidade de vida relacionada com o trabalho.....	39
1.3 - Qualidade de vida relacionada com o trabalho em enfermagem.....	46
1.3.1 - Determinantes da qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros.....	48
1.3.1.1 - Ambiente de trabalho.....	48
1.3.1.2 - Horário de trabalho.....	50
1.3.1.3 - Sobrecarga de trabalho física e mental.....	50
1.3.1.4 - Recursos humanos.....	51
1.3.1.5 - Vínculo institucional e remuneração.....	52
1.3.1.6 - Sofrimento e morte.....	52
1.3.1.7 - Relacionamento interpessoal.....	53
1.3.1.8 - Interação trabalho-família.....	53
1.4 - Avaliação em qualidade de vida.....	54
Capítulo II - Stresse e violência psicológica nos enfermeiros	57
2.1 - Stresse.....	57
2.1.1 - Modelos de stresse no trabalho.....	59
2.1.2 - Stressores no trabalho em enfermagem.....	61
2.1.3 - Stresse e <i>coping</i>	64
2.1.4 - Consequências do stresse.....	67
2.1.5 - Avaliação do stresse.....	69
2.1.6 - Stresse nos enfermeiros.....	71

2.2 - Violência psicológica nos enfermeiros.....	73
2.2.1 - Fatores associados à violência psicológica.....	81
2.2.2 - Características do agressor e vítima.....	83
2.2.3 - Consequências da violência psicológica.....	85
2.2.4 - Avaliação da violência psicológica.....	87
Capítulo III - Intervenção no stresse e violência psicológica nos enfermeiros.....	91
3.1- Relaxamento.....	98
IIª Parte - Investigação.....	101
Capítulo IV - Método.....	103
4.1 - Questões de investigação e objetivos.....	103
4.2 - Desenho da investigação.....	104
4.2.1 - Tipo de estudo.....	104
4.2.2 - Variáveis do estudo.....	105
4.3 - Participantes.....	107
4.3.1 - Caracterização da amostra.....	107
4.3.1.1 - Características sócio-demográficas e profissionais.....	108
4.3.1.2 - Caraterísticas da perceção de saúde, qualidade de vida e do nível de stresse.....	112
4.4 - Material.....	115
4.4.1 - Questionário sócio-demográfico.....	115
4.4.2 - Short-Form Health Survey	116
4.4.3 - Inventário de Respostas e Recursos Pessoais	118
4.4.4 - Negative Acts Questionnaire-Revised.....	120
4.5 - Procedimento.....	129
4.6 - Tratamento dos dados.....	131
4.7 - Considerações éticas.....	133

IIIª Parte - Resultados	135
Capítulo V - Resultados da primeira avaliação	137
5.1 - Percepção de qualidade de vida dos enfermeiros.....	137
5.2 - Relação entre fatores psicossociais e qualidade de vida dos enfermeiros.....	138
5.3 - Recursos de <i>coping</i> , respostas de stresse e índices críticos dos enfermeiros.....	143
5.4 - Relações entre os recursos de <i>coping</i> , as respostas de stresse e os índices críticos dos enfermeiros.....	145
5.5 - Relações entre variáveis psicossociais, os recursos de <i>coping</i> , as respostas de stresse e índices críticos dos enfermeiros.....	147
5.6 - Violência psicológica dos enfermeiros.....	153
5.7 - Relação entre variáveis psicossociais e a violência psicológica dos enfermeiros.....	156
5.8 - Relação entre qualidade de vida, recursos de <i>coping</i> , respostas de stresse, índices críticos e violência psicológica dos enfermeiros, na primeira avaliação.....	160
5.9 - Modelo explicativo na qualidade de vida dos enfermeiros, na primeira avaliação.....	162
Capítulo VI - Resultados da segunda avaliação	165
6.1 - Percepção de qualidade de vida dos enfermeiros na segunda avaliação.....	165
6.2 - Relação entre fatores psicossociais e qualidade de vida dos enfermeiros, segunda avaliação.....	166
6.3 - Recursos de <i>coping</i> , respostas de stresse e índices críticos dos enfermeiros na segunda avaliação.....	167
6.4 - Relações entre os recursos de <i>coping</i> , as respostas de stresse e os índices críticos dos enfermeiros, na segunda avaliação.....	168
6.5- Relações entre variáveis psicossociais, os recursos de <i>coping</i> , as respostas de stresse e os índices críticos dos enfermeiros, na segunda avaliação.....	170
6.6 - Violência psicológica dos enfermeiros na segunda avaliação	172
6.7 - Relação entre variáveis psicossociais e a violência psicológica dos enfermeiros, na segunda avaliação.....	174
6.8 - Relação entre qualidade de vida, recursos de <i>coping</i> , respostas de stresse, índices críticos e violência psicológica dos enfermeiros na segunda avaliação.....	175
6.9 - Modelo explicativo na qualidade de vida dos enfermeiros na segunda avaliação.....	176

Capítulo VII - Resultados obtidos com o programa psicopedagógico.....	179
Capítulo VIII - Comparação de resultados da primeira e segunda avaliação.....	183
8.1 - Qualidade de vida dos enfermeiros.....	183
8.2 - Recursos de <i>coping</i> , respostas de stresse e índices críticos dos enfermeiros.....	184
8.3 - Violência psicológica no trabalho dos enfermeiros.....	185
8.4 - Modelo preditivo na qualidade de vida dos enfermeiros	186
IVª Parte - Discussão.....	189
Capítulo IX - Discussão dos resultados.....	191
9.1 - Percepção de Qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros.....	191
9.2 - Variáveis psicossociais e percepção da qualidade de vida dos enfermeiros.....	194
9.3 - Recursos de <i>coping</i> , respostas de stresse e índices críticos dos enfermeiros.....	196
9.4 - Relação entre os recursos de <i>coping</i> , respostas de stresse e índices críticos dos enfermeiros.....	200
9.5 – Relações entre variáveis psicossociais, os recursos de <i>coping</i> , as respostas de stresse e os índices críticos nos enfermeiros.....	201
9.6 - Violência psicológica nos enfermeiros.....	203
9.7 - Variáveis psicossociais e a violência psicológica nos enfermeiros.....	210
9.8 - Relação entre qualidade de vida, stresse e violência psicológica dos enfermeiros.....	214
9.9 - Programa psicopedagógico.....	216
9.10 - Comparação de resultados da primeira e segunda avaliação.....	217
9.11 - Modelo explicativo na qualidade de vida dos enfermeiros na primeira e segunda avaliação.....	218
9.12 - Modelo preditivo na qualidade de vida dos enfermeiros.....	219
10 - Limitações do estudo.....	221
Considerações finais.....	223
Vª Parte -Bibliografia.....	231
Bibliografia.....	233

VIª Parte - Anexos	265
Anexo I - Questionário sócio-demográfico.....	267
Anexo II - Questionário de avaliação da qualidade de vida.....	273
Anexo III - Folha de rosto do Inventário de Respostas e Recursos Pessoais.....	279
Anexo IV - Negative Acts Questionnaire - Revised.....	283
Anexo V - Folha de registo pulso e grau de relaxamento, segunda e terceira sessão.....	287
Anexo VI - Autorização da Instituição para a realização do estudo.....	291

Índice de Figuras	pág.
Figura 1 - Cronologia da evolução global da saúde no local de trabalho	42
Figura 2 - Modelo da OMS de ambientes de trabalho saudáveis: vias de influência, procedimentos e princípios básicos.....	44
Figura 3 - Modelo de Ellis e Pompili de qualidade de vida no trabalho dos enfermeiro.....	47
Figura 4 - Representação esquemática do Síndrome Geral de Adaptação proposto por Selye.....	58
Figura 5 - Modelo de Cooper e Marshall de stresse ocupacional.....	60
Figura 6 - Conceito de stresse e os processos que o constituem.....	66
Figura 7 - Modelo de causas e consequências de stresse relacionado com o trabalho...	68
Figura 8 - Elementos principais de stresse em enfermeiros.....	72
Figura 9 - Diferentes fases que parecem estar envolvidas no processo de escalada de intimidação do <i>bullying</i>	77
Figura 10 - Modelo teórico para o estudo e gestão do <i>bullying</i> no trabalho	82
Figura 11 - Modelo teórico da interação entre o apoio social, stresse no trabalho e saúde...	216

Índice de Tabelas	pág.
Tabela 1 - Riscos associados às vias de influência no local de trabalho.....	45
Tabela 2 - Modelos de stresse no trabalho.....	60
Tabela 3 - Fatores organizacionais indutores de stresse.....	64
Tabela 4 - Consequências negativas do stresse.....	68
Tabela 5 - Designações associadas ao <i>bullying</i>	74
Tabela 6 - Prevalência do <i>bullying</i> no local de trabalho.....	78
Tabela 7 - Lista de procedimentos hostis.....	80
Tabela 8 - Instrumentos de avaliação de comportamentos de <i>bullying</i>	89
Tabela 9 - Estratégias de intervenção no stresse laboral.....	92
Tabela 10 - Diferentes níveis e alguns exemplos de intervenções no <i>bullying</i>	95
Tabela 11 - Modelo para reabilitação de vítimas de <i>bullying</i> : Impatient Bullying Terapy.....	96
Tabela 12 - Questões de investigação.....	103
Tabela 13 - Objetivos de investigação.....	104
Tabela 14 - Distribuição dos participantes nas três sessões do programa psicopedagógico.....	107
Tabela 15 - Distribuição da amostra segundo variáveis sócio-demográficas.....	108
Tabela 16 - Distribuição da amostra segundo variáveis sócio-profissionais.....	109
Tabela 17 - Distribuição da amostra no Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (CPLEE) e grau de satisfação com o curso, colegas de curso, professores e escola em geral.....	111
Tabela 18 - Distribuição da amostra de acordo com a perceção de saúde em geral, qualidade de vida global e nível de stresse.....	112
Tabela 19 - Distribuição por unidade curricular onde foram lecionados conteúdos sobre stresse.....	113
Tabela 20 - Atribuições causais de stresse.....	114
Tabela 21 - Dimensões do SF36.....	116

Tabela 22 - Resultados da consistência interna do SF36 no presente estudo, no estudo de Ferreira (2000b) e no de Ribeiro (2005a).....	117
Tabela 23 - Resultados da avaliação da consistência interna do IRRP.....	119
Tabela 24 - Carga fatorial dos itens por fator, valores próprios ou específicos e variância dos itens de cada fator.....	123
Tabela 25 - Correlação dos itens das subescalas NAQ-R (corrigida para sobreposição) (N=151).....	124
Tabela 26 - Padrão de correlação de Pearson entre as subescalas do NAQ-R.....	126
Tabela 27 - Composição final dos itens das subescalas do NAQ-R.....	127
Tabela 28 - Correlação de Pearson entre subescalas do NAQ-R, subescalas do SF36, qualidade de vida global e stresse	128
Tabela 29 - Programa psicopedagógico	130
Tabela 30 - Média das componentes física e mental e média, desvio padrão e amplitude das subescalas do SF36, na primeira avaliação.....	137
Tabela 31 - Matriz de correlação de Pearson entre as subescalas do SF36 e escala total, na primeira avaliação.....	138
Tabela 32 - Matriz de correlação de Pearson entre idade, tempo de serviço (profissão, Instituição e serviço atual), satisfação (curso, colegas de curso, professores e escola), subescalas do SF36 e escala total, na primeira avaliação.....	139
Tabela 33 - Comparação de médias das subescalas do SF36 de acordo com o sexo, na primeira avaliação.....	140
Tabela 34 - Comparação de médias das subescalas do SF36 de acordo com o estado civil, a presença de filhos e a categoria profissional, na primeira avaliação.....	141
Tabela 35 - Comparação de médias das subescalas do SF36 de acordo com o vínculo e a função de chefia, na primeira avaliação.....	142
Tabela 36 - Comparação entre as médias das subescalas do SF36 de acordo com o estatuto de trabalhador estudante e a satisfação com o serviço, na primeira avaliação.....	142
Tabela 37 - Distribuição dos valores Máximo (<u>Mx</u>) e Mínimo (<u>Mn</u>), Média (<u>M</u>) e Desvio Padrão (<u>DP</u>) das subescalas do IRRP, na primeira avaliação	144
Tabela 38 - Correlação entre as subescalas do IRRP, na primeira avaliação	146

Tabela 39 - Matriz de correlação entre variáveis idade, tempo de serviço (profissão, Instituição e serviço atual), satisfação (curso, colegas de curso, professores e escola), saúde em geral, qualidade de vida global e nível de stresse e as subescalas do IRRP, na primeira avaliação.....	148
Tabela 40 - Comparação de médias das subescalas do IRRP de acordo com o sexo e o estado civil, na primeira avaliação.....	149
Tabela 41 - Comparação entre as médias das subescalas do IRRP de acordo com a presença de filhos, categoria profissional e vínculo, na primeira avaliação.....	151
Tabela 42 - Comparação entre as médias das subescalas do IRRP de acordo com a função de chefia, satisfação com o serviço e o estatuto de trabalhador estudante, na primeira avaliação.....	152
Tabela 43 - Frequências das subescalas do NAQ-R, na primeira avaliação.....	153
Tabela 44 - Frequência dos atos negativos no local de trabalho, com a aplicação do primeiro critério, na primeira avaliação	154
Tabela 45 - Frequência dos atos negativos no local de trabalho, com a aplicação do terceiro critério, na primeira avaliação	155
Tabela 46 - Distribuição da prevalência do <i>bullying</i> segundos os três critérios, na primeira avaliação.....	155
Tabela 47 - Correlação entre idade, tempo de serviço (profissão, Instituição e serviço atual), satisfação (curso, colegas de curso, professores e escola), saúde em geral, qualidade de vida global, nível de stresse, subescalas do NAQ-R e escala total, na primeira avaliação.....	156
Tabela 48 - Comparação entre as médias das subescalas do NAQ-R de acordo com o sexo, a presença de filhos e o estado civil, na primeira avaliação.....	157
Tabela 49 - Comparação entre as médias das subescalas do NAQ-R de acordo com categoria profissional, vínculo, satisfação com o serviço, vínculo e chefia, na primeira avaliação.....	158
Tabela 50 - Comparação entre as médias das subescalas do NAQ-R de acordo com o estatuto de trabalhador estudante, na primeira avaliação.....	159
Tabela 51 - Matriz de Correlação entre o SF36, IRRP (recursos de <i>coping</i> , repostas de stresse e índices críticos) e NAQ-R, na primeira avaliação.....	160
Tabela 52 - Matriz de correlação entre as subescalas SF36, IRRP e NAQ-R, na primeira avaliação.....	161

Tabela 53 - Resultados da regressão linear múltipla entre as subescalas e escala de qualidade de vida (SF36) e as subescalas do IRRP, NAQ-R e as variáveis psicossociais, na primeira avaliação.....	163
Tabela 54 - Número de participantes, média e desvio padrão da Componente Física e Mental e das subescalas do SF36, na segunda avaliação.....	165
Tabela 55 - Matriz de correlação de Pearson entre as subescalas do SF36 e a escala total, na segunda avaliação.....	166
Tabela 56 - Matriz de correlação entre a percepção de saúde em geral, qualidade de vida global, nível de stresse, subescalas SF36 e escala total, na segunda avaliação.....	166
Tabela 57 - Distribuição dos valores Máximo (<u>Mx</u>) e Mínimo (<u>Mn</u>), Média (<u>M</u>) e Desvio Padrão (<u>DP</u>) das subescalas do IRRP, na segunda avaliação.....	167
Tabela 58 - Relações entre os recursos de <i>coping</i> , as respostas de stresse e os índices críticos nos enfermeiros, na segunda avaliação.....	169
Tabela 59 - Matriz de correlação de Pearson entre percepção de saúde em geral, qualidade de vida global, nível de stresse e as subescalas do IRRP, na segunda avaliação.....	171
Tabela 60 - Frequências das subescalas do NAQR, na segunda avaliação.....	172
Tabela 61 - Frequência dos atos negativos no local de trabalho, com a aplicação do primeiro critério, na segunda avaliação	172
Tabela 62 - Frequência dos atos negativos no local de trabalho, com a aplicação do terceiro critério, na segunda avaliação.....	173
Tabela 63 - Distribuição da prevalência do <i>bullying</i> segundos os três critérios, na segunda avaliação.....	174
Tabela 64 - Matriz de correlação de Pearson entre a percepção de saúde em geral, qualidade de vida global, nível de stresse, subescalas do NAQ-R e escala total, na segunda avaliação	174
Tabela 65 - Matriz de correlação de Pearson entre o SF36, IRRP (recursos de <i>coping</i> , respostas de stresse e índices críticos) e NAQ-R, na segunda avaliação.....	175
Tabela 66 - Resultados da regressão linear múltipla entre as subescalas e escala de qualidade de vida (SF36), as subescalas do IRRP, do NAQ-R e a percepção de saúde em geral, qualidade de vida global, nível de stresse, na segunda avaliação.....	176
Tabela 67 - Distribuição dos valores de <u>M</u> , <u>DP</u> , <u>Mn</u> e <u>Mx</u> da monitorização do pulso e grau de relaxamento na segunda e terceira sessão do programa psicopedagógico.....	179

Tabela 68 - Comparação entre as médias do pulso e grau de relaxamento global e por grupo musculares na segunda e terceira sessão.....	181
Tabela 69 - Comparação entre as médias das subescalas SF36 no primeiro e segundo momento de avaliação.....	183
Tabela 70 - Comparação entre as médias das subescalas do IRRP no primeiro e segundo momento de avaliação.....	185
Tabela 71 - Comparação entre as médias das subescalas do NAQ-R no primeiro e segundo momento de avaliação.....	186
Tabela 72 - Modelo preditivo na qualidade de vida dos enfermeiros.....	187
Tabela 73 - Resultados de estudos de qualidade de vida com a aplicação do SF36.....	192
Tabela 74 - Prevalência de comportamentos de <i>bullying</i>	205

Introdução

A qualidade de vida interpretada como um conceito dinâmico que se modifica com o decorrer do tempo, com experiências e acontecimentos vivenciados, assume particular relevo na realização do Homem.

O trabalho é identificado como o maior determinante de qualidade de vida (Haddad, 2000). Assim, a qualidade do ambiente de trabalho determina, inevitavelmente, a qualidade de vida. No que respeita aos profissionais da enfermagem e de acordo com o modelo de Ellis e Pompili (2002), a qualidade de vida encontra-se condicionada pela organização no trabalho e a gestão dos trabalhadores, por fatores individuais (traço de personalidade e desenvolvimento da carreira), fatores não trabalho (situação financeira e familiar) e fatores tampão (*coping* e suporte social) responsáveis por reações agudas a nível psicológico, físico e comportamental dos enfermeiros, com impacto na organização e no trabalhador (doença).

Com efeito, a enfermagem é identificada como uma profissão sujeita a elevados níveis de stresse (Chang, Kicis & Sangha, 2007; Dias, Queirós & Carlotto, 2010; Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009; Malawa, Andre, Ndebele & Chilemba, 2012; Ramos, Santos, Pan, Tan & Leong, 2012; Tuveesson, Eklund & Wann-Hansson, 2012). Ambiente e horário de trabalho, sobrecarga física e emocional, recursos humanos, vínculo institucional e remuneração, sofrimento e morte, relacionamento interpessoal e interação trabalho-família entre outros são, atualmente, exemplos de agentes indutores de stresse no trabalho nos enfermeiros.

O stresse laboral tem sido apoiado por modelos que têm evoluído ao longo dos tempos. Ramos (2001) refere-se ao stresse laboral como:

Um tipo particular de relação entre a pessoa e o(s) seu(s) meio(s), marcada pela perceção de exigências que cobrem ou excedem os seus recursos de *coping* e que pode perigar o seu bem-estar. Esta discrepância - entre o que a pessoa sente e o que lhe é pedido e o que julga que pode dar - é sinalizada pelo organismo, em toda a sua globalidade e totalidade, isto é, aos níveis fisiológico (imunológico, neuronal, hormonal), psicológico (emocional, cognitivo, comportamental) e social (família, trabalho, comunidade) (p. 57).

As consequências do stresse ocupacional encontram-se documentadas em vários estudos com repercussões a curto e longo prazo na qualidade de vida dos trabalhadores e empresas (Milczarek, Schneider & González, 2009).

Atualmente, um agente indutor de stresse identificado em vários estudos (Bentley, Catley, Cooper, Gardener, O'Driscoll & Trenberth, 2009; Di Martino, 2008; Hauge, Skogstad & Einarsen, 2010; Hogh, Mikkelsen & Hansen, 2011; Joa & Morken, 2012; Lastinguer & Grau, 2012, Leymann, 1996; Piñuel y Zabala, 2001a) é a violência psicológica no local de trabalho. Optámos no nosso estudo pela designação *violência psicológica* e a decisão por esta terminologia fundamenta-se na pesquisa bibliográfica realizada. Contudo, dada a multiplicidade de termos existentes para a descrição do fenómeno, quando utilizarmos os termos mencionados por outros autores (*bullying*, *mobbing*, *acoso moral*, *harcèlement moral*, assédio moral, etc) estar-nos-emos a referir ao mesmo fenómeno.

Bullying at work means harassing, offending, or socially excluding someone or negatively affecting someone's work. In order for the label *bullying* (or *mobbing*) to be applied to a particular activity, interaction, or process, the *bullying* behavior has to occur repeatedly and regularly (e.g. weekly) and over a period of time (e.g. about six months). *Bullying* is a escalating process in the course of which the person confronted ends up in a inferior position and becomes the target of systematic negative social acts. A conflict cannot be called *bullying* in the incident is an isolated event or if two parties of approximately equal strength are in conflict (Einarsen, Hoel, Zapf & Cooper, 2011, p. 22).

Para Einarsen et al. (2011) o *bullying* é um processo evolutivo gradual. Existem diferentes tipos de violência psicológica, as quais variam consoante a proveniência do agressor. Zaft, Escartín, Einarsen, Hoel e Vartia (2011) mencionam que as situações de *bullying* ocorrem com maior prevalência de superiores para subordinados. Em 2005, para o International Council of Nurses (ICN), o International Labour Organization (ILO), o Public Services International (PSI) e o World Health Organization (WHO) os custos da violência repercutem-se a três níveis: sociedade, organizações e trabalhador.

Cerca de 5% dos trabalhadores da União Europeia dos 25 (2005) identificam-se como vítimas de violência psicológica no local de trabalho (Parent-Thirion, Macías, Hurley & Vermeylen 2007). As estatísticas evidenciam a prevalência do mesmo fenómeno

no setor da saúde (Di Martino, 2008; Zaft et al., 2011). Os enfermeiros representam uma população de risco, sendo alvo de estudos recentes como os de Abe & Henly (2008), Araújo & Sofield (2011), Berry, Gillespie, Gates & Schafer (2012), Hogh, Clausen & Borg (2012) e Palaz (2012).

Segundo vários estudos, a prevenção do stresse laboral e da violência psicológica no trabalho deve assentar em intervenções pró-ativas, direcionadas para a eliminação das causas e avaliações das mesmas (ICN, ILO, PSI & WHO, 2005).

Nestas circunstâncias, é pertinente a realização de estudos que levem à criação e implementação de programas de intervenção na gestão deste tipo de stresse.

Assim, o estudo que nos propusemos realizar, inserido no II Doutoramento em Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, terá por finalidade contribuir para a melhoria da qualidade de vida no trabalho e, por inerência, melhorar os cuidados em saúde prestados pelos enfermeiros, proporcionando-lhes alguns recursos que lhes permitam desenvolver capacidades para gerirem melhor o stresse relacionado com o seu trabalho.

A justificação da problemática a estudar relaciona-se com a nossa experiência profissional no contexto hospitalar, mais especificamente, na área da gestão. No desempenho desta função constituiu nossa inquietação que saúde e qualidade de vida têm os profissionais de enfermagem?

Com a sua realização pretendemos concretizar os seguintes objetivos:

- Descrever a qualidade de vida, os recursos de *coping*, as respostas de stresse, os índices críticos e a violência psicológica relacionada com o trabalho dos enfermeiros;
- Identificar a relação entre fatores psicossociais e a qualidade de vida, os recursos de *coping*, as respostas de stresse, os índices críticos e violência psicológica no trabalho dos enfermeiros;
- Analisar a relação entre qualidade de vida, stresse e violência psicológica nos enfermeiros;

- Analisar a eficácia de um programa de gestão de stresse na qualidade de vida nos enfermeiros.

Desenvolveremos dois tipos de estudo integrados no paradigma de investigação quantitativa: um do tipo prospetivo e longitudinal, pois será efetuada uma abordagem intrassujeitos em dois momentos distintos (mediados por um intervalo de tempo de seis meses) e dois estudos transversais, uma vez que se pretende analisar os resultados obtidos num dado momento nas medidas utilizadas (plano de análise intersujeitos).

Organizaremos este documento em quatro partes. Na primeira parte, apresentaremos uma revisão teórica. Abordaremos a qualidade de vida, a qualidade de vida relacionada com o trabalho, a qualidade de vida relacionada com o trabalho em enfermagem e medidas de avaliação de qualidade de vida. Seguiremos com uma abordagem ao stresse, modelos de stresse no trabalho, stresse e *coping*, consequências do stresse, instrumentos de avaliação do stresse e stresse em enfermagem. Apresentaremos ainda uma revisão sobre a violência psicológica nos enfermeiros, nomeadamente, fatores associados à violência psicológica, características do agressor e vítima, consequências e instrumentos de avaliação. Finalizaremos este enquadramento, com uma revisão sobre intervenção no stresse e violência psicológica nos enfermeiros.

Na segunda parte, relativa à investigação empírica desenvolvida, faremos referência às questões de investigação e objetivos, nomeadamente, tipo de estudo, variáveis, participantes, material, procedimento, tratamento de dados e considerações éticas.

Na terceira parte, descreveremos os resultados obtidos na primeira e segunda avaliação, na implementação do programa de intervenção e na comparação de resultados entre a primeira e segunda avaliação.

Na quarta parte, efetuaremos a discussão dos resultados.

Por último, apresentaremos as limitações do estudo, considerações finais e sugestões e bibliografia.

I^a Parte
Revisão da Literatura

Capítulo I - Qualidade de vida relacionada com o trabalho

No presente capítulo descreveremos os resultados da revisão bibliográfica sobre a qualidade de vida, a qualidade de vida relacionada com o trabalho e de modo mais específico a qualidade de vida relacionada com o trabalho em enfermagem. Analisaremos alguns dos determinantes da qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros. Finalmente apresentaremos considerações sobre a avaliação em qualidade de vida.

1.1 - Qualidade de vida

Ribeiro (2005a) realça a importância da saúde como fator decisivo para o desenvolvimento humano, ao longo de todo o seu ciclo de vida.

O conceito de saúde cruza-se com o de qualidade de vida (Santos, Martins & Ferreira, 2009). O conceito de qualidade de vida emerge pela primeira vez, na literatura médica, na década de 40 (Seidl & Zannon, 2004). Fleck et al. (1999) referem que o termo tem a sua origem no contexto político, nomeadamente com o discurso de Lyndon Johnson (Presidente Americano), em 1964.

O interesse em diferentes conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. Após integrar a base de Medline em 1977, sobretudo na década de 80 a sua utilização popularizou-se (Santos, 2006a).

Farquhar (1995), numa revisão da literatura, até à década de 90, sobre qualidade de vida, propôs uma taxonomia, tendo presente as definições existentes. Assim, define quatro tipos distintos: *definições globais*, *definições baseadas em componentes*, *definições com focos* e *combinação de definições*. Relativamente ao tipo de *definições globais*, tal como o

nome sugere, referem-se a definições genéricas que pouco indicam sobre o conceito de qualidade de vida; as *definições baseadas em componentes* apresentam a operacionalização do conceito global de qualidade de vida, em diferentes dimensões fundamentais para a operacionalização do conceito; as *definições centradas num foco* valorizam determinados componentes, sendo os mais frequentes os associados à saúde ou a habilidades funcionais. Por último, o tipo *combinação de definições* integra definições globais e definições baseadas em componentes que constituem o construto de qualidade de vida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (World Health Organization Quality of Life Group [WHOQOL], 1994, p. 28). Fazendo referência a Bullinger e colaboradores, o WHOQOL Group (1998) refere que o termo qualidade de vida é mais abrangente e compreende uma diversidade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo.

Ainda que o conceito de qualidade de vida não se apresente de fácil definição e não exista um consenso quanto ao seu real significado (Odgen, 2004), constata-se uma efetiva concordância, entre diferentes investigadores, relativamente a alguns indicadores que a integram, como a subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade (Lino, 2004; Seidl & Zannon 2004). É ainda interpretada como um conceito dinâmico, que se modifica com o decorrer do tempo, com as experiências e os acontecimentos vivenciados (Santos, 2006a).

Na bibliografia termos como saúde, qualidade de vida e estado funcional são utilizados como sinónimos (Santos et al., 2009). Para Ribeiro (2005b) a qualidade de vida está diretamente relacionada com outros domínios que não a saúde, como a família e as condições económicas. Ainda, para este autor, as definições de qualidade de vida “são suscetíveis de se confundir com outros conceitos como sejam a Saúde, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (ou que está dependente de determinada doença), o Bem-estar, a Satisfação ou a Felicidade” (2005a, p. 60).

A qualidade de vida relacionada com a saúde apresenta-se como um conceito inerente aos cuidados de saúde, podendo assumir dois sentidos distintos: um geral para os cuidados de saúde e um específico associado a cada uma das doenças (Ribeiro, 2005b). Carvalho (2006, p. 130) define qualidade de vida relacionada com a saúde como “o valor

atribuído à vida que se altera por deficiência, estado funcional, percepção e oportunidades sociais em consequência de uma doença, acidente ou tratamentos”.

O termo qualidade de vida também é utilizado em outros contextos de vida da pessoa, como o do trabalho.

1.2 - Qualidade de vida relacionada com o trabalho

É reconhecido que a atividade profissional assume um papel decisivo no ciclo de vida do homem. O trabalho cuja palavra deriva do latim *tripaliare* significa torturar (Lino, 2004, p. 42) foi interpretado negativamente até ao período da Renascença. É após, este período que emerge uma conceção positiva do trabalho com Pico Della Mirandola, Leonardo da Vinci, entre outros. Mas é com Hegel e Marx que são apresentadas as grandes doutrinas acerca do trabalho (Cabral, 2000).

Segundo o mesmo autor o trabalho apresenta duas perspetivas distintas: como atividade humana e como atividade útil.

Enquanto atividade humana, o homem sente necessidade de trabalhar para a sua subsistência e o seu desenvolvimento como “fator de realização na medida em que as atividades em que ele consiste corresponderem à verdade do homem, às suas reais virtudes e necessidades: caso contrário, tornar-se-á desumanizante, destruidor do homem, alienante” (p. 142) e como uma atividade útil dada a “finalidade utilitária do trabalho, característica e distintiva do mesmo, coloca-o no domínio dos meios; cuja razão de ser e norma vem dos fins pretendidos” (Cabral, 2000, p. 144).

Para Mendes e Cruz (2004) o trabalho tanto pode ser identificado como uma fonte de prazer, como de desprazer. No primeiro caso depende das condições em que se realiza, da atitude perante a tarefa, da compatibilidade entre a capacidade do trabalhador e das exigências que lhe são efetuadas. Como fonte de desprazer quando se identifica como uma atividade limitada por fatores externos e que exija ao trabalhador energia para o seu desempenho superior às suas capacidades.

A relação entre condições físicas do local de trabalho e produtividade emergiram no início do século XIX, com os trabalhos científicos de Taylor.

Frederick Taylor (1856-1915) desenvolveu a Teoria da Administração Científica. Nesta teoria apresenta um estudo sobre os tempos e movimentos que os trabalhadores disponibilizavam para a execução das suas atividades (Chiavenato, 1993; Sebastião, 1998). Para este engenheiro, as condições de trabalho assumiram um papel fundamental no aumento da eficiência do trabalhador. Variáveis como o conforto, a luminosidade e o ambiente físico contribuem para a produtividade no trabalho (Frederico & Leitão, 1999).

Elton Mayo (1880-1949) utilizou uma abordagem comportamentalista nos seus trabalhos. Os Estudos de Hawthorne proporcionaram uma nova visão do comportamento humano no trabalho. Para Mayo a produtividade não dependia apenas de recompensas monetárias que poderiam ser atribuídas ao trabalhador mas também da atenção que era prestada durante o seu desempenho pelos seus superiores hierárquicos. Emerge o conceito de *Homem Social* fundamentado pela necessidade da valorização de relações humanas (Frederico & Leitão, 1999). Ainda valorizando a motivação humana emergiram novas teorias como as de Maslow, Herzberg e McGregor (Chiavenato, 1983).

Estas teorias contribuíram para a realização e motivação profissional do trabalhador, qualidade das organizações e para a saúde no trabalho. Saúde no trabalho, segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT)/OMS (1950, cit. por Graça, 2000) tem como finalidade desenvolver e manter o mais alto nível de bem estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as atividades profissionais, atendendo à prevenção das doenças pelas condições de trabalho, proteger os trabalhadores dos riscos para a saúde e manter o trabalhador num local de trabalho adequado às suas aptidões fisiológicas e psicológicas.

No século XX o trabalho constituiu um direito fundamental para o Homem. Direito porque representa o seu poder económico e social. É, no final deste século, que o trabalho se transforma de fonte de desenvolvimento pessoal, equilíbrio, saúde e qualidade de vida para um fator de mal-estar, insatisfação, doença e alterações da vida pessoal, familiar e social (Ramos, 2001). Segundo este mesmo autor, Handy, filósofo irlandês, conhecido como o filósofo da gestão, anunciou em comparação com a década de oitenta que no futuro as empresas reduziriam o número de trabalhadores para metade, efetuando o triplo do trabalho e recebendo o dobro do salário. Atualmente, constatamos que estes factos são já uma realidade em algumas das nossas organizações.

Deseja-se que a dimensão do trabalho no ciclo de vida do ser humano seja um contributo para a sua realização pessoal, profissional e qualidade de vida. Para Ramos (2001, p. 45) o “trabalho deve ir ao encontro da essência do Homem para verdadeiramente o poder realizar”. Contudo, tal como referem Mendes e Cruz (2004) e Ramos (2001) existem situações de sofrimento associadas ao trabalho.

Trabalho e qualidade de vida encontram-se assim, diretamente relacionados. No trabalho a qualidade de vida é fundamental quer para o trabalhador, quer para a organização.

Na década de setenta, do século XX assistiu-se a uma redução do investimento na área da qualidade de vida relacionada com o trabalho, sendo os ciclos de estudo da qualidade apresentados pelo Japão, que impulsionaram novos investimentos na investigação (Kurogi, 2008). Atualmente, qualidade de vida relacionada com o trabalho encontra-se com bom nível de desenvolvimento nos Estados Unidos da América, Canadá, França e Suécia (Shmidt & Dantas, 2006).

Para Werle et al. (2010) qualidade de vida no trabalho define-se como:

O conjunto das ações de uma empresa que envolve a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho. A construção da qualidade de vida no trabalho ocorre a partir do momento em que se olha a empresa e as pessoas como um todo, o que chamamos de enfoque biopsicossocial. O posicionamento biopsicossocial representa o fator diferencial para a realização de diagnóstico, campanhas, criação de serviços e implantação de projetos voltados para a preservação e desenvolvimento das pessoas, durante o trabalho na empresa (p. 374).

O trabalhador, através das suas competências, pretende a nível individual a sua satisfação e realização pessoal e profissional, mas também, ao nível das organizações contribuir para o seu sucesso. Ao analisarmos as situações relacionadas com o trabalho reconhecemos, que as dimensões do trabalhador e organização interagem continuamente.

O trabalho agrupa todas as componentes de bem-estar do trabalhador (físico, psicológico, emocional e social) e prolonga-se para além do local de trabalho, interferindo na sua qualidade de vida global. A saúde do trabalhador é de igual modo, influenciada pela globalização e pelo aparecimento de novas tecnologias. Porém, a preocupação com a saúde no local de trabalho não é recente, os primeiros esforços para promover a saúde no local de

trabalho surgiram em 1950. Como nos é possível observar na Figura 1, a evolução no âmbito da promoção da saúde e da saúde ocupacional desenvolveram-se em percursos distintos. Recentemente, os percursos convergiram e as ligações entre a OMS e a ILO tornaram-se mais fortes.

Health Promotion		Occupational Health
	1950	Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health
Declaration of Alma Ata	1978	
	1981	ILO Convention C 155 OH&S
	1985	ILO Convention C 161 OH Services
Ottawa Charter	1986	
	1994	Global Declaration of Occupational for all
	1996	Global Strategy on Occupational Health for all
Jakarta Declaration on Health	1997	Luxembourg Declaration on Workplace
World Health Assembly Resolution 51.12	1998	Cardiff Memorandum on WHP in Small and Medium-Sized Enterprises
	2002	Barcelona Declaration on Developing Good Workplace Health Practice in Europe
	2003	Global Strategy on Occupational Safety and Health
Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World	2005	
	2006	Stresa Declaration on Workers Health ILO Convention 187
	2007	Global Plan of Action on Workers Health

Figura 1. Cronologia da evolução global da saúde no local de trabalho (Burton, 2010, p.14)

O desenvolvimento das sociedades tem sido acompanhado de múltiplos fatores que interferem na qualidade de vida no trabalho. Entre outros: a idade, o ambiente físico e psicossocial, os recursos de saúde, a participação da organização na comunidade e as novas tecnologias (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho [AESST], 2009a; WHO, 2010). Para Walton (1973) existem oito critérios para que o trabalhador alcance

qualidade de vida no trabalho, nomeadamente: compensação adequada e justa, condições de trabalho, uso e desenvolvimento de capacidades, oportunidade de crescimento e segurança, integração social na organização, constitucionalismo, trabalho e espaço total da vida e a relevância social da vida no trabalho. Em síntese podemos agrupar os diferentes fatores em três grandes grupos: os fatores ligados ao trabalhador, às características do trabalho e à organização.

Reconhecida a importância das condições de trabalho, para a OMS (2010) um local de trabalho saudável é aquele em que trabalhadores e gestores cooperam na implementação de um processo de melhoria contínua, tal como constatamos pela definição apresentada por esta organização:

Is one in which workers and managers collaborate to use a continual improvement process to protect and promote the health, safety and well-being of workers and the sustainability of the workplace by considering the following, based on identified needs: health and safety concerns in the physical work environment; health, safety and well-being concerns in the psychosocial work environment including organization of work and workplace culture; personal health resources in the workplace; ways of participating in the community to improve the health of workers, their families and other members of the community (p.6).

Um local de trabalho saudável é atualmente, condicionado por novos desafios e novos riscos emergentes, os quais exigem abordagens técnicas, administrativas e políticas que proporcionem elevados níveis de segurança e saúde no trabalho (AESST, 2010). A OMS apresenta-nos o modelo de ambientes de trabalho saudáveis que se encontra representado na Figura 2 (pág. seguinte).

Este modelo apresenta como fatores essenciais a atenção especial ao processo contínuo e gradual de mobilização e participação dos trabalhadores, em torno de princípios éticos e de valores.

O ambiente físico e psicossocial do trabalho, os recursos individuais de saúde e a participação da empresa constituem áreas distintas mas, que por vezes se sobrepõem influenciando o ambiente de trabalho.

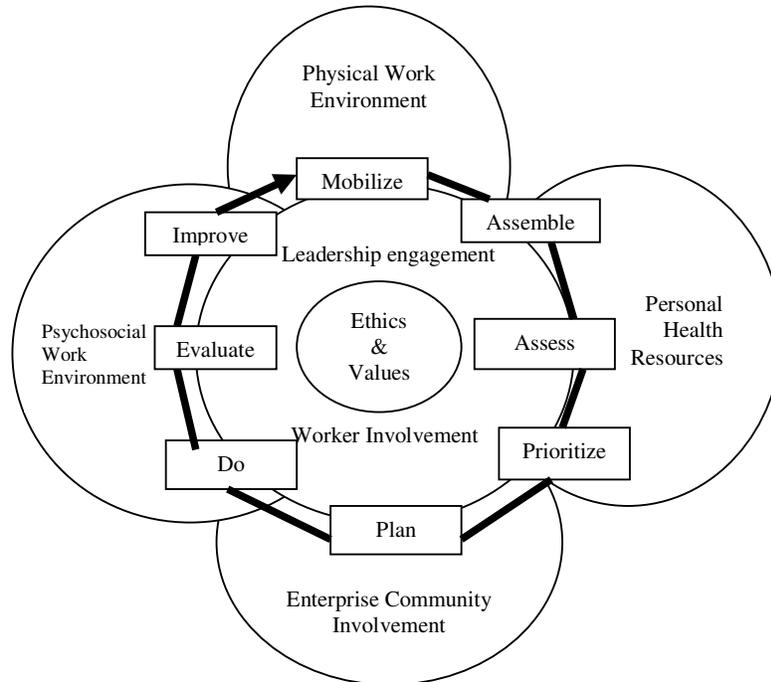


Figura 2. Modelo da OMS de ambientes de trabalho saudáveis: vias de influência, procedimentos e princípios básicos (Burton, 2010, p.75)

O ambiente físico contempla a estrutura, ar, máquinas, mobiliário, produtos químicos, materiais e processos de produção no trabalho. Relativamente, ao ambiente psicossocial do trabalho estão incluídos aspetos como a organização do trabalho e a cultura institucional, as atitudes, os valores, as crenças e as práticas. Os recursos individuais de saúde no trabalho consideram os serviços de saúde, a informação, os recursos, as oportunidades e a flexibilidade proporcionada pela empresa aos trabalhadores com o objetivo de apoiar e motivar os esforços para melhorar ou manter as suas práticas individuais de estilos de vida saudáveis, bem como, apoiar o nível de saúde física e mental dos trabalhadores. A participação da empresa na comunidade pode repercutir-se na qualidade de vida dos trabalhadores, das suas famílias e da saúde ambiental (WHO, 2010).

Abordando cada via de influência especificamente, apresentamos os fatores de risco que se encontram associados às mesmas:

Tabela 1

Riscos associados às vias de influência no local de trabalho

Ambiente Físico	Fatores químicos	Solventes, pesticidas, sílica, fumo de tabaco.
	Fatores físicos	Ruídos, radiações, vibrações, calor excessivo.
	Fatores biológicos	Hepatite B, malária, vírus da imunodeficiência humana (HIV), tuberculose, falta de água potável e de instalações de higiene.
	Fatores ergonômicos	Trabalho em posturas inadequadas, tarefas repetidas, exercer força excessiva.
	Fatores mecânicos	Riscos associados a máquinas, guas, veículos elevadores.
	Fatores associados à energia	Riscos dos sistemas elétricos.
	Fatores associados à condução de veículos	Conduzir em condições climáticas adversas, veículos com deficits de manutenção ou desconhecidos para a condução.
Ambiente Psicossocial	Deficiências da organização do trabalho	Exigências do trabalho, pressão do tempo, flexibilidade das decisões, prêmios e reconhecimento, apoio dos supervisores, clarificação na definição de tarefas, desenho das tarefas e deficits de comunicação.
	Cultura institucional	Falta de normas e procedimentos relacionados com a dignidade do trabalhador, assédio e intimidação, intolerância para com a adversidade, ausência de apoio aos estilos de vida saudáveis, discriminação para com o portador de HIV.
	Estilo de gestão e controle	Falta de consultas, negociações, comunicação recíproca ou feedback construtivo
	Medo da perda do posto de trabalho	Associado a diversos fatores como fusões, evolução do mercado laboral, etc.
	Falta de apoio para o equilíbrio entre a vida laboral e privada	
Recursos individuais de saúde no trabalho	Condições existentes no local de trabalho ou a falta de conhecimento, pode dificultar a adoção de estilos de vida saudáveis ou de permanecer saudável	<p>Sobrecarga do horário de trabalho, ausência de instalações para a prática da atividade física, falta de flexibilidade do horário de trabalho.</p> <p>Alimentação desadequada por dificuldade de acesso a refeições saudáveis, meio de conservação dos alimentos, de pausas para se alimentarem ou ausência de conhecimento.</p> <p>Permissão de uso de tabaco no local de trabalho.</p> <p>Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde primários.</p>

Fonte: Traduzido e adaptado de Burton (2010a, pp. 9-13)

Como podemos observar na Tabela 1 os riscos associados às vias de influência no local de trabalho agrupam-se em três grandes áreas: o ambiente físico, o psicossocial e os recursos individuais de saúde no trabalho, a que se associam diferentes fatores.

1.3 - Qualidade de vida relacionada com o trabalho em enfermagem

A investigação sobre a qualidade de vida tem evidenciado um crescente investimento nos últimos anos. Porém, a qualidade de vida relacionada com o trabalho, nomeadamente, dos profissionais de enfermagem não tem acompanhado o mesmo nível de investimento, tal facto prende-se com os estudos de qualidade de vida se direcionarem essencialmente, para participantes portadores de alguma patologia (Campos & David, 2007).

Assim, ao debruçarmo-nos sob a temática da qualidade de vida relacionada com o trabalho, no contexto profissional dos enfermeiros devemos integrar três dimensões que interagem permanentemente: o profissional, o trabalho e a organização.

Para o International Centre for Human Resources in Nursing (ICHRN, 2007a) os ambientes favoráveis à prática do trabalho de enfermagem desenvolvem esforços para garantir a saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores, melhorar a motivação, produtividade e desempenho destes e organizações.

Ellis e Pompili (2002) desenvolveram e adaptaram de Hurrell e Murphy (1992) e Oldenburg et al. (1994) um modelo de qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros que passamos a descrever na Figura 3 (pág. seguinte).

Tal, como podemos constatar, o modelo de Ellis e Pompili de qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros permite-nos identificar diferentes dimensões responsáveis pela qualidade de vida no trabalho: fatores de qualidade de vida no trabalho (associados à organização do trabalho e gestão dos trabalhadores), fatores individuais (traços de personalidade e estágio de desenvolvimento da carreira), fatores não trabalho (situação financeira e familiar) e fatores tampão (*coping* e suporte social). Este conjunto de fatores pode conduzir ao aparecimento de reações agudas no trabalhador a nível psicológico, físico e comportamental, que por sua vez podem conduzir ao aparecimento de doenças (hipertensão, alcoolismo, patologia mental) com repercussão no impacto organizacional,

como o absentismo, o *turnover*¹, a diminuição da qualidade e produtividade, entre outros.

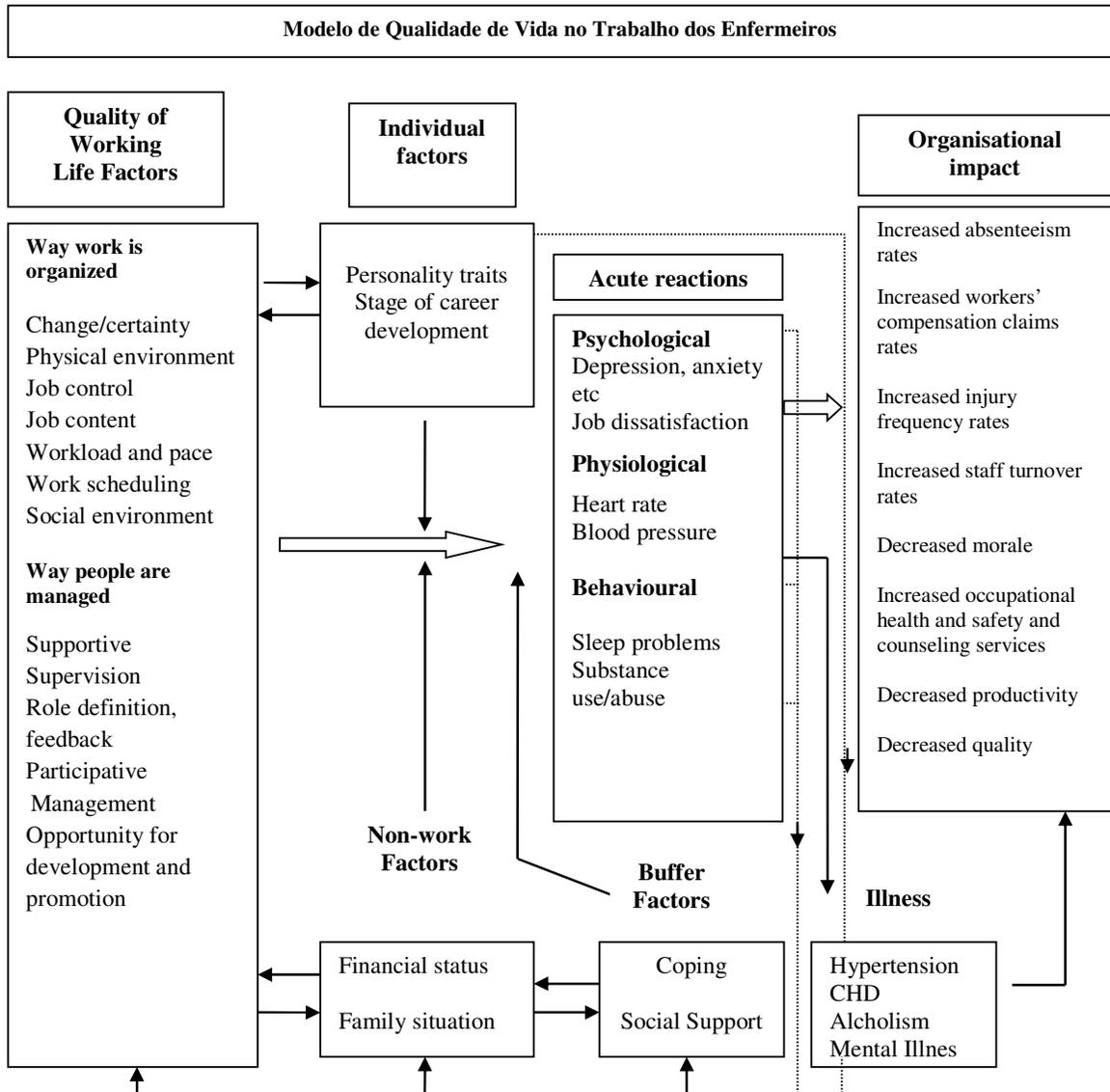


Figura 3. Modelo de Ellis e Pompili de qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros (Ellis & Pompili, 2002, p.3)

Para o ICHRN (2007a) as condições de trabalho dos enfermeiros causam um impacto negativo no recrutamento e permanência dos profissionais de saúde, assim como na produtividade destes.

Em síntese, a qualidade de vida relacionada com o trabalho dos enfermeiros

¹ *Turnover* - Entendido como a rotatividade dos profissionais na organização.

encontra-se condicionada por diferentes áreas de influência, de que são exemplos: o ambiente físico, o ambiente psicossocial e os recursos individuais de saúde (Burton, 2010).

1.3.1 - Determinantes da qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros

O trabalho dos enfermeiros encontra-se sujeito a inúmeros condicionantes de que são exemplos o ambiente de trabalho, horário de trabalho por turnos, sobrecarga física e emocional, recursos humanos, vínculo institucional, remuneração, o contacto com o sofrimento e a morte, o relacionamento interpessoal e a interação trabalho-família como descrevemos seguidamente.

1.3.1.1 - Ambiente de trabalho

Os locais de trabalho onde os enfermeiros exercem a sua atividade são muito diversificados e constituem verdadeiros desafios. Um ambiente de trabalho seguro contribui de modo significativo para a segurança dos utentes e promove resultados positivos (ICHRN, 2007a; ICN, 2006a).

Fornés (1994) referencia a escassez de material como fator que interfere na qualidade de vida dos enfermeiros. Para Júnior, Filho, Neto, Ferreira e Vieira (2007) o trabalho de enfermagem caracteriza-se pela exposição ao risco biológico (microrganismos), físico (radiações) e químico (substâncias tóxicas). Oliveira e Murofuse (2001) identificam na atividade de enfermagem a exposição a fatores de risco mecânico e ambiental, agravada pela escassez de recursos materiais que conduzem a condições de trabalho inseguras. O ICN (2006a) identifica a contaminação ambiental, o acesso inadequado aos equipamentos de proteção individual, as características ergonómicas inadequadas e a falta de formação no uso da tecnologia como responsáveis por um ambiente de trabalho inseguro para os enfermeiros.

Para Velez (2003) nos hospitais os serviços com ruído, má iluminação, má ventilação e maus cheiros identificam-se como fontes de stresse.

Os Cuidados de Saúde Primários são uma área de intervenção destes profissionais e os cuidados de saúde domiciliários assumem-se como uma realidade em desenvolvimento.

A visita domiciliária permite a constatação com condições habitacionais de extrema precariedade, assim como com situações de violência (Farias & Zeitone, 2007). Para o desempenho da visita domiciliária o transporte utilizado pelos enfermeiros portugueses é o do serviço (70,3%), de um total de 279 participantes que responderam a esta questão, contudo é ainda considerável a utilização de viatura própria. Relativamente ao material verificamos que em 1997, de 267 centros de saúde, 32% apresentavam falta frequente de material. Já a nível de 80 unidades de internamento dos centros de saúde, 44% tinham faltas frequentes de material (Carapinheiro & Lopes, 1997).

As condições das instalações são para os enfermeiros portugueses (N=2492), num estudo desenvolvido pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2004), pouco ou nada adequadas. No que se refere às características das instalações: espaço e climatização (71% e 68,8% consideram-nos pouco ou nada adequadas, respetivamente), a iluminação e equipamento são identificadas por 42% e 36,3% como muito má. Constata-se a falta de material em quantidade e qualidade, situação menos problemática no que se refere aos produtos farmacêuticos. Quando questionados sobre os equipamentos de comunicação e equipamento informático, 45,8% dos enfermeiros consideram que não responde, ou só responde em parte às necessidades.

Carapinheiro e Lopes (1997) no seu estudo com enfermeiros, em 411 serviços hospitalares, 75% reconhecem a existência de risco na sua atividade profissional. As principais situações de risco, para 461 enfermeiros são: as doenças infecciosas (51,6%), a transferência de doentes da maca para a cama (14,8%), a inalação de produtos citostáticos (13%), os doentes/familiares agressivos (8,9%), o excesso de trabalho/stresse (6,2%), o risco de pânico (2%), as cirurgias mutilantes e doentes terminais (2%) e a condução perigosa de viaturas na transferência inter-hospitais (1,5%).

Enfermeiros, no estudo de Mauro, Paz, Mauro, Pinheiro e Silva (2010) apontam a má distribuição do espaço físico, ordem e limpeza insuficientes, ventilação insuficiente/inadequada, iluminação insuficiente e exposição a ruído como fatores de risco no seu trabalho.

A falta de um local que proporcione privacidade no desempenho da atividade foi identificada como stressor nos estudos de Borges (2006) e Farias e Zeitone (2007).

1.3.1.2 - Horário de trabalho

O desajustamento no horário de trabalho, nomeadamente a existência de trabalho por turnos inerente à profissão de enfermagem, maioritariamente associada ao contexto hospitalar é responsável por alterações no estado de saúde dos enfermeiros, associados ao próprio ritmo biológico (Costa, 2009; Cruz, 2003; Santos, Franco, Batista, Santos & Duarte, 2008, Veiga, Cruz, Paiva, Teles & Ramos, 2007). A sobrecarga horária nestes profissionais é também referenciada por Barbosa e Soler (2003), McIntyre (1994) e Farias e Zeitone (2007).

Relativamente, ao estudo desenvolvido pela OE (2004), dos enfermeiros portugueses, 50% trabalha mais do que 40 horas semanais, 20,9% menciona ter pluriemprego, 63,5% têm horário rotativo, sendo que os enfermeiros com idade até aos 25 anos trabalham 35 horas semanais, verificando-se que o número de horas de trabalho, por grupo etário vai reduzindo entre os 55 ou mais anos.

1.3.1.3 - Sobrecarga de trabalho física e mental

A sobrecarga de trabalho associada quer ao trabalho em si, quer a situações de múltiplo emprego é responsável por alterações na qualidade de vida dos enfermeiros (Barboza & Soler, 2003; Franco, Barros, & Martins, 2005; Haddad, 2005; ICHRN, 2007a; Mauro et al., 2010; Schmidt & Dantas, 2005), nomeadamente, repercutindo-se em absentismo-doença (Júnior, Filho, Neto, Ferreira & Vieira, 2007) e na qualidade de vida no trabalho (Faria & Zeitone, 2007).

Para os enfermeiros portugueses (OE, 2004) a carga de trabalho sofreu um aumento nos últimos anos. Os enfermeiros com horário de trabalho superior às 35 horas semanais consideram possuir uma carga de trabalho pesada ou muito pesada (nomeadamente, os enfermeiros com horário acrescido) é também considerado com menor carga o trabalho desenvolvido nos centros de saúde e instituições privadas ou de gestão privada (OE, 2004). Num estudo desenvolvido por Carapinheiro e Lopes (1997) a nível dos centros de saúde, de 480 enfermeiros, 11% assumem acumular funções, salvaguardam ainda os autores de que este valor será inferior ao real. Dos 1768 enfermeiros a desempenharem funções em

hospitais, 25,5% assume a acumulação de funções, sendo que 92% dos enfermeiros que acumulam fazem-no em diferentes instituições de saúde. Para Button (2009); Palfi, Boncz, Oláh e Betlehem (2008) e Parikh, Taukari e Bhattachary (2004) a sobrecarga de trabalho é um problema real.

Atendendo à diversidade de atividades desempenhadas pelos enfermeiros, a carga física e emocional exigida a estes profissionais coloca em risco a sua saúde (Raffone & Hennington, 2005) de que são exemplo as doenças músculo-esqueléticas, elevados níveis de ansiedade que aumenta com a idade e o tempo de serviço (Fornés, Ponsell & Guasp, 2001), ansiedade e depressão, nomeadamente em enfermeiros com maior experiência profissional, com vínculo institucional e que percecionam a profissão como estável (Silva, Queirós & Rodrigues, 2009). Em 2002, 8,3% dos enfermeiros portugueses referem sofrer de uma doença profissional e 11,9% terem sido vítimas de um acidente de trabalho (OE, 2004). O contacto com o doente por vezes revestido de particularidades muito complexas, assim como as exigências das famílias são fatores emocionais reais nas nossas organizações (McIntyre, 1994).

1.3.1.4 - Recursos humanos

No contexto do trabalho nos Estados Unidos da América a escassez de recursos humanos foi um dos fatores que se desenvolveu nas décadas de 80 e 90 (Marziale, 2001). Para o ICN (2006a) este fator cria por vezes insegurança. Escribà, Más, Cárdenas, Burguete e Fernández (2000) e Fornés (1994) nos seus estudos com profissionais de enfermagem apresentam a escassez de profissionais como fator condicionador da resposta emocional dos mesmos, assim como López (1995) associa a falta de profissionais à baixa qualidade de assistência proporcionada. Stacciarini e Trócoli (2001) referem a “crise” existente nas equipas de enfermagem associada ao número reduzido de profissionais. Em 1997, em 267 centros de saúde, apenas em 11% existe número suficiente de enfermeiros. No mesmo estudo e caracterizando o número de enfermeiros a nível hospitalar, de 419 serviços, apenas 25% tem um número suficiente de enfermeiros (Carapinheiro & Lopes, 1997). Sveinsdóttir, Biering e Ramel (2006) num estudo com enfermeiros Islandeses referem que a insuficiência de enfermeiros dificulta a satisfação das necessidades dos doentes. Também, Farias e Zeitone (2007) e o ICHRN (2007a) focam a carência de

recursos humanos como uma realidade nos profissionais de enfermagem.

1.3.1.5 - Vínculo institucional e remuneração

As alterações ocorridas na carreira profissional e na organização das Instituições de Saúde em Portugal conduziu a uma transição do vínculo definitivo, para o aumento de contratos e de prestação de serviços, por conseguinte, a uma maior instabilidade profissional e insegurança no trabalho. Reis et al. (2003) identificam a relação entre o vínculo e o afastamento destes profissionais, mais precisamente a situações de absentismo laboral. Martins (2003) refere-se aos contratos de trabalho como fatores promotores de insegurança, assim como a sua associação a situações de sobrecarga de trabalho. Também, Loff (2003) menciona a incerteza relativa ao futuro, referindo-se a novas leis de bases da saúde e de gestão hospitalar e à carreira de enfermagem como elementos geradores de stresse e insatisfação profissional. Velez (2003) identifica a insegurança no vínculo como responsável por situações de stresse, o desemprego é referenciado por Stacciarini e Trócoli (2001) como agravante das condições de trabalho dos enfermeiros.

A remuneração destes profissionais mencionada em diferentes estudos (ICHRN, 2007a; ICN, 2006a; Marziale, 2001; Velez, 2003) é na atualidade um fator que conduz a que muitos dos profissionais recorram ao aumento do número de horas de trabalho, ao recurso a horas extraordinárias e ao múltiplo emprego. Parikh et al. (2004) e Palfi et al. (2008) mencionam nos seus estudos a baixa remuneração destes profissionais. Para Mauro et al. (2010) os contratos temporários existentes, mesmo em instituições públicas reflete uma precariedade do vínculo de trabalho, associada a baixa remuneração, consequente duplicação de emprego e sobrecarga de trabalho.

1.3.1.6 - Sofrimento e morte

O contacto com o sofrimento e a morte é em muitos locais do trabalho de enfermagem uma realidade (Secco, Robazzi & Souza, 2009), sendo um fator de elevado desgaste (Martino & Misko, 2004) e a necessidades de constante adaptação (Velez, 2003). Escribà et al. (2000) reconheceram a morte e o sofrimento do doente como um dos stressores mais identificados pelos enfermeiros a desempenharem a sua atividade em

contexto hospitalar. Sveinsdóttir et al. (2006) também referem o contacto com o sofrimento e a morte na prática dos enfermeiros. Para Martins e Bastos (2009) o contacto com o sofrimento do doente em fase final de vida é uma experiência dramática e multidimensional caracterizada por dor, medo, ansiedade, angústia e desespero. Borges (2006) no seu estudo com enfermeiros em Pediatria, identifica a reestruturação física dos serviços como uma medida de suporte para a gestão das emoções do sofrimento dos enfermeiros resultante da percepção que têm sobre o sofrimento da criança, ou seja estes profissionais mencionam a necessidade de um espaço para acolhimento dos pais, proporcionando maior direito à privacidade da criança e família. Para McIntyre (1994) os profissionais de saúde encontram-se preparados para lidar com a doença mas, apresentam dificuldades em lidar com o sofrimento.

1.3.1.7 - Relacionamento interpessoal

O trabalho em equipa é para 93,3% dos enfermeiros fundamental para a qualidade dos cuidados (OE, 2004). Porém, as relações profissionais representam em diferentes áreas de intervenção um fator perturbador. As relações interpessoais e as relações hierárquicas são identificadas por Stacciarini e Tróccoli (2001) como elementos de stresse na atividade destes profissionais. Também Franco et al. (2005) identificam as relações interpessoais como agentes stressores. Farias e Zeitone (2007) referem-se a deficits de comunicação na origem de conflitos interpessoais. Para a OE (2004) os enfermeiros portugueses identificam as relações de trabalho com os colegas como boas e muito boas (80%) e com a chefia em muito boas (46,9%). Ainda segundo a mesma fonte, para os enfermeiros as relações de trabalho assumem-se como o segundo fator a influenciar positivamente a sua qualidade de vida, sendo o primeiro, o desenvolvimento profissional.

1.3.1.8 - Interação trabalho-família

Reconhecendo a transposição de situações vivenciadas pelos enfermeiros do local de trabalho para o meio familiar, o interface trabalho-família é identificado por Stacciarini e Tróccoli (2001) quer como uma situação stressora quer como condição de suporte. Para Oliveira e Murofuse (2001) ocorre desorganização familiar associada ao horário de trabalho por turnos. Mauro et al. (2010) no seu estudo referem as dificuldades sentidas

pelas enfermeiras ao serem mães, na conciliação com a vida familiar e profissional.

Pereira e Queirós (2010) identificam, numa amostra de enfermeiros um nível moderado de conflito trabalho-família/família-trabalho positivo.

A conciliação da vida profissional com a vida pessoal, de que é exemplo o acompanhamento dos filhos é para os enfermeiros portugueses mais jovens encarada com dificuldade, esta vai diminuindo com o aumento de idade dos enfermeiros e a progressão na carreira. O desempenho nos Cuidados de Saúde Primários proporciona uma maior conciliação entre trabalho-família (OE, 2004).

Em síntese e num estudo de satisfação aos membros da Secção Regional do Norte, desenvolvido pela OE (2009) aponta como problemas que os enfermeiros enfrentam atualmente, por ordem decrescente: a carreira, o desemprego, a remuneração, o reconhecimento, a afirmação profissional, a precariedade, a falta de recursos humanos e a sobrecarga de trabalho, que reflete a multiplicidade das dimensões da vida no trabalho dos enfermeiros e por inerência a sua qualidade de vida.

1.4 - Avaliação em qualidade de vida

Apenas na segunda metade do século XX surgem medidas de bem-estar, desempenho e funcionalidade, até esse período as medidas centravam-se na deteção da presença ou ausência de estados negativos de saúde (Ferreira, 2000a). No presente século, a OMS valida a importância da avaliação da saúde alterando a terminologia de “International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps” para “International Classification of Functioning, Disability and Health” alteração que reforça a importância da dimensão positiva percebida pelos indivíduos, para além das incapacidades que possam apresentar (Ribeiro, 2005a).

Inúmeros estudos têm sido desenvolvidos no âmbito da saúde entre outros, considerados pioneiros e históricos, o estudo da Alameda, Health Insurance Experiment e o Medical Outcomes Study. Estes estudos caracterizaram-se por integrarem um grande número de itens, com diferentes dimensões de saúde, incapacidades ou sintomas de doença (Ribeiro, 2005a).

Schipper, Clinch e Power (1990) apresentam um conjunto de características associadas à qualidade de vida que devem estar presentes aquando da sua avaliação: multidimensionalidade, variação temporal e a subjetividade.

Na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde devem estar de igual modo presentes os seguintes domínios: estado funcional, sintomas físicos, funcionamento psicológico e social e avaliação global (Santos, 2006a).

As diferentes definições de qualidade de vida e a dificuldade de limites do conceito levaram ao aparecimento de muitos instrumentos de avaliação. Dos diferentes instrumentos de avaliação da qualidade de vida encontramos três grupos distintos: instrumentos de avaliação genérica, genérica específica e específica (Ribeiro, 2005b). Como instrumento de avaliação da qualidade de vida genéricos temos o SF36 (Short-Form 36 itens) versão reduzida do Functioning and Well-Being Profile e o WHOQOL-100 desenvolvido por um grupo de qualidade de vida da OMS. O Quality of Life Questionnaire para o Cancro (QLQ-30) e o Funcional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) são exemplos de instrumentos de avaliação de qualidade de vida genérica específica. Por último, temos como instrumentos de avaliação específicos, entre outros, o Crohn's Disease Activity Index (CDAI), Rating Formo Inflammatory Bowel Disease Patients Concerns Questionnaire (RFIPC) e o Irritable Bowel Syndrome Quality of Life (IBS-QOL) (Ribeiro, 2005b).

Os instrumentos de avaliação devem considerar as características métricas básicas como a validade, fidelidade e sensibilidade e não constituírem uma sobrecarga para o sistema de saúde e participante (Ribeiro, 2005b; Santos et al., 2009).

Capítulo II - Stresse e violência psicológica nos enfermeiros

De acordo com a pesquisa realizada apresentaremos neste capítulo: uma abordagem ao stresse, alguns modelos de stresse no trabalho, stressores no trabalho em enfermagem, stresse e *coping*, consequências do stresse e avaliação do stresse. Realizaremos ainda uma revisão bibliográfica no que se refere à violência psicológica dos enfermeiros, os fatores associados à violência psicológica, características do agressor e vítima, consequências e avaliação da violência psicológica.

2.1 - Stresse

Um dos muitos fatores que interfere na qualidade de vida do trabalhador é o stresse. Serra (2002, p. 474) refere que “o trabalho tanto pode ser uma atividade extremamente enriquecedora para o indivíduo como constituir uma fonte de stress que gradualmente o desgasta”.

O termo stresse provém do verbo latino *stringo*, *stringere*, *strinxi*, *strictum*, e significa “apertar, comprimir, restringir” (Serra, 2002, p. 13).

Os conceitos contemporâneos relacionados com o stresse assentam num processo evolutivo há cerca de dois milénios (Santos & Castro, 1998).

Nos séculos XVIII e XIX, o stresse foi identificado como pressão, grande esforço praticado sobre o material, objeto ou pessoas (Ribeiro, 1998). Contudo, a celebridade deste termo deve-se a Hans Selye. Este investigador transportou da Física o termo stresse e utilizou-o para “denominar as ações mútuas de forças que têm lugar através de qualquer parte do nosso organismo” (Santos & Castro, 1998, p. 676).

No início do século XX, Walter Cãnon (Santos & Castro, 1998) introduziu o termo *homeostasia*, alargando o conceito homeostático aos parâmetros emocionais e físicos. Descreve as reações de ataque ou fuga e faz a ligação entre as respostas adaptativas ao stresse e a secreção de catecolaminas.

Hans Selye (1956) foi o investigador que pela primeira vez utiliza a palavra *stresse* para definir uma série de alterações na composição química do organismo, nas estratégias de defesa (ou compensação) de determinados órgãos assim como, de outras modificações comportamentais. Como resultados dos seus estudos desenvolvidos em laboratório descreve o *Síndrome Geral de Adaptação*. Esta síndrome caracteriza-se por três etapas: a reação de alarme, a fase de resistência e a fase de exaustão, como se pode observar na Figura 4. Por sua vez, a reação de alarme subdivide-se em duas etapas: a reação de choque e posteriormente a de contrachoque (Ribeiro, 1998).

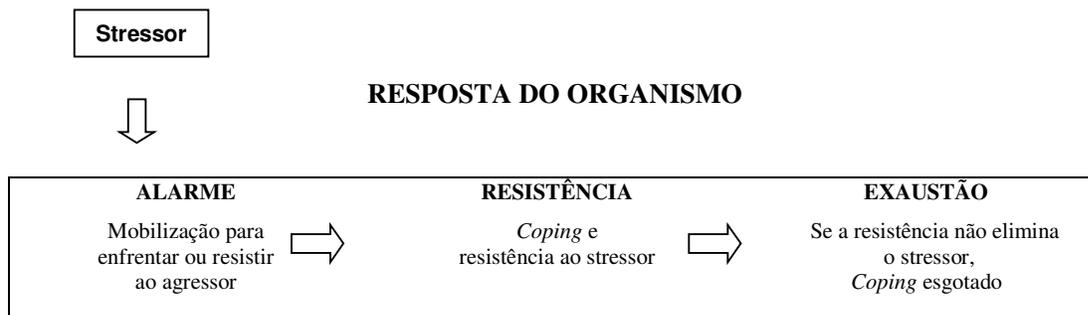


Figura 4. Representação esquemática do Síndrome Geral de Adaptação proposto por Selye (Ogden, 2004, p. 287)

Segundo Ribeiro (1998, p. 307) a principal característica do modelo de Selye “é considerar o indivíduo um objeto psicologicamente passivo no confronto com o agente stressor”.

A segunda guerra mundial e a guerra da Coreia trouxeram contributos significativos na investigação desta temática. O desenvolvimento da medicina psicossocial, comportamental, psicologia da saúde e intervenção clínica aumentaram o interesse pelo *stresse* inerente aos processos de envelhecimento, bem como o meio ambiente e o modo como afeta o ser humano (Ferreira, 2004).

Sendo o *stresse* um acontecimento inevitável na existência humana, a sua confrontação provoca diferenças significativas na adaptação enquanto resultado final (Lazarus & Folkman, 1984). Podemos referir que atualmente, a conceptualização do *stresse* se fundamenta em três abordagens distintas: o *stresse* como estímulo, como resposta ou como processo (Lazarus & Folkman, 1984; Santos & Castro, 1998; Serra, 2002; Tamayo, Lima & Silva, 2004).

O stresse como estímulo ocorre quando o indivíduo relaciona a situação de stresse com a causa que esteve na sua origem. No que se refere ao stresse como resposta surge identificado pelo modo como os indivíduos reagem às situações indutoras de stresse. A análise do stresse enquanto processo assume-se pelo seu maior dinamismo e integra as situações apreciadas como indutoras, as respostas e o modo como o indivíduo lida com elas.

Múltiplos têm sido os conceitos acerca do stresse. Segundo Lazarus e Folkman (1984, p.19) “Psychological stress is a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being”. Assim, o stresse pode ser definido como um fenómeno perceptivo (psicológico) proveniente da comparação entre o que é pedido à pessoa e a sua capacidade de resposta.

Para Cardoso (1999, p. 11) o stresse é como um “estádio de combate «corpo a corpo» entre o que eu tenho vindo a ser - a minha individualidade, sempre em formação, sempre incompleta, sempre em devir - e o meio (externo ou interno) que me quer outro e sujeita a novas exigências, desafios e ameaças, tensões, sobrecargas e obstáculos”.

Tamayo et al. (2004, p. 79) definem stresse como: “um mecanismo utilizado pelas pessoas para se adaptarem a exigências do meio externo, ou para responderem a metas que elas próprias se fixam”.

Para Ross e Altmaier (1994) stresse no trabalho resulta da interação entre as condições do trabalho e as características do trabalhador, ou seja da incapacidade do trabalhador em lidar com as exigências com que se confronta.

2.1.1 - Modelos de stresse no trabalho

Nos últimos anos diferentes investigadores aprofundaram esta temática e apresentaram modelos explicativos do stresse ocupacional.

Os modelos iniciais caracterizaram-se por serem demasiado simples e focarem-se nas fontes ou consequências do stresse - modelo de Ivancevich e Matteson ou nos processos de

resposta fisiológica ou psicológica às situações - modelo de Sleye (McIntyre, McIntyre & Silvério 1999a).

Ramos (2001) apresenta-nos os seguintes modelos de stresse no trabalho:

Tabela 2

Modelos de stresse no trabalho

IRS Institut for Social Research (década 70)	O ambiente objetivo do trabalho é avaliado de forma subjetiva pelos indivíduos e em função das percepções negativas, registam-se respostas fisiológicas, comportamentais e emocionais que podem influenciar a saúde física e mental, dos mesmos.
Process Model of Work Stress (McGrath, 1976)	Permite compreender em que medida o stresse no trabalho afeta o rendimento dos indivíduos nas organizações.
Person-Environment Fit (French et al., 1974)	Afirma a desejável conciliação das exigências do trabalho com as capacidades dos indivíduos.
Job Demand/Control Model (Karasek et al., 1981; Karasek e Theorell, 1990)	Afirma o stresse no trabalho enquanto um desequilíbrio entre as exigências do mesmo e a latitude de decisão ou controlo, dos indivíduos.

Fonte: Ramos (2001, pp. 63-72)

No seu modelo interativo de stresse ocupacional Cooper e Marshall (1976) destacam três grandes aspetos conceptuais: as causas potenciais ao stresse, os moderadores da resposta de stresse e as manifestações de stresse.

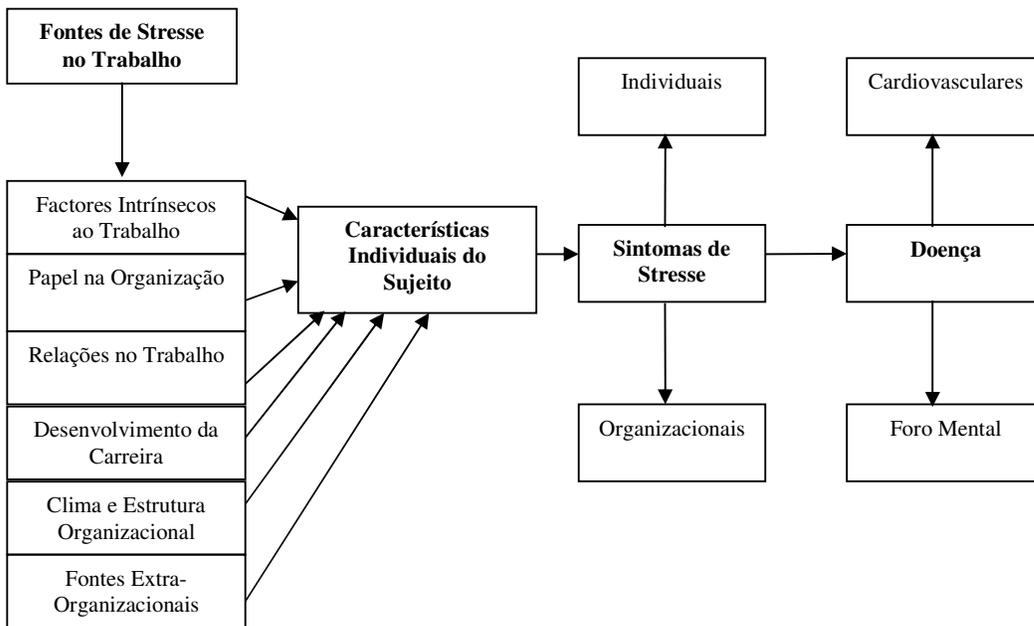


Figura 5. Modelo de Cooper e Marshall de stresse ocupacional (traduzido e adaptado de Cooper & Mashall, 1976, p.12)

No modelo de Cooper e Marshall verificamos que a interação entre diferentes fontes de stresse no trabalho e as características individuais do trabalhador podem induzir sintomas de stresse. Estes manifestam-se do ponto de vista individual ou organizacional conduzindo a processos de doença, de que são exemplos as doenças cardiovasculares e as do foro mental.

Os modelos de stresse no trabalho foram evoluindo ao longo do tempo. Ramos (2001) da sua análise a modelos de stresse no trabalho apresenta algumas conclusões que definem o conceito de stresse no trabalho:

O trabalho encerra características e exigências que podem provocar situações de stresse; é a perceção dos indivíduos que «determina» o valor do stresse, isto é, a amplitude da discrepância e do desequilíbrio relativamente às propriedades objetivas do ambiente de trabalho; as pessoas participam ativamente nos processos de stresse, porque os tentam resolver, tolerar, reduzir ou minimizar; as características individuais e o relacionamento interpessoal (e suporte social) influenciam as respostas de stresse das pessoas e as respostas de stresse podem degenerar em problemas de saúde e doenças (a nível individual) e em quebras de produtividade (a nível organizacional) (p.72).

2.1.2 - Stressores no trabalho em enfermagem

Lazarus (2000) refere que para um acontecimento ser identificado como stressor deve ser interpretado pelo indivíduo como tal. Caso esta identificação não se verifique a situação de stresse não é vivenciada.

Cada ser humano apresenta características individuais únicas e insere-se em contextos específicos, aspetos que condicionam que as respostas a agentes indutores de stresse sejam distintas, na medida em que dependem do significado que lhe é atribuído através da apreciação² cognitiva às consequências que um determinado acontecimento lhe despertará.

Esta apreciação divide-se em primária e secundária. A primária refere-se “às expectativas de resultados que um indivíduo espera encontrar em relação a um

² A investigadora utilizará o termo apreciação com o significado relativo ao acto ou efeito de apreciar. Segundo Lazarus (2000, pp. 199-200) “the verb form appraising, which refers to act of making an evaluation, and the noun form, appraisal which stands for the evaluative product”.

determinado tipo de acontecimento” (Serra, 2002, p. 65). Lazarus e Folkman (1984) mencionam três classes de apreciação primária dos acontecimentos: irrelevante, benigno e stressante. Um acontecimento irrelevante é aquele que não afeta o indivíduo, acontecimento benigno é definido como acontecimento passivo, ou seja as suas consequências são interpretadas como positivas e acontecimentos stressantes que por sua vez se podem subdividir em perda ou destruição, ameaça ou desafio.

Para Ribeiro (2005c, p. 309) para além das apreciações individuais sobre o stress “reconhece-se que os traços ou estados psicológicos do indivíduo submetido ao stress constituem uma fonte de variação importante na perceção de stress”.

Na apreciação cognitiva do tipo secundária a pessoa “faz julgamentos respeitantes aos recursos (pessoais e sociais) que possui, às opções que pode ter e às limitações de cada um” (Serra, 2002, p.89).

Atendendo à sua frequência os agentes de stress podem ser identificados como agudos, crónicos ou intermitentes: os agudos caracterizam-se por serem de curta duração, pouco frequentes e de alta intensidade; os crónicos apresentam duração relativamente longa, podendo ser identificados por alta ou baixa intensidade e os intermitentes caracterizam-se por se tratar de sequências de fases de stress agudo intercaladas com períodos sem perceção de stress (Tamayo et al. 2004).

Os agentes indutores de stress ocupacional são numerosos e podem ser agrupados em grupos distintos: a sobrecarga (urgência de tempo, responsabilidade excessiva e o ruído), a falta de estímulo, o apoio ou suporte sócio-efetivo verificados (solidão, falta de perspectivas, subinvestimento da capacidade de trabalho e ausência de perspectivas) e os constrangimentos organizacionais (mudanças constantes exigidas pela organização, adições de novas tecnologias e os conflitos pessoais) (Mendes & Cruz, 2004).

Serra (2002) apresenta-nos como circunstâncias indutoras de stress os acontecimentos traumáticos, os acontecimentos significativos da vida, as situações crónicas indutoras de stress, os microindutores de stress e os macroindutores de stress, os acontecimentos desejados que não ocorrem e os traumas ocorridos no estágio de desenvolvimento. No trabalho apresenta-nos um conjunto de situações que geram stress, entre as quais: o indivíduo, as características do trabalho, o papel a desempenhar na

organização, as relações interpessoais na empresa, a carreira profissional, o clima da organização, o *burnout* e o desempenho.

Santos e Castro (1998) agrupam as situações indutoras de stresse em quatro grupos: centradas nas pessoas, na família, na comunidade e sociedade. Neste último grupo integram as situações relacionadas com o trabalho, como o excesso de trabalho, o ambiente de trabalho, as relações interpessoais, o nível de responsabilidade, o não reconhecimento do trabalho, o desemprego e a reforma. Cardoso (1999), entre outros agentes indutores de stresse, menciona a família e o trabalho.

Cooper e Marshall (1976) apresentam-nos seis fontes de stressores organizacionais: os intrínsecos ao trabalho; o papel na organização; as relações no trabalho, o desenvolvimento da carreira; clima e estrutura organizacional e fontes extraorganizacionais de que é exemplo a interação trabalho-família.

O European Risks Observatory Report identifica como características do trabalho, responsáveis por elevados níveis de stresse: o número elevado de horas de trabalho e a intensidade do mesmo, controlo e insegurança no trabalho, a violência e o *harassment* (Milczarek et al. 2009). No mesmo relatório, em Portugal, 51% dos trabalhadores revelam elevado ritmo de trabalho, 19,3% referem insegurança no trabalho e 3,6% serem vítimas de *bullying/harassment*; os sintomas de stresse, depressão e ansiedade são mais frequentes no sexo feminino (34,3%) do que no masculino (15,2%).

Ramos (2001) agrupa os fatores organizacionais indutores de stresse em: condições físicas do trabalho, características do trabalho, papel na organização, estrutura e clima organizacional, relacionamento interpessoal, carreira profissional e fatores extrínsecos ao trabalho, que passamos a apresentar na Tabela 3.

Tabela 3

Fatores organizacionais indutores de stresse

Condições físicas do trabalho	Iluminação Temperatura e ventilação Ruído Espaço
Características do trabalho	Características das tarefas Sobrecarga de trabalho Subcarga de trabalho Horários de trabalho alargados Ritmo de trabalho Trabalho repetitivo Trabalho por turnos Novas tecnologias
Papel na organização	Ambiguidade do papel Conflito de papéis Responsabilidade
Estrutura e clima organizacional	Estrutura organizacional <i>Downsizing</i> Trabalho em equipa Competição Fusões e aquisições Exigências organizacionais de interação Clima organizacional Violência no trabalho
Relacionamento interpessoal	Relação com os colegas Relação com os superiores Relação com os subordinados
Carreira profissional	Início da carreira Avaliação de desempenho Formação insuficiente Insegurança Manutenção da carreira Transições na carreira Fim da carreira
Fatores extrínsecos ao trabalho	Articulação trabalho-família Acontecimentos importantes da vida Stressores crónicos Traumas Microstressores Macrostressores

Fonte: Ramos (2001, p. 120)

2.1.3 - Stresse e *coping*

O modo como o indivíduo responde ao stresse e as consequências do mesmo dependem de diversos fatores, nomeadamente do “tipo e gravidade da situação, da constituição genética do indivíduo, do balanço hormonal existente na ocasião, das

experiências prévias que atravessou, do apoio social que pode obter e da forma como lida com os acontecimentos” (Paul & Friedman, 1984; Velluci, 1997, cit. por Serra 2002, p. 151).

Perante as situações de stresse a pessoa mobiliza recursos e define estratégias, nomeadamente, as estratégias de *coping*. Estas estratégias representam “of cognitive and behavioral efforts to manage specific external or internal demands (and conflicts between them) that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person” (Lazarus, 1991, p. 112). As estratégias de *coping* podem ser agrupadas no *coping* centrado na resolução do problema e no *coping* centrado no controle das emoções (Lazarus & Folkman, 1986, p. 201). Para Ribeiro (2005c) existe uma outra dimensão de *coping*: o centrado nos significados.

Lazarus e Folkman (1986) incluem no *coping* dirigido ao problema o *coping* confrontativo e a resolução planeada de problemas. No *coping* dirigido ao problema a pessoa através de mobilização de ações pretende alterar a situação. Relativamente ao *coping* dirigido à emoção integram a estratégia de distanciamento, de fuga-evitamento, de autocontrolo, de aceitação da responsabilidade, da procura de apoio social e da reavaliação positiva. Já o *coping* centrado no significado visa a alteração do sentido e compreensão da ameaça desencadeada pela situação, neste tipo de *coping* integra-se a análise mental e preparação lógica e a redefinição de objetivos (Ribeiro, 2005c).

Perante um acontecimento pouco intenso, em que a pessoa na apreciação que faz da situação reconhece ter recursos para a solucionar, tende a recorrer a estratégias dirigidas para a resolução do problema. Quando confrontado com acontecimentos mais graves, o indivíduo desenvolve esforços no sentido da redução do impacto emocional. No entanto, os dois tipos de *coping* (centrado no problema e centrado na emoção) interrelacionam-se podendo, por conseguinte, potenciar-se ou interferir-se mutuamente. As estratégias direcionadas para a resolução do problema são, na opinião de Serra (2002) recomendadas dado eliminarem as fontes de perturbação.

As estratégias de *coping* na opinião de Meichenbaun e Turck (cit. por Serra, 2002) são aprendidas por osmose, ou seja, um indivíduo tende a imitar o que as pessoas significativas que o envolvem fazem. Contudo, na opinião de Serra (2002) existem outras

variáveis que condicionam a aprendizagem das estratégias de *coping* como por exemplo o condicionamento clássico e operante, os fatores cognitivos e a personalidade.

Quando perante determinadas situações de crise as estratégias de *coping* se revelam inadequadas, podem ocorrer estados de desorganização física, psicológica, social ou espiritual. Porém, se as estratégias de *coping* são eficazes podem ser fundamentais no desenvolvimento do indivíduo, valorizando a sua autoestima e eficácia (Cardoso, 1999).

Salientamos que nem sempre as situações de stresse se repercutem negativamente na pessoa. Tal como refere Serra (2002, p. 16) “em situações intermédias o stress é útil porque se torna propulsivo, ou seja, constitui uma fonte de impulso que faz com que um indivíduo tome resoluções e resolva problemas”. Este tipo de stresse é identificado como o *Eustress* (Cardoso, 1999).

Em síntese apresentamos graficamente o conceito de stresse e os processos que o constituem.



Figura 6. Conceito de stress e os processos que o constituem (Ramos, 2001, p. 57)

Segundo o modelo de stress apresentado na Figura 6, perante uma situação de stress, o indivíduo efetua uma apreciação considerando as exigências e os recursos disponíveis. Se dispuser de estratégias de *coping* adequadas, a situação de stress é resolvida. Porém, quando não dispõe de estratégias adequadas a situação de stress não é superada ocorrendo consequências que podem determinar o aparecimento de doenças (Ramos, 2001).

2.1.4 - Consequências do stresse

Atualmente o stresse é identificado como um problema de saúde pública, económico e social, com repercussões a nível do indivíduo, das organizações e dos governos (Mendes & Cruz, 2004). Para o Observatório Europeu de Riscos “do total de dias de trabalho perdidos, 50% a 60% estão relacionados com o stress”, menciona ainda que em 2005 se verificou uma diminuição dos níveis de stresse nos números da European Union (EU) - 27, particularmente nos países da EU-15 (20%), uma vez que os novos Estados-Membros evidenciavam níveis de stresse superiores a 30% (AESST, 2009a, p. 21) Em Portugal (2005), o stresse em trabalhadores da educação e saúde era de 45% (Milczarek et al., 2009).

Segundo dados do ICN (2007a) “a tensão relacionada com o posto de trabalho representa no mercado laboral da América do Norte um gasto anual de duzentos mil a trezentos mil milhões de dólares” (p. 3).

“Nos 15 Estados-Membros da EU pré 2004, estima-se que os custos do stresse no local de trabalho e dos problemas de saúde mental dele decorrentes correspondam 3 a 4% do produto nacional bruto, ascendendo anualmente, a 265 milhões de euros” (AESST, 2009a).

Cardoso (1999) identifica as consequências do stresse ao nível do sofrimento, da morbilidade fisiológica, psicológica, comportamental e social a curto e longo prazo. Já Tamayo et al. (2004) distinguem três categorias de consequências do stresse: as reações fisiológicas, psicológicas e comportamentais.

Para McIntyre et al. (1999a) as consequências do stresse ocupacional podem ser entre outras: comportamentais, subjetivas, cognitivas, fisiológicas e organizacionais.

As consequências negativas do stresse são apresentadas por Ramos (2001) tal como podemos visualizar na Tabela 4. Este autor menciona consequências a nível individual e organizacional, sendo estas últimas com custos diretos (entre outros absentismo, acidentes de trabalho, compensações e indemnizações) e indiretos (entre outros qualidade da relações interpessoais no trabalho e oportunidades perdidas).

Tabela 4

Consequências negativas do stresse

Individuais	Organizacionais
Consumo excessivo de tabaco, álcool e drogas	<u>Custos Diretos:</u>
Perturbações gastrointestinais	Absentismo
Doenças cardiovasculares	<i>Turnover</i>
Cancro	Greves
Depressão	Desempenho no trabalho
Distúrbios de ansiedade	Acidentes de trabalho
<i>Burnout</i>	Custos de saúde
Perturbações sexuais	Compensações e indemnizações
Perturbações do sono	<u>Custos Indiretos:</u>
Perdas de memória	Perda de vitalidade
Morte	Falhas na comunicação
	Qualidades das relações interpessoais no trabalho
	Erros na tomada de decisão
	Oportunidades perdidas

Fonte: Ramos, (2001, pp. 143-175)

Em síntese apresentamos (Figura 7) um modelo de causas e consequências de stresse relacionado como trabalho, da European Agency for Safety and Health at Work (EASHW), (Milczarek et al. 2009).

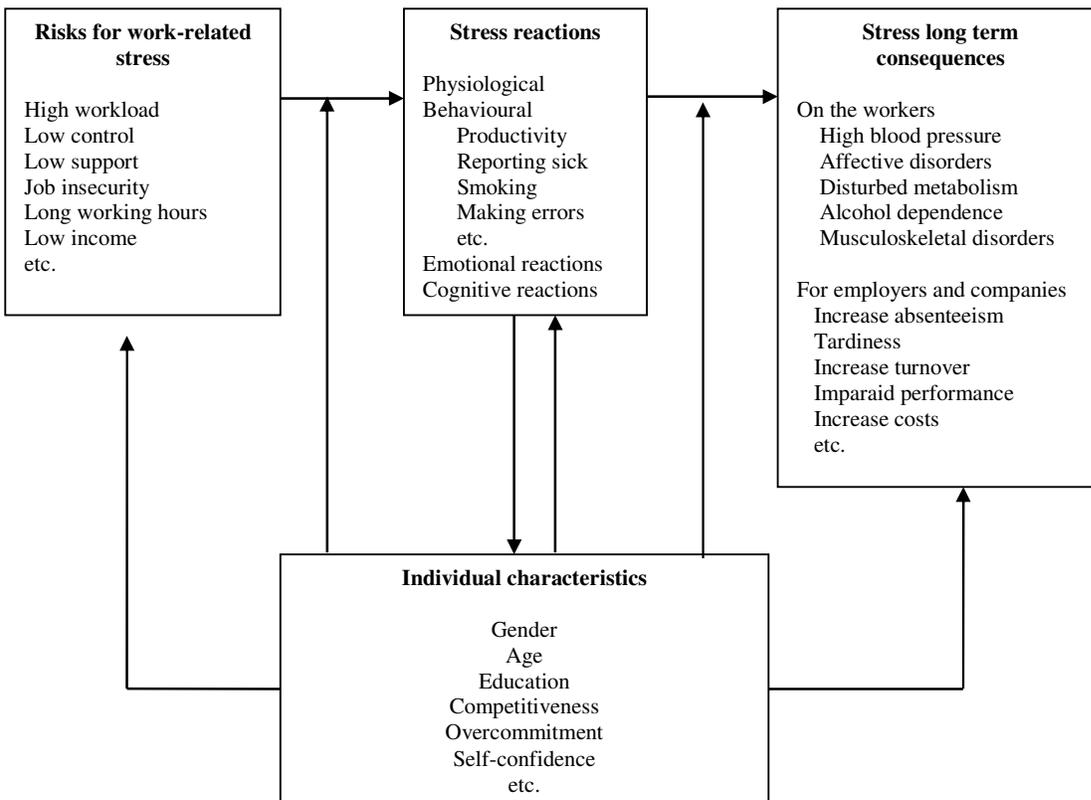


Figura 7. Modelo de causas e consequências de stress relacionado com o trabalho (Milczarek et al. 2009, p. 16)

No modelo de causas e consequências de stresse relacionado com o trabalho apresentado anteriormente podemos observar diferentes riscos de stresse relacionado com o trabalho, os quais podem provocar respostas fisiológicas, comportamentais, emocionais e cognitivas no trabalhador. As causas de stresse podem de igual modo ser responsáveis por consequências a longo prazo, quer no trabalhador, quer na organização. Por fim, as características individuais do trabalhador relacionam-se com os riscos de stresse, as reações ao stresse, assim como podem condicionar as consequências a longo prazo.

2.1.5 - Avaliação do stresse

Existe uma diversidade de instrumentos de avaliação de stresse. Ramos (2001) apresenta-nos, entre outros:

- Cornell Medical Index (CMI) questionário que integra 195 questões de resposta dicotómica (Sim/Não) apresenta quatro tipos de itens: sintomatologia geral, história pessoal, história familiar e comportamento.
- Symptom Check List-90-R (SCL-90-R) questionário constituído por 90 itens, com uma escala de likert de 5 pontos, inventaria sintomas de perturbação psicológica e apresenta nove dimensões de sintomas: somatização, comportamento obsessivo-compulsivo, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo.
- Maslach Burnout Inventory (MBI) constituído por 22 itens, cada item com sete possibilidades de resposta. Apresenta três subescalas: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.
- Michigan Stress Assessment (MAS) questionário, com uma escala de cinco pontos, que visa diagnosticar as fontes de stresse no trabalho e avalia a ambiguidade e o conflito de papéis, sobrecarga de trabalho, responsabilidade por pessoas e por coisas, participação e relações com o grupo de trabalho.
- Stress Diagnostic Survey (SDS) questionário constituído por 80 afirmações, classificadas numa escala de sete pontos, visa investigar as fontes de stresse percebidas pelos trabalhadores, permitindo isolar 15 fontes de stresse no trabalho.

- Work Environment Scale (WES) questionário constituído por 90 itens foi construído para avaliar três dimensões de clima organizacional: relacionamento interpessoal, desenvolvimento pessoal e manutenção e mudança, num total de 10 subescalas.
- Job Stress Survey (JSS) questionário constituído por 30 itens. A cada item é atribuído um valor entre 1 e 9, por comparação com um evento padrão de valor 5 (atribuição de tarefas desagradáveis). Visa diagnosticar fontes de stresse a nível da sua intensidade e frequência fornecendo três indicadores gerais: o resultado global da severidade, o resultado global da frequência e o índice global de stresse no trabalho.
- 23 questões de vulnerabilidade ao stresse (23 QVS) questionário constituído por 23 afirmações que têm como opção de resposta uma escala de likert de 5 pontos. Permite perante os sete fatores de vulnerabilidade ao stresse identificar qual o fator responsável que determina a pessoa.
- Occupational Stress Indicator (OSI) questionário constituído por 167 itens, cada item possui sete cotações possíveis entre 1 e 6. Permite medir stressores, fatores pessoais, estratégias de *coping* e consequências do stresse.
- Job Content Questionnaire (JCQ) apresenta-se em três versões, com 27, 49 e 112 itens respetivamente (sendo que este último contempla subescalas que não estão integradas nos dois primeiros). Visa avaliar as exigências psicológicas no trabalho.

Cunha e Marcelino (2001) citam como medidas usadas em comportamento organizacional para avaliar o stresse os seguintes instrumentos:

Schedule of Recent Experiences (Holmes & Rahe, 1967)

State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1970)

Work Stress Scale (Caplan et al., 1975)

Life Experiences Survey (Sarason et al., 1978)

General Health Questionnaire (Goldberg & Hillier, 1979)

Burnout Measure (Pines & Aronson, 1981)

Stress Diagnostic Survey (Ivancevich & Matteson, 1983)

Ways of Coping Questionnaire (Lazarus & Folkman, 1984)

Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1986)

Segundo Ramos (2001) podemos ainda integrar como métodos de diagnóstico do stresse a entrevista e a observação. Através da entrevista é possível recolher informação mais detalhada e com profundidade, segundo este autor.

2.1.6 - Stresse nos enfermeiros

Pela sua natureza específica a enfermagem é uma profissão com elevados graus de stresse, em parte pela especificidade das suas tarefas e pelas pessoas alvo do seu cuidado (Marshall, 1980; Fornés, 1994).

O ICN (2007a) identifica como causas de stresse no trabalho as condições de trabalho, as relações no trabalho, o conflito e a ambiguidade das funções, a estrutura e o ambiente da organização, a sobreposição trabalho-família, o desenvolvimento da carreira profissional e a natureza do posto de trabalho.

Autores como Stacciarini e Tróccoli (2001) reconhecem como agentes de stresse na atividade ocupacional do enfermeiro os fatores intrínsecos ao trabalho, as relações no trabalho, a estrutura organizacional e os papéis stressantes. Brito e Carvalho (2004) mencionam como stressores comuns na atividade do enfermeiro as equipas de trabalho inadequadas, a sobrecarga de trabalho, a grande responsabilidade, o sentimento de impotência, a falta de suporte dos superiores e os conflitos interpessoais. McIntyre et al. (1999a) no seu artigo *Respostas de stresse e Recursos de Coping* apresentam três fontes de stresse distintas: as intrínsecas ao trabalho (condições de trabalho precárias), ao indivíduo (nível de ansiedade e recursos de *coping*) e as extrínsecas ao trabalho (problemas familiares ou financeiros). Martins (2003) apresenta-nos como fatores específicos de stresse no trabalho dos enfermeiros: o tipo de trabalho, o conteúdo do trabalho, o desempenho do papel, as relações interpessoais e grupais, o desenvolvimento da carreira, as novas tecnologias e os aspetos organizacionais. Fornés (1994) refere cinco categorias de agentes indutores de stresse: os fatores ambientais, relacionais, organizativos-burocráticos, profissionais e inerentes ao papel e os relacionados com a pressão e exigência.

Pressão, violência, agressão e incapacidade de desligar do trabalho são experiências de stresse relatadas por enfermeiras que trabalham na área da saúde mental em Londres (Currid, 2009).

Gomes et al. (2009) apresentam como dimensões de stresse sentidas pelos enfermeiros: o trabalho de formação e a elaboração de relatórios técnicos, cometer erros, lidar com insucessos e problemas profissionais, excesso de trabalho e envolvimento profissional, instabilidade profissional e na carreira, ambiente de trabalho e relações profissionais, remuneração auferida, falta de reconhecimento e poder e problemas familiares.

A Figura 8 sintetiza os principais elementos de stresse em enfermeiros.

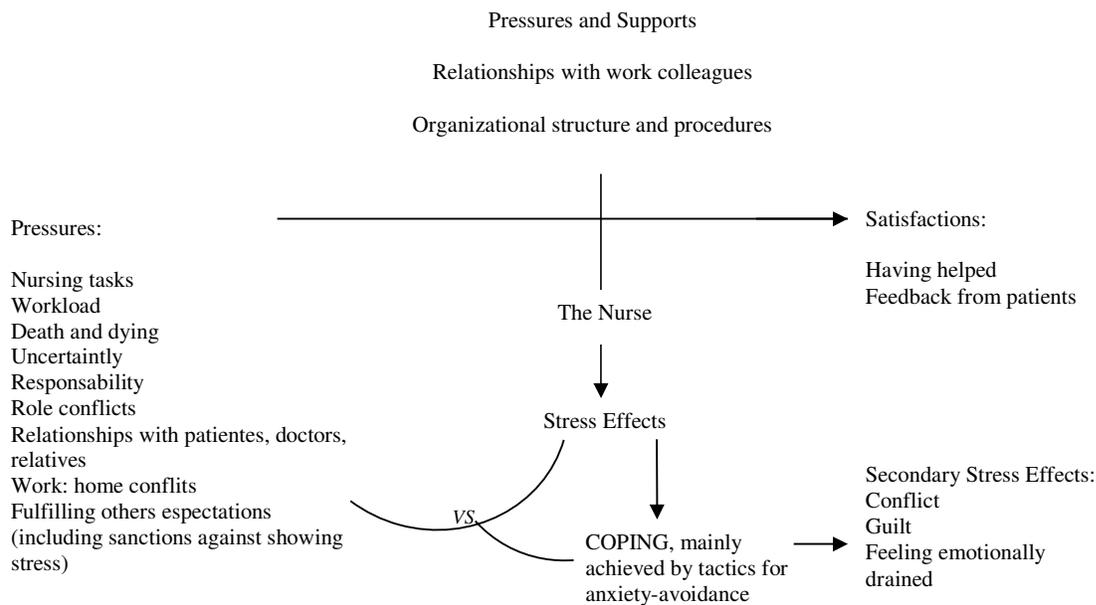


Figura 8. Elementos principais de stresse em enfermeiros (Marshall, 1980, p. 23)

Como podemos visualizar na Figura 8 as pressões, o suporte, o relacionamento com os colegas de trabalho, a estrutura organizacional e os procedimentos são responsáveis pelo stresse nos enfermeiros inclusive com efeitos secundários. Porém, quando são ajudados e obtêm feedback dos doentes, estes profissionais podem evidenciar satisfação no trabalho.

Para Serra (2002) os enfermeiros são “afetados por transtornos psicopatológicos superiores aos da população em geral e, quando em stress, também se envolvem no consumo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas ou psicofármacos.”

McIntyre et al. (1999a) apresentam-nos como respostas de stress prevalentes com enfermeiros a ideação suicida, a negação, os sintomas físicos e o humor deprimido. Para Borges (2006) no seu estudo com enfermeiros, as respostas de stress mais prevalentes foram a negação, a raiva e frustração e o distresse e saúde.

Abualrub e Al-Zaru (2008) mencionam no seu estudo com enfermeiros na Jordânia a associação entre o stress e a intenção de se manterem no local de trabalho. Na Austrália um grupo de enfermeiros refere as relações familiares e o conflito de papel como stressores major com interferência na sua atividade laboral (Wilkes & Beale, 2001). Nos estudos de Button (2008) e Judkins e Rind (2005) encontramos a associação entre o stress e as alterações na satisfação com o trabalho.

Já Gates e Gillespie (2008) indicam o aumento de risco de sintomas de stress pós-traumático em enfermeiros.

Apresentações em público, falta de perspectivas de progressão na carreira e o mau relacionamento com os superiores foram os principais fatores geradores de stress, numa amostra de enfermeiros, da região norte de Portugal (Silva & Gomes, 2009).

2.2 - Violência psicológica nos enfermeiros

A violência no local de trabalho é atualmente um problema global, pandémico (Di Martino, 2008) e em muitas situações eminentemente silencioso. Este fenómeno, reconhecido por Piñuel y Zabala (2001b) como a *nova praga laboral do século XXI*, atinge diferentes setores da sociedade.

A violência psicológica no trabalho é já reconhecida como agente indutor de stress (Bentley et al., 2009; Bosqued, 2005; Di Martino, 2008; González de Rivera, 2005; Hauge et al., 2010; Hogh et al., 2011, ICN, 2006b; Leymann, 1996; Liosi, Ftouli & Spirou, 2008; Milutinovic & Jevtice, 2008; Piñuel y Zabala, 2001a).

Na bibliografia consultada encontramos diferentes designações para o termo violência psicológica. Diferenças que se encontram relacionadas com as características culturais dos países, assim como dos climas e das culturas que caracterizam as suas organizações: *mobbing* (Países Escandinavos e Suíça), *pesten* (Alemanha) e *bullying* (Inglaterra), *harassment* (Estado Unidos da América), *acoso moral* (Espanha), *harcèlement moral* (França), *acoso psicológico*, *acoso moral* e *psicoterrorismo* nos países hispânicos, *assédio moral* ou *psicológico* no Brasil (Guimarães & Rimoli, 2006) e assédio moral ou violência psicológica em Portugal. Os países de língua inglesa adotaram o termo *bullying* enquanto os países de língua francesa optaram pelo termo *harcèlement morale* (Einersen et al., 2011, Graça, 2004).

De acordo com diferentes autores, Einersen (2000) apresenta-nos os termos: *Psychological Terror* (Leymann, 1990), *Scapegoating* (Thylefors, 1897), *Work Abuse* (Bassmann, 1992), *Victimization* (Olweus, 1994), *Harassment* (Brotsky, 1976), *Workplace Trauma* (Wilson, 1991), *Bullies* (Marano, 1995).

Na Tabela 5 apresentamos as diferentes designações associadas a este fenómeno, segundo a hierarquia apresentada por Lutgen-Sandvik, Tracy e Alberts (2007):

Tabela 5

Designações associadas ao *bullying*

Superordinate Phenomena³

-
- Conterproductive Workplace Behaviour (Fox and Spector, 2005; Fox et al., 2001)
 - Organizational Injustice (Cropanzano & Randall, 1993; Harlos & Pinder, 1999)
 - Organizational Misbehaviour (Vardi & Weitz, 2004)
 - Workplace Agression (Baron & Neumam, 1998; Neumam & Baron, 2005; Schat et al., 2006)
 - Workplace Deviance (Bennett & Robinson, 2000)
 - Antisocial Work Behaviours (O’Leary-Kelly et al., 2000)
 - Workplace Violence (Broadly defined) (Kelloway et al., 2006)
-

Intermediate Phenomena⁴

General forms of Workplace Abuse:

- Emotional Abuse (Keasly, 1998, 2001; Lutegen-Sandvik, 2003)
 - Mobbing (Leymann, 1990; Zafp & Einersen, 2005)
-

Continua

³ Comportamentos globais que abrangem uma vasta gama de ações e interações que prejudicam o local de trabalho.

⁴ Encontram-se num nível inferior ao Superordinate e incluem termos para formas gerais e específicas de abuso no local de trabalho.

Social Undermining (Duffy et al., 2002)
Workplace Bullying (Adams & Crawford, 1992; Rayner et al., 2002)
Workplace Harassment (Richman et al., 2001)
Workplace Mistreatment (Meares, et al., 2004)

Specific forms of Workplace Abuse:

Discrimination (multiples authors) [race, age, religion, ethnicity, disability]
Ethnic Harassment (Schneider et al., 2000)
Sexual Harassment (Dougherty & Smythe, 2004; Pryor & Fitzgerald, 2008)
Abusive Supervision (Tepper, 2000)

Subordinate Phenomena⁵

Incivility (Pearson et al, 2004)
Petty Tyranny (Ashforth, 1994)
Social Ostracism (Williams & Sommer, 1997)
Verbal Abuse (Cox, 1991)
Verbal Agressiveness (Infante & Rancer, 1996)
Victimization (Aquino & Bradfield, 2000)

Fonte: Lutgen-Sandvik, Tracy & Alberts (2007, p. 840)

A violência psicológica no trabalho tem a sua origem com as primeiras relações interpessoais no trabalho acentuando-se com a primeira Revolução Industrial. A investigação nesta área desenvolve-se após 1970, com os estudos do psicólogo Heinz Leymann (década de 80) e da psiquiatra Marie-France Hirigoyen (nos anos 90).

A palavra *Mobbing* foi pela primeira vez apresentada por Niko Tinbergen e Konrad Lorenz nos estudos que desenvolveram com gaivotas. No domínio da Etiologia define-se como o ataque coletivo dirigido a um alvo que é identificado como perigoso (Guimarães & Rimoli, 2006).

Leymann (1996) baseado nos estudos de Peter Paul e Heinemann (1972) (estudou o comportamento de crianças que em pequenos grupos adotavam atitudes destrutivas para com uma única criança) transportou as conclusões do investigador para situações similares que ocorriam em contexto laboral e aprofundou os seus conhecimentos.

⁵ Normalmente são formas e tipos de comportamentos intermédios ou são elementos característicos de comportamentos intermédios.

Leymann (1996) define *Mobbing* como:

Social interaction through which one individual (seldom more) is attacked by one or more (seldom more than four) individuals almost on a daily basis and for periods of many months, bringing the person into an almost helpless position with potentially high risks of expulsion. (p. 168).

Piñuel y Zabala (2001a) refere que *Mobbing* é:

El continuo y deliberado maltrato verbal e modal que recibe un trabajador por parte de outro u otros, que se comportan con él cruelmente con vistas a lograr su aniquilación o destrucción psicológica y a obtener su salida de la organización a través de diferentes procedimientos (p. 52).

O código do trabalho português, Lei nº 7/2009, de 12 de fevereiro, artigo 29º, 1.) define assédio como:

O comportamento indesejado, nomeadamente o baseado em fator de discriminação, praticado aquando do acesso ao emprego ou no próprio emprego, trabalho ou formação profissional, com o objetivo de ou o efeito de perturbar ou constranger a pessoa, afetar a sua dignidade, ou de lhe criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou desestabilizador (Rebelo, 2009, p. 34).

Assim como refere que a prática deste ato confere “direito a indemnização por danos patrimoniais e não patrimoniais, nos termos gerais do direito” (Lei nº 7/2009, de 12 de fevereiro, artigo 28º).

Para Einersen (2005) o *bullying* parece ser um processo evolutivo gradual, que tem o seu início em situações de conflito, culminando com a expulsão do trabalhador do trabalho, como podemos observar na Figura 9.

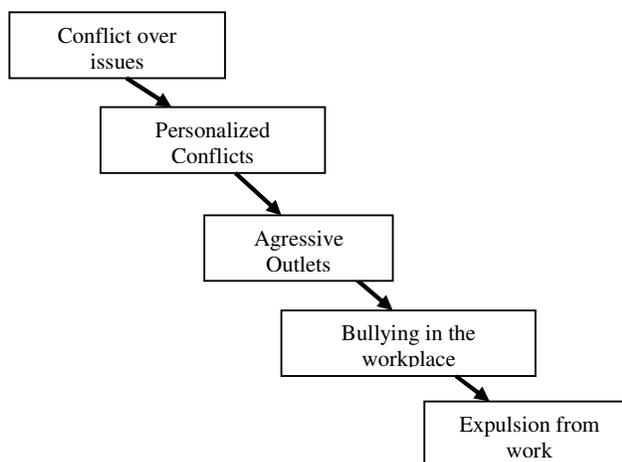


Figura 9. Diferentes fases que parecem estar envolvidas no processo de escalada de intimidação do *bullying* (Einersen, 2005, p. 4)

Os dados estatísticos demonstram a crescente dimensão deste tipo de violência no trabalho. Cerca de 2 milhões de trabalhadores em Espanha são vítimas deste fenómeno (Piñuel y Zabala, 2002a). De acordo com o Fourth European Working Conditions Survey (Parent-Thirion et al., 2007) cerca de 5% dos trabalhadores da União Europeia dos 25 (2005) considera-se vítima no local de trabalho. As estatísticas evidenciam a prevalência do mesmo no setor da saúde (Di Martino, 2008, Zaft et al., 2011; Parent-Thirion et al., 2007). Em alguns países verifica-se maior prevalência no setor público, porém, a presença no setor privado é também uma realidade, ou seja é comum a todos os setores da vida profissional (Zaft et al., 2011). Contudo, reconhece-se que a prevalência deste fenómeno será superior, já que muitas das situações não são denunciadas (ICHRN, 2007b).

Os estudos apontam que a violência psicológica ocorre com maior frequência em empresas de grande dimensão, com um número de trabalhadores superior a cinquenta (essencialmente universidades e hospitais) ou empresas com organogramas organizacionais e muitas estratégias de nível intermédio (Fornés, 2002). Ainda que o fenómeno varie de acordo com o nível sócio-cultural e os setores profissionais, quanto mais se sobe na escala sócio-cultural e na hierarquia de uma organização mais sofisticada e perversa se apresenta este tipo de violência.

Nas organizações de saúde os enfermeiros representam uma população sujeita à violência psicológica, sendo alvo de inúmeros estudos internacionais (Abe, 2007, Brien-Pallas et al., 2008, Harding, 2008). Segundo ICHRN (2007b) os profissionais de enfermagem

apresentam em média, três vezes maior probabilidade de serem vítimas, do que outros profissionais de saúde. Estryng-Behar, Heijden, Camerino, Nezet e Conway (2008) mencionam que 22% dos enfermeiros se consideram vítimas de frequentes episódios de violência no local de trabalho; 8% a 10% de vítimas numa amostra de enfermeiros Japoneses (Abe & Henly, 2010). Num estudo realizado pelo Royal College of Nursing, do Reino Unido, cerca de 50% de enfermeiros foram vítimas de *bullying*. O ICHRN (2007b) menciona a prevalência de vítimas de 38,1% na Bulgária, 22,1% no Líbano, 26,1% na África do Sul e 20,8% no Brasil. Johnson e Rae (2009) identificam 27,3% de enfermeiras vítimas, no seu estudo com 249 enfermeiros membros do Washington State Emergency Nurses Association.

Na Tabela 6 podemos visualizar alguns dados de prevalência de *bullying*, no setor da saúde (Bentley et al., 2009).

Tabela 6
Prevalência do *bullying* no local trabalho

Autor	Ano	País	Amostra	População	Prevalência
Neidl	1996	Áustria	368	Trabalhadores hospital público	26,6%
Kivimaki et al.	2000	Finlândia	5655	Trabalhadores hospital	5%
Foster et al.	2004	Nova Zelândia	40	Enfermeiros	90%
Rutherford & Rissel	2004	Austrália	311	Trabalhadores setor da saúde	50%
Eriksen & Einarsen	2004	Noruega	6485	Enfermeiros	4,5%
Scott et al.	2008	Nova Zelândia	123	Médicos	50%

Fonte: Bentley, Catley, Cooper-Thomas, Gardner, O'Driscoll e Trenberth (2009, p. 22)

Em Portugal, o estudo sobre esta temática é relativamente recente Araújo (2009), Araújo, McIntyre e McIntyre (2008), Carvalho (2010), Ferrinho et al., (2003), Verdasca (2008) e Sá (2008).

De acordo com o Relatório de Avaliação dos Episódios de Violência contra os profissionais de Saúde, no ano de 2009, de 174 vítimas, 119 eram enfermeiros, pertencentes ao quadro da Instituição, o maior número de episódios de violência verificou-se em hospitais. Relativamente, aos agressores verificou-se maior predomínio de

agressores do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 50-59 anos, sendo a idade da vítima situada entre os 20-29 anos. Entre os episódios de maior violência encontramos referência à discriminação/ameaça, à injúria e à pressão moral seguindo-se a difamação e a calúnia (DGS, 2010).

A violência psicológica tem como objetivo:

Intimidar, apocar, reducir, aplanar, amedrentar y consumir emocional e intelectualmente a la víctima, com vistas a eliminarla de la organización o a satisfacer la necesidad insaciable de agredir, controlar y destruir que suele presentar el hostigador, que aprovecha la ocasión que le brinda la situación organizativa particular (...) para canalizar una serie de impulsos y tendencias psicopáticas (Piñuel y Zabala, 2001a, p.55).

Para que ocorra um fenómeno de violência psicológica no trabalho são necessárias três condições: o agressor, a vítima e a cumplicidade de quem presencia o conflito (Fornés, 2002).

A duração dos atos negativos constitui um indicador essencial para a clarificação entre uma situação de conflito e um caso de *bullying* numa organização. Estudos desenvolvidos na Suécia, Noruega e Alemanha apontam para a duração média de situações de *bullying* de 15, 18 e 16 meses, respetivamente (Zaft et al., 2011).

Existem diferentes tipos de violência psicológica, os quais variam consoante a proveniência do agressor. Encontramos assim na literatura, referência a quatro tipos: vertical (por exemplo, de um chefe), ascendente (resultante de um trabalhador de nível inferior), horizontal (pode ser um outro trabalhador da mesma categoria profissional) e misto (proveniente simultaneamente de um superior e de um trabalhador do mesmo nível profissional que o da vítima). O mais frequente é o vertical seguido do horizontal (Bosqued, 2005; Guedes, 2003; Guimarães & Rimoli, 2006; Luna, 2003; Piñuel y Zabala, 2001a). Para Zaft et al., (2011) situações de *bullying* raramente ocorrem de subordinados para superiores, por vezes verifica-se mas, a participação do subordinado faz-se com o apoio de outros superiores que não a vítima.

Leymann (1996) apresenta cinco tipos básicos de atividades desenvolvidas num processo de *mobbing* sobre as vítimas:

- atividades para reduzir a possibilidade da vítima de comunicar com os outros, incluindo o próprio agressor,
- atividades que visam a redução dos contactos sociais da vítima,
- atividades dirigidas a desacreditar ou impedir a vítima de manter a sua reputação pessoal ou laboral,
 - atividades dirigidas a reduzir a ocupação da vítima e o seu emprego mediante a desacreditação profissional,
 - atividades que afetam a saúde física ou psíquica da vítima.

Hirigoyen (1999) relativamente aos métodos de assédio agrupa os procedimentos hostis em quatro categorias (Tabela 7).

Tabela 7
Lista de procedimentos hostis

Atentados às condições de trabalho	Retirar autonomia à vítima Não lhe facultar informações úteis para a realização de uma tarefa Contestar todas as suas decisões de forma sistemática Criticar o seu trabalho injustamente ou exageradamente Retirar o acesso a instrumentos de trabalho Não lhe entregar o trabalho de que é normalmente incumbido Entregar-lhe constantemente novas tarefas Atribuir-lhe, voluntariamente e por sistema, tarefas inferiores às suas competências Pressioná-la para que não faça valer os seus direitos Proceder de modo a que não seja promovida Atribuir-lhe, contra a sua vontade, trabalhos perigosos Atribuir-lhe tarefas incompatíveis com a sua saúde Provocar danos no seu posto de trabalho Encarregá-la deliberadamente de tarefas impossíveis de desempenhar Não ter em consideração os pareceres médicos formulados pela medicina do trabalho Coagi-la ao erro
Isolamento e recusa de comunicação	Interromper constantemente a vítima Os seus superiores hierárquicos e os seus colegas não lhe falarem Comunicar com ela apenas por escrito Evitar qualquer contacto, mesmo só visual, com ela Instalá-la fora do contacto com os outros Ignorar a sua presença, dirigindo-se exclusivamente aos outros Proibir os colegas de lhe dirigirem a palavra Não lhe permitir que dirija a palavra aos outros
Atentados à dignidade	Utilizar propósitos de desprezo para a qualificar Utilizar para com ela gestos que revelem desprezo Menosprezá-la junto de colegas, superiores ou subordinados Pôr a circular boatos a seu respeito Atribuir-lhe problemas de ordem psicológica Troçar das suas deficiências ou do seu físico Criticar a sua vida privada

Continua

	Troçar da sua origem ou da sua nacionalidade Atacar as suas crenças religiosas ou as suas convicções políticas Atribuir-lhe tarefas humilhantes Injuriá-la em termos obscenos ou degradantes
Violência verbal, física ou sexual	Ameaçar a vítima de violência física Agredi-la fisicamente, ainda que levemente, empurrá-la, fechar-lhe a porta na cara Gritar com ela Invadir a sua privacidade com telefonemas ou cartas Segui-la na rua, espiá-la frente à sua residência Causar danos na sua viatura Assediá-la ou agredi-la sexualmente (gestos ou atitudes) Não fazer caso dos seus problemas de saúde

Fonte: Hirigoyen (1999, pp.95-96)

Também, o ICHRN (2007b) no setor da saúde identifica como atos de violência, entre outros comportamentos agressivos ou sádicos num período de tempo, exclusão de participação em reuniões ou de possibilidades de progressão, humilhação ou ridicularização, críticas persistentes em público ou privado, mudanças do posto de trabalho sem justificação, reter informações que afetam deliberadamente o desempenho profissional, punição por excesso de competência ou excesso de trabalho.

2.2.1 - Fatores associados à violência psicológica

Atendendo à multidimensionalidade e complexidade da violência psicológica existe um conjunto de fatores que pode conduzir ao aparecimento da violência psicológica.

Leymann (1996) apresenta-nos alguns que podem contribuir para o seu aparecimento: a organização do trabalho, a deficiente gestão do conflito e a personalidade da vítima. Para Graça (2004) a existência de diferentes situações organizacionais podem estar na base destes processos de que são exemplos: a falta de pessoal, a frustração individual, a incerteza quanto ao futuro da empresa, greves e outros conflitos de trabalho, práticas de gestão autocráticas e arbitrárias, falta de oportunidade de participação, consulta dos trabalhadores e a frequência e gravidade dos acidentes de trabalho. A nível individual refere a história de vida do trabalhador, problemas na infância, grupo etário, consumo de álcool e droga, o estado de saúde mental (...). Este fenómeno poderá igualmente ser potenciado em organizações constituídas por grupos de interesse e companheiros do poder (Piñuel y Zabala & Cantero, 2004).

Soliva (2006b) apresenta os agentes indutores de *mobbing* em dois grupos distintos: as deficiências da organização e as situações individuais. Ao nível das deficiências da organização a inexistência de definição de tarefas e funções, o abuso do poder, o fomento da competitividade agressiva entre os companheiros, a precaridade laboral, o estilo autoritário e a inexistência de códigos de conduta aceitáveis. Ao nível das situações individuais refere a vontade de influenciar, a procura daquele que é diferente, a inveja, o ciúme, a rivalidade, o medo e o segredo que é preciso proteger. Em síntese, o fenómeno de violência é multifatorial tal como podemos ver na Figura 10.

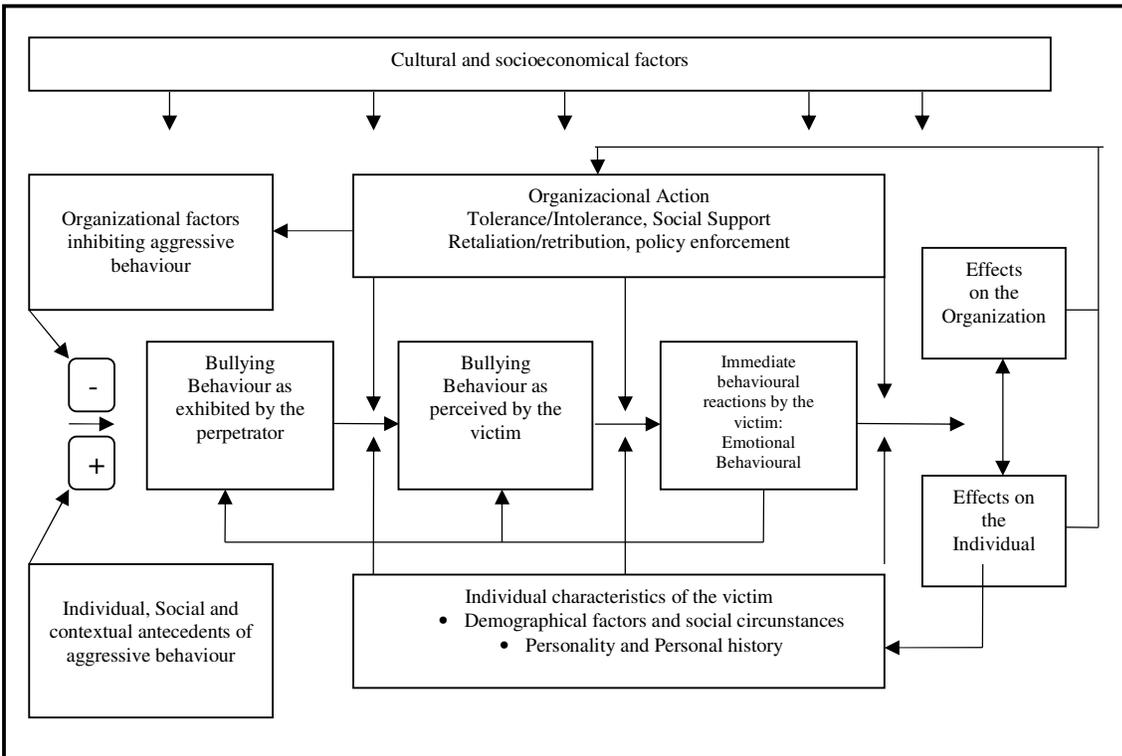


Figura 10. Modelo teórico para o estudo e gestão do *bullying* no trabalho (Einarsen et al., 2011, p. 29)

A Figura 10 permite-nos constatar a natureza multifatorial da violência psicológica, na qual os fatores culturais e sócio-económicos assumem um papel transversal ao longo deste processo. Dois focos distintos e diretamente relacionados intervêm neste processo, organização e características individuais da vítima, as quais podem ser promotores de comportamento de violência com consequências quer na organização quer no indivíduo.

2.2.2 - Características do agressor e vítima

Numa situação de violência psicológica o agressor pode atuar isoladamente ou em conjunto com outros trabalhadores (dois a quatro, por vezes mais de quatro) sendo o mais frequente apenas um trabalhador (Zaft et al., 2011).

O perfil do acusador segundo Redondo (2002) é o de um chefe de departamento impecável, correto, um artista na mentira e um génio na difamação. Para Piñuel y Zabala (2001a) o agressor apresenta um tipo de personalidade psicopata: capacidade superficial de encanto, estilo de vida parasitário, sentido grandioso dos seus próprios méritos, mentira sistemática e compulsiva, ausência de sentimentos de culpabilidade e manipulação. Luna (2003) sintetizando as características do agressor neste fenómeno refere ser uma pessoa “fria e malvada, no entanto não de uma forma ostensiva que poderia colocar problemas, mas que utiliza pequenos pormenores destabilizadores que são difíceis de identificar. Sabe utilizar técnicas de desestabilização como insinuações, alusões mal-intencionadas, mentiras e humilhações (...)”. Fornés (2002, p. 6) identifica-os como perversos narcisistas, os quais considera como psicóticos porque encontram “su equilibrio al descargar sobre el outro el dolor que no sienten y las contradicciones internas que se niegan a percibir”. Um dos objetivos do agressor é “desembaraçar-se de um funcionário que lhe faz sombra ou de quem não gosta, por razões pessoais ou político-partidárias” (Graça, 2004, p.17).

Para Ausfelder (2004) o agressor pode ser uma pessoa que ascendeu e não tolera ninguém ao seu lado, invejosa que se preocupa mais com os seus companheiros do que consigo própria, difunde o medo e o pânico, agressiva que humilha e atropela, com frequentes alterações de humor e frustrada.

Uma das particularidades neste processo é o facto do mesmo não deixar rasto, nem sinais externos e o agressor nem sempre atuar isoladamente recorrendo a um grupo de aliados. Este grupo é constituído por um número reduzido de elementos que atuam como acusadores, colaboram na divulgação e bloqueiam a ajuda à vítima (Edreira, 2003; Piñuel y Zabala, 2001a).

Estudos de Piñuel y Zabala (2001a) evidenciaram que homens e mulheres apresentam diferentes modos de violência psicológica. Os homens ignoram a vítima e não

lhes dirigem a palavra, ameaçam e pressionam a vítima, atacam as suas convicções religiosas e pessoais e interrompem-nas constantemente. Enquanto que as mulheres agressoras recorrem a estratégias como ridicularizar a vítima, falar mal nas costas da pessoa, criticar permanentemente o seu trabalho, contar e difundir rumores.

Relativamente à vítima, Hirigoyen (2002) através dos seus trabalhos descreve o perfil da vítima mais suscetível à violência psicológica como: o trabalhador do sexo feminino, com idade compreendida entre os 46 e os 55 anos e a exercer a sua atividade no setor dos serviços. Leymann (1996) e Carvalho (2007) nos seus estudos afirmam de igual modo, que a vítima é maioritariamente do sexo feminino.

Segundo Fornés (2002) a vítima neste processo corresponde a uma pessoa que se salienta pelas suas virtudes pessoais e profissionais, pessoas honestas, com valores éticos muito sólidos, que se sacrificam pelos outros, com elevado sentido de responsabilidade, de perfeição e capacidade de resistência. Encontramos, ainda, referência na literatura a vítimas identificadas como trabalhadores que se destacam pelas suas habilidades sociais, que não se deixam manipular, nem seguem a corrente maioritária e têm uma vida pessoal satisfatória (Piñuel y Zabala, 2001a). Para Field (1996) existem duas razões principais para que um trabalhador se torne vítima: gostar do seu trabalho, ser excelente trabalhador e ser popular perante os diferentes membros da organização.

Edreira (2003) refere que não existe um perfil psicológico da vítima de assédio dado que qualquer trabalhador pode num determinado momento, ser vítima. Contudo, apresentamos algumas características, ou seja, as vítimas apresentam capacidade de empatia, transparência e autenticidade, estilo não confrontativo, com aparência de ingenuidade, comunicação direta, sensibilidade e criatividade. Uma pessoa ambiciosa com desejos de progressão, verdadeiro amigo e sincero, segura de si mesmo são algumas das características das vítimas para Ausfelder (2004). Field (1996) descreve como características destas vítimas, serem, entre outras: empáticas, afetivas, sensíveis, honradas, dignas de confiança, dispostas a ajudar, organizados, gosto pelo trabalho bem realizado e alto sentido de justiça.

2.2.3 - Consequências da violência psicológica

As consequências da violência psicológica são múltiplas e podem manifestar-se a nível da componente física, psicológica, social, espiritual e económica do trabalhador, da sua vida familiar, nas organizações e na sociedade (Calero & Domenichelli, 2003; Fornés, 2002; Guimarães & Rimoli, 2006; Leymann, 1996; Luna, 2003; Oliveira, 2004; Piñuel y Zabala, 2001a).

Consequências na sociedade

As consequências da violência na sociedade para o ICN, ILO, PSI e WHO (2005) podem manifestar-se por: aumento dos encargos sociais, indemnização, desemprego, perturbações na vida familiar, perturbações na vida social e violência crescente. Fornés (2002) refere na sociedade um aumento do número de pessoas doentes.

Para Piñuel y Zabala (2001) o isolamento experienciado pela vítima ultrapassa a família, abrangendo os familiares mais alargados e os amigos. Este isolamento acarreta problemas de estigmatização nos setores de atividade laboral próximos ao da vítima diminuindo a sua possível empregabilidade. Os problemas económicos resultantes entre outros, do absentismo e do abandono temporário do trabalho condicionam de igual modo, a socialização destes trabalhadores.

Consequências na organização

Ausfelder (2004) refere os custos diretos nas empresas devido ao trabalho perdido e à necessidade de melhorar as condições de segurança. Ainda segundo este autor citando dados do Instituto Nacional de Seguridad e Higiene Español o custo direto da violência psicológica numa empresa de 1000 trabalhadores é de 112000 euros num ano.

Einersen (2005, p. 7) e o ICN (2006b) apresentam como consequências o aumento do absentismo e o *turnover*. Para Fornés (2002) as consequências visam: decréscimo no rendimento do trabalho, o aumento do absentismo, do número de acidentes e do abandono do trabalho.

Para o ICN, ILO, PSI e WHO (2005) os custos da violência nas organizações podem ser diretos com referência a acidentes, doença, invalidez, responsabilidade legal, absentismo, *turnover* e indiretos através da redução do empenho, eficiência e produtividade e ruptura nas relações.

Hoel, Sheehan, Cooper e Einarsen (2011) mencionam como consequências: o absentismo, o *turnover*, a produtividade e as consequências nos observadores e testemunhas.

Consequências na vítima

São conhecidas as consequências nas vítimas de violência psicológica. Contudo, estas não são idênticas em todos os trabalhadores já que cada um pela sua individualidade apresenta habilidades, capacidades e recursos de confronto específicos (Calero & Domenichelli, 2003; Luna, 2003).

Para Hirigoyen (1999) as consequências do *harcèlement morale* no trabalho são: o stresse, o sentimento de impotência, a desilusão, a humilhação, a depressão, as perturbações psicossomáticas e o stresse pós-traumático. A ICN, ILO, PSI e WHO (2005) referem para o trabalhador o aumento do risco de acidente, frustração, stresse, deterioração da saúde, ineficaz desempenho, estigmatização, discriminação, dor e morte. Ausfelder (2004) menciona o uso de substâncias como o álcool e as drogas.

Hogh et al. (2011) referem a correlação entre a exposição ao *bullying* e a fadiga crónica, sintomas físicos, psicossomáticos e psicológicos, stresse e insónia.

Piñuel y Zabala (2001) menciona os seguintes efeitos do *acoso moral* na saúde dos trabalhadores: efeitos cognitivos e hiperreacção psíquica, sintomas psicossomáticos de stresse, sintomas de desajuste do sistema nervoso autónomo, sintomas de desgaste físico provocado pela prevalência de stresse, transtornos de sono, cansaço e debilidade, stresse pós-traumático, síndrome da fadiga crónica e o suicídio.

O suicídio é considerado uma consequência do processo de violência psicológica. Leymann (1996), num estudo que desenvolveu na Suécia, refere que cerca de 10 a 20% das vítimas apresentavam doenças graves ou tinham cometido suicídios. Yildirim & Yildirim (2007) num estudo com uma amostra de enfermeiros, na Turquia, refere que 10% dos enfermeiros identificados como vítimas de *mobbing* consideraram, por várias vezes cometerem suicídio.

A nível familiar a tensão entre os cônjuges é uma realidade (Calero & Domenichelli, 2003), sendo por vezes responsável por situações de rutura como a separação ou o divórcio (Ausfelder, 2004; Piñuel y Zabala, 2001).

O ICN (2006b) apresenta como consequências do fenómeno no pessoal de enfermagem, entre outras: sentimentos de choque, descrença, vergonha, culpa, angústia e frustração, depressão, medo, alterações físicas, perturbações sexuais, aumento da ansiedade e do stresse, diminuição da autoestima e descrença nas competências profissionais, efeitos negativos nas relações interpessoais, perda de satisfação profissional, aumento do absentismo e *turnover*.

Einersen (2005, p. 7) apresenta no seu artigo “The nature, causes and consequences of *bullying* at work: the Norwegian experience” o depoimento de uma vítima “My quality of life has been substantially reduced”.

De salientar, mesmo que a opção da vítima seja o abandono do local de trabalho que as experiências vivenciadas permanecem na memória e são revividas por imagens, pensamentos, emoções intensas e repetitivas durante o dia ou de noite (Hirigoyen, 2001).

2.2.4 - Avaliação da violência psicológica

A violência é assim considerada um problema individual, estrutural e organizacional (Wiskou, 2008).

Para efetuar um diagnóstico de violência psicológica no trabalho existem três critérios adotados por um grande número de investigadores europeus e que são (Luna, 2003):

- a existência de uma ou mais condutas de violência psicológica internacionalmente reconhecidas pela investigação como tal,
- a duração do processo ocorrer no mínimo há mais de seis meses,
- a frequência dos comportamentos ser uma ou mais vezes por semana.

Atualmente, podemos recorrer a diferentes instrumentos que nos permitem avaliar o fenómeno da violência psicológica, que passamos a apresentar de acordo com a sua identificação, país de origem/referência, vítimas, agressores, tempo, itens, categorias das respostas, dimensões e alfas de Cronbach's (Tabela 8).

Tabela 8Instrumentos de avaliação de comportamentos de *bullying*

Inventory	Country of origen/ Reference	Targets/ Perpetrators	Time Frame	Items (N)	Response Categories	Dimensions	Alpha Cronbach's
Argevol'd's questionnaire (based on the NAQ)	Denmark (Argevol'd, 2007)	Targets	6 months	10	1. Almost daily 2. 2-3 times per week 3. 2-3 times per month 4. Never/rarely	One-dimensional	0,79
Indirect Aggression Scale (IAS)	USA (Baron, Newman & Gedds, 1999)	Targets	Not Answered	40	Five point scale ranging from 1= never to 2= very often	1. Expression of hostility 2. Obstruction 3. Over aggression	0,95
Interpersonal Workplace Events	Canada (keashly, Trott & Nclean, 1994)	Targets	12 months	48	Five point scale ranging from 1= rare to 2= always	1. Positive events 2. Abusive events	Subscales: 0,78-0,92
Lee & Brotheridge's scale	Canada (Lee & Brotheridge's 2006)	Targets and Perpetrators	6 months	43+43	1. Not at all 2. Once or twice 3. Now and then 4. Once a week 5. Many times a week	Targets: 1. Belittlement 2. Work undertermined 3. Verbal abuse Perpetrators: 1. Fall guy/gal 2. Undertermined others' work 3. Emotional abuse	Subscales: 0,60-0,94
Leymann Inventory of Interpersonal Terror (LIPT)	Sweden (Leymann, 1990, Niedhammer, David, Degioanni & 143 Médecins du travail, 2006, Zaff, Knorz & Kulla, 1996)	Targets	12 months	45	1. Daily 2. At last once a week 3. At last once a month 4. More seldom 5. Never	1. Attacking the victim with organizational measures 2. Attacking the victim' social relationship with social isolation 3. Attacking the victim' private life	Subscales: 0,79-0,86
Mobbing Scale for Academic Nurses	Turkey (Ozturk, Sokmen, Ylmaz & Cilingir, 2008)	Targets	Not Answered	82	Five point scale ranging from 1= Totally disagree to 2= Completely agree	1. Effets on psychology and fatigue 2. Effects on the organization and management 3. Attacks on self-esteem 4. Attacks on personal and professional relationships 5. Effects on social relationships	Total Scale:0,97 Subscales: 0,62-0,86

						6. Attacks on showing oneself and communications 7. Attacks on professional practice 8. Effects on health and life	
Quines' scale	UK (Quine, 1999, 2003)	Targets	12 months	21	1. No 2. Yes	1. Threat to professional status 2. Threat to personal standing 3. Isolation 4. Overwork 5. Destabilisation	Not Answered
Work Harassment Scale (WHS)	Finland (Bjorkqvist, et al., 1994)	Targets	6 months	24	0. Never 1. Seldom 2. Occasionally 3. Often 4. Very often	Not Answered	0,95
Negative Acts Questionnaire (NAQ)	Norway (Einarsen & Raknes, 1997)	Targets	6 months	18	1. Never 2. Now and then 3. About monthly 4. About weekly 5. About daily	1. Personal derogation 2. Work-related harassment 3. Social exclusion 4. Social control 5. Physical abuse	Subscales: 0,33-0,85
Negative Acts Questionnaire Revised 29 item version (NAQ-R 29)	UK/Norway (Hoel, Cooper & Faragher, 2001)	Targets	6 months	29	1. Never 2. Now and then 3. About monthly 4. About weekly 5. About daily	1. Personal bullying 2. Work-related bullying	
Negative Acts Questionnaire Revised 22 item version (NAQ-R)	Norway (Einarsen et al., 2009)	Targets	6 months	22	1. Never 2. Now and then 3. Monthly 4. Weekly 5. Daily	1. Personal bullying 2. Work-related bullying 3. Physical intimidating forms of bullying	0,90
Negative Acts Questionnaire-Salin's version	Finland/ Norway (Salin, 2001)	Targets	12 months	32	1. Never 2. Now and then 3. Monthly 4. Weekly 5. Daily	Not Answered	Not Answered
Negative Acts Questionnaire Reduced Spanish version	Spain/ Norway (Jiménez et al., 2007)	Targets	6 months	14	1. Never 2. Now and then 3. Monthly 4. Weekly 5. Daily	1. Work-related bullying 2. Attacks on private and personal life	0,85

Fonte: Nielsen, Notelaers & Einarsen (2011, pp. 154-159)

Capítulo III - Intervenção no stresse e violência psicológica nos enfermeiros

Neste capítulo desenvolveremos uma revisão teórica relativamente à intervenção no stresse e na violência psicológica. Iniciaremos com uma abordagem a estratégias de intervenção no stresse e na violência psicológica. Finalmente, abordaremos o relaxamento, enquanto estratégia de gestão de stresse.

A intervenção no controlo do stresse pode ser desenvolvida com recurso a diferentes estratégias. Sendo, como já foi referenciado anteriormente, a violência psicológica reconhecida como um agente stressor, algumas das técnicas descritas podem ser implementadas em situações de stresse inerentes a experiências de violência psicológica ou de outros agentes causais.

Hargreaves (2001, cit. por Jesus, 2007) propõe um programa de gestão do stresse em quatro áreas de intervenção: alterar as causas de stresse (eliminar as causas, aumentar os recursos, reorganizar a vida e evitar os stressantes), desenvolver meios de defesa (treino/autodesenvolvimento gestão do tempo, firmeza e comunicação), trabalhar com a mente (criar uma imagem positiva, mudar as convicções irrealistas, evitar pensar em “tudo ou nada” e “tem de ser” e é “obrigatório”) e um estilo de vida equilibrado (adotar uma dieta saudável; reduzir o tabaco, álcool e cafeína; fazer exercício regular; ocupar os tempos livres; descontrair-se e dormir melhor).

Para Serra (2002) a redução do stresse pode ser concretizada através da alteração da relação do indivíduo com a circunstância, do desenvolvimento das aptidões e dos recursos do indivíduo assim como, da resistência individual ao stresse. O exercício físico, o controlo do peso e o convívio social são também estratégias que podem ser implementadas para melhorar a resistência ao stresse.

Relativamente ao stresse laboral, Ramos (2001) apresenta-nos diferentes estratégias de intervenção que sintetizamos na Tabela 9.

Tabela 9

Estratégias de intervenção no stresse laboral

Estratégias		Objetivos
Eliminar, reduzir ou adequar fontes de stresse	Reestruturação dos ambientes físicos	Melhorar condições físicas
	Reorganização do trabalho	Modificar características dos trabalhos
	Clarificação do papel	Ensinar ou reduzir ambiguidades e conflitos associados ao papel organizacional
	Definição de objetivos	Eliminar/ reduzir ambiguidades e conflitos associados ao papel organizacional
	Descentralização	Aumentar o controlo dos trabalhadores
	Gestão participativa	
	Empowerment	
	Promoção do suporte social	Melhorar o suporte social disponível na organização e promover a cultura do suporte social
	Teambuilding	Melhorar o funcionamento dos grupos de trabalho
	Planeamento da carreira	Promoção do percurso profissional estável, maximização do aproveitamento de oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional
	Promoção da socialização	Promover a adaptação à carreira, assistir a entrada de novos elementos na organização
	Facilitação do fim da carreira	Preparar a reforma
Reduzir vulnerabilidades/ aumentar resistências e, melhorar atos de <i>coping</i>	Debate cognitivo e reavaliação cognitiva	Promover melhores avaliações cognitivas das situações de stresse
	Treino da resolução de problemas	Melhorar a eficácia das competências de <i>coping</i>
	Gestão do trabalho pessoal	Melhorar a gestão pessoal do trabalho e otimizar a utilização do tempo
	Delegação	
	Comunicação interpessoal	Melhorar a relação entre as pessoas
	Treino de aptidões pessoais	Melhorar a relação entre as pessoas, desenvolver competências de comunicação autoafirmativa
	Gestão de conflitos interpessoais	Melhorar a relação entre as pessoas, desenvolver competências de comunicação autoafirmativa e de resolução de conflitos interpessoais
	Técnicas de relaxamento	Reduzir a tensão provocada pelas situações de stresse
	Exercício físico	Melhorar a condição física e de saúde
	Alimentação	Melhorar o regime alimentar e a saúde
	Atividades de prazer	Promover a internalização do controlo e a satisfação pessoal
Assistir, cuidar e recuperar pessoas perturbadas pelo stresse	Treino de inoculação ao stresse	Melhorar competências de <i>coping</i>
	Massagem	Aliviar competências negativas do stresse
	Programas clínicos residenciais	Recuperar indivíduos afetados pelo stresse e melhorar as suas estratégias de <i>coping</i>
	Assistência clínica	Assistir indivíduos com perturbações e doenças provocadas pelo stresse

Fonte: Ramos (2001, pp. 231- 316)

Como constatamos pela análise da Tabela 9 as estratégias de intervenção no stresse laboral assentam em três áreas: eliminar, reduzir ou adequar fontes de stresse, reduzir

vulnerabilidades/aumentar resistências e melhorar atos de *coping* e assistir, cuidar e recuperar pessoas perturbadas pelo stresse. Para este autor independentemente da classificação apresentada, todas as estratégias podem ser implementadas nos diferentes níveis de prevenção.

A prevenção da violência no trabalho deve assentar em intervenções pró-ativas, direcionadas para a eliminação das causas e avaliações das mesmas. As intervenções devem ser orientadas para a sua prevenção: primária, secundária e terciária (ICN, ILO, PSI & WHO, 2005; Vartia & Leka, 2011).

Perante a violência psicológica, alguns investigadores na área apontam um conjunto de estratégias, no sentido de a eliminar ou minimizar (Finch, Crawford & Jones, 2008; Keen, Odin, Thomas-Olsen & Kin, 2008; Lanza, Zeiss & Rierdan, 2008). Em conjunto o ICN, ILO, PSI e WHO (2005) lançaram um programa de combate à violência no trabalho “Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in The Health Setor - The Training Manual”.

A AESST (2009a) refere a importância do desenvolvimento de políticas e códigos de conduta, assim como medidas de prevenção com a participação ativa dos trabalhadores, evitar ou corrigir deficiências na conceção do trabalho, qualidade de liderança, gestão de sistemas, boa gestão de reclamações e conflitos. Realça, igualmente a importância no futuro da clarificação do conceito de violência, investimento em métodos de avaliação rigorosos, desenvolvimento de estudos de carácter longitudinal, para um maior conhecimento de fatores que antecedem a violência assim como os seus efeitos a longo prazo, nomeadamente dos resultados resultantes das intervenções implementadas.

Para Fornés (2002) as estratégias de intervenção perante uma situação de violência psicológica devem reunir três áreas distintas: a pessoa, a empresa e a legislação laboral relacionada com o problema. É fundamental que haja uma intervenção no sentido de preservar a dignidade da pessoa. A vítima deve apresentar estabilidade emocional no sentido de poder confrontar as situações. Poderá recorrer ao apoio de familiares, amigos ou profissionais. Revela-se de extrema importância o registo dos acontecimentos e a aprendizagem, ou seja, mantendo o “sangue frio” e a tranquilidade perante as situações, recorrendo como que a um filtro externo.

Soliva (2006a) apresenta-nos uma síntese de intervenções enquanto soluções para este fenómeno. A nível da prevenção, entre outras refere: a formação e informação a trabalhadores sobre a violência psicológica, a participação efetiva dos trabalhadores, a declaração expressa da empresa sobre a não tolerância de condutas abusivas do poder, a formação dos chefes em habilidades diretivas e o incentivo da relação para as boas relações laborais. Ao nível da identificação das situações, a avaliação dos riscos psicossociais, a vigilância de saúde, o aumento do absentismo sem razão e o clima laboral alterado. A nível das ações apresentam a comunicação da situação a companheiros de confiança, delegados sindicais, comité de segurança e saúde e serviço de prevenção, a solicitação da intervenção da empresa e a comunicação à inspeção do trabalho.

Reyes (2002) apresenta-nos a importância de serviços de prevenção da violência psicológica. Refere a *figura de confiança* (na Bélgica), este elemento é obrigatório em todas as empresas depois de ter obtido o consentimento do comité da empresa e tem como objetivo ajudar, aconselhando na prevenção dos processos de violência psicológica no trabalho. A autora refere ainda a importância da intervenção destes serviços de prevenção na fase inicial deste problema.

Vartia e Leka (2011) mencionam três níveis de intervenção perante o *bullying*: primária, secundária e terciária. As intervenções de nível primário são proactivas por natureza e visam prevenir o fenómeno ou os efeitos emergentes em primeiro lugar, reduzindo os seus riscos. No nível secundário, as intervenções visam reverter, reduzir ou atrasar a progressão da situação ou da doença, parar o evento de recorrer e/ou aumentar os recursos dos indivíduos para lidarem com a situação por último, no nível terciário, as intervenções são por si mesmas reabilitativas visando reduzir os impactos negativos causados por diferentes perigos ocupacionais e restituir a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, assim como restabelecer um local de trabalho seguro e saudável.

Referem ainda uma síntese de diferentes níveis de intervenções no *bullying*, na organização, baseados em Murphy e Sauter (2004), Leka et al. (2008) e Hoel (2008) que passamos a apresentar.

Tabela 10Diferentes níveis e alguns exemplos de intervenções no *bullying*

Level of Work Organization Interventions	Stage of Prevention		
	Primary interventions for the prevention and reduction of bullying	Secondary interventions to reverse and stop the process or increase the resources of individuals	Tertiary interventions for reducing the negative impacts of bullying and restoring the health of the victims of bullying
Society/Policy	Law/regulation Collective agreements Policy/code of conduct	Court case Industrial tribunal	Provision of rehabilitation opportunities
Organization/employer	Antibullying policy Code of conduct Development of organizational cultures Management training Organizational surveys	Handling procedures Mediation Investigation	Corporate agreements, programmes and contracts of professional aftercare
Job/Task	Psychosocial work environment redesign Risk analysis Training (awareness, recognition of bullying)	Staff surveys Case analysis Training (e.g. conflict management, investigative skills) Conflict resolution, mediation	Group recovery programmes
Individual/Job interface	Training (e.g. assertiveness training)	Social support, counselling	Therapy counselling, physical activities, redress

Fonte: Vartia & Leka (2011, p. 371)

As intervenções são mais eficazes quando incluem tanto intervenções diretas - individuais e intervenções diretamente aplicadas à organização ou ao ambiente. Assim como, os programas de intervenção devem considerar não apenas, mudanças de atitudes e comportamentos dos indivíduos mas, também o contexto social e o ambiente de trabalho (Vartia & Leka, 2011).

Tal como menciona a AESST (2009a) não deverá ser esquecida a prevenção terciária inerente aos processos de reabilitação específicos. Schwickerath e Zaft (2011) apresentam um modelo para reabilitação de vítimas de bullying: o *Impatient Bullying Terapy*. Este modelo integra quatro fases: distancing, understanding, decision make e taking action (Tabela 11).

Tabela 11Modelo para reabilitação de vítimas de *bullying*: Impatient Bullying Terapy

Phase	Goals	Contents	Selection of Methods	Comprehensive aspects explanations	Reference to the phase model by Kauffer et al. (2006)
Distance	Establish distance to the bullying situation; establish work relationship, emotional stabilization	Reception in the clinic; Spatial separation; Development of a working collaboration for the therapy; Delivery of information	Relaxation Sports Euthymic offers Exercises to practice establishing distance	The phases describe key aspects ; contents also extend into other phases. Transparency of the therapy is important for the bullied patients. Starting points is the individual behaviours	1 - Initial phase: Establishing convenient starting conditions 2 – Developing motivation to change and preliminary choice of areas to be modified
Understanding	Elaborate dysfunctional model to understand the bullying situation with regard to the organisation, the bully and the patient's own contributions	Individual behavior analysis and complementary elements to properly classify the bullying events	Microanalysis; organizational charts using a flip-chart; analysis and changing of inner forces; Image or narrative of the dysfunctional model; Approaches of cognitive behavior analysis; Cake model; curriculum vitae; Four-ears-model; coping with anger; visualisation; aspects of professional decision making and responsibility (Sonntag, 2004); triangle of can, should and want; being able to deal with different personality styles; cognitive restructuring	analysis as a basis to elaborate therapy goals. Procedure: from external aspects to internal aspects Comprehensive and central: Motivation to change Perspective Goal Meaning	3 – Analyzing behavior and conditional functional model

Decision make	Clarify the patient's future professional direction (return to the workplace, transfer within organization, turnover, retirement)	Help with making a decision within the elaborated "motto"	Technique of columns - pros and cons Image or narrative as a goal (motto) Decision tree	Motto containing the question "What else do I want to achieve in my life?"	4 - Agreeing on therapy goals
Taking action	Learn to develop abilities /capabilities to put decision into practise; develop problem solving competencies; learn strategies of distancing oneself	Problem-solving process in terms of self management, coping with stress, encouragement of assertive communication and conflict-solving behavior strengthening self confidence and assertiveness	Role plays, exercises of distancing; yes-no exercise, defined ritual, acceptance and commitment-therapy, mindfulness exercises, perception and acceptance of emotions, assertiveness training, problem-solving strategies, learning abilities of planning and organising at work, time management, elements of wisdom therapy such as "method of unsolvable problems", clarifying social aspects, retirement, dismissal legal measures	Therapeutic components: Individual therapy Bullying group Sports therapy Sociotherapy Occupational therapy with work therapy Project group Euthymic offers Testing of behaviours Relaxation training Assertiveness training Groups with defined topic (e.g. tinnitus), group cohesion	5 - Planning, choosing, and executing specific methods 6 - Evaluating therapeutic progress 7 - Final phase: optimizing success, termination of the therapy

Fonte: Schwickerath & Zapf (2011, pp. 402-403)

Em Portugal, a DGS (2006) afirma que a violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho constitui uma disfunção funcional grave do sistema de saúde, devendo por isso ser combatida. A Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2008-2012 contempla no âmbito do desenvolvimento de políticas públicas como primeiro objetivo “desenvolver e consolidar uma cultura de prevenção entendida e assimilada pela sociedade” (p. 33), realçando particular interesse nos riscos emergentes inerentes a novas formas de organização, nomeadamente os riscos psicossociais, como é o caso da violência psicológica.

Em síntese, as organizações devem oferecer modelos organizativos que promovam a intervenção precoce dos casos. Assim como, programas de formação e informação aos trabalhadores articulados com diferentes estruturas da empresa. Os Serviços de Formação e Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho assumem um papel preponderante na prevenção e identificação precoce do fenómeno.

3.1 - Relaxamento

Na especificidade do contexto laboral uma das estratégias que poderá ser implementada é o relaxamento.

O relaxamento para Payne (2002) é usualmente utilizado na referência a momentos de alívio de tensão, em oposição, a momentos de contração muscular. A autora considera esta definição demasiado restrita e cita a definição de Ryman (1995) como mais abrangente “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo” (p.3).

Para Serra (2002) o treino de relaxamento tem demonstrado vantagens em problemas de saúde associados ao stresse.

Existem diferentes tipos de técnicas de relaxamento, contudo alguns critérios devem ser contemplados na opção por um determinado método. Segundo Payne (2002, p. 13) devem ser de fácil aprendizagem e aplicação, não requererem equipamento complexo, serem passíveis de utilizar com grupos pequenos e servirem para todas as idades.

O relaxamento deve ser iniciado assim que a pessoa esteja decidida a aprender a técnica. Deve ser realizado num local tranquilo, com temperatura adequada, confortável (podendo ser com o recurso a uma cama, colchão ou cadeira), em grupo ou individualmente (uma grávida não deve realizar parte do relaxamento que inclua contração e descontração muscular), com roupa adequada e ser submetido a avaliação (Serra, 2002; Vásquez, 2001).

Abordamos de seguida a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson, identificada como o mais antigo método de relaxamento (Ramos, 2001). Para Vásquez (2001) esta técnica consiste num procedimento que visa conseguir a redução dos níveis de ativação, mediante uma diminuição progressiva e voluntária da contração muscular. O seu objetivo é dotar a pessoa de habilidades para controlar a sua própria ativação fisiológica e confrontar as situações que provocam stresse e ansiedade. Com a execução desta técnica “muitos indivíduos poderiam beneficiar ao adquirir a habilidade de relaxar para gerir diferentes situações stressantes na sua vida diária” (Vásquez, 2001, p. 21).

A técnica de relaxamento progressivo de Jacobson, para além das condições necessárias de espaço, ambiente, individual ou grupo, determina que a pessoa possua características que permitam a sua aprendizagem e a continuidade da sua execução. Deve ser sempre iniciada com a explicação dos seus objetivos e fundamentos. Pode ser integrada num processo de aprendizagem demorado, quando implementado na sua versão original (16 grupos musculares). Existem contudo, versões para 7 e 4 grupos musculares.

Na execução desta técnica deve ser contemplado que cada procedimento deve ser implementado pelo terapeuta, para que o mesmo possa ser cuidadosamente explicado e adaptado às características das pessoas. Também, deve ser introduzido apenas um novo procedimento após o anterior ser apreendido, sendo que cada procedimento deve ser descrito em pormenor, em que a voz do terapeuta deve alterar ao longo dos ciclos de tensão e distensão.

No final das sessões é fundamental que se proceda à avaliação, analisando as experiências subjetivas da pessoa ao nível do grau de relaxamento conseguido. Pode ser realizada através da perceção sobre a experiência de relaxamento ou com a aplicação de escalas de likert de 10 pontos, em que o 0 significa ausência de relaxamento e o 10 o máximo de relaxamento percebido (Vásquez, 2001). Para Serra (2002) o procedimento

deve ser iniciado e finalizado com a monitorização do pulso de modo a poderem ser interpretadas as alterações ocorridas.

Esta técnica é algo que se vai desenvolvendo em termos de habilidade, o que leva a um maior grau de relaxamento à medida que a mesma se vai repetindo (Serra, 2002, Vásquez, 2001). Enquanto uma habilidade motora e que deve ser repetida para promover o seu domínio, deve ser executada diariamente, de preferência duas vezes por dia porém, nem sempre é possível esta periodicidade, pelo que uma vez por dia é mais fácil de ser concretizado. Imagens de paz podem ser utilizadas em complementaridade a esta técnica (Serra, 2002).

Alguns problemas podem decorrer com a sua execução, entre outros, ruídos exteriores, espasmos e tiques, pensamentos perturbadores, episódios de sono e incapacidade de relaxar grupos musculares (Vásquez, 2001).

II^a Parte
Investigação

Capítulo IV - Método

No presente capítulo apresentamos a metodologia inerente ao processo investigativo.

O estudo tem por finalidade contribuir para a melhoria da qualidade de vida no trabalho e, por inerência, melhorar os cuidados em saúde prestados pelos enfermeiros proporcionando-lhes alguns recursos que lhes permitam desenvolver capacidades para gerirem melhor o stresse relacionado com o trabalho de enfermagem.

4.1 - Questões de investigação e objetivos

A nossa investigação assentou nas seguintes questões:

Tabela 12
Questões de investigação

01	Que qualidade de vida relacionada com o trabalho têm os enfermeiros?
02	Que fatores psicossociais influenciam a qualidade de vida relacionada com o trabalho dos enfermeiros?
03	Que recursos de <i>coping</i> , respostas de stresse e índices críticos apresentam os enfermeiros?
04	Qual a relação entre os recursos de <i>coping</i> , as respostas de stresse e os índices críticos?
05	Que fatores psicossociais influenciam os recursos de <i>coping</i> , as respostas de stresse e os índices críticos dos enfermeiros?
06	Que violência psicológica percecionam os enfermeiros?
07	Que fatores psicossociais influenciam a perceção de violência psicológica no trabalho dos enfermeiros?
08	Qual a relação entre qualidade de vida, stresse e violência psicológica dos enfermeiros?
09	Quais os resultados de um programa de gestão de stresse, ao nível da perceção de qualidade de vida, do stresse e violência psicológica relacionada com o trabalho dos enfermeiros?
10	Que variáveis psicossociais explicam a qualidade de vida na primeira e segunda avaliação?
11	Que variáveis psicossociais (primeira avaliação) predizem a qualidade de vida na segunda avaliação?

Seguem-se os objetivos que nos propomos atingir com a nossa investigação:

Tabela 13

Objetivos de investigação

01	Descrever a qualidade de vida relacionada com o trabalho dos enfermeiros.
02	Identificar a relação entre fatores psicossociais e qualidade de vida relacionada com o trabalho dos enfermeiros.
03	Descrever os recursos de <i>coping</i> , as respostas de stresse e os índices críticos dos enfermeiros.
04	Identificar as relações entre os recursos de <i>coping</i> , as respostas de stresse e os índices críticos dos enfermeiros.
05	Identificar as relações entre variáveis psicossociais, os recursos de <i>coping</i> , as respostas de stresse e os índices críticos dos enfermeiros.
06	Identificar a presença, ou não, de violência psicológica no trabalho dos enfermeiros.
07	Identificar a relação entre variáveis psicossociais e a presença, ou não, de violência psicológica no trabalho dos enfermeiros.
08	Analisar a relação entre qualidade de vida, stresse e violência psicológica dos enfermeiros.
09	Analisar a eficácia de um programa de gestão de stresse na qualidade de vida dos enfermeiros.
10	Identificar variáveis que melhor explicam a qualidade de vida no primeiro e segundo momento de avaliação.
11	Identificar variáveis preditoras da qualidade de vida na segunda avaliação.

4.2 - Desenho da investigação

O desenho da investigação integra um plano lógico constituído por um conjunto de procedimentos formais que obedece a determinados pressupostos. Neste sentido visa contribuir para a concretização dos objetivos desta investigação. Apresentamos o tipo de estudo desenvolvido, os participantes, o material e os procedimentos. Finalizamos com as considerações éticas inerentes ao processo investigativo.

4.2.1 - Tipo de estudo

O estudo que caracteriza os propósitos da nossa investigação integrou o paradigma quantitativo, “as abordagens quantitativas são fundamentadas por crenças de que os seres humanos são um complexo de muitos sistemas corporais que podem ser medidos objetivamente, um de cada vez ou combinados” (Wood & Haber, 2001, pág. 123).

Quanto ao desenho consideramos um estudo descritivo, exploratório e correlacional dada a pretensão de análise das variáveis inerentes ao estudo e possíveis relações entre as mesmas.

Segundo Polit e Hunger (1995, p. 138) “o delineamento da série temporal pode ser utilizado”, neste sentido pretendemos fazer a comparação no grupo, nas suas mudanças e estabilidade associadas há variável tempo. É um estudo prospetivo e longitudinal, pois efetuamos uma abordagem intrasujeitos em dois momentos distintos, mediados por um intervalo de tempo de seis meses (Almeida & Freire, 1997), neste intervalo implementamos um programa psicopedagógico (num total de três sessões) que configura num desenho pré e pós-teste. E, um estudo transversal, na medida em que se pretende comparar os resultados obtidos num dado momento nas medidas utilizadas (plano de análise intersujeitos). Pretendemos, assim desenvolver dois estudos transversais e um longitudinal.

4.2.2 - Variáveis do estudo

Segundo Fortin (1999) as variáveis podem ser classificadas de formas diferentes. No presente estudo definimos como:

Variável principal:

Qualidade de vida dos enfermeiros.

Variáveis secundárias:

Recursos de *coping*, respostas de stresse, índices críticos, violência psicológica, perceção da saúde geral e perceção da qualidade de vida global, na última semana.

Variáveis sócio-demográficas: idade, sexo, estado civil, presença e número de filhos, local de residência atual e local de residência durante o curso ou em período de aulas.

Variáveis sócio-profissionais: tempo de serviço na profissão, na Instituição e no serviço atual, categoria profissional, natureza de vínculo à Instituição, local de desempenho da atividade profissional atual, número de horas de trabalho por semana (em situação de

pluriemprego), funções de chefe ou de responsável de serviço, satisfação com o serviço, grau de satisfação com o curso, colegas de curso, professores e a escola em geral, formação sobre stresse durante o curso, unidade curricular em que teve formação sobre o stresse, a maior fonte de stresse identificada e o nível de stresse atribuído exclusivamente à atividade profissional, pulso (antes e pós sessão de intervenção) e perceção do grau de relaxamento global e nos diferentes grupos musculares.

Apresentamos, seguidamente a operacionalização de algumas das variáveis em estudo para efeitos de tratamento de dados de informação com recurso à estatística paramétrica.

Estado civil - Esta variável será agrupada em duas categorias: double (casados, juntos, ou união de facto) e single (solteiros, divorciados e viúvos). As situações “single” aparecem na literatura consultada, como sendo mais vulnerável às consequências do stresse.

Categoria profissional e Natureza do vínculo - De acordo com a carreira de enfermagem no momento do estudo (Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de novembro) foram definidas duas categorias: a de enfermeiro e enfermeiro graduado. Relativamente à natureza do vínculo foi incluído o vínculo definitivo (pertencerem ao quadro da Instituição) e o vínculo precário (contrato, independentemente da sua natureza).

Funções de responsável de serviço - Considerámos o facto dos participantes que não sendo enfermeiros chefes poderiam desempenhar cargos de responsabilidade de serviço, assumindo as funções inerentes à categoria de enfermeiro chefe.

Satisfação com o serviço - Pareceu-nos que a melhor forma de operacionalização era questionarmos os enfermeiros se tinham pedido (ou pensado em pedir) transferência de serviço, com a possibilidade de resposta de 5 pontos (com o valor 1 a corresponder a nunca e o valor 5 a sempre).

Grau de satisfação com curso/colegas de curso/professores e escola - Foi nosso propósito obter a perceção do enfermeiro relativa à sua satisfação com o curso, colegas de curso, professores e escola, com a mensuração numa escala de likert de 4 pontos (do 0- nada satisfeito ao 4- muito satisfeito).

Percepção da saúde em geral e qualidade de vida global - são duas questões que se referem ao modo como cada participante classifica a sua saúde em geral e qualidade de vida global, reportando-se à última semana, numa escala de 7 pontos (com o valor 1 a corresponder a péssima e o valor 7 a ótima).

Nível de stresse atribuído exclusivamente à atividade profissional - A percepção do nível de stresse associado ao trabalho foi avaliada por uma questão mensurada numa escala de 5 pontos do sem stresse (1) ao com muitíssimo stresse (5).

4.3 - Participantes

A população alvo são Enfermeiros/Alunos do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (CPLEE) de uma Escola Superior de Enfermagem da região norte de Portugal. A amostra foi constituída por todos os enfermeiros (N=151) que aceitaram participar no estudo pelo que é denominado por Almeida e Freire (1997) grupo *tout venants*.

A seleção dos enfermeiros pelos diferentes CPLEE permitiu-nos uma maior heterogeneidade na amostra.

4.3.1 - Caracterização da amostra

A amostra inicial foi constituída por 151 enfermeiros. Destes, 59 (39,1%) apenas participaram na primeira avaliação. Os restantes 92 (60,9%) também iniciaram o programa psicopedagógico. A Tabela 14 apresenta a distribuição dos participantes pelas três sessões do programa psicopedagógico.

Tabela 14

Distribuição dos participantes nas três sessões do programa psicopedagógico

Programa de Intervenção	Total de Participantes					
	1ª Sessão		2ª Sessão		3ª Sessão	
	N	%	N	%	N	%
CPLEE Comunitária	14	15,2	13	17,6	11	15,7
CPLEE de Reabilitação	20	21,7	15	20,3	11	15,7
CPLEE Saúde Infantil e Pediatria	34	37,0	28	37,8	27	38,6
CPL E Saúde Mental e Psiquiatria	24	26,1	18	24,3	21	30,0
Total de Participantes	92	100,0	74	100,0	70	100,0

Pela análise da Tabela 14 constatamos que da primeira para a segunda sessão houve uma perda de 18 enfermeiros. Destes, 3 encontravam-se grávidas pelo que não participaram na segunda e terceira sessão (dada a execução da técnica de relaxamento selecionada não ser indicada em situações de gravidez). Da segunda para a terceira sessão não compareceram 4 enfermeiros. O programa psicopedagógico completo (3 sessões) apresentou uma perda de participantes de 32 (34,8%). Assim, a adesão dos participantes ao programa psicopedagógico foi de 65,2% (participantes que participarem em todas as sessões).

4.3.1.1 - Características sócio-demográficas e profissionais

A caracterização da amostra segundo algumas variáveis sócio-demográficas estudadas é apresentada na Tabela 15.

Tabela 15
Distribuição da amostra segundo variáveis sócio-demográficas

Variáveis	N	%	
Sexo (N=151)	Feminino	128	84,8
	Masculino	23	15,2
Idade (N=149)	≤ 30 anos	56	37,6
	31-40 anos	76	51,0
	41-50 anos	15	10,1
	≥ 51 anos	2	1,3
Estado civil (N=150)	“Double”	88	58,7
	“Single”	62	41,3
Ter filhos (N=151)	Sim	84	55,6
	Não	67	44,4
Local de residência habitual (N=151)	Porto	31	20,5
	Vila Nova de Gaia	25	16,6
	Matosinhos	20	13,2
	Maia	18	11,9
	Gondomar	14	9,3
	Vila do Conde	3	2,0
	Espinho	2	1,3
	Santo Tirso	2	1,3
	Vila da Feira	2	1,3
	Trofa	1	0,7
	Outras localidades	33	21,9
Local de residência durante o curso/período de aulas (N=151)	Mesmo da Residência Atual	148	98,0
	Outro	3	2,0

Dos participantes no nosso estudo 128 (84,8%) eram do sexo feminino e 23 (15,2%) do sexo masculino. Apresentavam uma média de idades de 33,2 (DP=5,7) anos, com a idade mínima de 24 anos e a máxima de 54 anos. A classe de idade mais representativa

situou-se entre os 31-40 anos com 76 (51,0%) dos participantes. 56 (37,6%) tinham idade ≤ 30 anos, 15 (10,1%) entre os 41-50 anos e 2 (1,3%) com idade superior ou igual aos 51 anos. Relativamente ao estado civil 88 (58,7%) apresentavam situação “double” e 62 (41,3%) “single”. 84 (55,6%) dos enfermeiros referiram ter filhos e 67 (44,4%) mencionaram não os ter. A média de idade do primeiro filho foi de 7,5 (DP=4,9) anos, do segundo filho a média foi de 6,3 (3,9) anos e do terceiro filho a média de 7 (DP=1,7) anos. As questões relacionadas com a idade e estado civil, não foram assinaladas por dois e um participante, respetivamente.

O local de residência dos enfermeiros que apresentou maior frequência foi a cidade do Porto com 31 (20,5%), Vila Nova de Gaia 25 (16,6%), Matosinhos 20 (13,2%), Maia 18 (11,9%), Gondomar 14 (9,3%), Vila do Conde 3 (2 %), seguindo-se Espinho, Santo Tirso e Vila da Feira com 2 (1,3%) e Trofa 1 (0,7%). 33 enfermeiros (21,9%) mencionaram residir em outro local que não os anteriormente descritos. Assim, 5 (3,3%) residiam em Valongo, 3 (2%) em Penafiel e Ermesinde, 2 (1,3%) em Lisboa e na Ilha Terceira-Açores. Durante o curso/período de aulas 148 (98%) dos enfermeiros mantiveram a sua residência habitual e 3 (2%) passaram a residir na cidade do Porto, em período letivo.

Na Tabela 16 apresentamos a caracterização da amostra de acordo com algumas variáveis sócio-profissionais. Alguns participantes não responderam a diferentes itens, como podemos visualizar através do N apresentado na Tabela 16.

Tabela 16
Distribuição da amostra segundo variáveis sócio-profissionais

Variáveis		N	%
Tempo de serviço na profissão (N=151)	≤ 4 anos	16	10,6
	5-9 anos	53	35,1
	10-14 anos	51	33,8
	15-19 anos	27	17,9
	20-24 anos	3	2,0
	25-29 anos	0	0,0
	≥ 30 anos	1	0,7
Tempo de serviço na Instituição (N=140)	≤ 4 anos	25	17,9
	5-9 anos	52	37,1
	10-14 anos	51	36,4
	15-19 anos	10	7,1
	20-24 anos	2	1,4
	25-29 anos	0	0,0
	≥ 30 anos	0	0,0

Continua

Tempo de serviço no serviço atual (<u>N</u> =138)	≤4 anos	47	34,1
	5-9 anos	55	39,9
	10-14 anos	32	23,2
	15-19 anos	4	2,0
	20-24 anos	0	0,0
	25-29 anos	0	0,0
	≥30 anos	0	0,0
Categoria profissional (<u>N</u> =151)	Enfermeiro	52	34,4
	Enfermeiro Graduado	99	65,6
Natureza do vínculo à Instituição (<u>N</u> =150)	Vínculo definitivo	110	73,3
	Vínculo precário	40	26,7
Desempenha a atividade (<u>N</u> =150)	Hospital	118	78,7
	Cuidados de Saúde Primários	27	18
	Clínica Particular	2	1,3
	Outra	3	2,0
Funções de chefe ou de responsável de serviço (<u>N</u> =148)	Sim	36	24,3
	Não	112	75,7
Estatuto trabalhador estudante (<u>N</u> =150)	Sim	125	83,3
	Não	25	16,7
Satisfação com o serviço (<u>N</u> =147) ⁶	Sim	98	66,7
	Não	49	33,3

No que respeita ao tempo de serviço na profissão 53 (35,1%) possuía entre 5 e 9 anos, 51 (33,8%) entre 10-14 anos, 27 (17,9%) entre 15-19 anos, 16 (10,6%) ≤ 4 anos, 3 (2,0%) entre 20-24 anos e 1 (0,7%) idade igual ou superior a 30 anos. Em média tinham 10, 4 (DP=5,1) anos de serviço.

Analisando o tempo de serviço na Instituição constatamos que 52 (37,1%) tinham entre 5-9 anos de serviço, 51 (36,4%) entre os 10 e 14 anos, 25 (17,9%) ≤ 4 anos, 10 (7,1%) entre os 15-19 anos e 2 (1,4%) entre os 20-24 anos. A média de tempo de serviço na Instituição era de 8,6 (DP=4,2) anos.

O tempo de serviço no local de trabalho atual era para 55 (39,9%) enfermeiros entre os 5-9 anos, 47 (34,1%) ≤ 4 anos, 32 (23,2%) entre os 10-14 anos e 4 (2,0%) entre os 15-19 anos, com a média de tempo de serviço de 6,6 (DP=3,7).

Relativamente à categoria profissional 99 (65,6%) eram enfermeiros graduados e 52 (34,4%) enfermeiro. Possuíam vínculo definitivo 110 (73,3%) e vínculo precário 40 (26,7%) dos participantes.

⁶ Enfermeiros que haviam (ou não) pensado em pedir transferência de serviço

Exerciam a sua atividade profissional no momento do estudo em contexto hospitalar 118 (78,1%), nos Cuidados de Saúde Primários 27 (18%), em clínica particular 2 (1,3%) e em outro local 3 (2%). 41 (27,2%) dos participantes exerciam a sua atividade profissional em situação de pluriemprego e em média trabalhavam 44,8 horas por semana ($DP=12,6$). Possuíam funções de chefia ou de responsabilidade de serviço 36 (24,3%), enquanto que 112 (75,7%) não tinham estas atribuições funcionais. Relativamente ao Estatuto de trabalhador estudante 125 (83,3%) havia solicitado este direito, 25(16,7%) não o tinha feito.

Quando questionados os enfermeiros se tinham pedido (ou pensado em pedir) transferência de serviço (satisfação com o serviço) constatámos que 98 (66,7%) responderam afirmativamente.

Pretendemos conhecer as características da nossa amostra relativamente a variáveis relacionadas com a frequência do CPLEE o curso, colegas de curso, professores e escola em geral, os resultados são apresentados na Tabela 17.

Tabela 17

Distribuição da amostra no CPLEE e grau de satisfação com o curso, colegas de curso, professores e escola em geral

Variáveis	N	%	
Frequenta o CPLEE (N=151)	Comunitária	16	10,6
	Saúde Infantil e Pediatria	36	23,8
	Saúde Materna e Obstetrícia	23	15,2
	Saúde Mental e Psiquiátrica	37	24,5
	Reabilitação	39	25,8
Grau de satisfação com o curso em geral (N=150)	Nada satisfeito	0	0,0
	Pouco satisfeito	13	8,7
	Satisfeito	112	74,7
	Muito satisfeito	25	16,7
Grau de satisfação com os colegas de curso em geral (N=150)	Nada satisfeito	0	0,0
	Pouco satisfeito	6	4,0
	Satisfeito	89	59,3
	Muito satisfeito	55	36,7
Grau de satisfação com os professores de curso em geral (N=150)	Nada satisfeito	1	0,7
	Pouco satisfeito	12	8,0
	Satisfeito	104	69,3
	Muito satisfeito	33	22,0
Grau de satisfação com a escola em geral (N=150)	Nada satisfeito	2	1,3
	Pouco satisfeito	22	14,7
	Satisfeito	107	71,3
	Muito satisfeito	19	12,7

A Tabela anterior permite-nos constatar que 39 enfermeiros (25,8%) frequentavam o de CPLEE de Reabilitação, 37 (24,5%) de Saúde Mental e Psiquiatria, 36 (23,8%) de

Saúde Infantil e Pediatria, 23 (15,2%) de Saúde Materna e Obstetrícia e 16 (10,6%) de Comunitária.

No que se refere ao grau de satisfação que os enfermeiros apresentavam para com curso em geral constatamos que 112 (74,7%) se encontravam satisfeitos, 25 (16,7%) muito satisfeitos e 13 (8,7%) pouco satisfeitos. Relativamente ao grau de satisfação para com os colegas de curso em geral 89 (59,3%) estavam satisfeitos, 55 (36,7%) muito satisfeitos e 6 (4%) pouco satisfeitos. Já para com os professores do curso em geral 104 (69,3%) estavam satisfeitos, 33 (22%) muito satisfeitos, 12 (8%) pouco satisfeitos e 1 (0,7%) nada satisfeito. Para com a escola em geral 107 (71,3%) encontrava-se satisfeito, 22 (14,7%) pouco satisfeito, 19 (12,7%) muito satisfeito e 2 (1,3%) nada satisfeito.

Em síntese podemos referir que na sua maioria os enfermeiros referiram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com o CPLEE que frequentavam, os colegas de curso, os professores e a escola.

4.3.1.2 - Características da perceção de saúde, qualidade de vida e do nível de stresse

A Tabela 18 apresenta características da nossa amostra relativamente à perceção de de saúde geral, à qualidade de vida global e ao nível de stresse.

Tabela 18

Distribuição da amostra de acordo com perceção de saúde em geral e qualidade de vida global e nível de stresse

Variáveis		N=151	%
Como classifica a sua saúde em geral durante a última semana	1-Péssima	1	0,7
	2	3	2,0
	3	25	16,6
	4	29	19,2
	5	40	26,5
	6	39	25,8
	7-Ótima	14	9,3
Como classifica a sua qualidade de vida global durante a última semana	1-Péssima	5	3,3
	2	19	12,6
	3	34	22,5
	4	34	22,5
	5	32	21,2
	6	22	14,6
	7-Ótima	5	3,3
Nível de stresse atribuído exclusivamente à atividade profissional	Pouco stressante	22	14,6
	Bastante stressante	71	47,0
	Muito stressante	49	32,5
	Muitíssimo stressante	9	6,0

Questionámos os enfermeiros no sentido de obter a sua perceção acerca da sua saúde em geral e da sua qualidade de vida global, na última semana. Relativamente à sua saúde em geral obtivemos numa escala likert de 7 pontos o valor médio de 4,8 ($DP=1,3$). De realçar que 14 (9,3%) mencionam ter uma ótima saúde em geral, enquanto que apenas 1 (0,7%) refere ser péssima.

Quanto à qualidade de vida global e numa escala de likert de 7 pontos encontrámos uma média de 4,0 ($DP=1,5$). Igual número de participantes, 5 (3,3%) identificaram-na como péssima e ótima, optando por assinalar os extremos da escala de mensuração.

No que respeita ao nível de stresse experimentado e atribuído exclusivamente à atividade que desenvolvem, 71 (47%) enfermeiros referiram ser bastante stressante, muito stressante 49 (32,5%), pouco stressante 22 (14,6%) e muitíssimo stressante 9 (6%).

Pretendemos saber se os enfermeiros haviam tido formação sobre stresse. Dos 151 participantes, 78 (51,7%) respondeu afirmativamente, 69 (45,7%) referiu não ter tido e 4 (2,6%) não responderam à questão. Na Tabela 19 apresentamos a distribuição pelas unidades curriculares onde os enfermeiros mencionaram ter obtido informação sobre o stresse. Responderam a esta questão 64 dos 78 enfermeiros que mencionaram terem tido formação sobre stresse.

Tabela 19

Distribuição por unidade curricular onde foram lecionados conteúdos sobre stresse

Unidade Curricular	N	%
Psicologia	11	17,2
Metodologias de Intervenção	8	12,5
Opção II	8	12,5
Enfermagem Psiquiátrica	7	10,9
Enfermagem de Pediatria	6	9,4
Enfermagem de Reabilitação	4	6,3
Enfermagem da Mulher e da Criança	3	4,7
Gestão	3	4,7
Comunicação e Relação de Ajuda	2	3,1
Pós-Graduação em Gestão e Administração dos Serviços de Saúde	1	1,6
Outros	11	17,2
Total	64	100

A análise da Tabela 19 permitiu-nos constatar que 11 (17,2%) enfermeiros obtiveram formação na unidade curricular de Psicologia, 8 (12,5%) nas Metodologias de Intervenção e Opção II, 7 (10,9%) na Enfermagem Psiquiátrica, 6 (9,8%) na Enfermagem de Pediatria,

4 (6,3%) na Enfermagem de Reabilitação, 3 (4,7%) na Enfermagem da Mulher e da Criança e na Gestão, 2 (3,1%) na Comunicação e Relação de Ajuda e 1 (1,6%) numa Pós Graduação em Gestão e Administração dos Serviços de Saúde. Nos *outros* 11 (17,2%) encontramos referência a unidades curriculares como a Investigação, a Bioética, a Licenciatura em Enfermagem e o Ensino Clínico de Psiquiatria (89/92).

Questionámos sobre a perceção da maior fonte de stresse para os participantes no momento da realização do estudo, resultados que apresentamos em seguida, por ordem decrescente de respostas.

Tabela 20

Atribuições causais de stresse

Fontes de Stresse	N	%
Conciliar trabalho-escola-família	26	18,6
Conciliar trabalho-escola	26	18,6
Falta de recursos humanos-enfermeiros	11	7,9
Quantidade de trabalhos académicos	10	7,1
Gestão do tempo	10	7,1
Lidar com sofrimento/gravidade doentes/crianças	9	6,4
Horas de trabalho	9	6,4
Fator económico	8	5,7
Curso de Pós-Licenciatura	7	5,0
Alteração/Insegurança na carreira de enfermagem	7	5,0
Avaliações	4	2,9
Política	2	1,4
Comunicação com prestadores de cuidados/pais	2	1,4
Serviço-Chefe	2	1,4
Gravidez atual	1	0,7
Doença de familiar	1	0,7
Trabalho por turnos	1	0,7
Rotinas	1	0,7
Assumir responsabilidade	1	0,7
Competitividade na equipa	1	0,7
Injustiça	1	0,7
Total	140	100

Como se pode observar pela Tabela 20, dos 151 participantes apenas 140 fizeram referência à maior fonte de stresse. Assim, para 26 (18,6%) dos enfermeiros era conciliar o trabalho-escola-família e conciliar o trabalho-escola, segue-se a falta de recursos humanos (enfermeiros) 11 (7,9%), 10 (7,1%) mencionaram ser a quantidade de trabalhos académicos e a gestão do tempo, 9 (6,4%) lidar com o sofrimento/gravidade dos doentes/crianças e o número de horas de trabalho, 8 (5,7%) o fator económico, 7 (5%) o curso de pós-licenciatura e a alteração/insegurança na carreira, 4 (2,9%) as avaliações,

2 (1,4%) a política, a comunicação com os prestadores de cuidados/pais e o serviço/chefe, 1 (0,7%) a gravidez, a doença de familiares, o trabalho por turnos, as rotinas, o assumir responsabilidades, a competitividade na equipa e a injustiça.

Em síntese, podemos referir que a formação em contexto escola é um determinante de stresse percebido pelos enfermeiros do estudo, em associação com a manutenção das suas atividades profissionais e familiares.

4.4 - Material

Para a recolha de dados elaborámos um instrumento que integrou diferentes escalas de autoavaliação. O instrumento, na forma de questionário enquanto método, que necessita de repostas escritas pelos sujeitos é preenchido pelo próprio sem a participação do investigador (Fortin, 1999) e torna possível objetivar as variáveis de investigação.

O instrumento de colheita de dados compreende um questionário sócio-demográfico e profissional, o Short-Form (SF36-V1) adaptado por Ribeiro (2005a), o Inventário de Respostas e Recursos Pessoais - IRRP de McIntyre et al. (1995) e o Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R de Einarsen & Raknes, 1997, traduzido e adaptado por Araújo, McIntyre & McIntyre 2004).

4.4.1 - Questionário sócio-demográfico

O questionário por nós elaborado foi constituído por perguntas fechadas e de resposta curta e teve como objetivo a caracterização psicossocial da amostra. Foram elaboradas questões sobre dados biográficos e sócio-profissionais.

O questionário sócio-demográfico aplicado na primeira avaliação integra um total de 24 questões (Anexo I). Na avaliação final apenas foram aplicadas as questões 23 (23.1 e 23.2) e 24 do respetivo questionário, nomeadamente “Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana”; “Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana” e “Qual o nível de stresse experimentado no seu dia a dia e que atribui exclusivamente à atividade que desenvolve?”

4.4.2 - Short-Form Health Survey

Para avaliarmos a qualidade de vida dos enfermeiros optámos por utilizar o Short-Form Health Survey conhecido por SF36. O SF36 resulta de um projeto de observação longitudinal - Medical Outcomes Study (MOS) desenvolvido por investigadores da Rand Corporation, nos Estados Unidos da América, nos anos 80 e cujos autores são Ware e Sherbone (Ferreira, 2000a). O objetivo deste instrumento segundo Ribeiro (2007, p. 81) é “avaliar a perceção de saúde tal como é definida pela WHO em jovens e adultos”. A nossa opção por este instrumento deve-se à possibilidade de medição de conceitos de saúde básicos, fundamentais para a funcionalidade e o bem-estar de cada indivíduo, não sendo específico para determinada faixa etária ou patologia. O conteúdo integra a componente física e mental e possui características psicométricas robustas, assim como facilidade na sua aplicabilidade. Das diferentes versões existentes optámos pela 1.0 (Ribeiro, 2005a).

O SF36 é constituído por um total de 36 itens (Anexo II). que variam numa escala de likert entre 2 e 6 e integra as seguintes dimensões: Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor, Saúde Geral, Saúde Mental, Desempenho Social, Vitalidade e Funcionamento Emocional (Ribeiro, 2005a).

Tabela 21
Dimensões do SF36

Dimensões	Denominação	Itens	Conteúdo
Componente Física	Função Física	3a + 3b + 3c + 3d + 3e + 3f + 3g + 3h + 3i + 3j	Pretende medir a limitação para executar atividades menores, intermédias e extenuantes.
	Desempenho Físico	4a + 4b + 4c + 4d	Mede a limitação em saúde em termos do tipo e quantidade de trabalho executado.
	Dor Física	7 + 8	Representa não só a intensidade e o desconforto causados pela dor, assim como a forma como interfere nas atividades normais.
	Saúde em Geral	1 + 11a + 11b + 11c + 11d	Pretende medir o conceito de perceção holística de saúde, incluindo a saúde em geral bem como a resistência à doença e a aparência saudável.
Componente Mental	Saúde Mental	9b + 9c + 9d + 9f + 9h	Inclui questões relativas a dimensões fundamentais da saúde mental (ansiedade, depressão, perda de controlo a nível comportamento ou emocional e o bem-estar psicológico).

Continua

Componente Mental	Desempenho Emocional	5a + 5b + 5c	Mede a limitação inerente a comportamentos emocionais em termos do tipo e quantidade de trabalho executado
	Função Social	6 + 10	Pretende captar a quantidade e qualidade das atividades sociais, bem como o impacto de problemas físicos e emocionais nas atividades sociais.
	Vitalidade	9a + 9e + 9g + 9i	Integra os níveis de energia e de fadiga. Permite obter melhor as diferenças de bem-estar.

Fonte: Adaptado de “Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte I - adaptação cultural e linguística”, In Ferreira, P. L., 2000a, pp. 55-63; Ribeiro, 2005a, p. 94.

Os itens foram codificados e invertidos. Para obtermos as pontuações das subescalas utilizamos a fórmula fornecida pelo autor (Ribeiro, 2005a). Os resultados das subescalas variam entre 0 e 100. A valores mais elevados corresponde melhor percepção de qualidade de vida.

Para avaliarmos a fidelidade dos resultados do SF36, quando aplicado na amostra em estudo recorreremos ao coeficiente Alpha de Cronbach. Na Tabela 22 podemos observar os resultados da avaliação da consistência interna do SF36 do nosso estudo e os resultados de Ferreira (2000b) e Ribeiro (2005a).

Tabela 22

Resultados da consistência interna do SF36 no presente estudo, no estudo de Ferreira (2000b) e no de Ribeiro (2005a)

SF36	Total de Itens	1ª Avaliação	Ferreira (2000b)	Ribeiro (2005a)
Função Física	10	0,82	0,87	0,94
Desempenho Físico	4	0,80	0,75	0,87
Dor Física	2	0,89	0,84	0,88
Saúde Geral	5	0,69	0,87	0,83
Vitalidade	4	0,86	0,82	0,83
Função Social	2	0,72	0,60	0,69
Desempenho Emocional	3	0,74	0,71	0,78
Saúde Mental	5	0,90	0,64	0,87

Pela análise da Tabela 22 verificamos que os resultados obtidos na nossa amostra são semelhantes aos do estudo de validação de Ferreira (2000a, 2000b) e de Ribeiro (2005a).

No presente estudo encontramos resultados com uma variabilidade dos valores de Alpha de Cronbach que oscilam entre 0,69 e 0,90, correspondendo o valor mínimo de 0,69

à subescala da Saúde Geral e o máximo ao da Saúde Mental (0,90). Estes valores revelam homogeneidade dos enunciados (Polit & Hunger 1995).

4.4.3 - Inventário de Respostas e Recursos Pessoais

O Inventário de Respostas e Recursos Pessoais (IRRP), Versão do Brief Personal Survey (BPS) de Mauger (1994) traduzido para a língua portuguesa por McIntyre, McIntyre e Silvério (1995) está dirigido para a avaliação dos recursos de *coping*, respostas de stresse, bem como para a identificação de índices críticos (Anexo III). É um instrumento de autorelato, constituído por 99 itens e solicita ao participante que indique se considera verdadeiro ou falso, cada uma das proposições. Os autores fornecem uma matriz de classificação se o participante considerar verdadeira a formulação do item e se este tiver cotação 1 será contabilizada essa pontuação. Caso contrário, é-lhe atribuído valor zero.

O IRRP é constituído por duas escalas de *Validade* (Infrequência [Comportamentos Desviantes] 15 itens- e Negação - 8 itens) com o objetivo de identificar os participantes com tendência a minimizar os seus problemas e a pretenderem transmitir *boa impressão*, escalas de *recursos de coping*, que pretendem avaliar as capacidades de confronto com as situações de stresse (Suporte Social - 8 itens, o Espírito Filosófico [Recursos Espirituais/Existenciais] - 8 itens) e a Resiliência Psicológica - 8 itens - [*Coping*]), *escalas de respostas de stresse* que refletem o modo dos participantes experienciarem e reagirem ao stresse (Distresse e Saúde - 8 itens, Pressão Excessiva - 8 itens, Raiva/Frustração - 9 itens, Ansiedade - 8 itens, Depressão - 10 itens, Hostilidade - 10 itens, Resposta Fisiológica - 10 itens, Emocionalidade Disfórica - 14 itens, Ineficácia - 10 itens e Culpabilidade - 8 itens) e as *escalas de índices críticos*, nomeadamente Álcool/Droga (2 itens), Suicídio (5 itens), Agudo e Crónico (2 itens) e Perda de Controle (15 itens). Alguns itens integram dimensões diferentes da escala tendo cotações diferentes nas respostas, por exemplo o item 72 “*Não é vulgar sentir-me muito fraco e sem forças.*” na dimensão *Coping* à resposta verdadeiro é atribuída a pontuação um e, na dimensão Hostilidade à resposta verdadeiro é atribuída a pontuação zero. Por isto o somatório dos itens das dimensões é superior aos 99 itens da escala.

Ao estudar a consistência interna do IRRP aplicado na amostra em estudo, obtivemos para a escala total o valor de Alpha de Cronbach de 0,74. Na versão original do instrumento Mauger (1994) apresenta um valor de Alpha de Cronbach de 0,71, Martins (2001) refere um valor de 0,70. Para as subescalas a versão original apresenta valores de Alpha de Cronbach compreendidos entre 0,68 e 0,80. No presente estudo, os valores de Alpha de Cronbach apresentaram uma variabilidade entre 0,51 e 0,82.

Na análise do comportamento de cada um dos itens com a subescala a que pertenciam e com a escala total optámos por eliminar itens, o que nos permitiu melhorar os valores da consistência interna (Tabela 23).

Tabela 23
Resultados da avaliação da consistência interna do IRRP

	IRRP	N	N.º itens	N.º itens final	Item Eliminado	Alfa de Cronbach (α)
Validade	Infrequência	150	15	15	_____	0,67
	Negação	151	8	7	55	0,51
Recurso de coping	Espírito Filosófico	146	8	8	_____	0,76
	Coping	146	8	8	_____	0,69
	Suporte Social	150	8	8	_____	0,67
Resposta de Stresse	Raiva e Frustração	149	9	9	_____	0,73
	Distress e Saúde	148	8	7	72	0,55
	Culpabilidade	150	8	8	_____	0,61
	Resposta Fisiológica	147	10	10	_____	0,62
	Emocionalidade Disfórica	149	14	14	_____	0,82
	Ansiedade	149	8	8	_____	0,65
	Pressão Excessiva	148	8	7	40	0,60
	Hostilidade	149	10	9	72	0,69
	Depressão	149	10	10	_____	0,77
	Ineficácia	150	10	10	_____	0,71
Índice crítico	Perda de Controlo	148	15	15	_____	0,78
	Suicídio	151	5	5	_____	0,56
	Agudo e Crónico	151	2	2	_____	0,49
	Álcool e Droga	151	2	2	_____	0,38

Ribeiro (2005c) refere que são aceitáveis valores de Alpha de Cronbach de 0,60 em dimensões/subescalas com poucos itens. Neste sentido optámos por analisar os resultados obtidos nesta amostra, nas subescalas Negação (α 0,51), Distresse e Saúde (α 0,55) e Suicídio (α 0,56) uma vez que o valor é próximo de 0,60. Optámos por não analisar as

relações das subescalas Agudo e Crónico (2 itens e α 0,49) e Álcool e Droga (2 itens e α 0,38) por não apresentarem valores satisfatórios de consistência interna.

Com o objetivo de facilitar a leitura dos resultados das subescalas optámos por aplicar a fórmula $(\frac{\Sigma - mn}{mx - mn}) * 100$ para homogeneizar os resultados, passando os valores obtidos a variar entre 0 e 100 (Ribeiro, 2005a). Correspondendo a valores médios mais elevado mais recursos de *coping*, respostas de stress e índices críticos.

4.4.4 - Negative Acts Questionnaire Revised

O Negative Acts Questionnaire (NAQ) foi desenvolvido por Einarsen e Raknes, (1997), apoiado em diferentes fontes de literatura e vítimas de “Work Harassment” e pretendia avaliar a perceção de exposição ao *bullying* e situações de vitimização no trabalho. O NAQ na sua versão original era constituído por um total de 22 itens. Posteriormente, numa revisão em inglês (Hoel, Cooper & Faragher, 2001) com recurso à metodologia de Focus Group (11 grupos, num total de 61 participantes), cujo objetivo visava melhorar os itens do NAQ, emerge uma nova versão que se passou a designar Negative Acts Questionnaire Revised (NAQ-R) sendo constituído por um total de 29 itens.

Ambas as versões apresentavam, após as descrições dos itens (sem que fosse efetuada referência ao termo *bullying*, o que permitia ao participante responder sem ter que se identificar como vítima de *bullying*) um item com a definição de *bullying*. Os participantes deveriam indicar numa escala de likert de 5 pontos a perceção de serem vítimas de acordo com a definição apresentada. O período de avaliação reportava-se aos últimos seis meses. A consistência interna avaliada pelo Alpha de Cronbach revelou homogeneidade das subescalas 0,33-0,85 e 0,92, respetivamente (Nielsen, Notelaers & Einarsen, 2011). A Análise fatorial identificou no NAQ cinco dimensões: personal derogation, work-related harassment, social exclusion, social control e physical abuse e no NAQR-29 duas dimensões: personal *bullying* e work related *bullying*.

O NAQ-R 22 itens foi apresentado e validado por Einarsen, Hoel e Notelaers (2009) é um questionário de autopreenchimento e avalia a exposição ao *bullying* (Anexo IV). Solicita-se ao participante que numa escala frequencial de 1 a 5 pontos (1-nunca, 2-de vez

em quando, 3-mensalmente, 4-semanalmente, 5-diariamente) assinale a sua percepção relativa a cada proposição (atos negativos no contexto laboral), reportando-se aos últimos seis meses. O item 23 apresenta a definição de “*bullying*” e solicita-se ao participante que tendo presente o conceito mencionado e reportando-se aos últimos seis meses, assinale numa escala de 5 pontos (1- não; 2- sim, mas só raramente; 3- sim, de vez em quando; 4- sim, várias vezes por semana; 5- sim, quase todos os dias) a frequência do fenómeno.

Este instrumento evidenciou elevado grau de homogeneidade, com um valor de Alpha de Cronbach de 0,90 e uma estrutura fatorial de três dimensões: personal bullying, work-related *bullying* e pshysical intimidating forms of bulliyng.

Araújo (2009) apresenta uma estrutura fatorial de três dimensões: *bullying* profissional, *bullying* pessoal e sobrecarga de trabalho, sendo o NAQ-R deste estudo constituído por 19 itens. O valor de Alpha de Cronbach para a escala total foi de 0,89 e de 0,85 para a subescala *bullying* profissional, 0,82 para a subescala *bullying* pessoal e 0,72 para a subescala sobrecarga de trabalho.

Para a análise da prevalência da violência psicológica, no presente estudo recorreremos aos seguintes critérios (Araújo et al., 2008; Einarsen & Skogstad, 1996; Einersen & Hoel, 2001; Einarsen et al., 2009; Nielsen et al., 2011; Sá, 2008):

Critério 1 - Resposta positiva a pelo menos um dos 22 itens com intensidade 4 (semanalmente) ou 5 (diariamente), nos últimos seis meses.

Critério 2 - O participante identifica-se como vítima de violência psicológica no trabalho através do item 23 com a intensidade de 3 (sim, de vez em quando); 4 (sim, várias vezes por semana) ou 5 (sim, quase todos os dias), nos últimos seis meses.

Critério 3 - Resposta positiva conjuntamente ao primeiro e segundo critério, nos últimos seis meses.

Análise dos Componentes Principais (ACP)

Reproduzindo a análise dos autores efetuámos a ACP com rotação ortogonal pelo método *varimax* e normalização *Keiser*. No estudo das propriedades psicométricas deste instrumento aplicado a outras amostras tanto nacionais como internacionais, os autores fizeram opções diversas no que diz respeito ao número de fatores extraídos. Assim, na pesquisa efetuada Einersen e Raknes (1997) apresentaram uma solução de cinco fatores (personal derogation, work-related harassment, social exclusion, social control e physical abuse); Einersen e Hoel (2001) num outro estudo posterior optaram por dois fatores (personal bullying e work-related bullying), Einersen et al. (2009) três fatores (personal bullying, work-related bullying e physically intimidating bullying).

Analisando procedimentos utilizados por outros autores que aplicaram este instrumento, Sá e Pereira (2007) identificaram cinco fatores (atitudes de ataque pessoal, atitudes de isolamento da pessoa, atitudes negativas relacionadas com o trabalho, atitudes de negação dos direitos dos trabalhadores e atitudes intimidatórias). Araújo et al. 2004, na adaptação do instrumento ao contexto português, apresentam dois fatores (comportamentos de *bullying* relacionados com o trabalho e ataques pessoais). Tsuno, Kawakami, Inoue e Abe (2010) apresentam no seu estudo “Measuring Workplace Bullying: Reability and Validity of the Japanese Version of the Negative Acts Questionnaire” três fatores “Person-and-work-related bullying”, “Physical or psychological intimidation bullying” e Occupational devaluation” e Abe e Henly (2010) referem cinco fatores (verbal bullying, physical bullying, exploitation, undervaluation, e isolation). Araújo (2009) apresenta uma estrutura fatorial de três fatores: *bullying* profissional, *bullying* pessoal e sobrecarga de trabalho.

Das análises efetuadas, optámos por uma solução de ACP forçada a quatro fatores, com saturação dos itens $>0,3$. A solução obtida explica 50,3% da variância total da escala. O índice de Kaiser-Meyer-Olkin apresenta um valor de $KMO=0,81$, o que indica haver uma boa correlação entre os itens. A correlação existente entre os itens evidenciada pelo teste de esfericidade de Bartlett mostrou-se estatisticamente significativa $p<0,01$ ($p=0,000$). Estes valores evidenciam que o método de análise fatorial é adequado para o tratamento dos dados. Na Tabela 24 apresentamos a carga fatorial dos itens do NAQ-R.

Tabela 24

Carga fatorial dos itens por fator, valores próprios ou específicos e variância dos itens de cada fator

Itens	Fatores (Saturação)				h2
	1	2	3	4	
15	0,701				0,560
22	0,692				0,483
10	0,608				0,437
8	0,583				0,403
20	0,562				0,411
9	0,541		0,325		0,464
2	0,540			0,344	0,487
5		0,706			0,560
6		0,677			0,674
13		0,634	0,374		0,574
7		0,607			0,450
12	0,302	0,599			0,500
17		0,508	0,309		0,436
14		0,436		0,420	0,375
1		0,426			0,323
21			0,778		0,636
16			0,757		0,629
18			0,697		0,640
11			0,425	0,333	0,432
3				0,827	0,725
4				0,692	0,516
19	0,372			0,405	0,356
<hr/>					
Variância explicada (Total - 50,33%)	29,0	7,9	6,9	6,4	
<hr/>					
Valor Próprio ou Específico	6,3	1,7	1,5	1,4	

Como podemos visualizar na Tabela 24 o primeiro fator apresentou um valor próprio (*eigenvalue*) de 6,3 e foi responsável por 29,0% da variância total do instrumento, sendo composto por 7 itens. O fator 2 apresenta 7,9 % da variância explicada com valor próprio de 1,7 integrando 8 itens. No fator 3, concentraram-se 4 itens responsáveis por 6,9% da variância total, tendo obtido valor próprio igual a 1,5. O fator 4 que explica 6,4% da variância, com um valor próprio de 1,4 é constituído por 3 itens.

Einersen e Raknes (1997) identificam 5 fatores com valores próprios superiores a 1 que explicam 57% do total da variância. Abe (2007) apresenta-nos no seu estudo com uma amostra de enfermeiros Japoneses 3 fatores com valores próprios superiores a 1. Sá e Pereira (2007) referem-se a 5 fatores que explicam 55,7% do total da variância. Sá (2008) identifica 4 fatores que explicam 51,5% do total da variância. Tsuno et al. (2009) apresenta

uma estrutura fatorial de três fatores que explicam 51,4% do total da variância. Abe e Henly (2010) apresentam-nos 3 fatores que explicam 60% do total da variância.

Continuando a inspecionar o comportamento dos itens, foi efetuada a análise convergente- discriminante dos itens corrigida para sobreposição.

Inspecionou-se se a correlação dos itens com a subescala a que pertenciam (ou era suposto pertencerem) era superior à das restantes subescalas. Apresentam-se na Tabela 25 os resultados obtidos.

Tabela 25

Correlação dos itens das subescalas NAQ-R (corrigida para sobreposição) (N=151)

Itens	F 1	F2	F3	F4
1	0,207	0,339	0,275	0,260
2	0,486	0,405	0,400	0,366
3	0,261	0,179	0,271	0,527
4	0,211	0,311	0,238	0,485
5	0,302	0,512	0,254	0,217
6	0,364	0,532	0,079	0,116
7	0,395	0,468	0,246	0,173
8	0,495	0,345	0,309	0,238
9	0,503	0,384	0,359	0,136
10	0,468	0,320	0,325	0,244
11	0,404	0,413	0,446	0,344
12	0,365	0,504	0,366	0,166
13	0,411	0,558	0,407	0,164
14	0,287	0,373	0,257	0,296
15	0,529	0,391	0,259	0,197
16	0,373	0,303	0,617	0,296
17	0,405	0,466	0,320	0,172
18	0,445	0,379	0,656	0,371
19	0,375	0,312	0,363	0,280
20	0,498	0,398	0,349	0,257
21	0,322	0,328	0,603	0,211
22	0,463	0,219	0,238	0,174

Nota: F1 - Intimidação; F2 - Exclusão; F3 - Qualidade/Sobrecarga de Trabalho; F4 - Subvalorização do Trabalho

Na análise da Tabela 25 constatamos que o item 19 “*ser pressionado a não reclamar aquilo a que tem direito (e.g. baixa médica, feriados, despesas de deslocação)*” integrado

inicialmente no fator 4 (0,280) apresenta correlação ligeiramente superior com o item do fator 1 (0,375). Atendendo ao conteúdo do item, a sua relação com situações de intimidação e os pressupostos teóricos de construção do instrumento, optámos por o recolocar no fator 1 por o considerarmos mais apropriado para situações de intimidação.

Decorrente desta análise, na inspeção do comportamento dos itens do NAQ-R, aplicada à nossa amostra considerámos 4 dimensões que designámos de Intimidação, Exclusão, Qualidade/Sobrecarga de trabalho e Subvalorização do Trabalho (Tabela 25). Encontramos referência em outros autores à designação de Intimidação (Sá & Pereira, 2007; Tsuno et al., 2010), Exclusão (Einersen & Raknes, 1997; Niedll, 1996) e a Qualidade/sobrecarga e a subvalorização do trabalho (Abe & Henly, 2010; Jiménez et al., 2007).

Como podemos observar pela análise da Tabela 25 a subescala Intimidação integra 8 itens relacionados com atos negativos associados a situações de Intimidação do trabalhador de que são exemplos os itens “Comportamento de intimidação (apontarem-lhe o dedo, invasão do seu espaço pessoal, empurrões, bloquearem/barrarem-lhe o caminho)”; “Ser humilhado ou ridicularizado em relação ao seu trabalho”; “Ser pressionado a não reclamar aquilo a que tem direito (e.g. baixa médica, feriados despesas de deslocação)”; “Ser alvo de “partidas” por parte de pessoas com quem não se dá bem” e “Ameaças de violência ou mesmo sofrer de abuso físico”.

Relativamente à subescala Exclusão os 8 itens relacionam-se com comportamentos de violência que levam trabalhadores a situações de exclusão “Alguém esconde informação que afeta o seu desempenho”; “Ser ignorado, excluído ou marginalizado”; “Ser ignorado ou enfrentar reações hostis quando se aproxima de alguém” e “As suas opiniões ou pontos de vista são ignoradas”.

A subescala Qualidade/Sobrecarga de Trabalho tem 4 itens e inclui os atos de violência que interferem com a qualidade do trabalho desempenhados, nomeadamente situações de sobrecarga de trabalho, de que são exemplos “Vigilância/controlo excessivo do seu trabalho”, “Serem-lhe atribuídas tarefas com objetivos ou prazos irrealistas ou

impossíveis” e “Ser exposto a uma quantidade de trabalho excessiva e impossível de realizar”.

A subescala Subvalorização do Trabalho integra 2 itens: “Retirarem ou substituírem responsabilidades chave da sua função por outras pouco importantes e/ou desagradáveis e “Ser obrigado a desempenhar funções abaixo do nível das suas competências” comportamentos de violência que desvalorizam/minimizam o desempenho do trabalhador.

Tabela 26

Padrão de correlação de Pearson entre as subescalas do NAQ-R

NAQ-R	Intimidação	Exclusão	Qualidade/ Sobrecarga de Trabalho	Subvalorização do Trabalho	NAQ-R total
Intimidação	1				
Exclusão	0,55**	1			
Qualidade/Sobrecarga de Trabalho	0,52**	0,45**	1		
Subvalorização do Trabalho	0,32**	0,27**	0,30**	1	
NAQ-R total	0,81**	0,81**	0,78**	0,55**	1

Nota: *p<0,5; ** p< 0,01

A Tabela 26 permite-nos concluir que as subescalas Intimidação e Exclusão são as que melhor explicam (65,6%) a variância do NAQ-R total. A subescala Subvalorização do trabalho apresenta o menor valor de variância explicada (30,3%) com a escala total.

No que se refere à análise de variância entre as subescalas verificamos que a Exclusão explica em 30,3% a variância da subescala Intimidação. Também a Qualidade/Sobrecarga de Trabalho explicam 27,1% da variância da Intimidação e 20,3% da variância da Exclusão. A Subvalorização do Trabalho é responsável por 10,3% da variância explicada das subescalas Intimidação, 7,3% da Exclusão e 9% da Qualidade/Sobrecarga do trabalho. Estes dados permitem-nos perceber que as subescalas do NAQ-R avaliam conceitos que integram o domínio da violência psicológica no trabalho, sem se tornarem redundantes.

Fidelidade da Escala

A fidelidade é uma característica fundamental que define a qualidade de um instrumento de medida. Para avaliarmos a fidelidade do instrumento (NAQ-R) recorreremos

ao coeficiente Alpha de Cronbach, o qual nos permitiu estimar a consistência interna do instrumento, ou seja a homogeneidade dos enunciados. O valor da consistência interna varia de “0,00 a 1,00. O valor mais elevado denota uma maior consistência interna” (Fortin, 1999, p. 227). Para Polit e Hunger (1995, p. 204) “um coeficiente acima de 0,70 é considerado satisfatório.” Já Ribeiro (2005c, p. 113) refere serem “aceitáveis valores acima de 0,60. Estes baixos valores justificam-se quando as escalas têm um número de itens muito baixo”.

O valor de Alpha de Cronbach obtido para a escala total foi de 0,86. Apresenta-se na Tabela 27 os valores de Alpha por dimensão.

Tabela 27

Composição final dos itens das subescalas do NAQ-R

NAQ-R	Nº Itens	Itens	Alpha de Cronbach
Intimidação	8	15,22,10, 8,20,9,2,19	0,74
Exclusão	8	5,6,13,7,12,17,14,1	0,76
Qualidade/ Sobrecarga de Trabalho	4	21,16,18,11	0,76
Subvalorização do Trabalho	2	3,4	0,67

Os valores de Alpha de Cronbach encontrados são considerados bons (Polit & Hunger 1999, Ribeiro, 2005a). O valor mais elevado são os das subescalas Exclusão e Qualidade/Sobrecarga de Trabalho ($\alpha=0,76$), com valores muito aproximados da subescala Intimidação (valor de alpha 0,74). A subescala Subvalorização do trabalho apresentou o valor de alpha de 0,67, de realçar que esta subescala integra 2 itens.

Validade de critério

No sentido de inspecionar a validade de critério analisou-se a eficiência de medidas critério na previsão de violência psicológica nos enfermeiros. A validade relacionada com um critério engloba a validade concorrente ou simultânea e a validade preditiva.

No sentido de analisar a validade concorrente definimos como medidas critério a qualidade de vida avaliada pelo SF36, a percepção de stresse e a percepção de qualidade de vida global. É pressuposto que a violência psicológica se associe negativamente com

variáveis no domínio da qualidade de vida, mas se associe favoravelmente com medidas de stresse, ou seja, que potencie vivências stressantes.

Os resultados da correlação de Pearson entre as subescalas de violência psicológica, a de qualidade de vida (SF36), qualidade de vida global e o stresse encontram-se na Tabela 28.

Tabela 28

Correlação de Pearson entre subescalas do NAQ-R, subescalas do SF 36, qualidade de vida global e stresse

NAQ-R	SF36	SM	FS	V	SG	DF	FF	DesF	DE	QVG	STR
Intimidação		-0,21*	-0,20*	-0,13	-0,29**	-0,16	-0,11	-0,14	0,02	-0,18*	0,22**
Exclusão		-0,23**	-0,30**	-0,14	-0,27**	-0,29**	-0,10	-0,17*	-0,17*	-0,18*	0,32**
Qualidade/Sobrecarga de Trabalho		-0,21*	-0,33**	-0,21*	-0,31**	-0,09	-0,13	-0,16	-0,21*	-0,27**	0,31**
Subvalorização do Trabalho		-0,07	-0,10	-0,04	-0,13	-0,05	0,04	-0,09	-0,03	-0,13	0,15

Nota: *p<0,5; ** p< 0,01

Legenda: SM- Saúde Mental; FS-Função Social; V-Vitalidade; SG-Saúde Geral; DF-Dor Física; FF-Função Física; DesF-Desempenho Físico; DE-Desempenho Emocional; QVG-Qualidade de vida global; STR-Stresse.

Pela análise dos dados da Tabela 28 constatamos a existência de alguns resultados estatisticamente significativos. As subescalas Intimidação, Exclusão e Qualidade/Sobrecarga de Trabalho associam-se negativamente e com significado estatístico com algumas subescalas do SF36 e da percepção de qualidade de vida global. Sendo esta associação negativa mais elevada (ainda que considerada uma correlação baixa) entre a Qualidade/Sobrecarga do Trabalho e a Função Social $r(143)=-0,33$, $p<0,01$ e a Saúde Geral $r(145)=-0,31$, $p<0,01$. A associação entre as subescalas Intimidação, Exclusão e Qualidade/Sobrecarga de Trabalho e percepção de qualidade de vida global é negativa, apresentando maior valor $r(145)=-0,27$, $p<0,01$ a correlação entre Qualidade/Sobrecarga e qualidade de vida global. Assim, a Qualidade/Sobrecarga de trabalho é a dimensão de violência psicológica que mais contribui para uma percepção de qualidade de vida global mais desfavorável. Observa-se uma correlação positiva estatisticamente significativa, entre as subescalas Intimidação, Exclusão e Qualidade/Sobrecarga de Trabalho e o nível de stresse percebido pelos enfermeiros no seu desempenho profissional, com os valores mais elevados de $r(147)=-0,32$, $p<0,01$ e $r(145)=0,31$, $p<0,01$ para as subescalas de Exclusão e Qualidade/sobrecarga de trabalho, respetivamente.

A subescala Subvalorização do Trabalho não apresentou resultados estatisticamente significativos com nenhuma das medidas critério associadas pelo que é a dimensão da violência psicológica que parece ter menor significado na qualidade de vida avaliada pelo SF36, na percepção de qualidade de vida global ou na percepção de stresse relacionado com o trabalho dos enfermeiros.

4.5 - Procedimento

Depois da obtenção dos pareceres favoráveis, realizamos o pré-teste a um pequeno grupo de enfermeiros que não integraram a amostra do estudo, com o objetivo de verificar a sua aplicabilidade à população em estudo. Após a sua realização, em fevereiro de 2008, estes participantes revelaram serem de fácil compreensão as questões colocadas no questionário, não sendo necessário qualquer ajuste no instrumento decorrente desta etapa.

Os enfermeiros que aceitaram participar no estudo foram informados de todos os aspetos que o estudo englobava: da finalidade e objetivos, do carácter longitudinal, intervenção psicopedagógica pelo que se solicitou a manutenção da sua participação promovendo a adesão e minimizando a “mortalidade da amostra” comum nestes estudos. Foi garantida a confidencialidade das respostas pela atribuição de códigos aos participantes. Foi solicitado que no preenchimento dos instrumentos de colheita de dados (primeira avaliação) cada participante colocasse um código à sua escolha que deveria manter na avaliação final. A participação no estudo foi voluntária.

Depois de esclarecidos foi-lhes solicitado o preenchimento da declaração de consentimento informado.

A intervenção revestiu-se de um programa psicopedagógico de ajuda na gestão das emoções, proporcionando recursos/habilidades para a gestão do stresse relacionado com o trabalho dos enfermeiros.

O plano de intervenção psicopedagógico integrou um total de três sessões de 2 horas cada. A planificação/calendarização das sessões foi feita de acordo e em consenso com os Coordenadores dos CPLEE e enfermeiros. O período da implementação do programa de intervenção decorreu de fevereiro a junho de 2008. O intervalo de tempo entre a primeira e

segunda sessão foi de 3 a 4 semanas e entre a segunda e terceira sessão intervenção de 3 semanas.

Tabela 29

Programa psicopedagógico

Programa psicopedagógico		
1ª Sessão Teórica	Conteúdos: Stresse no trabalho Determinantes de stresse laboral Efeitos do stresse no trabalhador Recursos e Estratégias para lidar com o stresse Violência Psicológica: estratégias de prevenção	2 horas
2ª Sessão Teórico/ Prática	Estratégias para aumentar a resistência: exercícios de respiração, relaxamento e de imaginação guiada	2 horas
3ª Sessão Teórico/ Prática	Estratégias para aumentar a resistência: exercícios de respiração, relaxamento e de imaginação guiada.	2 horas

Na primeira sessão foram abordados conteúdos teóricos relativos ao stresse e violência psicológica, as segundas e terceiras integraram técnicas de relaxamento de Jacobson para 7 grupos musculares - face; braço dominante e não dominante; pescoço e, peito, ombros, parte superior das costas e abdómen; perna dominante e não dominante (Gonçalves, 1990) em associação com técnicas de imaginação guiada. Os enfermeiros participaram nas sessões, por ordem sequencial das mesmas. Todas as sessões foram realizadas pela investigadora em contexto de sala de aula, solicitada para o efeito.

Na segunda e terceira sessão do programa psicopedagógico, após a exposição de breves conteúdos de relaxamento e da técnica de relaxamento de Jacobson para 7 grupos musculares (Gonçalves, 1990), antecedendo a execução pelos participantes, foi solicitado a cada enfermeiro a automonitorização do pulso, antes e após a sessão de relaxamento, assim como, o respetivo registo do valor em folha dada pelo investigador (Anexo V). Foi também solicitado no final da execução da técnica de relaxamento o registo do grau de relaxamento percebido pelo participante (numa escala de 0-valor mínimo e 10-valor máximo) na mesma folha de registo.

No período compreendido entre a segunda e terceira sessão o participante respondia, se havia executado diariamente o relaxamento e em caso de resposta afirmativa, qual o número de vezes que tinha executado nesse período de três semanas.

Os momentos para avaliação/recolha de dados decorreram:

Primeira avaliação - A recolha de dados ocorreu no início da primeira sessão do programa psicopedagógico em cada um dos grupos participantes (por CPLEE) no período compreendido entre fevereiro e março de 2008.

Segunda avaliação - Foi realizada após a terceira sessão do programa psicopedagógico, entre os meses de maio e junho de 2008.

4.6 - Tratamento dos dados

Os dados obtidos na investigação foram tratados em software informático, no programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 18.0 para Windows e estatística paramétrica, que para Polit e Hungler, (1995, p. 244) “*são mais eficientes, oferecendo uma maior flexibilidade do que os não paramétricos (...)*”.

Recorremos à estatística descritiva (os procedimentos estatísticos possibilitam uma organização e sentido dos dados obtidos, assim como as técnicas “*reduzem os dados a proporções controláveis resumindo-os e também descrevem várias características dos mesmos*” (Wood & Haber, 2001, p. 201) e inferencial “*a estatística combina os processos matemáticos e a lógica que permite aos pesquisadores testar hipóteses sobre uma população que usa dados obtidos de amostras de probabilidades*” (p. 212).

Utilizamos na análise descritiva univariada as frequências absolutas e relativas. Utilizou-se o teste t de Student para duas amostras independentes “*sempre que se pretende comparar as médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos e se desconhecem as respetivas variâncias populacionais*” (Pestana & Gajairo, 2005, p. 229). Relativamente aos dados do teste t, os graus de liberdade são apresentados entre parênteses. Quando na amostra não encontramos os pressupostos para a sua utilização, nomeadamente a existência de normalidade, em amostras com dimensão igual ou inferior a 30 recorremos, ao teste de Mann-Whitney.

Usamos o teste t de Student para amostras emparelhadas quando pretendemos fazer uma análise de variância de médias intrasujeitos antes e após a implementação do programa psicopedagógico.

Para medirmos a intensidade e orientação da relação entre variáveis utilizamos o coeficiente de correlação de Pearson. Este, enquanto uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas, varia entre -1 e 1 (Pestana & Gajairo, 2005). A força de associação entre as variáveis significa que a intensidade de um fenómeno é acompanhada tendencialmente pela intensidade de outro, seja no mesmo sentido ou em sentido contrário. Seguimos Pestana e Gajairo (2005) na interpretação dos resultados do coeficiente de Pearson, assim $r < 0,2$ indica associação muito baixa, r entre 0,20 e 0,39 associação baixa, r entre 0,40 e 0,69 associação moderada, r entre 0,70 e 0,89 associação alta e r entre 0,90 e 1 associação muito alta.

Relativamente ao nível de significância, na análise estatística, utilizaremos como referência o valor de 5%, ou seja, há a probabilidade de 95% dos resultados não se deverem ao acaso ($p < 0,05$).

Na avaliação das características psicométricas do instrumento NAQ-R recorreremos à ACP. O índice de Kaiser-Meyer-Olkin e o teste de esfericidade de Bartlett permitiu-nos aferir a qualidade das relações entre as variáveis evidenciando que o método de análise fatorial era adequado para o tratamento dos dados (Pestana & Gajairo, 2005). Foi utilizada a ACP com rotação ortogonal pelo método Varimax e normalização *Keiser*. O número de fatores foi constituído através de valores próprios ou específicos (eigenvalues) superiores a 1, sendo eliminados os valores com carga fatorial inferior a 0,30.

Para verificação da consistência interna do instrumento recorreremos à determinação do valor de Alpha de Cronbach. Esta medida identifica a correlação que se espera obter entre a escala utilizada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo utilizado, com igual número de itens que mensurem a mesma característica (Pestana & Gajairo, 2005).

Procedemos ao estudo da análise da regressão linear múltipla com o objetivo de investigar a relação entre a variável dependente - Qualidade de Vida (avaliada pelo SF 36) e variáveis independentes. Este estudo visa com a utilização de diferentes variáveis independentes prever o comportamento da variável dependente, tendo presente a margem de erro de previsão. Optámos pelo método Stepwise dada a seleção de variáveis preditivas ser realizada mediante o valor preditivo, das mesmas, para com a variável dependente. Definimos como variáveis critério a qualidade de vida avaliada pelo SF36 total e as subescalas do SF 36 relativas à segunda avaliação e como predictoras as seguintes variáveis

da primeira avaliação: idade, tempo de serviço (profissão, Instituição e serviço atual), horas de trabalho por semana, percepção de saúde em geral e de qualidade de vida global na última semana, percepção do nível de stresse, subescalas do IRRP e do NAQ-R.

Em cada análise de regressão serão apresentados os valores dos coeficientes de determinação múltiplo ajustado (R_2 ajustado), os valores dos coeficientes estandardizados (β), os resultados do teste F e t, assim como a sua significância estatística. Tendo presente que a regressão linear múltipla exige a não multicolineariedade, (enquanto uma correlação entre três ou mais variáveis) recorreremos à *collinearity statistics* (tolerance). Contudo, segundo Pestana e Gajero (2005, p. 610) a violação do pressuposto da não multicolineariedade “pouco afeta a capacidade de previsão dos dados”.

4.7 - Considerações éticas

Para a realização do presente estudo solicitámos formalmente autorizações ao Conselho Diretivo da Escola Superior de Enfermagem (Anexo VI), aos Coordenadores dos Cursos de Pós-Licenciatura e aos enfermeiros participantes no estudo através do consentimento informado (Fortin, 1995, Wood & Haber, 2001). No desenvolvimento da investigação foi preservada a confidencialidade dos dados. Para a utilização dos instrumentos de colheita de dados procedeu-se ao pedido formal aos autores.

III^a Parte
Resultados

Capítulo V - Resultados da primeira avaliação

Neste capítulo descreveremos resultados obtidos na primeira avaliação com a aplicação do instrumento de recolha de dados.

5.1 - Perceção de qualidade de vida dos enfermeiros

No sentido de descrever a perceção da qualidade de vida relacionada com o trabalho dos enfermeiros recorreremos aos resultados obtidos com a aplicação do SF36. Os resultados referentes à perceção da qualidade de vida são apresentados na Tabela 30. De salientar que os valores variam entre 0 e 100 e os valores mais elevados correspondem a perceção de melhor qualidade de vida.

Tabela 30

Média das componentes Física e Mental e média, desvio padrão e amplitude das subescalas do SF36, na primeira avaliação

Componentes	M	SF36	1ª Avaliação				
			N	M	DP	Mn	Mx
Física	62,2	Função Física	151	73,3	24,6	0	100
		Desempenho Físico	151	62,9	37,4	0	100
		Dor Física	149	70,2	23,0	0	100
		Saúde Geral	151	50,2	20,3	0	100
Mental	55,4	Vitalidade	151	50,3	23,4	0	100
		Função Social	149	55,5	24,6	0	100
		Desempenho Emocional	151	57,6	39,2	0	100
		Saúde Mental	151	58,5	20,4	0	100

Pela análise da Tabela 30 verificamos que todas as subescalas apresentam valores médios superiores a 50. A subescala da Função Física apresenta a média mais elevada ($\underline{M}=73,3$; $\underline{DP}=24,6$), sendo a subescala da Saúde Geral a que apresenta valores médios mais baixos, $\underline{M}=50,2$; $\underline{DP}=20,3$.

Para analisar as subescalas do SF36 que melhor explicam a qualidade de vida recorreremos ao cálculo do coeficiente de correlação r de Pearson.

Tabela 31

Matriz de correlação de Pearson entre as subescalas do SF36 e escala total, na primeira avaliação

SF36	SF36								
	SM	FS	V	SG	DorF	FF	DF	DE	SF36
Saúde Mental	1								
Função Social	0,71**	1							
Vitalidade	0,73**	0,55**	1						
Saúde Geral	0,51**	0,43**	0,45**	1					
Dor Física	0,42**	0,51**	0,39**	0,38**	1				
Função Física	0,26**	0,23**	0,38**	0,33**	0,45**	1			
Desempenho Físico	0,39**	0,42**	0,42**	0,17*	0,44**	0,37**	1		
Desempenho Emocional	0,53**	0,57**	0,46**	0,23**	0,26**	0,19*	0,34**	1	
SF36 total	0,76**	0,75**	0,75**	0,51**	0,57**	0,54**	0,80**	0,68**	1

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Legenda: SM - Saúde Mental; FS - Função Social; V - Vitalidade, SG - Saúde Geral; DorF - Dor Física, FF - Função Física; DF - Desempenho Físico; DE - Desempenho Emocional; SF36 total

Analisando os resultados da Tabela 31 verifica-se que o Desempenho Físico $r(147)=0,80$, $p < 0,01$ e Saúde Mental $r(147)=0,76$, $p < 0,01$ são as subescalas que melhor explicam a qualidade de vida total. Sendo a subescala Saúde Geral a que apresenta menor padrão de associação com a qualidade de vida total $r(147)=0,51$, $p < 0,01$.

5.2 - Relação entre fatores psicossociais e qualidade de vida dos enfermeiros

Recorrendo-se à correlação de Pearson para analisar a relação existente entre a idade, tempo de serviço (profissão, Instituição e serviço), satisfação (curso, colegas de curso, professores e escola), percepção de saúde em geral, de qualidade de vida global e do nível de stresse e a qualidade de vida avaliada pela escala e subescalas do SF36 encontramos as relações expressas na Tabela 32.

Tabela 32

Matriz de correlação de Pearson entre idade, tempo de serviço (profissão, Instituição e serviço atual), satisfação (curso, colegas de curso, professores e escola), subescalas do SF36 e escala total, na primeira avaliação

Variáveis psicossociais	SF36 Saúde Mental	Função Social	Vitalidade	Saúde Geral	Dor Física	Função Física	Desempenho Físico	Desempenho Emocional	SF36 Escala total
Idade	-0,03	-0,04	0,06	0,04	0,04	-0,11	0,06	0,01	-0,01
Tempo de serviço na profissão	-0,06	-0,06	0,00	0,02	-0,01	-0,12	0,06	-0,05	-0,02
Tempo de serviço na Instituição	-0,05	-0,04	-0,01	0,01	0,10	-0,06	0,04	-0,10	-0,03
Tempo de serviço no serviço	-0,07	-0,03	-0,04	-0,03	0,01	-0,09	-0,01	-0,05	-0,04
Satisfação com o curso	0,36**	0,21*	0,27**	0,24**	0,15	0,19*	0,29**	0,30**	0,39**
Satisfação com os colegas de curso	0,20*	0,19*	0,12	0,23**	0,13	0,12	0,11	0,09	0,19**
Satisfação com os professores	0,23**	0,17*	0,22**	0,17*	0,06	0,14	0,13	0,25**	0,25**
Satisfação com a escola	0,21*	0,07	0,21*	0,15	0,17*	0,21**	0,19*	0,15	0,25**
Saúde em geral	0,53**	0,44**	0,51**	0,57**	0,37**	0,29**	0,28**	0,27**	0,52**
Qualidade de vida global	0,50**	0,44**	0,57**	0,40**	0,26**	0,30**	0,34**	0,29**	0,54**
Nível de stresse	-0,27**	-0,32**	-0,36**	-0,29**	-0,21*	-0,19*	-0,18*	-0,26**	-0,35**

Nota: *p<0,05; **p<0,01

Analisando os resultados da Tabela 32 observamos que a idade e o tempo de serviço (profissão, Instituição e serviço) evidenciam um padrão de associação sem significado estatístico com a escala e subescalas do SF36.

A percepção de satisfação dos enfermeiros (curso, colegas de curso, professores e escola) apresentam correlações baixas e positivas com a escala e subescalas do SF36.

A percepção de saúde em geral e de qualidade de vida global associam-se positivamente, com significado estatístico, mas de forma moderada com a escala e subescalas do SF36. A percepção de saúde em geral apresenta valores mais elevados na associação com as subescalas Saúde Geral e Saúde Mental com $r(149)=0,57$, $p<0,01$ e $r(149)=0,53$, $p<0,01$, respetivamente. A percepção de qualidade de vida global evidencia valores mais elevados na associação com as subescalas Vitalidade e a escala total (SF36) com $r(149)=0,57$, $p<0,01$ e $r(147)=0,54$, $p<0,01$, respetivamente.

No que se refere à percepção do nível de stresse, este associa-se negativamente, com significado estatístico mas de forma baixa, com a escala e subescalas do SF36, sendo o valor mais elevado na associação com a subescala Vitalidade com $r(149)=-0,36$, $p<0,01$.

A análise de variância de médias permitiu-nos encontrar diferenças estatisticamente significativas atendendo ao sexo.

Tabela 33

Comparação de médias das subescalas do SF36 de acordo com o sexo, na primeira avaliação

SF36	Sexo	N	M	U p
Função Física	Feminino	128	73,4	1145,000 ns
	Masculino	23	90,2	
Desempenho Físico	Feminino	128	73,2	1121,000 ns
	Masculino	23	91,2	
Dor Física	Feminino	126	72,8	1173,000 ns
	Masculino	23	87,0	
Saúde Geral	Feminino	128	76,9	1347,500 ns
	Masculino	23	70,5	
Vitalidade	Feminino	128	73,4	1143,000 ns
	Masculino	23	90,3	
Função Social	Feminino	127	71,9	1004,500 *
	Masculino	22	92,8	
Desempenho Emocional	Feminino	128	74,2	1258,000 ns
	Masculino	23	85,3	
Saúde Mental	Feminino	128	74,1	1232,500 ns
	Masculino	23	86,4	

Nota: ns - não significativo; * $p < 0,05$

No que se refere à comparação entre sexo masculino e feminino nas subescalas do SF36, encontramos diferenças significativas com a subescala Função Social. Constatámos que o sexo masculino apresenta maior percepção de Qualidade de Vida nesta dimensão $M=92,8$, $U=1004,500$; $p < 0,05$, relativamente ao feminino ($M=71,9$) (Tabela 33).

Na análise de variância de médias das subescalas do SF36 para o estado civil e a presença de filhos não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (Tabela 34). Os resultados apresentados na Tabela 34 evidenciam que os participantes com a categoria profissional de “enfermeiros” apresentavam melhor percepção na Função Física $t(138,148)=3,06$; $p < 0,01$, $M=80,7$ ($DP=18,3$) do que os enfermeiros graduados ($M=69,4$; $DP=26,5$).

Tabela 34

Comparação de médias das subescalas do SF36 de acordo com o estado civil, a presença de filhos e a categoria profissional, na primeira avaliação

SF36	Estado civil	N	M (DP)	t (gl) p	Ter filhos	N	M (DP)	t (gl) p	Categoria Profissional	N	M (DP)	t (gl) p
Função Física	Double	88	70,7 (26,0)	-1,54 (148) ns	Não	84	73,7 (23,9)	0,20 (149) ns	Enfermeiro	52	80,7 (18,3)	3,06 (138,148) **
	Single	62	70,0 (22,3)		Sim	67	72,8 (25,5)		Enfermeiro Graduado	99	69,4 (26,5)	
Desempenho Físico	Double	88	66,1 (36,3)	1,38 (148) ns	Não	84	58,6 (37,9)	-1,58 (149) ns	Enfermeiro	52	64,9 (37,1)	0,47 (149) ns
	Single	62	57,6 (38,5)		Sim	67	68,2 (36,3)		Enfermeiro Graduado	99	61,8 (37,6)	
Dor Física	Double	87	70,6 (24,2)	0,24 (146) ns	Não	82	70,4 (21,6)	0,15 (147) ns	Enfermeiro	50	72,4 (23,2)	0,87 (147) ns
	Single	61	69,6 (21,4)		Sim	67	69,8 (24,7)		Enfermeiro Graduado	99	68,9 (22,8)	
Saúde Geral	Double	88	52,3 (20,9)	-1,36 (148) ns	Não	84	53,6 (19,4)	-0,37 (149) ns	Enfermeiro	52	55,5 (20,3)	0,58 (149) ns
	Single	62	56,9 (19,4)		Sim	67	54,8 (21,5)		Enfermeiro Graduado	99	53,4 (20,3)	
Vitalidade	Double	88	50,4 (23,9)	0,07 (148) ns	Não	84	50,4 (23,2)	0,07 (149) ns	Enfermeiro	52	49,6 (23,1)	-0,23 (149) ns
	Single	62	50,0 (22,9)		Sim	67	50,1 (23,8)		Enfermeiro Graduado	99	50,6 (23,6)	
Função Social	Double	87	53,8 (24,5)	-0,94 (146) ns	Não	83	57,6 (26,5)	1,19 (147) ns	Enfermeiro	51	60,5 (27,5)	1,80 (147) ns
	Single	61	57,7 (25,0)		Sim	66	52,8 (21,9)		Enfermeiro Graduado	98	52,9 (22,6)	
Desempenho Emocional	Double	88	42,6 (31,0)	-0,35 (148) ns	Não	84	43,1 (29,1)	-0,10 (149) ns	Enfermeiro	52	45,6 (28,7)	0,68 (149) ns
	Single	62	44,3 (28,0)		Sim	67	43,6 (30,5)		Enfermeiro Graduado	99	42,1 (30,2)	
Saúde Mental	Double	88	56,9 (20,8)	-1,04 (148) ns	Não	84	58,8 (19,7)	0,94 (149) ns	Enfermeiro	52	60,8 (19,6)	1,04 (149) ns
	Single	62	60,4 (19,7)		Sim	67	56,7 (20,1)		Enfermeiro Graduado	99	57,2 (20,6)	

Nota: ns - não significativo; ** p<0,01

Relativamente à análise de comparação de médias das subescalas do SF36 de acordo com a natureza do vínculo e a função de chefia apresentada na Tabela 35 constatámos a não existência de resultados significativos.

Tabela 35

Comparação de médias das subescalas do SF36 de acordo com o vínculo e a função de chefia, na primeira avaliação

SF36	Vínculo	N	M (DP)	t (gl) p	Chefia	N	M (DP)	t (gl) p
Função Física	Definitivo	62	70,0 (20,8)	1,59 (137,984) ns	Não	112	73,5 (24,5)	0,02 (146) ns
	Temporário	78	70,6 (26,1)		Sim	36	73,3 (24,6)	
Desempenho Físico	Definitivo	62	62,9 (39,3)	-0,08 (138) ns	Não	112	63,6 (37,9)	-0,03 (146) ns
	Temporário	78	63,4 (36,6)		Sim	36	63,8 (35,5)	
Dor Física	Definitivo	61	68,0 (24,6)	-0,71 (136) ns	Não	110	70,2 (22,4)	0,03 (144) ns
	Temporário	78	70,9 (22,2)		Sim	36	70,1 (24,2)	
Saúde Geral	Definitivo	62	53,5 (19,7)	-0,24 (138) ns	Não	112	55,5 (20,0)	1,53 (146) ns
	Temporário	78	54,3 (21,2)		Sim	36	49,6 (19,5)	
Vitalidade	Definitivo	62	50,2 (23,9)	-0,00 (138) ns	Não	112	50,6 (23,3)	0,17 (146) ns
	Temporário	78	50,3 (23,1)		Sim	36	49,8 (24,3)	
Função Social	Definitivo	61	56,7 (28,0)	0,36 (136) ns	Não	111	55,4 (25,5)	0,01 (144) ns
	Temporário	77	55,1 (22,4)		Sim	35	55,3 (22,1)	
Desempenho Emocional	Definitivo	62	61,2 (39,2)	0,78 (138) ns	Não	112	43,0 (30,0)	-0,60 (146) ns
	Temporário	78	55,9 (40,0)		Sim	36	46,5 (28,7)	
Saúde Mental	Definitivo	62	59,4 (21,3)	0,67 (138) ns	Não	112	58,8 (21,2)	0,21 (146) ns
	Temporário	78	57,0 (19,6)		Sim	36	58,0 (17,7)	

Nota: ns - não significativo

Apresentamos na Tabela 36 os resultados encontrados na comparação de médias das subescalas do SF36 com o estatuto de trabalhador estudante e a satisfação com o serviço^{a)}.

Tabela 36

Comparação entre as médias das subescalas do SF36 de acordo com o estatuto de trabalhador estudante e a satisfação com o serviço^{a)}, na primeira avaliação

SF36	Estatuto trabalhador estudante	N	M	Up	Pedir transferência ^{a)}	N	M (DP)	t (gl) p
Função Física	Não	25	81,3	1417,000 ns	Não	49	78,4 (24,8)	1,63 (145) ns
	Sim	125	74,3		Sim	98	71,4 (24,0)	
Desempenho Físico	Não	25	72,8	1496,000 ns	Não	49	66,3 (36,6)	0,59 (145) ns
	Sim	125	76,0		Sim	98	62,5 (37,1)	
Dor Física	Não	24	72,4	1438,000 ns	Não	48	76,2 (21,6)	2,21 (143) *
	Sim	124	74,9		Sim	97	67,2 (23,5)	
Saúde Geral	Não	25	80,2	1443,500 ns	Não	49	59,9 (19,3)	2,28 (145) *
	Sim	125	74,5		Sim	98	51,9 (20,4)	
Vitalidade	Não	25	79,2	1470,000 ns	Não	49	54,7 (25,8)	1,57 (145) ns
	Sim	125	74,7		Sim	98	48,2 (22,3)	
Função Social	Não	25	72,6	1492,000 ns	Não	48	60,1 (21,3)	1,58 (143) ns
	Sim	123	74,8		Sim	97	53,2 (26,3)	
Desempenho Emocional	Não	25	73,4	1511,000 ns	Não	49	43,3 (29,6)	-0,09 (145) ns
	Sim	125	75,9		Sim	98	43,8 (29,6)	
Saúde Mental	Não	25	80,8	1429,000 ns	Não	49	65,3 (19,9)	2,90 (145) **
	Sim	125	74,4		Sim	98	55,2 (20,0)	

Nota: ns - não significativo; *p<0,05; ** p<0,01

a) Enfermeiros que haviam (ou não) pensado em pedir transferência de serviço

No que se refere à comparação de médias com o estatuto de trabalhador estudante podemos observar a não existência de diferenças significativas.

A análise da satisfação dos enfermeiros com o local de trabalho atual permitiu-nos encontrar diferenças significativas em três subescalas do SF36: a Dor Física, a Saúde em Geral e a Saúde Mental, que são percebidas como mais favoráveis na sua qualidade de vida, pelos enfermeiros que estavam satisfeitos com o serviço onde desempenhavam funções, com os resultados estatísticos de $t(143)=2,21$; $p < 0,05$, $M=76,2$ ($DP=21,6$); $t(145)=2,28$; $p < 0,05$, $M=59,9$ ($DP=19,3$); $t(145)=2,90$; $p < 0,01$, $M=65,3$ ($DP=19,9$), respetivamente, do que os enfermeiros que não estavam satisfeitos com o atual local de trabalho, uma vez que já tinham pedido ou pensado em pedir transferência de serviço, com os valores $M=67,2$ ($DP=23,5$), $M=51,9$ ($DP=20,4$) e $M=55,2$ ($DP=20,0$).

5.3 - Recursos de *coping*, respostas de stresse e índices críticos dos enfermeiros

No sentido de descrever os recursos de *coping*, as respostas de stresse e os índices críticos nos participantes ($N=151$) analisamos os resultados obtidos com a aplicação do IRRP versão adaptada à amostra em estudo.

A Tabela 37 (pág. seguinte) expressa a pontuação média, o desvio padrão e os valores máximo e mínimo obtida pelos enfermeiros em cada subescala do IRRP.

Relativamente à escala de validade Negação apresenta a média de 50,1 ($DP=22,7$) valor superior ao da escala de Infrequência ($M=14,3$, $DP=18,6$).

Pela análise dos valores médios obtidos nas diferentes subescalas de recursos de *coping*, observamos que o Suporte Social é a subescala que apresenta a média mais elevada ($\underline{M}=84,1$, $\underline{DP}=23,1$). Nas respostas de stresse, a subescala Pressão Excessiva foi a que teve a média mais elevada ($\underline{M}=49,7$, $\underline{DP}=25,7$) e a Depressão foi a resposta de stresse menos utilizada pelos enfermeiros, com o valor médio mais baixo $\underline{M}=28,0$ ($\underline{DP}=26,1$). A Perda de Controlo enquanto índice crítico, apresenta a $\underline{M}=17,7$ ($\underline{DP}=20,8$), valor mais elevado.

Tabela 37

Distribuição dos valores Máximo (\underline{Mx}) e Mínimo (\underline{Mn}), Média (\underline{M}) e Desvio Padrão (\underline{DP}) das subescalas do IRRP, na primeira avaliação

Escala	IRRP	<u>N</u>	<u>N.º itens (Final)</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>Mn</u>	<u>Mx</u>
Validade	Infrequência	150	15	14,3	18,6	0	100
	Negação	151	7	50,1	22,7	0	100
Recurso de <i>coping</i>	Espírito Filosófico	146	8	76,8	25,0	0	100
	<i>Coping</i>	146	8	66,7	24,8	0	100
	Suporte Social	150	8	84,1	23,1	0	100
Resposta de Stresse	Raiva e Frustração	149	9	38,3	25,6	0	100
	Distress e Saúde	148	7	42,7	25,3	0	100
	Culpabilidade	150	8	35,7	22,4	0	100
	Resposta Fisiológica	147	10	32,6	20,8	0	100
	Emocionalidade Disfórica	149	14	40,4	24,8	0	100
	Ansiedade	149	8	40,6	25,6	0	100
	Pressão Excessiva	148	7	49,7	25,7	0	100
	Hostilidade	149	9	32,2	24,2	0	100
	Depressão	149	10	28,0	26,1	0	100
	Ineficácia	150	10	36,5	28,4	0	100
Índice Crítico	Perda de Controlo	148	15	17,7	20,8	0	100
	Suicídio	151	5	10,3	20,7	0	100

O Suporte Social e o Espírito Filosófico como o recurso de *coping* mais referido na amostra em estudo parecem moderar os efeitos de stresse, pois as respostas de stresse apresentam valores médios inferiores a 50 (numa escala entre 0 e 100).

Os resultados encontrados na nossa amostra colocam entre as seis respostas de stresse mais mencionadas as seguintes subescalas por ordem decrescente: Pressão Excessiva, Distresse e Saúde, Ansiedade, Emocionalidade Disfórica, Raiva e Frustração e Ineficácia.

Estes resultados de respostas de stresse evidenciam a existência de um predomínio de expressões de stresse psicológico.

5.4 - Relações entre os recursos de *coping*, as respostas de stresse e os índices críticos dos enfermeiros

Na análise da relação entre os recursos de *coping*, as respostas de stresse e os índices críticos utilizamos o coeficiente r de Pearson. Os resultados obtidos encontram-se na Tabela 38.

Pela análise da Tabela 38 (pág. seguinte), a correlação de Pearson entre as diferentes dimensões do IRRP permitiu-nos verificar que a Infrequência se correlaciona com significado estatístico negativo com as subescalas de recursos de *coping* sendo o valor mais alto com o Suporte social. Apresentando ainda uma associação positiva e moderada com a Depressão $r(147)=0,67$, $p<0,01$ e positiva e alta com a Perda de Controlo $r(146)=0,85$, $p<0,01$ e o Suicídio $r(148)=0,84$, $p<0,01$. A subescala de Negação correlaciona-se baixa e negativamente com as subescalas das respostas de stresse com exceção do Espírito Filosófico $r(144)=0,21$, $p<0,01$, *Coping* $r(144)=0,35$, $p<0,01$ e Suporte Social $r(148)=0,26$, $p<0,01$ em que apresenta uma correlação baixa mas positiva.

Relativamente às escalas de recursos de *coping*, observa-se um padrão de associação negativo com significado estatístico, com as respostas de stresse e os índices críticos. Com os valores mais altos entre o *Coping* e a Hostilidade ($r(144)=-0,76$, $p<0,01$) e o Suporte Social e a Emocionalidade Disfórica e a Perda de Controlo $r(147)=-0,49$, $p<0,01$ e $r(148)=-0,58$, $p<0,01$, respetivamente.

Em síntese concluímos que as subescalas de recursos de *coping* se correlacionam de forma negativa e com significado estatístico com as respostas de stresse e os índices críticos, ainda que o padrão de associação não se revele poderoso.

Tabela 38

Correlação entre as subescalas do IRRP, na primeira avaliação

IRRP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Infrequência	1																	
Negação	-0,35**	1																
Espírito Filosófico	-0,24**	0,21*	1															
Coping	-0,37**	0,35**	0,25**	1														
Suporte Social	-0,67**	0,26**	0,23**	0,29**	1													
Raiva e Frustração	0,48**	-0,35**	-0,23**	-0,37**	-0,36**	1												
Distresse e Saúde	0,39**	-0,28**	-0,22**	-0,53**	-0,23**	0,45**	1											
Culpabilidade	0,52**	-0,31**	-0,23**	-0,44**	-0,41**	0,53**	0,45**	1										
Resposta Fisiológica	0,51**	-0,26**	-0,31**	-0,54**	-0,39**	0,50**	0,72**	0,66**	1									
Emocionalidade Disfórica	0,56**	-0,33**	-0,24**	-0,52**	-0,49**	0,62**	0,66**	0,69**	0,72**	1								
Ansiedade	0,42**	-0,24**	-0,24**	-0,57**	-0,28**	0,62**	0,68**	0,56**	0,68**	0,77**	1							
Pressão Excessiva	0,38**	-0,21*	-0,20*	-0,28**	-0,36**	0,51**	0,37**	0,42**	0,41**	0,56**	0,56**	1						
Hostilidade	0,50**	-0,28**	-0,21*	-0,76**	-0,34**	0,58**	0,61**	0,52**	0,60**	0,65**	0,80**	0,54**	1					
Depressão	0,67**	-0,26**	-0,25**	-0,46**	-0,48**	0,55**	0,60**	0,64**	0,70**	0,88**	0,64**	0,53**	0,53**	1				
Ineficácia	0,57**	-0,27**	-0,28**	-0,52**	-0,38**	0,61**	0,62**	0,67**	0,68**	0,73**	0,75**	0,64**	0,66**	0,75**	1			
Perda Controlo	0,85**	-0,32**	-0,26**	-0,48**	-0,58**	0,53**	0,50**	0,65**	0,66**	0,71**	0,56**	0,52**	0,58**	0,79**	0,69**	1		
Suicídio	0,84**	-0,26**	-0,14	-0,26**	-0,55**	0,35**	0,28**	0,41**	0,37**	0,46**	0,27**	0,32**	0,35**	0,57**	0,44**	0,83**	1	
IRRP total	0,63**	-0,22*	-0,21*	-0,14	-0,45**	0,56**	0,36**	0,61**	0,44**	0,68**	0,56**	0,53**	0,51**	0,68**	0,69**	0,69**	0,55**	1

Nota: *p < 0,05; **p < 0,01

Legenda: 1 - Infrequência, 2 - Negação, 3 - Espírito Filosófico, 4 - Coping; 5 - Suporte Social, 6 - Raiva e Frustração, 7 - Distresse e Saúde, 8 - Culpabilidade, 9 - Resposta Fisiológica, 10 - Emocionalidade Disfórica, 11 - Ansiedade, 12 - Pressão Excessiva, 13 - Hostilidade, 14 - Depressão, 15 - Ineficácia, 16 - Perda Controlo, 17 - Suicídio, 18 - IRRP total

5.5 - Relações entre variáveis psicossociais, recursos de *coping*, respostas de stresse e índices críticos dos enfermeiros

Para analisar a associação entre variáveis psicossociais e as subescalas do IRRP recorreremos à correlação de Pearson. Apresentamos os resultados obtidos na Tabela 39 (pág. seguinte).

A idade dos participantes associa-se negativamente, com significado estatístico, com o Suporte Social $r(146)=-0,25$, $p<0,01$. O tempo de serviço na profissão apresenta o mesmo padrão de associação com o IRRP, com associação negativa baixa $r(148)=-0,26$, $p<0,01$ com o Suporte Social. O tempo de serviço na Instituição também apresenta associação negativa com significado estatístico $r(137)=-0,32$, $p<0,01$ com o suporte social. Assim, à medida que aumenta a idade dos participantes, o tempo de serviço na profissão e Instituição utilizam cada vez menos o Suporte Social como recurso de *coping*.

As variáveis associadas à satisfação (curso, colegas de curso, professores e escola), saúde geral e qualidade de vida global, evidenciam uma correlação, estatisticamente significativa, baixa e positiva com a subescala Negação e as subescalas Espírito Filosófico e Suporte Social e baixa e negativa, com as subescalas de respostas de stresse e índices críticos.

A percepção de saúde em geral e de qualidade de vida global evidenciam um padrão de associação, com significativo estatístico, baixo e positivo com as subescalas *Coping* e Suporte Social e baixa e negativa com as subescalas respostas de stresse e índices críticos. Os valores mais elevados verificam-se na associação entre a percepção de saúde em geral e a subescala Distresse e Saúde ($r(146)=-0,46$, $p<0,01$) e a Emocionalidade Disfórica ($r(147)=-0,46$, $p<0,01$). A percepção de qualidade de vida global apresenta a associação mais elevada e negativa com a subescala Pressão Excessiva ($r(146)=-0,47$, $p<0,01$) e baixa e positiva com o Suporte Social $r(148)=0,25$, $p<0,01$.

A percepção do nível de stresse apresenta com a subescala de *Coping* uma associação com significado estatístico negativo e baixo ($r(144)=-0,22$, $p<0,01$) e positiva e muito baixa a baixa com as respostas de stresse, sendo o valor mais elevado a associação com a subescala Pressão Excessiva com o valor de $r(146)=0,36$, $p<0,01$.

Tabela 39

Matriz de correlação entre variáveis idade, tempo de serviço (profissão, Instituição e serviço atual), satisfação (curso, colegas de curso, professores, escola), saúde em geral, qualidade de vida global e nível de stresse e as subescalas do IRRP, na primeira avaliação

Variáveis psicossociais	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Idade	0,16*	0,01	-0,08	0,02	-0,25**	0,09	-0,10	0,08	0,06	0,01	-0,02	0,10	0,01	0,04	0,02	0,08	0,09	0,10
Tempo de serviço na profissão	0,17*	-0,03	-0,07	0,02	-0,26**	0,10	-0,06	0,08	0,08	0,06	0,01	0,14	0,03	-0,09	0,03	0,09	0,14	0,16
Tempo de serviço na Instituição	0,17	-0,11	-0,11	-0,00	-0,32**	0,11	-0,08	0,09	0,09	0,13	0,04	0,18*	0,04	0,12	0,05	0,14	0,10	0,19*
Tempo de serviço no serviço atual	0,12	-0,16	-0,03	-0,12	-0,12	0,11	-0,01	0,11	0,02	0,13	0,14	0,09	0,13	0,08	0,06	0,11	0,07	0,14
Satisfação com o curso	-0,21*	0,30**	0,23**	0,12	0,15	-0,26**	-0,24**	-0,17*	-0,27**	-0,37**	-0,31**	-0,27**	-0,19*	-0,34**	-0,28**	-0,25**	-0,18*	-0,29**
Satisfação com os colegas de curso	-0,11	0,06	0,10	0,13	0,10	-0,14	-0,09	-0,02	-0,09	-0,15	-0,15	-0,24**	-0,17*	-0,15	-0,16*	-0,19*	-0,14	-0,11
Satisfação com os professores	-0,21*	0,23**	0,30**	0,11	0,16	-0,11	-0,14	-0,16	-0,25**	-0,21**	-0,17*	-0,20*	-0,11	-0,24**	-0,21**	-0,22**	-0,22**	-0,16
Satisfação com a escola	-0,21*	0,29**	0,30**	0,12	0,21*	-0,29**	-0,23**	-0,15	-0,26**	-0,30**	-0,21*	-0,15	-0,14	-0,27**	-0,18*	-0,21*	-0,19*	-0,19*
Saúde em geral	-0,24**	0,14	0,13	0,30**	0,14	-0,37**	-0,46**	-0,21**	-0,41**	-0,46**	-0,42**	-0,33**	-0,41**	-0,42**	-0,41**	-0,36**	-0,21**	-0,30**
Qualidade de vida global	-0,25**	0,09	0,12	0,13	0,25**	-0,30**	-0,35**	-0,29**	-0,33**	-0,43**	-0,32**	-0,47**	-0,30**	-0,41**	-0,39**	-0,39**	-0,29**	-0,36**
Nível de stresse	0,12	-0,02	-0,05	-0,22**	-0,09	0,22**	0,30**	0,17*	0,21*	0,20*	0,24**	0,36**	0,28**	0,22**	0,32**	0,13	0,07	0,11

Nota: *p <0,05; **p <0,01

Legenda: 1 - Infrequência, 2 - Negação, 3 - Espírito Filosófico, 4 - *Coping*; 5 - Suporte Social, 6 - Raiva e Frustração, 7 - Distresse e Saúde, 8 - Culpabilidade, 9 - Resposta Fisiológica, 10 - Emocionalidade Disfórica, 11 - Ansiedade, 12 - Pressão Excessiva, 13 - Hostilidade, 14 - Depressão, 15 - Ineficácia; 16 - Perda Controlo; 17 - Suicídio, 18 - IRRP total

Através da análise de variância de médias atendendo ao sexo e estado civil encontramos os seguintes resultados (Tabela 40).

Tabela 40

Comparações de médias das subescalas do IRRP de acordo com o sexo e o estado civil, na primeira avaliação

IRRP	Sexo	N	M	U p	Estado civil	N	M (DP)	t (gl) p
Infrequência	Feminino	127	72,2	1051,500 *	Double	60	14,6 (18,9)	0,26 (144) ns
	Masculino	23	93,2		Single	86	13,8 (18,0)	
Negação	Feminino	128	79,1	1066,000 *	Double	61	50,8 (22,9)	0,38 (145) ns
	Masculino	23	58,3		Single	86	49,3 (22,7)	
Espírito Filosófico	Feminino	124	75,3	1132,000 ns	Double	58	77,8 (24,1)	0,44 (140) ns
	Masculino	22	62,9		Single	84	75,8 (25,6)	
<i>Coping</i>	Feminino	123	70,1	999,000 *	Double	59	68,6 (24,9)	-0,40 (140) ns
	Masculino	23	91,5		Single	83	70,3 (24,5)	
Suporte Social	Feminino	127	76,6	1316,500 ns	Double	60	84,7 (24,4)	0,15 (144) ns
	Masculino	23	69,2		Single	86	84,1 (22,1)	
Raiva e Frustração	Feminino	126	75,2	1413,500 ns	Double	60	37,7 (26,5)	-0,18 (143) ns
	Masculino	23	73,4		Single	85	38,5 (25,4)	
Distresse e Saúde	Feminino	125	76,0	1240,000 ns	Double	60	45,0 (26,0)	1,01 (143) ns
	Masculino	23	65,9		Single	85	40,6 (24,5)	
Culpabilidade	Feminino	127	76,9	1280,000 ns	Double	60	32,0 (21,1)	-1,32 (144) ns
	Masculino	23	67,6		Single	86	36,9 (22,1)	
Resposta Fisiológica	Feminino	124	74,3	1386,000 ns	Double	59	33,5 (23,0)	0,53 (142) ns
	Masculino	23	72,2		Single	85	31,6 (19,4)	
E. Disfórica	Feminino	126	77,6	1115,000 ns	Double	60	40,5 (24,6)	0,04 (143) ns
	Masculino	23	60,4		Single	85	40,4 (25,5)	
Ansiedade	Feminino	126	77,5	1132,500 ns	Double	60	40,6 (25,2)	-0,02 (143) ns
	Masculino	23	61,2		Single	85	40,7 (26,0)	
Pressão Excessiva	Feminino	126	74,5	1380,000 ns	Double	60	48,3 (28,3)	-0,49 (142) ns
	Masculino	22	74,2		Single	84	50,5 (24,0)	
Hostilidade	Feminino	126	78,5	1002,000 *	Double	60	31,4 (24,7)	-0,19 (143) ns
	Masculino	23	55,5		Single	85	32,2 (24,1)	
Depressão	Feminino	126	78,1	1054,000 *	Double	60	28,3 (27,7)	0,08 (143) ns
	Masculino	23	57,8		Single	85	27,9 (25,5)	
Ineficácia	Feminino	127	77,8	1158,000 ns	Double	60	35,8 (28,6)	-0,25 (144) ns
	Masculino	23	62,3		Single	86	37,0 (28,5)	
Perda de Controlo	Feminino	125	75,5	1302,500 ns	Double	59	19,0 (23,6)	0,62 (107,839) ns
	Masculino	23	68,6		Single	85	16,7 (19,2)	
Suicídio	Feminino	128	75,6	1428,000 ns	Double	61	11,0 (21,6)	0,42 (145) ns
	Masculino	23	77,9		Single	86	9,5 (19,9)	

Nota: ns - não significativo; * p<0,05

Pela análise da Tabela anterior constatamos que os enfermeiros do sexo masculino apresentam média superior de Infrequência $\underline{M}=93,2$; $U=1051,500$; $p<0,05$ do que os enfermeiros do sexo feminino $\underline{M}=72,2$. A utilização da subescala Negação é superior nos enfermeiros do sexo feminino $\underline{M}=79,1$; $U=1066,000$; $p<0,05$ do que nos do sexo masculino ($\underline{M}=58,3$).

No que se refere ao recurso de *coping* - *Coping* são os enfermeiros do sexo masculino que revelam média superior $\underline{M}=91,5$; $U=999,000$; $p<0,05$ comparativamente aos do sexo feminino $\underline{M}=70,1$.

As respostas de stresse Hostilidade e Depressão parecem ser mais utilizadas pelos enfermeiros do sexo feminino $\underline{M}=78,5$; $U=1002,000$; $p<0,05$ e $\underline{M}=78,1$; $U=1054,000$; $p<0,05$, do que pelos do sexo masculino $\underline{M}=55,5$ e $\underline{M}=57,8$, respetivamente.

Os resultados indicam ainda, a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre as subescalas do IRRP de acordo com o estado civil dos participantes.

A Tabela 41 (pág. seguinte) apresenta os resultados obtidos na análise de variância de médias entre as subescalas do IRRP com a presença de filhos, a categoria profissional e a natureza do vínculo.

Relativamente à presença de filhos não foram encontradas diferenças significativas para as subescalas do IRRP. Observamos que o Suporte Social e a Pressão Excessiva apresentam valores significativos consoante a categoria profissional dos enfermeiros $t(142,715)=3,32$; $p<0,01$ e $t(146)=-2,08$; $p<0,05$, respetivamente. Os enfermeiros com a categoria profissional “enfermeiro” apresentam maior recurso ao Suporte Social ($\underline{M}=91,5$; $\underline{DP}=15,7$) do que os enfermeiros graduados ($\underline{M}=80,3$; $\underline{DP}=25,3$). Enquanto que os enfermeiros graduados são os que evidenciam média mais elevada de Pressão Excessiva ($\underline{M}=52,8$; $\underline{DP}=24,1$), comparativamente aos enfermeiros ($\underline{M}=43,6$; $\underline{DP}=27,6$).

A comparação de médias para a natureza do vínculo permite-nos constatar que os enfermeiros com vínculo temporário apresentam média mais elevada de Suporte Social $\underline{M}=90,8$; $\underline{DP}=17,2$; $t(147)=-2,16$; $p<0,01$ comparativamente aos enfermeiros detentores de vínculo definitivo ($\underline{M}=81,6$; $\underline{DP}=24,6$).

Os resultados obtidos na comparação de médias entre as subescalas do IRRP de acordo com a função de chefia, satisfação com o curso e o estatuto de trabalhador estudante são apresentados na Tabela 42 (pág. 148).

Na comparação de médias do IRRP com a variável função de chefia (Tabela 42) verificamos que a Pressão Excessiva parece aumentar nos profissionais mais diferenciados, ou seja nos que exercem funções de chefia ou de responsabilidade de serviço ($\underline{M}=57,9$; $\underline{DP}=21,8$; $t(143)=-2,30$; $p<0,05$), do que os enfermeiros que não exercem esta função ($\underline{M}=46,6$; $\underline{DP}=26,2$).

Tabela 41

Comparação entre as médias das subescalas do IRRP de acordo com a presença de filhos, categoria profissional e vínculo, na primeira avaliação

IRRP	Ter filhos	N	M (DP)	t (gl) p	Categoria profissional	N	M (DP)	t (gl) p	Vínculo	N	M (DP)	t (gl) p
Infrequência	Não	83	14,3 (19,1)	0,05 (148) ns	Enfermeiro	51	10,7 (16,4)	-1,65 (148) ns	Definitivo	109	15,7 (19,2)	1,61 (147) ns
	Sim	67	14,1 (18,0)			Enfº Grad.	99			16,0 (19,4)	Temporário	
Negação	Não	84	48,8 (23,8)	-0,80 (149) ns	Enfermeiro	52	53,0 (22,3)	1,12 (149) ns	Definitivo	110	48,1 (22,8)	-1,71 (148) ns
	Sim	67	51,8 (21,3)			Enfº Grad.	99			48,6 (22,9)	Temporário	
Espírito Filosófico	Não	82	78,9 (24,0)	1,18 (144) ns	Enfermeiro	51	80,8 (21,1)	1,45 (144) ns	Definitivo	105	75,3 (26,2)	-1,13 (143) ns
	Sim	64	74,0 (26,0)			Enfº Grad.	95			74,6 (26,7)	Temporário	
Coping	Não	82	67,6 (25,1)	-1,11 (144) ns	Enfermeiro	50	70,7 (23,0)	0,37 (144) ns	Definitivo	106	68,9 (26,0)	-0,39 (143) ns
	Sim	64	72,2 (24,2)			Enfº Grad.	96			69,1 (25,7)	Temporário	
Suporte Social	Não	83	86,5 (22,3)	1,44 (148) ns	Enfermeiro	51	91,5 (15,7)	3,32 (142,715) **	Definitivo	109	81,6 (24,6)	-2,16 (147) **
	Sim	67	81,0 (23,9)			Enfº Grad.	99			80,3 (25,3)	Temporário	
Raiva e Frustração	Não	83	37,4 (26,5)	-0,45 (147) ns	Enfermeiro	51	34,8 (24,8)	-1,19 (147) ns	Definitivo	108	38,7 (25,2)	0,44 (146) ns
	Sim	66	39,3 (24,5)			Enfº Grad.	98			40,1 (25,9)	Temporário	
Distresse e Saúde	Não	82	44,4 (25,8)	0,94 (146) ns	Enfermeiro	51	42,8 (25,2)	0,06 (146) ns	Definitivo	107	42,4 (26,0)	-0,16 (145) ns
	Sim	66	40,4 (24,6)			Enfº Grad.	97			42,5 (25,5)	Temporário	
Culpabilidade	Não	83	35,5 (22,7)	-0,07 (148) ns	Enfermeiro	52	31,7 (23,2)	-1,57 (148) ns	Definitivo	109	37,1 (22,0)	1,27 (147) ns
	Sim	67	35,8 (22,0)			Enfº Grad.	98			37,7 (21,6)	Temporário	
Resposta Fisiológica	Não	81	32,9 (22,7)	0,24 (145) ns	Enfermeiro	51	30,1 (21,0)	-1,01 (145) ns	Definitivo	106	33,1 (20,9)	0,60 (144) ns
	Sim	66	32,1 (18,3)			Enfº Grad.	96			33,8 (20,7)	Temporário	
Emocionalidade Disfórica	Não	83	41,2 (25,6)	0,44 (147) ns	Enfermeiro	51	36,6 (22,1)	-1,32 (147) ns	Definitivo	108	41,6 (25,4)	0,94 (146) ns
	Sim	66	39,3 (23,8)			Enfº Grad.	98			42,3 (25,9)	Temporário	
Ansiedade	Não	83	41,8 (26,2)	0,67 (147) ns	Enfermeiro	51	38,7 (24,9)	-0,64 (147) ns	Definitivo	108	40,8 (25,8)	0,31 (146) ns
	Sim	66	39,0 (24,7)			Enfº Grad.	98			41,8 (25,9)	Temporário	
Pressão Excessiva	Não	83	47,8 (28,1)	-0,99 (146) ns	Enfermeiro	51	43,6 (27,6)	-2,08 (146) *	Definitivo	108	51,1 (25,6)	1,20 (145) ns
	Sim	65	52,0 (22,0)			Enfº Grad.	97			52,8 (24,1)	Temporário	
Hostilidade	Não	83	32,5 (25,1)	0,17 (147) ns	Enfermeiro	51	29,1 (24,7)	-1,10 (147) ns	Definitivo	108	33,8 (24,3)	1,29 (146) ns
	Sim	66	31,8 (22,9)			Enfº Grad.	98			33,7 (23,8)	Temporário	
Depressão	Não	83	29,4 (27,3)	0,73 (147) ns	Enfermeiro	51	25,0 (22,6)	-1,00 (147) ns	Definitivo	108	29,6 (27,2)	1,18 (146) ns
	Sim	66	26,2 (24,6)			Enfº Grad.	98			29,5 (27,7)	Temporário	
Ineficácia	Não	83	37,9 (30,3)	0,69 (148) ns	Enfermeiro	51	34,3 (29,6)	-0,67 (148) ns	Definitivo	109	36,9 (28,3)	0,24 (147) ns
	Sim	67	34,7 (26,0)			Enfº Grad.	99			37,6 (27,8)	Temporário	
Perda de Controlo	Não	82	19,0 (22,3)	0,86 (146) ns	Enfermeiro	50	13,8 (19,4)	-1,61 (146) ns	Definitivo	108	18,4 (21,3)	0,67 (145) ns
	Sim	66	16,0 (18,7)			Enfº Grad.	98			19,6 (21,3)	Temporário	
Suicídio	Não	84	11,0 (21,3)	0,49 (149) ns	Enfermeiro	52	7,6 (17,5)	-1,10 (149) ns	Definitivo	110	11,5 (21,8)	1,38 (88,704) ns
	Sim	67	9,3 (19,8)			Enfº Grad.	99			11,6 (22,1)	Temporário	

Nota: Enfº Grad - Enfermeiro Graduado; ns - não significativo; * p<0,05; ** p<0,01

Tabela 42

Comparação entre as médias das subescalas do IRRP de acordo com a função de chefia, satisfação com o serviço ^{a)} e o estatuto de trabalhador estudante, na primeira avaliação

IRRP	Chefia	N	M (DP)	t (gl) p	Pedir Transferência ^{a)}	N	M (DP)	t (gl) p	Estatuto trabalhador estudante			U p
									N	M		
Infrequência	Não	111	14,5 (19,3)	0,32 (145) ns	N	48	12,9 (17,2)	-0,60 (144) ns	Não	25	68,0	1377,000 ns
	Sim	36	13,3 (16,3)						Sim	124	76,4	
Negação	Não	112	50,0 (22,1)	-0,09 (146) ns	N	49	54,5 (22,9)	1,76 (145) ns	Não	25	81,9	1401,500 ns
	Sim	36	50,3 (24,7)						Sim	125	74,2	
Espírito Filosófico	Não	109	75,8 (25,4)	-0,73 (141) ns	N	48	80,4 (22,1)	1,25 (140) ns	Não	25	66,9	1348,000 ns
	Sim	34	79,4 (23,8)						Sim	120	74,2	
Coping	Não	108	69,5 (25,3)	-0,23 (141) ns	N	45	73,8 (23,8)	1,39 (140) ns	Não	23	78,8	1267,500 ns
	Sim	35	70,7 (23,4)						Sim	122	71,8	
Suporte Social	Não	11	84,5 (23,3)	0,47 (145) ns	N	48	89,5 (18,7)	1,89 (144) ns	Não	25	81,2	1394,000 ns
	Sim	36	82,4 (23,5)						Sim	124	73,7	
Raiva e Frustração	Não	110	37,5 (26,4)	-0,33 (144)	N	47	30,2 (24,4)	2,63 (143) **	Não	24	70,7	1398,000 ns
	Sim	36	39,1 (22,4)						Sim	124	75,2	
Distresse e Saúde	Não	110	42,5 (14,8)	-0,13 (143) ns	N	48	35,1 (24,8)	-2,54 (143) *	Não	25	72,5	1489,500 ns
	Sim	35	43,2 (27,6)						Sim	122	74,2	
Culpabilidade	Não	111	35,6 (23,5)	0,14 (145) ns	N	49	26,7 (18,9)	-3,29 (144) **	Não	25	70,8	1445,500 ns
	Sim	36	35,0 (19,0)						Sim	124	75,8	
Resposta Fisiológica	Não	109	32,3 (20,1)	-0,25 (142) ns	N	48	25,2 (18,3)	-2,99 (142) **	Não	25	74,8	1478,500 ns
	Sim	35	33,4 (22,7)						Sim	121	73,2	
Emocionalidade Disfórica	Não	111	39,8 (25,6)	-0,41 (144) ns	N	48	30,3 (23,3)	-3,50 (143) **	Não	25	65,4	1312,000 ns
	Sim	35	41,8 (22,9)						Sim	123	76,3	
Ansiedade	Não	11	39,5 (26,7)	-0,45 (144) ns	N	48	33,3 (24,5)	-2,44 (143) *	Não	25	71,4	1460,500 ns
	Sim	35	41,7 (22,2)						Sim	123	75,1	
Pressão Excessiva	Não	110	46,6 (26,2)	-2,30 (143) *	N	48	48,8 (27,4)	-0,25 (142) ns	Não	24	68,1	1336,500 ns
	Sim	35	57,9 (21,8)						Sim	123	75,1	
Hostilidade	Não	110	31,2 (25,1)	-0,39 (144) ns	N	47	27,8 (23,0)	-1,50 (143) ns	Não	24	70,7	1399,000 ns
	Sim	36	33,0 (19,6)						Sim	124	75,2	
Depressão	Não	111	28,4 (26,4)	0,40 (144) ns	N	48	20,1 (23,8)	-2,51 (143) *	Não	25	68,6	1392,000 ns
	Sim	35	26,3 (26,0)						Sim	123	75,6	
Ineficácia	Não	111	36,1 (29,2)	0,00 (145) ns	N	48	28,3 (27,2)	-2,31 (144) *	Não	25	75,2	1544,500 ns
	Sim	36	36,1 (25,4)						Sim	124	74,9	
Perda de Controlo	Não	109	17,3 (20,6)	-0,17 (143) ns	N	47	15,2 (19,6)	-0,87 (142) ns	Não	23	66,6	1256,000 ns
	Sim	36	18,0 (21,5)						Sim	124	75,3	
Suicídio	Não	112	9,8 (19,6)	-0,32 (146) ns	N	49	11,2 (20,4)	0,50 (145) ns	Não	25	68,5	1388,000 ns
	Sim	36	11,1 (23,4)						Sim	98	9,4 (20,1)	

Nota: ns - não significativo; * p<0,05; ** p<0,01; a) Enfermeiros que tinham ou haviam pensado em pedir transferência de serviço

No que se refere à satisfação com o serviço demonstrada pelos enfermeiros, quando questionados se já haviam solicitado ou pensado em solicitar transferência de serviço (Tabela 42) encontramos resultados estaticamente significativos, nas respostas de stresse: Raiva e Frustração ($t(143)=-2,63$; $p<0,01$, Distresse e Saúde $t(143)=-2,54$; $p<0,05$, Culpabilidade $t(144)=-3,29$; $p<0,01$, Resposta Fisiológica $t(142)=-2,99$; $p<0,01$, Emocionalidade Disfórica $t(143)=-3,50$; $p<0,01$, Ansiedade $t(143)=-2,44$; $p<0,05$, Depressão $t(143)=-2,51$; $p<0,05$ e a Ineficácia $t(144)=-2,31$; $p<0,05$. Em todas as respostas ao stresse mencionadas anteriormente, são os enfermeiros que já haviam solicitado ou pensado em solicitar transferência de serviço, os que apresentam médias mais elevadas $M=42,0$ ($DP=25,5$); $M=46,3$ ($DP=25,1$); $M=39,1$ ($DP=22,5$); $M=36,0$ ($DP=21,3$); $M=45,1$ ($DP=24,1$); $M=44,2$ ($DP=25,5$); $M=31,5$ ($DP=26,4$); $M=39,7$ ($DP=28,3$), comparativamente aos que não o tinham feito ($M=30,2$ [$DP=24,4$]; $M=35,1$ [$DP=24,8$], $M=26,7$ [$DP=18,9$]; $M=25,2$ [$DP=18,3$]; $M=30,3$ [$DP=23,3$]; $M=33,3$; [$DP=24,5$]; $M=20,1$ [$DP=23,8$]; $M=28,3$ [$DP=27,2$], respetivamente).

5.6 - Violência psicológica dos enfermeiros

No sentido de identificar a presença ou ausência de violência psicológica nos enfermeiros e a sua prevalência analisamos os resultados obtidos com a aplicação do instrumento NAQ-R de Einarsen e Raknes (1997), traduzido e adaptado por Araújo et al. (2004).

A perceção de violência psicológica através de atos negativos associados ao trabalho apresentou a nível das subescalas, os seguintes resultados.

Tabela 43
Frequências das subescalas do NAQ-R, na primeira avaliação

NAQ-R	Nº Itens	N	M	DP	Mn	Mx
Intimidação	8	149	13,2	16,3	0	100
Exclusão	8	149	25,8	21,0	0	100
Qualidade/Sobrecarga de Trabalho	4	147	16,8	19,1	0	100
Subvalorização do Trabalho	2	150	16,0	21,3	0	100

Constatamos pelos dados anteriores que os enfermeiros apresentam valores médios mais elevado de Exclusão ($M=25,8$, $DP=21,0$), seguindo-se a Qualidade/Sobrecarga de

Trabalho ($\underline{M}=16,8$, $\underline{DP}=19,1$), a Subvalorização do Trabalho ($\underline{M}=16,0$, $\underline{DP}=21,3$) e com o valor médio mais baixo os atos negativos associados à Intimidação a $\underline{M}=13,2$ ($\underline{DP}=16,3$).

A análise da frequência dos atos de violência psicológica segundo o primeiro critério - Resposta positiva a pelo menos um dos 22 itens -“semanalmente” ou “diariamente”; segundo critério - Resposta positiva “sim, de vez em quando”, “sim, várias vezes por semana” ou “sim, quase todos os dias” no item 23 e terceiro critério - Resposta positiva conjuntamente aos dois critérios anteriores foram os seguintes:

Relativamente ao primeiro critério encontramos uma frequência de 26,4% (38) de casos de violência psicológica nos enfermeiros. No que se refere aos atos identificados com maior frequência apresentamos os resultados por ordem decrescente, para cada um dos itens na Tabela 44.

Tabela 44

Frequência dos atos negativos no local de trabalho com a aplicação do primeiro critério, na primeira avaliação

Item	Atos negativos no local de trabalho	N	%
3	Ser obrigado a desempenhar funções abaixo do nível das suas competências	16	10,6
21	Ser exposto a uma quantidade de trabalho excessiva e impossível de realizar	15	9,9
1	Alguém esconde informação que afeta o seu desempenho	10	6,7
4	Retirarem ou substituírem responsabilidades chave da sua função por outras pouco importantes e/ou desagradáveis	7	4,7
18	Vigilância/controlo excessivo do seu trabalho	5	3,3
14	As suas opiniões ou pontos de vista são ignoradas	4	2,6
19	Ser pressionado a não reclamar aquilo a que tem direito (e.g. baixa médica, feriados, despesas de deslocação)	4	2,6
16	Serem-lhe atribuídas tarefas com objetivos ou prazos irrealistas ou impossíveis	3	2,0
2	Ser humilhado ou ridicularizado em relação ao seu trabalho	2	1,3
7	Ser insultado ou fazerem comentários ofensivos acerca da sua pessoa (hábitos e origens), atitudes ou vida privada	2	1,3
8	Berrarem-lhe ou ser alvo de explosões de raiva	2	1,3
11	Ser constantemente lembrado dos seus erros ou enganos	2	1,3
13	Críticas constantes sobre o seu trabalho e esforço	2	1,3
5	Espalharem rumores/boatos acerca de si	1	0,7
12	Ser ignorado ou enfrentar reações hostis quando se aproxima de alguém	1	0,7
6	Ser ignorado, excluído ou marginalizado	0	0,0
9	Comportamento de intimidação (apontarem-lhe o dedo, invasão do seu espaço pessoal, empurrões, bloquearem/barrarem-lhe o caminho)	0	0,0
10	Insinuações ou sinais de que deveria deixar o emprego	0	0,0
15	Ser alvo de “partidas” por parte de pessoas com quem não se dá bem	0	0,0
17	Serem feitas acusações contra si	0	0,0
20	Ser objeto de gozo e sarcasmo (ironia) excessivos	0	0,0
22	Ameaças de violência ou mesmo sofrer de abuso físico	0	0,0

O segundo critério permitiu-nos identificar 9,3% (14) casos. Com a aplicação do terceiro critério identificamos a frequência de 5,9% (9) casos de *bullying* nos enfermeiros, que passamos a descrever segundo ordem decrescente.

Tabela 45

Frequência dos atos negativos no local de trabalho com a aplicação do terceiro critério, na primeira avaliação

Item	Atos negativos no local de trabalho	N	%
1	Alguém esconde informação que afeta o seu desempenho	4	2,6
3	Ser obrigado a desempenhar funções abaixo do nível das suas competências	4	2,6
14	As suas opiniões ou pontos de vista são ignoradas	3	2,0
19	Ser pressionado a não reclamar aquilo a que tem direito (e.g. baixa médica, feriados, despesas de deslocação)	3	2,0
21	Ser exposto a uma quantidade de trabalho excessiva e impossível de realizar	3	2,0
4	Retirarem ou substituírem responsabilidades chave da sua função por outras pouco importantes e/ou desagradáveis	2	1,3
11	Ser constantemente lembrado dos seus erros ou enganos	2	1,3
2	Ser humilhado ou ridicularizado em relação ao seu trabalho	1	0,7
8	Berrarem-lhe ou ser alvo de explosões de raiva	1	0,7
18	Vigilância/controlo excessivo do seu trabalho	1	0,7
5	Espalharem rumores/boatos acerca de si	0	0,0
6	Ser ignorado, excluído ou marginalizado	0	0,0
7	Ser insultado ou fazerem comentários ofensivos acerca da sua pessoa (hábitos e origens), atitudes ou vida privada	0	0,0
9	Comportamento de intimidação (apontarem-lhe o dedo, invasão do seu espaço pessoal, empurrões, bloquearem/barrarem-lhe o caminho)	0	0,0
10	Insinuações ou sinais de que deveria deixar o emprego	0	0,0
12	Ser ignorado ou enfrentar reações hostis quando se aproxima de alguém	0	0,0
13	Críticas constantes sobre o seu trabalho e esforço	0	0,0
15	Ser alvo de “partidas” por parte de pessoas com quem não se dá bem	0	0,0
16	Serem-lhe atribuídas tarefas com objetivos ou prazos irrealistas ou impossíveis	0	0,0
17	Serem feitas acusações contra si	0	0,0
20	Ser objeto de gozo e sarcasmo (ironia) excessivos	0	0,0
22	Ameaças de violência ou mesmo sofrer de abuso físico	0	0,0

A Tabela 46 apresenta uma síntese dos resultados obtidos tendo presente a aplicação dos três critérios.

Tabela 46

Distribuição da prevalência do *bullying* segundo os três critérios, na primeira avaliação

Critérios	1º	2º	3º
Resposta positiva a pelo menos 1 dos 22 itens do NAQ-R	26,4% (38)		
Tem sido vítima de <i>bullying</i> no trabalho?		9,3% (14)	
Resposta positiva ao 1º e 2º critério			5,9% (9)

Através da aplicação dos critérios de prevalência do fenómeno de violência psicológica obtivemos para o primeiro critério 26,4%, para o segundo critério 9,3% e para o terceiro critério 5,9%.

5.7 - Relação entre variáveis psicossociais e a violência psicológica dos enfermeiros

A análise da associação de variáveis psicossociais, das subescalas do NAQ-R e a escala total permitiu-nos obter os seguintes resultados.

Tabela 47

Correlação entre idade, tempo de serviço (profissão, Instituição e serviço atual), satisfação (curso, colegas de curso, professores e escola), saúde em geral, qualidade de vida global, nível de stresse, subescalas do NAQ-R e escala total, na primeira avaliação

Variáveis psicossociais	Intimidação	Exclusão	Qualidade/ Sobrecarga Trabalho	Subvalorização Trabalho	NAQ-R
Idade	0,13	0,20*	0,11	-0,02	0,16
Tempo de serviço na profissão	0,02	0,18*	0,08	0,00	0,10
Tempo de serviço na Instituição	0,02	0,17*	0,05	0,01	0,10
Tempo de serviço no serviço	0,00	0,08	-0,11	0,02	-0,00
Satisfação com o curso	0,00	-0,17*	-0,18*	-0,07	-0,16
Satisfação com os colegas	-0,13	-0,19*	-0,26**	-0,00	-0,21*
Satisfação com os professores	-0,05	0,03	-0,10	-0,11	-0,06
Satisfação com a escola	-0,04	0,03	0,02	-0,02	-0,00
Saúde em geral	-0,13	-0,24**	-0,23**	-0,09	-0,25**
Qualidade de vida global	-0,18*	-0,18*	-0,27**	-0,13	-0,26**
Nível de stresse	0,22**	0,32**	0,31**	0,15	0,35**

Nota: *p<0,05; **p<0,01

A análise da Tabela 47 permite-nos concluir que ter mais idade, mais tempo de serviço na profissão e Instituição associam-se a mais sentimentos de Exclusão, com valores de correlação baixa e com significado estatístico de: $r(145)=0,20$, $p<0,05$; $r(147)=0,18$, $p<0,05$ e $r(136)=0,17$, $p<0,05$, respetivamente.

A maior satisfação com os colegas e curso associa-se a menor perceção de Qualidade/Sobrecarga de Trabalho com valores de correlação negativa, baixa e com significado estatístico de $r(145)=-0,26$, $p<0,01$ e $r(146)=-0,18$, $p<0,05$, respetivamente.

A perceção de saúde em geral e de qualidade de vida global associam-se com significado estatístico negativo e baixo com a escala e subescalas do NAQ-R. O valor mais

elevado verifica-se na associação entre a percepção de saúde em geral e a escala do NAQ-R $r(142)=-0,25$, $p<0,01$ e a subescala Exclusão $r(147)=-0,24$, $p<0,01$ e na associação entre a percepção de qualidade de vida global e a subescala Qualidade/Sobrecarga de trabalho $r(145)=-0,27$, $p<0,01$.

A percepção de maior nível de stresse associa-se à percepção de mais atos de violência, com exceção dos atos relativos à Subvalorização do Trabalho. O padrão de associação mais elevado verificou-se na associação com a escala do NAQ-R e a subescala de Exclusão $r(142)=0,35$, $p<0,01$ e $r(147)=0,32$, $p<0,01$.

Os resultados da comparação de médias das subescalas do NAQ-R de acordo com o sexo, a presença de filhos e o estado civil são apresentados na Tabela 48.

Tabela 48

Comparação entre as médias das subescalas do NAQ-R de acordo com o sexo, a presença de filhos e o estado civil, na primeira avaliação

NAQ-R	Sexo	N	M	U p
Intimidação	Feminino	126	72,4	1123,000 ns
	Masculino	23	89,1	
Exclusão	Feminino	127	73,7	1242,000 ns
	Masculino	22	82,0	
Qualidade/Sobrecarga de Trabalho	Feminino	124	74,5	1353,000 ns
	Masculino	23	70,8	
Subvalorização do trabalho	Feminino	127	73,9	1265,000 ns
	Masculino	23	84,0	

NAQ-R	Ter filhos	N	M (DP)	t (gl) p
Intimidação	Não	84	13,3 (15,8)	0,102 ns
	Sim	65	13,0 (16,8)	
Exclusão	Não	83	25,9 (22,5)	0,098 ns
	Sim	66	25,6 (18,9)	
Qualidade/Sobrecarga de Trabalho	Não	84	16,0 (17,9)	-0,525 ns
	Sim	63	17,7 (20,7)	
Subvalorização do trabalho	Não	84	16,3 (21,1)	0,238 ns
	Sim	66	15,5 (21,8)	

NAQ-R	Estado civil	N	M (DP)	t (gl) p
Intimidação	Double	86	11,7 (15,4)	-1,304 (146) ns
	Single	62	15,3 (17,2)	
Exclusão	Double	87	22,8 (18,1)	-2,166 (146) *
	Single	61	30,3 (23,9)	
Qualidade/Sobrecarga de Trabalho	Double	84	16,0 (19,3)	-0,571 (144) ns
	Single	82	17,8 (19,0)	
Subvalorização do trabalho	Double	87	14,3 (21,4)	-1,176 (147) ns
	Single	62	18,5 (21,3)	

Nota: ns - não significativo; * $p<0,05$

Na análise dos resultados apresentados na Tabela 48 não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com o sexo e a presença (ou não) de filhos.

Encontramos resultados estatisticamente significativos na comparação de médias com o estado civil. Os enfermeiros em situação single apresentavam em média ($\underline{M}=30,3$, $\underline{DP}=23,9$) maior percepção dos atos negativos associados a Exclusão do que os em situação double $\underline{M}=22,8$, $\underline{DP}=18,1$; ($t(146)=-2,166$; $p<0,05$).

Apresentamos na Tabela 49 os resultados obtidos na análise de variância de médias entre as subescalas do NAQ-R com a categoria profissional, natureza do vínculo, função de chefia e satisfação com o serviço ^{a)}.

Tabela 49

Comparação entre as médias das subescalas do NAQ-R de acordo com a categoria profissional, Satisfação com o serviço ^{a)}, vínculo e chefia, na primeira avaliação

NAQ-R	Categoria profissional	N	M (DP)	t (gl) p
Intimidação	Enfermeiro	52	9,4 (11,2)	-2,08 (147) *
	Enfº Grad.	97	15,2 (18,1)	
Exclusão	Enfermeiro	52	18,4 (15,5)	-3,63 (137,160) ***
	Enfº Grad.	97	29,8 (22,3)	
Qualidade/ Sobrecarga de Trabalho	Enfermeiro	52	12,8 (15,9)	-1,82 (145) ns
	Enfº Grad.	95	18,8 (20,4)	
Subvalorização do trabalho	Enfermeiro	52	13,9 (21,3)	-0,85 (148) ns
	Enfº Grad.	98	17,0 (21,4)	
NAQ-R	Pedir transferência ^{a)}	N	M (DP)	t (gl) p
Intimidação	Não	48	11,7 (17,1)	-0,55 (143) ns
	Sim	97	13,3 (15,2)	
Exclusão	Não	49	20,2 (22,6)	-2,15 (143) *
	Sim	96	28,0 (19,4)	
Qualidade/ Sobrecarga de Trabalho	Não	47	15,5 (20,7)	-0,41 (142) ns
	Sim	97	16,9 (18,3)	
Subvalorização do trabalho	Não	48	9,1 (14,7)	-2,63 (144) **
	Sim	98	17,8 (20,5)	
NAQ-R	Vínculo	N	M (DP)	t (gl) p
Intimidação	Definitivo	108	14,0 (17,5)	0,094 (146) ns
	Temporário	40	11,2 (11,8)	
Exclusão	Definitivo	108	28,3 (21,8)	2,37 (146) *
	Temporário	40	19,2 (16,9)	
Qualidade/ Sobrecarga de Trabalho	Definitivo	106	18,3 (20,7)	1,65 (144) ns
	Temporário	40	12,5 (13,5)	
Subvalorização do trabalho	Definitivo	109	16,0 (20,6)	0,10 (147) ns
	Temporário	40	15,6 (23,8)	
NAQ-R	Chefia	N	M (DP)	t (gl) p
Intimidação	Não	110	11,5 (13,8)	-1,52 (46,281) ns
	Sim	36	17,0 (20,2)	
Exclusão	Não	110	24,8 (20,1)	-0,52 (144) ns
	Sim	36	26,9 (22,6)	
Qualidade/ Sobrecarga de Trabalho	Não	110	14,5 (15,8)	-1,94 (41,949) ns
	Sim	35	23,7 (26,5)	
Subvalorização do trabalho	Não	111	14,9 (20,2)	-0,69 (145) ns
	Sim	36	17,7 (20,9)	

Nota: ns - não significativo; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

a) Enfermeiros que haviam (ou não) pensado em pedir transferência de serviço

A análise da Tabela 49 permite-nos observar, no que se refere à categoria profissional, que os enfermeiros graduados apresentavam maior percepção dos atos negativos associados a Intimidação $t(147)=-2,08$; $p<0,05$ ($M=15,2$, $DP=18,1$) e Exclusão $t(137,160)=-3,36$; $p<0,001$ ($M=29,8$, $DP=22,3$) do que os enfermeiros $M=9,4$ ($DP=11,2$) e $M=18,4$ ($DP=15,5$), respetivamente.

Os enfermeiros insatisfeitos com o local de trabalho (havia pensado em pedir ou tinham pedido transferência de serviço) mencionaram maior percepção de atos negativos associados a Exclusão $t(143)=-2,15$; $p<0,05$ ($M=28,0$, $DP=19,4$) e Subvalorização do Trabalho $t(144)=-2,63$; $p<0,01$ ($M=17,8$, $DP=20,5$) do que os enfermeiros que se encontravam satisfeitos $M=20,2$ ($DP=22,6$) e $M=9,1$, ($DP=14,7$), respetivamente (não haviam pedido ou pensado em pedir transferência de serviço).

Relativamente ao vínculo, os enfermeiros com vínculo definitivo apresentavam média superior de Exclusão $M=28,3$ ($DP=21,8$); $t(146)=2,37$; $p<0,05$, do que os enfermeiros com vínculo temporário ($M=19,2$; $DP=16,9$).

No que se refere à comparação de médias com a função de chefia não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Através da comparação de médias com recurso ao teste de Mann-Whitney encontramos diferenças estatisticamente significativas entre a subescala Exclusão e o estatuto de trabalhador estudante (Tabela 50).

Tabela 50

Comparação entre as médias das subescalas do NAQ-R de acordo com o estatuto de trabalhador estudante, na primeira avaliação

NAQ-R	Estatuto trabalhador estudante	N	M	U p
Intimidação	Não	25	72,4	1485,000 ns
	Sim	123	74,9	
Exclusão	Não	25	54,7	1044,000 *
	Sim	123	78,5	
Qualidade/Sobrecarga de Trabalho	Não	25	64,5	1288,000 ns
	Sim	122	75,9	
Subvalorização do trabalho	Não	25	64,5	1293,000 ns
	Sim	124	77,0	

Nota: ns - não significativo; * $p<0,05$; ** $p<0,01$

Pela análise da Tabela 50 constatamos serem os enfermeiros que tinham estatuto de trabalhador estudante que perceberam mais atos negativos associados à Exclusão ($M=78,5$; $U=1044,500$; $p<0,05$ do que os que não possuíam este estatuto ($M=54,7$).

5.8 - Relação entre qualidade de vida, recursos de *coping*, respostas de stresse, índices críticos e violência psicológica dos enfermeiros, na primeira avaliação

No sentido de averiguar as relações existentes e a força de associação entre qualidade de vida, recursos de *coping*, respostas de stresse, índices críticos e violência psicológica recorreremos ao Coeficiente de Correlação de Pearson e à escala total do SF36, IRRP (recursos de *coping*, repostas de stresse e índices críticos) e NAQ- R.

Tabela 51

Matriz de correlação entre o SF36, IRRP (recursos de *coping*, repostas de stresse, índices críticos) e NAQ-R, na primeira avaliação

	SF36	IRRP			NAQ-R
		Recursos <i>coping</i>	Respostas stresse	Índices críticos	
SF36	1				
Recursos <i>coping</i>	0,39**	1			
Respostas de stresse	-0,69**	-0,63**	1		
Índices críticos	-0,42**	-0,55**	0,64**	1	
NAQ-R	-0,29**	-0,30**	0,40**	0,37**	1

Nota: * $p<0,05$; ** $p<0,01$

A análise da matriz apresentada permite-nos concluir que existe com significado estatístico, uma associação baixa e positiva entre a escala do SF36 e os recursos de *coping* $r(138)=0,39$, $p<0,01$ e moderada e negativa com as respostas de stresse $r(141)=-0,69$, $p<0,01$ e índices críticos $r(144)=-0,42$, $p<0,01$ e NAQ-R $r(140)=-0,29$, $p<0,01$.

Os recursos de *coping* apresentam associação negativa com as respostas de stresse, os índices críticos e a escala de violência psicológica, sendo a associação com valor mais elevado, ainda que moderada com a escala de respostas de stresse $r(137)=-0,63$, $p<0,01$.

No que se refere ao padrão de associação do NAQ-R constatamos uma associação positiva baixa a moderada com as repostas de stresse e índices críticos $r(136)=0,40$, $p<0,01$

e $r(139)=0,37$, $p<0,01$, respetivamente. Assim como, uma associação negativa e baixa com a escala de qualidade de vida $r(136)=-0,29$, $p<0,01$ e os recursos de *coping* $r(134)=-0,30$, $p<0,01$.

Em síntese, a qualidade de vida avaliada pelo SF36 associa-se negativamente com a escala de respostas de stresse, dos índices críticos e da violência psicológica, e positivamente com a escala de recursos de *coping*.

Procuramos ainda analisar as relações entre as subescalas de qualidade de vida avaliadas pelo SF36, os recursos de *coping*, as respostas de stresse e os índices (IRRP) e os atos negativos associados ao trabalho (NAQ-R) resultados que descrevemos de seguida.

Tabela 52

Matriz de correlação entre as subescalas SF36, IRRP e NAQ-R na primeira avaliação

IRRP NAQ-R		SF36							
		SM	FS	V	SG	DorF	FF	DF	DE
Validade	Infrequência	-0,39**	-0,33**	-0,33**	-0,41**	-0,28**	-0,21**	-0,16	-0,19*
	Negação	0,22**	0,04	0,09	0,23**	0,12	0,15	0,12	0,01
Recursos <i>coping</i>	Espírito Filosófico	0,23**	0,17*	0,23**	0,14	0,08	0,21*	0,11	0,20*
	<i>Coping</i>	0,47**	0,26**	0,34**	0,44**	0,30**	0,30**	0,10	0,16
	Suporte Social	0,29**	0,19*	0,23**	0,30**	0,14	0,21*	0,05	0,09
Respostas Stresse	Raiva e Frustração	-0,50**	-0,38**	-0,44**	-0,37**	-0,45**	-0,28**	-0,37**	-0,35**
	Distresse e Saúde	-0,53**	-0,42**	-0,46**	-0,58**	-0,52**	-0,33**	-0,22**	-0,25**
	Culpabilidade	-0,55**	-0,33**	-0,30**	-0,31**	-0,36**	-0,22**	-0,27**	-0,24**
	Resposta Fisiológica	-0,57**	-0,38**	-0,45**	-0,49**	-0,46**	-0,29**	-0,23**	-0,25**
	Emocionalidade Disfórica	-0,73**	-0,57**	-0,53**	-0,50**	-0,44**	-0,23**	-0,36**	-0,40**
	Ansiedade	-0,67**	-0,51**	-0,52**	-0,52**	-0,48**	-0,33**	-0,37**	-0,45**
	Pressão Excessiva	-0,49**	-0,47**	-0,51**	-0,39**	-0,20*	-0,21*	-0,35**	-0,44**
	Hostilidade	-0,61**	-0,49**	-0,52**	-0,54**	-0,45**	-0,31**	-0,25**	-0,41**
	Depressão	-0,73**	-0,60**	-0,57**	-0,51**	-0,40**	-0,25**	-0,35**	-0,41**
Ineficácia	-0,62**	-0,50**	-0,57**	-0,48**	-0,44**	-0,42**	-0,42**	-0,41**	
Índices Críticos	Perda de Controlo	-0,52**	-0,44**	-0,44**	-0,54**	-0,42**	-0,28**	-0,30**	-0,28**
	Suicídio	-0,28**	-0,24**	-0,26**	-0,35**	-0,23**	-0,18*	-0,10	-0,15
NAQ-R	Intimidação	-0,21*	-0,20*	-0,13	-0,29**	-0,16	-0,11	-0,14	0,02
	Exclusão	-0,23**	-0,30**	-0,14	-0,27**	-0,29**	-0,10	-0,16*	-0,17*
	Qualidade/ Sobrecarga Trabalho	-0,21*	-0,33**	-0,21*	-0,31**	-0,09	-0,13	-0,16	-0,29*
	Subvalorização do Trabalho	-0,07	-0,10	-0,04	-0,13	-0,05	0,04	-0,09	-0,03

Nota: * $p<0,05$; ** $p<0,01$

Legenda: SM - Saúde Mental; FS - Função Social; V - Vitalidade, SG - Saúde Geral; DorF- Dor Física, FF- Função Física; DF- Desempenho Físico; DE - Desempenho Emocional

Do padrão de associação entre as subescalas de recursos de *coping* e as subescalas de qualidade de vida (SF36), a associação entre o *Coping* e a Saúde Mental

$r(144)=0,47$, $p<0,01$ é a mais elevada. Contrariamente, a relação entre o *Coping* e a Função Social $r(142)=0,26$, $p<0,01$ é a mais baixa.

Analisando as associações entre as subescalas de respostas de stresse e as subescalas de qualidade de vida constámos resultados com significado estatístico negativo, com valores mais elevados entre a Emocionalidade Disfórica e a Depressão com a Saúde Mental com valores idênticos $r(147)=-0,73$, $p<0$.

A subescala dos índices críticos Perda de Controle apresenta associação negativa com as subescalas de qualidade de vida verificando-se valores mais elevados na associação com a Saúde Geral $r(146)=-0,54$, $p<0,01$ e a Saúde Mental $r(146)=-0,52$, $p<0,01$.

Perante os resultados obtidos verificamos que existem relações, estatisticamente significativas, baixas e negativas entre a Intimidação, Exclusão e Qualidade/Sobrecarga de Trabalho e as subescalas do SF36. A correlação mais elevada, ainda que baixa verifica-se entre a Qualidade/Sobrecarga de Trabalho e a Função Social $r(145)=-0,33$, $p<0,01$ sendo a mais baixa negativa e com significado estatístico entre a Exclusão e o Desempenho Emocional $r(145)=-0,17$, $p<0,05$.

5.9 - Modelo explicativo na qualidade de vida dos enfermeiros, na primeira avaliação

No sentido de analisar as variáveis que melhor explicam a qualidade de vida dos enfermeiros na primeira avaliação do nosso estudo recorreremos à análise de regressão linear múltipla através do método Stepwise. Utilizámos como variáveis critério a qualidade de Vida avaliada pelo SF 36 total e suas subescalas e como preditoras as seguintes variáveis: idade, tempo de serviço (profissão, Instituição e serviço atual), horas de trabalho por semana, perceção de saúde em geral e de qualidade de vida global na última semana, perceção do nível de stresse, subescalas do IRRP e do NAQ-R. Foi pesquisada a presença de multicolinearidade através da collinearity statistics (tolerance). Na Tabela 53 são apresentados os valores do coeficiente de determinação múltiplo ajustado (R^2 ajustado), os resultados do teste F e a sua significância estatística, os preditores que revelaram capacidade explicativa, assim como os valores dos coeficientes estandarizados (beta).

Tabela 53

Resultados da regressão linear múltipla entre as subescalas e escala de qualidade de vida (SF36) e as subescalas do IRRP, NAQ-R e as variáveis psicossociais, na primeira avaliação

Variáveis Preditoras	R2 Ajustado	F (gl) p	t	Variáveis Critério	B
Ineficácia	0,60	37,7 (1,23) ***	-6,13	Qualidade Vida (SF36)	-0,79
Depressão	0,72	63,2 (1,23) ***	-7,95	Saúde Mental	-0,86
Raiva e Frustração	0,13	4,71 (1,23) *	-2,15	Desempenho Emocional	-0,41
Hostilidade	0,27	10,0 (1,23) **	-3,16	Função Social	-0,55
Suporte Social	0,13	4,7 (1,23) *	2,16	Dor Física	0,41
Depressão	0,46	21,3 (1,23) ***	-4,61	Vitalidade	-0,69
Resposta Fisiológica	0,52	26,8 (1,23) ***	-5,73	Saúde Geral	-0,73
NAQR total	0,31	11,8 (1,23) **	-3,44	Desempenho Físico	-0,58
Ineficácia	0,14	4,8 (1,23) **	-2,19	Função Física	-0,42

Nota: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Ao analisarmos a Tabela 53 podemos inferir que a perceção de maior qualidade de vida (avaliada pelo SF36) dos enfermeiros é explicada, no primeiro momento de avaliação, em 60% pela menor resposta de Ineficácia. Ao analisarmos as subescalas do SF36 concluímos que a menor resposta de Depressão explica em 72% a maior perceção de Saúde Mental e em 46% a maior perceção de Vitalidade dos enfermeiros. A maior perceção de Desempenho Emocional é explicada em 13% pela menor resposta de Raiva e Frustração, a maior perceção de Função Social em 27% pela menor resposta de Hostilidade, a maior perceção de Saúde Geral em 52% pela menor Resposta Fisiológica e a maior perceção de Desempenho Físico em 31% pela menor perceção do NAQ-R total. A perceção de Dor física é explicada positivamente em 13% pelo maior Suporte Social.

A perceção de baixos níveis de respostas de stresse (Depressão, Ineficácia, Resposta Fisiológica, Hostilidade e Raiva e Frustração - valores médios 28,0; 36,5; 32,6; 32,2 e 38,3) são as que melhor explicam a maior qualidade de vida total e suas dimensões estudadas (com valores médios superiores a 50, numa escala de 0-100), enquanto o recurso de *coping* “Suporte Social” explica melhor qualidade de vida no domínio da Dor Física.

Capítulo VI - Resultados da segunda avaliação

No presente capítulo procederemos à apresentação e análise dos resultados obtidos na segunda avaliação do estudo.

6.1 - Perceção de qualidade de vida dos enfermeiros na segunda avaliação

Quanto ao estudo da qualidade de vida, através do SF36, no segundo momento de avaliação (após implementação do programa psicopedagógico), obtivemos a nível das diferentes dimensões do instrumento, os seguintes resultados.

Tabela 54

Número de participantes, média e desvio padrão da Componente Física e Mental e das subescalas do SF36, na segunda avaliação

Componentes	<u>M</u>	SF36	2ªavaliação				
			<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>Mn</u>	<u>Mx</u>
Física	67,5	Função Física	57	78,1	19,8	0	100
		Desempenho Físico	60	70,8	36,6	0	100
		Dor Física	60	63,0	30,8	0	100
		Saúde Geral	57	58,0	24,8	0	100
Mental	57,7	Vitalidade	60	47,8	23,5	0	100
		Função Social	58	61,9	26,4	0	100
		Desempenho Emocional	60	64,4	39,7	0	100
		Saúde Mental	59	56,5	26,7	0	100

Perante os resultados obtidos podemos verificar que a Função Física e o Desempenho Físico são as subescalas que apresentam médias mais elevadas, respetivamente, $\underline{M}=78,1$ ($\underline{DP}=19,8$) e $70,8$ ($\underline{DP}=36,6$). Os enfermeiros apresentam na subescala Vitalidade a média mais baixa ($\underline{M}=47,8$, $\underline{DP}=23,5$) seguindo-se a Saúde Mental, com o valor médio de $56,5$ ($\underline{DP}=26,7$). Tal como no primeiro momento de avaliação a Função Física é a subescala que apresenta o valor médio mais elevado.

À semelhança do que foi realizado na primeira avaliação procuramos conhecer as correlações entre as dimensões e escala total do SF36 (Tabela 55).

Tabela 55

Matriz de correlação de Pearson entre as subescalas do SF36 e a escala total, na segunda avaliação

SF36	SM	FS	V	SG	DorF	FF	DF	DE	SF36
Saúde Mental	1								
Função Social	0,81**	1							
Vitalidade	0,81**	0,75**	1						
Saúde Geral	0,67**	0,62**	0,51**	1					
Dor Física	0,57**	0,61**	0,51**	0,66**	1				
Função Física	0,27*	0,33*	0,30*	0,55**	0,56**	1			
Desempenho Físico	0,62**	0,68**	0,54**	0,52**	0,57**	0,38**	1		
Desempenho Emocional	0,73**	0,70**	0,61**	0,55**	0,38**	0,40**	0,63**	1	
SF36 total	0,88**	0,87**	0,78**	0,80**	0,78**	0,56**	0,82**	0,83**	1

Nota: *p<0,05; **p<0,01

Legenda: SM - Saúde Mental; FS - Função Social; V - Vitalidade, SG - Saúde Geral; DorF- Dor Física, FF- Função Física; DF- Desempenho Físico; DE - Desempenho Emocional

A análise correlacional efetuada permite concluir que a Saúde Mental e a Função Social são as subescalas que melhor contribuem para a qualidade de vida total $r(51)=0,88$, $p<0,01$ e $r(51)=0,87$, $p<0,01$, respetivamente. Por outro lado a que evidencia uma associação moderada e positiva com a qualidade de vida total é a Função Física $r(51)=0,56$, $p<0,01$. Estes resultados assemelham-se aos da primeira avaliação.

6.2 - Relação entre fatores psicossociais e qualidade de vida dos enfermeiros, na segunda avaliação

Fizemos a análise entre a perceção de saúde em geral, qualidade de vida global na última semana e perceção do nível de stresse e a qualidade de vida avaliada pelo SF36 resultados que descreveremos em seguida.

Tabela 56

Matriz de correlação entre a perceção de saúde em geral, qualidade de vida global, nível de stresse, subescalas SF36 e escala total, na segunda avaliação

Variáveis psicossociais	SF36 Saúde Mental	Função Social	Vitalidade	Saúde Geral	Dor Física	Função Física	Desempenho Físico	Desempenho Emocional	SF36
Saúde em geral	0,58**	0,49**	0,61**	0,49**	0,35**	0,42**	0,37**	0,60**	0,62**
Qualidade de vida global	0,49**	0,46**	0,62**	0,32*	0,26*	0,29*	0,29*	0,52**	0,50**
Nível de stresse	-0,30*	-0,30*	-0,38**	-0,26*	-0,23	-0,07	-0,20	-0,22	-0,28*

Nota: *p<0,05; **p<0,01

Podemos inferir pelos dados anteriores que a saúde em geral e a qualidade de vida global percebidas pelos enfermeiros apresentam uma associação positiva, baixa a moderada, com grande parte das dimensões da qualidade de vida (SF36), sendo a associação mais elevada entre a percepção de saúde geral e a qualidade de vida (SF36) com $r(51)=0,62$, $p<0,01$ e entre a qualidade de vida global e a Vitalidade $r(58)=0,62$, $p<0,01$. A percepção do nível de stresse evidencia apenas um padrão de associação com significado estatístico negativo com algumas subescalas do SF36 sendo a associação com valor mais elevado com a subescala Vitalidade $r(58)=-0,38$, $p<0,01$.

6.3 - Recursos de *coping*, respostas de stresse e índices críticos dos enfermeiros na segunda avaliação

A análise da média, desvio padrão, máximo e mínimo do IRRP, no segundo momento de avaliação mostrou-nos quais os recursos de *coping*, as respostas de stresse e os índices críticos mais utilizados pelos enfermeiros, resultados apresentados na Tabela 57.

Tabela 57

Distribuição dos valores Máximo (Mx) e Mínimo (Mn), Média (M) e Desvio Padrão (DP) das subescalas do IRRP, na segunda avaliação

IRRP		<u>N</u>	<u>N.º itens (Final)</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>Mn</u>	<u>Mx</u>
Validade	Infrequência	60	15	10,1	17,2	0	100
	Negação	60	7	47,9	23,5	0	100
Recurso de <i>coping</i>	Espírito Filosófico	57	8	79,2	24,2	0	100
	<i>Coping</i>	58	8	67,3	30,8	0	100
	Suporte Social	60	8	85,4	21,5	0	100
Resposta ao Stresse	Raiva e Frustração	59	9	35,8	25,9	0	100
	Distress e Saúde	60	7	43,3	26,9	0	100
	Culpabilidade	60	8	34,6	24	0	100
	Resposta Fisiológica	60	10	39,6	24,8	0	100
	Emocionalidade Disfórica	59	14	46,1	27,8	0	100
	Ansiedade	58	8	42,4	29	0	100
	Pressão Excessiva	59	7	46,2	28,3	0	100
	Hostilidade	58	9	39,2	30,3	0	100
	Depressão	60	10	26,8	24,2	0	100
	Ineficácia	58	10	35,1	30,2	0	100
Índice Crítico	Perda de Controlo	59	15	14,8	21,1	0	100
	Suicídio	60	5	6,0	16,6	0	100

De acordo com a Tabela 57 verificamos ser o Suporte Social, a subescala de recurso de *coping* mais utilizada pelos enfermeiros ($\underline{M}=85,4$, $\underline{DP}=21,5$), seguindo-se o Espírito Filosófico e o *Coping* . A Pressão Excessiva e a Emocionalidade Disfórica foram as respostas de stresse com médias mais elevadas, respetivamente, $\underline{M}=46,2$ ($\underline{DP}=28,3$) e $\underline{M}=46,1$ ($\underline{DP}=27,8$). No que refere aos índices críticos a Perda de Controlo com a média de 14,8 ($\underline{DP}=21,13$) é o mais elevado, sendo o Suicídio o que apresenta média inferior ($\underline{M}=6,0$ $\underline{DP}=16,6$).

Estes resultados sobrepõem-se aos da primeira avaliação, com uma pequena variabilidade dos valores médios. Quatro das respostas de stresse com médias mais elevadas foram identificadas em ambas as avaliações: a Pressão Excessiva, a Emocionalidade Disfórica, o Distresse e Saúde e a Ansiedade. A resposta de Depressão foi a que apresentou valor médio mais baixo.

6.4 - Relações entre os recursos de *coping* , as respostas de stresse e os índices críticos dos enfermeiros, na segunda avaliação

Para identificar as relações entre os recursos de *coping* , as respostas de stresse e os índices críticos calculámos a correlação de Pearson, entre as diferentes subescalas.

Pelos resultados da matriz de correlação apresentada na Tabela 58 (pág. seguinte) podemos verificar que a Infrequência se associa negativamente com as subescalas de recursos de *coping* , com o valor mais elevado com a subescala Suporte Social com $\underline{r}(58)=-0,82$, $\underline{p}<0,01$ e positivamente com as subescalas de respostas de stresse e índices críticos, com os valores mais elevados com a subescala Depressão $\underline{r}(58)=0,79$, $\underline{p}<0,01$ e Perda de Controlo $\underline{r}(57)=0,91$, $\underline{p}<0,01$.

A subescala Negação evidencia um padrão de associação positivo com as subescalas de recursos de *coping* e negativo com as subescalas de respostas de stresse e índices críticos. Constatámos que as associações mais altas se verificam entre a Negação com o Suporte Social ($\underline{r}(58)=0,41$, $\underline{p}<0,01$) e com a Raiva e Frustração ($\underline{r}(57)=-0,51$, $\underline{p}<0,01$).

Tabela 58Relações entre os recursos de *coping*, as respostas de stresse e os índices críticos dos enfermeiros, na segunda avaliação

IRRP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Infrequência	1																	
Negação	-0,30*	1																
Espírito Filosófico	-0,47**	0,35**	1															
<i>Coping</i>	-0,44**	0,24	0,37**	1														
Suporte Social	-0,82**	0,41**	0,54**	0,36**	1													
Raiva e Frustração	0,44**	-0,51**	-0,55**	-0,48**	-0,46**	1												
Distresse e Saúde	0,45**	-0,27*	-0,30*	-0,61**	-0,39**	0,51**	1											
Culpabilidade	0,59**	-0,37**	-0,31*	-0,37**	-0,48**	0,48**	0,53**	1										
Resposta Fisiológica	0,65**	-0,32*	-0,45**	-0,56**	-0,53**	0,53**	0,65**	0,61**	1									
Emocionalidade Disfórica	0,65**	-0,35**	-0,46**	-0,58**	-0,61**	0,62**	0,70**	0,67**	0,78**	1								
Ansiedade	0,48**	-0,29*	-0,32*	-0,46**	-0,44**	0,57**	0,57**	0,63**	0,72**	0,80**	1							
Pressão Excessiva	0,44**	-0,20	-0,31*	-0,45**	-0,39**	0,51**	0,46**	0,38**	0,55**	0,71**	0,67**	1						
Hostilidade	0,51**	-0,32*	-0,34*	-0,81**	-0,41**	0,66**	0,64**	0,55**	0,65**	0,69**	0,74**	0,63**	1					
Depressão	0,79**	-0,30*	-0,51**	-0,61**	-0,69**	0,60**	0,67**	0,62**	0,76**	0,93**	0,72**	0,71**	0,70**	1				
Ineficácia	0,63**	-0,34**	-0,36**	-0,57**	-0,47**	0,58**	0,68**	0,72**	0,73**	0,80**	0,77**	0,63**	0,68**	0,80**	1			
Perda de Controlo	0,91**	-0,25	-0,50**	-0,52**	-0,74**	0,38**	0,48**	0,66**	0,67**	0,73**	0,58**	0,56**	0,57**	0,84**	0,68**	1		
Suicídio	0,78**	-0,10	-0,44**	-0,23	-0,61**	0,26*	0,26*	0,43**	0,47**	0,52**	0,39**	0,39**	0,32*	0,61**	0,46**	0,81**	1	
IRRP total	0,67**	-0,27*	-0,35**	-0,24	-0,49**	0,48**	0,22	0,67**	0,52**	0,60**	0,64**	0,45**	0,50**	0,66**	0,73**	0,71**	0,63**	1

Nota: *p<0,05; **p<0,01

Legenda: 1-Infrequência, 2 -Negação, 3 - Espírito Filosófico, 4- *Coping*; 5 - Suporte Social, 6 - Raiva e Frustração, 7- Distresse e Saúde, 8 - Culpabilidade, 9 - Resposta Fisiológica, 10 - Emocionalidade Disfórica, 11 - Ansiedade, 12 - Pressão Excessiva, 13- Hostilidade, 14 - Depressão, 15 - Ineficácia; 16- Perda Controlo, 17 - Suicídio, 18 - IRRP total

As subescalas de recursos de *coping* apresentam um padrão de associação negativo com significado estatístico com as subescalas de respostas de stresse e índices críticos com associação mais elevada entre o *Coping* e a Hostilidade $r(56)=-0,81$, $p<0,01$ e o Suporte Social e a Perda de Controle $r(57)=0,74$, $p<0,01$.

As subescalas de respostas de stresse associam-se positiva e significativamente com as subescalas de índices críticos. A associação mais elevada verifica-se entre a Depressão e a Perda de Controlo $r(57)=0,84$, $p<0,01$.

6.5 - Relações entre variáveis psicossociais, os recursos de *coping*, as respostas de stresse e os índices críticos dos enfermeiros, na segunda avaliação

Calculamos a correlação de Pearson para conhecer as relações entre variáveis psicossociais e as subescalas do IRRP. Os resultados são apresentados em matrizes de correlação (Tabela 59, pág. seguinte).

A matriz evidencia que a perceção de saúde geral associa-se positivamente com os recursos de *coping* apresentando correlação positiva com significado estatístico com o *Coping* $r(56)=0,37$, $p<0,01$ e o Suporte Social $r(58)=0,35$, $p<0,01$. Associa-se negativamente com as respostas de stresse avaliadas pelo IRRP com o valor mais elevado e com significado estatístico com a Pressão Excessiva $r(57)=-0,59$, $p<0,01$. Verifica-se também, associação negativa com a Perda de Controlo com $r(57)=-0,35$, $p<0,01$. A perceção de qualidade de vida global apresenta padrão de associação idêntico. Os valores com significado estatístico positivo com o Suporte Social $r(58)=0,34$, $p<0,01$ e negativo com a Emocionalidade Disfórica e a Perda de Controlo $r(57)=-0,53$, $p<0,01$ e $r(57)=-0,30$, $p<0,05$, respetivamente.

A associação entre o nível de stresse percebido evidencia associação com significado estatístico positivo com as respostas de stresse sendo o valor mais elevado com o Distresse e Saúde $r(58)=0,42$, $p<0,01$.

Tabela 59

Matriz de correlação de Pearson entre a percepção de saúde em geral, qualidade de vida global, nível de stresse e as subescalas do IRRP, na segunda avaliação

Variáveis psicossociais	IRRP																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Saúde em geral	-0,31*	0,20	0,18	0,37**	0,35**	-0,45**	-0,03*	-0,30*	-0,35**	-0,51**	-0,46**	-0,59**	-0,47**	-0,50**	-0,48**	-0,35**	-0,19	-0,33*
Qualidade de vida global	-0,29*	0,29*	0,20	0,29*	0,34**	-0,41**	-0,31*	-0,31*	-0,38**	-0,53**	-0,43**	-0,51**	-0,42**	-0,47**	-0,42**	-0,30*	-0,15	-0,24
Nível de stresse	0,12	-0,19	-0,13	-0,13	-0,19	0,33*	0,42**	0,21	0,28*	0,32*	0,28*	0,28*	0,23	0,19	0,26*	0,04	-0,00	0,07

Nota: *p<0,05; **p<0,01

Legenda: 1 - Infrequência, 2 - Negação, 3 - Espírito Filosófico, 4 - *Coping*; 5 - Suporte Social, 6 - Raiva e Frustração, 7 - Distresse e Saúde, 8 - Culpabilidade, 9 - Resposta Fisiológica, 10 - Emocionalidade Disfórica, 11 - Ansiedade, 12 - Pressão Excessiva, 13 - Hostilidade, 14 - Depressão, 15 - Ineficácia; 16 - Perda Controlo; 17 - Suicídio; 18 - IRRP total

6.6 - Violência psicológica dos enfermeiros na segunda avaliação

Relativamente às subescalas do NAQ-R calculamos a média, desvio padrão e valores máximo e mínimo, resultados que apresentamos na Tabela seguinte.

Tabela 60

Frequências das subescalas do NAQ-R, na segunda avaliação

NAQ-R	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>Mn</u>	<u>Mx</u>
Intimidação	59	22,9	23,0	0	100
Exclusão	59	27,7	22,8	0	100
Qualidade/Sobrecarga de Trabalho	60	26,7	27,0	0	100
Subvalorização do Trabalho	60	18,9	25,6	0	100

A análise da Tabela 60 permite-nos concluir que os enfermeiros apresentam a média mais elevada na subescala Exclusão (M=27,7, DP=22,8) seguindo-se a Qualidade/Sobrecarga de Trabalho com o valor médio de 26,7 (DP=27,0). A Subvalorização do Trabalho foi a que apresentou valor mais baixo (M=18,9, DP=25,6). A tendência dos resultados é sobreponível aos do primeiro momento de avaliação.

Tal como no primeiro momento de avaliação analisámos a frequência de atos de violência psicológica segundo os três critérios, resultados que apresentamos nas Tabelas seguintes.

Tabela 61

Frequência dos atos negativos no local de trabalho com a aplicação do primeiro critério, na segunda avaliação

Item	Atos negativos no local de trabalho	<u>N</u>	%
3	Ser obrigado a desempenhar funções abaixo do nível das suas competências	5	8,3
4	Retirarem ou substituírem responsabilidades chave da sua função por outras pouco importantes e/ou desagradáveis	3	5,0
19	Ser pressionado a não reclamar aquilo a que tem direito (e.g. baixa médica, feriados, despesas de deslocação)	3	5,0
21	Ser exposto a uma quantidade de trabalho excessiva e impossível de realizar	3	5,0
5	Espalharem rumores/boatos acerca de si	1	1,7
6	Ser ignorado, excluído ou marginalizado	1	1,7
16	Serem-lhe atribuídas tarefas com objetivos ou prazos irrealistas ou impossíveis	1	1,7
18	Vigilância/controlo excessivo do seu trabalho	1	1,7
22	Ameaças de violência ou mesmo sofrer de abuso físico	1	1,7
1	Alguém esconde informação que afeta o seu desempenho	0	0,0
2	Ser humilhado ou ridicularizado em relação ao seu trabalho	0	0,0
7	Ser insultado ou fazerem comentários ofensivos acerca da sua pessoa (hábitos e origens), atitudes ou vida privada	0	0,0
8	Berrarem-lhe ou ser alvo de explosões de raiva	0	0,0

Continua

9	Comportamento de intimidação (apontarem-lhe o dedo, invasão do seu espaço pessoal, empurrões, bloquearem/barrarem-lhe o caminho)	0	0,0
10	Insinuações ou sinais de que deveria deixar o emprego	0	0,0
11	Ser constantemente lembrado dos seus erros ou enganos	0	0,0
12	Ser ignorado ou enfrentar reações hostis quando se aproxima de alguém	0	0,0
13	Críticas constantes sobre o seu trabalho e esforço	0	0,0
14	As suas opiniões ou pontos de vista são ignoradas	0	0,0
15	Ser alvo de “partidas” por parte de pessoas com quem não se dá bem	0	0,0
17	Serem feitas acusações contra si	0	0,0
20	Ser objeto de gozo e sarcasmo (ironia) excessivos	0	0,0

De acordo com a Tabela 61 observamos uma prevalência de 20,7% de casos negativos de violência psicológica nos enfermeiros, comparativamente com 26,4% identificados no primeiro momento de avaliação. O ato que evidenciou maior valor foi o item 3 - Ser obrigado a desempenhar funções abaixo do nível das suas competências. Este ato já havia sido referido no primeiro momento de avaliação com N=16 (10,6%).

O segundo critério permitiu-nos identificar 8,3% (5) casos. Seguidamente, passamos a descrever, por ordem decrescente, a frequência dos atos negativos, de acordo com o terceiro critério.

Tabela 62

Frequência dos atos negativos no local de trabalho com a aplicação do terceiro critério, na segunda avaliação

Item	Atos negativos no local de trabalho	<u>N</u>	%
3	Ser obrigado a desempenhar funções abaixo do nível das suas competências	3	5,0
21	Ser exposto a uma quantidade de trabalho excessiva e impossível de realizar	2	3,4
4	Retirarem ou substituírem responsabilidades chave da sua função por outras pouco importantes e/ou desagradáveis	1	1,6
5	Espalharem rumores/boatos acerca de si	1	1,6
16	Serem-lhe atribuídas tarefas com objetivos ou prazos irrealistas ou impossíveis	1	1,6
1	Alguém esconde informação que afeta o seu desempenho	0	0,0
2	Ser humilhado ou ridicularizado em relação ao seu trabalho	0	0,0
6	Ser ignorado, excluído ou marginalizado	0	0,0
7	Ser insultado ou fazerem comentários ofensivos acerca da sua pessoa (hábitos e origens), atitudes ou vida privada	0	0,0
8	Berrarem-lhe ou ser alvo de explosões de raiva	0	0,0
9	Comportamento de intimidação (apontarem-lhe o dedo, invasão do seu espaço pessoal, empurrões, bloquearem/barrarem-lhe o caminho)	0	0,0
10	Insinuações ou sinais de que deveria deixar o emprego	0	0,0
11	Ser constantemente lembrado dos seus erros ou enganos	0	0,0
12	Ser ignorado ou enfrentar reações hostis quando se aproxima de alguém	0	0,0
13	Críticas constantes sobre o seu trabalho e esforço	0	0,0
14	As suas opiniões ou pontos de vista são ignoradas	0	0,0
15	Ser alvo de “partidas” por parte de pessoas com quem não se dá bem	0	0,0
17	Serem feitas acusações contra si	0	0,0
18	Vigilância/controlo excessivo do seu trabalho	0	0,0

Continua

19	Ser pressionado a não reclamar aquilo a que tem direito (e.g. baixa médica, feriados, despesas de deslocação)	0	0,0
20	Ser objeto de gozo e sarcasmo (ironia) excessivos	0	0,0
22	Ameaças de violência ou mesmo sofrer de abuso físico	0	0,0

No sentido de analisarmos os valores encontrados segundo os três critérios de prevalência de atos negativos procedemos à apresentação da Tabela 63.

Tabela 63

Distribuição da prevalência do *bullying* segundo os três critérios, na segunda avaliação

Crítérios	1º	2º	3º
Resposta positiva a pelo menos 1 dos 22 itens do NAQ-R	20,7% (12)		
Tem sido Vítima de <i>bullying</i> no trabalho?		8,3% (5)	
Resposta Positiva ao 1º e 2º critério			8,3% (5)

Analisando os resultados obtidos constatamos os valores 20,7% para o primeiro critério e 8,3% para segundo e terceiro critério.

6.7- Relação entre variáveis psicossociais e a violência psicológica dos enfermeiros, na segunda avaliação

Pretendemos conhecer as relações entre variáveis psicossociais, subescalas do NAQ-R e escala total.

Tabela 64

Matriz de correlação de Pearson entre a perceção de saúde em geral, qualidade de vida global, nível de stresse, subescalas do NAQ-R e escala total, na segunda avaliação

Variáveis psicossociais	NAQ-R Intimidação	Exclusão	Qualidade/Sobrecarga Trabalho	Subvalorização Trabalho	NAQ-R total
Saúde em geral	-0,22	-0,24	-0,34**	-0,02	-0,24
Qualidade de vida global	-0,30*	-0,22	-0,28*	-0,16	-0,28*
Nível de stresse	0,41**	0,46**	0,35**	0,24	0,44**

Nota: *p<0,05; **p<0,01

Pela análise da Tabela 64 verificamos que a perceção de saúde em geral apresenta padrão de associação negativo e com significado estatístico com a Qualidade/Sobrecarga de Trabalho $r(57)=-0,34, p<0,01$.

A percepção qualidade de vida global dos enfermeiros associa-se negativamente e com significado estatístico com o valor mais elevado evidenciado com a subescala Intimidação $r(57)=-0,30$, $p<0,05$.

O nível de stresse percebido apresenta padrão de associação com significado estatístico positivo com a escala e subescalas do NAQ-R (exceção da Subvalorização do trabalho), com associação mais alta com a subescala Exclusão $r(57)=0,46$, $p<0,01$.

6.8 - Relação entre qualidade de vida, recursos de *coping*, respostas de stresse, índices críticos e violência psicológica dos enfermeiros na segunda avaliação

No sentido de analisarmos a relação existente entre as diferentes escalas calculámos a correlação de Pearson, os resultados obtidos encontram-se na Tabela 65.

Tabela 65

Matriz de correlação entre SF36, IRRP (recursos de *coping*, respostas de stresse e índices críticos) e NAQ-R, na segunda avaliação

	SF36	IRRP			NAQ-R
		Recursos <i>coping</i>	Respostas stresse	Índices críticos	
SF36	1				
Recursos <i>coping</i>	0,37**	1			
Respostas de stresse	-0,78**	-0,74**	1		
Índices críticos	-0,43**	-0,66**	0,67**	1	
NAQ-R	-0,41**	-0,30**	0,56**	0,44**	1

Nota: * $p<0,05$; ** $p<0,01$

Pela observação da Tabela 65 verificamos que a associação entre o SF36, o IRRP e o NAQ-R apresenta significância estatística com valores de r de Pearson moderados e altos.

Melhor percepção de qualidade de vida avaliada pelo SF36 associa-se à utilização de mais recursos de *coping* $r(49)=0,37$, $p<0,01$ e a menos respostas de stresse $r(50)=-0,78$, $p<0,01$, a menos Índices Críticos $r(50)=-0,43$, $p<0,01$ avaliados pelo IRRP. Também melhor qualidade de vida associa-se a menos violência psicológica avaliada pelo NAQ-R ($r(50)=-0,41$, $p<0,01$).

A violência psicológica avaliada pelo NAQ-R apresenta na relação com o IRRP: associação negativa com os recursos de *coping* $r(52)=-0,30$, $p<0,01$ e positiva com as respostas de stresse $r(53)=0,56$, $p<0,01$ e índices críticos $r(55)=0,44$, $p<0,01$.

6.9 - Modelo explicativo na qualidade de vida dos enfermeiros na segunda avaliação

Pretendemos analisar as variáveis que melhor explicam a qualidade de vida dos enfermeiros na segunda avaliação, neste sentido recorreremos à análise de regressão linear múltipla através do método Stepwise definindo como variáveis critério a Qualidade de Vida avaliada pelo SF36 total e as escalas do SF36 relativas à segunda avaliação e como predictoras as seguintes variáveis da segunda avaliação: percepção de saúde em geral e de qualidade de vida global na última semana, percepção do nível de stresse, subescalas do IRRP e do NAQ-R. Pesquisamos a presença de multicolinearidade através da collinearity statistics (tolerance), na Tabela 66 são apresentados os valores do coeficiente de determinação múltiplo ajustado (R^2 ajustado), os resultados do teste F e a sua significância estatística, os preditores que revelaram capacidade explicativa e os valores dos coeficientes estandarizados (beta).

Tabela 66

Resultados da regressão linear múltipla entre as subescalas e escala de qualidade de vida (SF36), as subescalas do IRRP, do NAQ-R e a percepção de saúde em geral e de qualidade de vida global e a percepção do nível de stresse, na segunda avaliação

Variáveis Predictoras	R2 Ajustado	F (gl) p	t	Variáveis Critério	β
Saúde Geral Última Semana	0,70	38,23 (1,15) ***	6,18	QUALIDADE VIDA (SF36)	0,85
	0,54	22,51 (1,17) **	4,74	Função Social	0,76
	0,51	19,99 (1,17) ***	4,47	Vitalidade	0,74
	0,50	17,90 (1,16) ***	4,23	Saúde Geral	0,73
Emocionalidade Disfórica	0,73	49,89 (1,17) ***	-7,06	Saúde Mental	-0,86
	0,53	21,49 (1,17) *	-4,64	Desempenho Emocional	-0,75
Distresse e Saúde	0,33	10,01 (1,17) *	-3,16	Dor Física	-0,61
Ansiedade	0,50	18,79 (1,17) **	-4,34	Desempenho Físico	-0,73
	0,22	5,77 (1,16) *	-2,40	Função Física	-0,52

Nota: ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Os resultados obtidos permitem-nos concluir que a maior percepção de qualidade de vida total, de Função Social, de Vitalidade e de Saúde Geral são explicadas pela maior

perceção de saúde em geral em 70,0%, 54%, 51% e 50%, respetivamente. A maior perceção de Saúde Mental e de Desempenho Emocional são explicadas em 73% e 53% pela menor resposta de Emocionalidade Disfórica. A melhor perceção de qualidade de vida, no domínio da Dor Física é explicada em 33% pela menor resposta de Distresse e Saúde. Enquanto que a maior perceção de Desempenho Físico (50%) e de Função Física (22%) são explicadas pela menor resposta de Ansiedade.

Em síntese, concluímos que a variável saúde em geral operacionalizada pela questão: como classificaria a saúde em geral na última semana é a que melhor explica a qualidade de vida (SF36), Função Social, Vitalidade e Saúde Geral, na segunda avaliação. Menos respostas de stresse (avaliadas pelo IRRP) associam-se a melhor perceção de qualidade de vida nos domínios da Saúde Mental, Desempenho Emocional, Dor Física e Função Física avaliadas pelo SF36.

Capítulo VII - Resultados obtidos com o programa psicopedagógico

O plano de intervenção integrou um total de três sessões. O intervalo de tempo entre a primeira e segunda intervenção foi de 3 a 4 semanas e entre a segunda e terceira sessão de intervenção de 3 semanas.

Na primeira sessão foram abordados conteúdos teóricos relativos ao stresse e violência psicológica, as segundas e terceiras integraram técnicas de relaxamento de Jacobson para 7 grupos musculares - face; braço dominante e não dominante; pescoço, peito, ombros, parte superior das costas e abdómen; perna dominante e não dominante (Gonçalves, 1990) e técnicas de imaginação guiada.

Na segunda e terceira sessão antecedendo o início e final da execução da técnica de relaxamento foi solicitado aos participantes a monitorização do pulso, assim como o respetivo registo do valor em folha dada pelo investigador. De igual modo foi solicitado, no final da execução da técnica de relaxamento, o registo do grau de relaxamento percebido pelo participante (numa escala de 0-valor mínimo e 10-valor máximo, discriminados pelos grupos musculares trabalhados na sessão). Os valores obtidos são apresentados na Tabela 67.

Tabela 67

Distribuição dos valores de M, DP, Mn e Mx da monitorização do pulso e grau de relaxamento na segunda e terceira sessão do programa psicopedagógico

Parâmetros		2ª sessão					3ª sessão				
		<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	Mn	Mx	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	Mn	Mx
Pulso	Início da sessão	59	74,8	9,9	50	105	59	77,0	10,3	56	100
	Fim da sessão	59	68,6	9,7	40	101	59	69,7	8,8	46	92
Grau de relaxamento	Braço Dominante	56	6,0	2,0	2	10	53	7,0	1,7	0	9
	Braço Não Dominante	57	5,9	1,9	2	10	53	6,8	1,7	2	9
	Face	57	4,9	2,0	0	9	54	5,9	2,0	0	10
	Pescoço	58	5,4	2,1	0	10	54	6,7	1,8	1	10
	Peito, Ombros, Parte Superior das Costas e Abdómen	58	6,0	1,8	0	9	54	7,3	1,8	3	10
	Perna Dominante	59	6,2	1,7	2	10	54	7,3	1,8	0	10
	Perna Não Dominante	59	6,1	1,6	2	10	54	7,2	1,6	1	10

Nota: Os valores de N apresentados correspondem aos participantes que efetuaram o registo da monitorização do pulso e do grau de relaxamento.

A Tabela 67 permite-nos constatar que na segunda sessão do programa de intervenção, no que se refere à monitorização do pulso verificou-se uma diminuição do valor médio de 74,8 ($\underline{DP}=9,9$) para 68,6 ($\underline{DP}=9,7$) sendo o valor mínimo de 50 e 40 e os valores máximos de 105 e 101 no início e final da sessão, respetivamente. De igual modo na terceira sessão verificou-se um decréscimo no valor médio da frequência cardíaca no início da sessão com 77,0 ($\underline{DP}=10,3$) e no final de 69,7 ($\underline{DP}=8,8$). Os valores mínimos e máximos foram de 56-100 e 46-92, no início e final da sessão, respetivamente.

Relativamente ao grau de relaxamento (segunda sessão) percecionado pelos participantes no final da execução da técnica o valor médio máximo percecionado foi de 6,2 ($\underline{DP}=1,7$) no membro inferior dominante, sendo o valor médio mais baixo percecionado nos exercícios da face com $\underline{M}=4,9$ e $\underline{DP}=2,0$.

Na terceira sessão do programa de intervenção verificou-se uma perceção de maior grau de relaxamento nos grupos musculares peito, ombros, parte superior das costas e abdómen e perna dominante com a média de 7,3 ($\underline{DP}=1,8$) valores iguais para os dois grupos musculares. Para os músculos da face, os participantes, assinalaram valores mais baixos de perceção de relaxamento ($\underline{M}=5,9$; $\underline{DP}=2,0$).

Em síntese constatamos uma diminuição do ritmo cardíaco no final da segunda e terceira sessão, ou seja após a execução dos exercícios de relaxamento e de imaginação guiada. Também podemos verificar valores médios mais elevados de perceção de relaxamento muscular, nos diferentes grupos, pelos participantes.

Na análise de variância das médias dos resultados obtidos entre os diferentes momentos de avaliação recorreremos à estatística paramétrica (teste t para amostras emparelhadas) entre as médias da monitorização do pulso e do grau de relaxamento (nos diferentes grupos musculares e global) da segunda e terceira sessão (Tabela 68).

Tabela 68

Comparação entre as médias do pulso e do grau de relaxamento global e por grupo muscular na segunda e terceira sessão

Pulso e Relaxamento		<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>t (gl) p</u>
Pulso	2ª sessão	58	71,5	8,8	-1,30 (57) ns
	3ª sessão		73,1	8,1	
Grau de Relaxamento	Global	51	5,7	1,5	-4,40 (50) ***
			3ª sessão	6,8	
	Braço Dominante	51	5,9	1,9	-2,98 (50) **
			3ª sessão	6,9	
	Braço Não Dominante	52	5,8	1,9	-2,70 (50) **
			3ª sessão	6,7	
	Face	52	4,9	2,0	-3,24 (51) **
			3ª sessão	5,8	
	Pescoço	52	5,3	2,1	-4,31 (51) ***
			3ª sessão	6,6	
	Peito, Ombros, Parte Superior das Costas e Abdómen	52	5,8	1,8	-5,19 (51) ***
			3ª sessão	7,3	
	Perna Dominante	53	6,2	1,7	-3,18 (52) **
			3ª sessão	7,2	
	Perna Não Dominante	53	6,1	1,6	-3,61 (52) **
			3ª sessão	7,3	

Nota: ns - não significativo; * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Nos resultados obtidos através da comparação de médias das variáveis pulso e grau de relaxamento podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas para a percepção do grau de relaxamento global, referido pelos participantes no programa psicopedagógico.

Os enfermeiros apresentaram média superior do grau de relaxamento global (M=6,8; DP=1,4) na terceira sessão comparativamente à segunda sessão (M=5,7; DP=1,5) para um valor de $t(50)=-4,40$; $p<0,001$.

Quando comparados os diferentes grupos musculares verificamos a existência de resultados estatisticamente significativos, com valor médio superior, na terceira sessão em todos grupos. Os grupos musculares “Pescoço” e “Peito, Ombros, Parte Superior das Costas e Abdómen” foram os que apresentaram resultados mais significativos, na segunda sessão com valores de M=5,3; DP=2,1 e M=5,8; DP=1,8 comparativamente à terceira sessão M=6,6; DP=1,9 e M=7,3; DP=1,7 para valores de $t(51)=-4,31$; $p<0,001$ e $t(51)=-5,19$; $p<0,001$, respetivamente.

Capítulo VIII - Comparação de resultados da primeira e segunda avaliação

Um dos nossos objetivos para o estudo era analisar a eficácia de um programa psicopedagógico na qualidade de vida dos enfermeiros.

No sentido da concretização deste objetivo comparamos os resultados obtidos (percepção da qualidade de vida avaliada pelo SF36, recursos de *coping*, respostas de stresse e índices críticos avaliados pelo IRRP e de atos negativos avaliados pelo NAQ-R) nos dois momentos de avaliação antes e pós-intervenção recorremos de igual modo à estatística paramétrica (teste t para amostras emparelhadas). Nesta análise de variância de médias foram apenas estudados os participantes que participaram no programa psicopedagógico (N=60).

Os resultados serão apresentados nos subcapítulos seguintes, em Tabelas e em função de cada escala utilizada, nomeadamente qualidade de vida, recursos de *coping*, respostas de stresse, índices críticos e violência psicológica.

8.1 - Qualidade de vida dos enfermeiros

Os resultados da qualidade de vida comparados entre os dois momentos de avaliação são apresentados na Tabela 69.

Tabela 69

Comparação entre as médias das subescalas SF36 no primeiro e segundo momento de avaliação

SF36		<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>t (gl) p</u>
Saúde Mental	1ª avaliação	59	57,9	21,4	0,46 (58) ns
	2ª avaliação	59	56,5	26,7	
Função Social	1ª avaliação	58	57,8	24,6	-1,19 (57) ns
	2ª avaliação	58	61,9	26,4	
Vitalidade	1ª avaliação	60	50,9	22,3	1,20 (59) ns
	2ª avaliação	60	47,8	23,5	
Saúde Geral	1ª avaliação	57	54,7	22,2	-1,09 (56) ns
	2ª avaliação	57	58,1	24,8	
Dor Física	1ª avaliação	59	70,3	23,1	1,79 (58) ns
	2ª avaliação	59	62,3	30,6	
Função Física	1ª avaliação	57	73,4	24,0	-1,50 (56) ns
	2ª avaliação	57	78,1	19,8	
Desempenho Físico	1ª avaliação	60	66,2	36,8	-0,78 (59) ns
	2ª avaliação	60	70,8	36,6	
Desempenho Emocional	1ª avaliação	60	61,7	40,2	-0,41 (59) ns
	2ª avaliação	60	64,4	39,7	
SF36 total	1ª avaliação	52	61,5	18,0	-0,20 (51) ns
	2ª avaliação	52	63,0	23,0	

Nota: ns - não significativo

Na Tabela 69 pode ver-se que não se verificaram resultados estatisticamente significativos, na comparação de médias das subescalas da qualidade de vida, entre o primeiro e o segundo momento de avaliação.

Constatamos assim que a qualidade de vida avaliada pelo SF36 (total) e subescalas foi percebida pelos participantes de forma semelhante nos dois momentos de avaliação independentemente do programa psicopedagógico em que participaram.

8.2 - Recursos de *coping*, respostas de stresse e índices críticos dos enfermeiros

Na mesma linha de análise entre os dois momentos de avaliação comparamos as médias entre os grupos no que se refere aos recursos de *coping*, às respostas de stresse e aos índices críticos.

A Tabela 70 (pág. seguinte) apresenta a comparação entre médias das subescalas do IRRP no primeiro e segundo momento de avaliação.

De acordo com a Tabela 70, a comparação de médias das subescalas do IRRP, nos dois momentos de avaliação, concluímos existirem diferenças estatisticamente significativas para a subescala Resposta Fisiológica.

Os Enfermeiros apresentaram médias superiores da subescala Resposta Fisiológica na segunda avaliação ($\underline{M}=39,5$; $\underline{DP}=25,0$) comparativamente ao primeiro momento de avaliação ($\underline{M}=32,7$; $\underline{DP}=22,1$) para um valor de $t(58)=-2,42$; $p<0,05$.

Em síntese podemos referir que na análise intrasujeitos foram identificadas nas duas avaliações nas respostas de stresse, no domínio Resposta Fisiológica.

Tabela 70

Comparação entre as médias das subescalas do IRRP no primeiro e segundo momento de avaliação

IRRP		N	M	DP	t (gl) p
Infrequência	1ª avaliação	59	13,4	19,6	1,50 (58) ns
	2ª avaliação	59	10,0	17,4	
Negação	1ª avaliação	60	49,3	23,0	0,53 (59) ns
	2ª avaliação	60	47,9	23,5	
Espírito Filosófico	1ª avaliação	54	78,5	24,2	-0,37 (53) ns
	2ª avaliação	54	79,4	24,4	
<i>Coping</i>	1ª avaliação	57	66,7	27,2	-0,13 (56) ns
	2ª avaliação	57	67,1	31,0	
Suporte Social	1ª avaliação	59	84,7	25,9	-0,41 (58) ns
	2ª avaliação	59	85,8	21,5	
Raiva e Frustração	1ª avaliação	59	37,9	25,7	0,75 (58) ns
	2ª avaliação	59	35,8	25,9	
Distresse e Saúde	1ª avaliação	59	44,6	24,9	0,20 (58) ns
	2ª avaliação	59	43,8	26,9	
Culpabilidade	1ª avaliação	60	34,4	23,2	-0,08 (59) ns
	2ª avaliação	60	34,6	24,0	
Resposta Fisiológica	1ª avaliação	59	32,7	22,1	-2,42 (58) *
	2ª avaliação	59	39,5	25,0	
Emocionalidade Disfórica	1ª avaliação	59	41,0	25,8	-2,00 (66) ns
	2ª avaliação	59	46,2	27,8	
Ansiedade	1ª avaliação	58	40,9	25,1	-0,48 (57) ns
	2ª avaliação	58	42,5	29,0	
Pressão Excessiva	1ª avaliação	59	47,7	24,0	0,44 (58) ns
	2ª avaliação	59	46,2	28,4	
Hostilidade	1ª avaliação	57	32,6	25,9	-1,80 (56) ns
	2ª avaliação	57	39,1	30,6	
Depressão	1ª avaliação	59	26,9	27,9	0,06 (58) ns
	2ª avaliação	59	26,8	24,4	
Ineficácia	1ª avaliação	58	33,7	27,0	-0,12 (57) ns
	2ª avaliação	58	35,1	30,2	
Perda de Controle	1ª avaliação	58	16,2	21,8	0,60 (57) ns
	2ª avaliação	58	14,8	21,3	
Suicídio	1ª avaliação	60	8,33	19,34	0,91 (59) ns
	2ª avaliação	60	6,0	16,6	
IRRP total	1ª avaliação	53	39,9	7,1	0,13 (52) ns
	2ª avaliação	53	38,8	7,7	

Nota: ns - não significativo; *p<0,5

8.3 - Violência psicológica dos enfermeiros

Comparamos a violência psicológica associada ao trabalho no grupo em estudo, em dois momentos diferentes (primeiro e segundo momento de avaliação, pré e pós programa de intervenção).

Encontramos resultados estatisticamente significativos como podemos observar na Tabela 71.

Tabela 71

Comparação entre as médias das subescalas do NAQ-R no primeiro e segundo momento de avaliação

NAQ-R		<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>t (gl) p</u>
Intimidação	1ª avaliação	58	13,9	14,9	-3,23 (57) **
	2ª avaliação	58	23,1	23,2	
Exclusão	1ª avaliação	57	28,8	23,2	0,38 (56) ns
	2ª avaliação	57	27,6	23,2	
Qualidade/Sobrecarga Trabalho	1ª avaliação	60	16,0	16,4	-3,82 (59) ***
	2ª avaliação	60	26,7	27,0	
Subvalorização do Trabalho	1ª avaliação	60	13,1	19,5	-1,76 (59) ns
	2ª avaliação	60	18,9	25,6	
NAQ-R total	1ª avaliação	55	31,1	7,0	1,13 (54) ns
	2ª avaliação	55	30,0	6,7	

Nota: ns - não significativo; *p<0,5; ** p< 0,01; ***p<0,001

Podemos verificar que existem resultados estatisticamente significativos para a subescala de Intimidação $t(57)=-3,23$; $p<0,01$. Tendo-se observado um aumento de atos de Intimidação da primeira para a segunda avaliação, com médias de $M=13,9$ ($DP=14,9$) e de 23,1 ($DP=23,2$), respetivamente.

De igual modo a Qualidade/Sobrecarga de Trabalho revelam diferenças com significado estatístico $t(59)=-3,82$; $p<0,001$ entre os dois momentos de avaliação. Os enfermeiros no segundo momento de avaliação apresentavam maior perceção de Qualidade/Sobrecarga de Trabalho ($M=26,7$; $DP=27,0$), comparativamente com a primeira avaliação ($M=16,0$; $DP=16,4$).

Podemos assim referir que os participantes percecionam mais violência psicológica ao nível de Intimidação e de Qualidade/Sobrecarga de Trabalho na segunda avaliação comparativamente ao primeiro momento de avaliação.

8.4 - Modelo preditivo na qualidade de vida dos enfermeiros

No sentido de responder ao objetivo: identificar variáveis preditoras da qualidade de vida dos enfermeiros na segunda avaliação recorreremos à análise de regressão linear múltipla através do método Stepwise definindo como variáveis critério a qualidade de vida avaliada pelo SF36 total e as subescalas relativas à segunda avaliação e como preditoras as seguintes variáveis da primeira avaliação: idade, tempo de serviço (profissão, Instituição e

serviço atual), horas de trabalho por semana, percepção de saúde em geral e de qualidade de vida global na última semana, percepção do nível de stresse, subescalas do NAQ-R e do IRRP, valores médios do pulso (início e final da sessão) e a média do grau de relaxamento. Foi pesquisada a presença de multicolinearidade através da collinearity statistics (tolerance), na Tabela 72 são apresentados os valores do coeficiente de determinação múltiplo ajustado (R^2 ajustado), os resultados do teste F e a sua significância estatística, os preditores que revelaram capacidade explicativa, assim como os valores dos coeficientes estandarizados (beta).

Tabela 72

Modelo preditivo na qualidade de vida dos enfermeiros

Variáveis Predictoras	R2 Ajustado	F (gl p)	t	Variáveis Critério	β
Saúde geral na última semana	0,41	13,77 (1,17) **	3,71	QUALIDADE VIDA (SF36)	0,66
	0,19	5,75 (1,19) *	2,39	Função Física	0,48
	0,31	10,41 (1,20) **	3,22	Desempenho Emocional	0,58
Qualidade vida global	0,16	5,00 (1,20) *	2,23	Dor Física	0,44
	0,29	9,32 (1,19) **	3,05	Função Social	0,57
	0,33	11,41 (1,20) **	3,37	Vitalidade	0,60
	0,36	12,01 (1,19) **	3,46	Saúde Geral	0,62
Resposta Fisiológica	0,43	16,66 (1,20) **	-4,08	Saúde Mental	-0,67

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

A percepção de saúde geral na última semana, na primeira avaliação é a variável que melhor prediz a qualidade de vida SF36 total e as dimensões Função Física e Desempenho Emocional, na segunda avaliação, em 41%; 19% e 31%, respetivamente.

A percepção de qualidade de vida global na última semana é a variável preditora que melhor explica diferentes dimensões do SF36, como a Dor Física em 16%, a Função Social em 29%, a Vitalidade em 33% e a Saúde Geral em 36%.

A menor Resposta Fisiológica enquanto uma resposta de stresse explica em 43% a melhor percepção de Saúde Mental.

Em síntese a percepção de maiores níveis de saúde geral e de qualidade de vida global são as variáveis da primeira avaliação que melhor predizem a percepção de mais qualidade de vida total e as suas dimensões avaliadas cerca de seis meses após.

IV^a Parte

Discussão

Capítulo IX - Discussão dos Resultados

O presente capítulo apresenta a discussão dos resultados encontrados ao longo do estudo. Organizaremos o mesmo de acordo com a sequência dos objetivos apresentados aquando do respetivo capítulo (p.104).

9.1 - Perceção de qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros

Dos resultados referentes à análise da perceção da qualidade de vida (avaliada pelo SF36) pode verificar-se que foram idênticos em cada um dos momentos de avaliação.

Constatámos em ambos os momentos, que a Componente Física do SF36 que engloba as dimensões (Função Física, Desempenho Físico, Dor Física e Saúde Geral) foi avaliada como mais favorável (primeira avaliação $\underline{M}=62,2$ e segunda avaliação $\underline{M}=67,5$) do que a Componente Mental (Vitalidade, Função Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental) com as médias de 55,4 e 57,7, respetivamente, para o primeiro e segundo momento de avaliação.

Verificamos que as diferentes dimensões apresentaram valores médios superiores a 50, com exceção da Vitalidade ($\underline{M}=47,8$), no segundo momento de avaliação. A Função Física ($\underline{M}=73,3$ e $\underline{M}=78,1$) foi a que revelou o valor mais elevado. Contrariamente, a Saúde Geral ($\underline{M}=50,2$ e $\underline{M}=58,0$) e a Vitalidade ($\underline{M}=50,3$ e $\underline{M}=47,8$) apresentaram valores médios inferiores.

Numa escala de 0 a 100, estes valores médios indicam uma perceção positiva das várias dimensões da Qualidade de Vida avaliada pelo SF36, com valores mais favoráveis para a componente física da escala.

A Tabela 73 permitiu-nos analisar resultados de alguns estudos, com diferentes amostras em que foi aplicado o SF36.

Tabela 73

Resultados de estudos de qualidade de vida com a aplicação do SF36

Estudos	SF36 ^{a)}	Amostra	Componente Física				Componente Mental			
			FF	DF	DorF	SG	V	SM	FS	DE
Presente Estudo (1ª Avaliação)	73,3	Enfermeiros	62,9	70,2	50,2	50,3	58,5	55,5	57,6	
Presente Estudo (2ª Avaliação)			78,1	70,8	63,0	58,0	47,8	56,5	61,9	64,4
Oler, Jesus, Barboza e Domingos (2005)		Equipa Enfermagem ^{b)}	88,0	89,4	74,8	79,3	70,6	78,2	79,5	85,9
Franco, Barros & Nogueira-Martins (2005)		Residentes de Enfermagem 1º ano	85,0	50,0	51,0	62,0	35,0	48,0	50,0	33,0
		Residentes de Enfermagem 2º ano	80,0	50,0	51,0	55,0	30,0	44,0	50,0	33,0
Talhaferro, Barboza & Domingos (2006)		Equipa Enfermagem ^{c)}	81,5	79,3	60,5	81,3	65,1	72,7	83,4	81,2

Nota:a) Valores arredondados às décimas

b) Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

c) Enfermeiro e Auxiliar de Enfermagem

Os participantes do nosso estudo simultaneamente enfermeiros e estudantes de CPLEE, a trabalharem em média 44,8 horas semanais (situação de pluriemprego), com os principais fatores de stresse “Conciliar trabalho-escola-família”, “Conciliar trabalho-escola” e a “falta de recursos financeiros” evidenciam implicações na Componente Física e Mental do SF36 apresentam valores médios nas várias dimensões entre 50,2 e 73,3 (primeira avaliação) e 47,8 e 78,1 na segunda avaliação, numa amplitude de 0-100.

A sobrecarga de trabalho foi responsável por alterações na qualidade de vida dos enfermeiros como evidencia a bibliografia (Barboza & Soler, 2003; Button, 2008; Franco et al., 2005; ICHRN, 2007a; Mauro et al., 2010; Parikh et al., 2004; Palfi et al. 2008 e Schmidt & Dantas, 2005).

Tal como no nosso estudo Fornés (1994); Escribà et al. (2000); Farias e Zeitone (2007); ICHRN (2007a); Stacciarini e Trócoli (2001) e Sveinsdóttir et al. (2006) salientaram a carência de enfermeiros nas instituições (facto mencionado por 11 dos nossos participantes).

Maioritariamente os enfermeiros (da nossa amostra) exerciam a sua atividade profissional em contexto hospitalar ($N=118$ dos 150 que participaram na primeira avaliação), no qual o horário de trabalho por turnos é reconhecido como fator perturbador

no estado de saúde (Costa, 2009; Cruz, 2003; Santos et al., 2008, Veiga et al., 2007) e consequente implicação negativa na qualidade de vida.

Ao trabalho por turnos está associado, por vezes, a sobrecarga horária, devido ao duplo emprego (Barbosa & Soler, 2003; McIntyre, 1994) justificado pela baixa remuneração (ICHRN, 2007a; ICN, 2006a; Marziale, 2001; Parikh et al., 2004; Palfi et al., 2008 e Velez, 2003). O pluriemprego foi referido por 41 dos participantes. Assim como, o sofrimento ($N=9$) e as relações interpessoais ($N= 2$) fatores que corroboram os estudos de Franco et al., 2005; Farias e Zeitone, 2007; Secco et al., 2009 e Sveinsdóttir et al., 2006.

Outro dado curioso dos resultados nos estudos com enfermeiros é que apenas a nossa amostra evidencia valores inferiores na Função Física, uma das explicações possíveis é a sobrecarga inerente ao trabalho-estudo. Porém, constatamos que alguns enfermeiros da nossa amostra mantinham duplo emprego associado ao percurso académico, o que veio realçar a importância dos fatores individuais (traços de personalidade), dos fatores não trabalho (situação familiar) e dos fatores tampão (*coping* e suporte social) (Ellis & Pompili, 2002).

Relativamente à análise dos diferentes estudos apresentados na Tabela 73, Oler, Jesus, Barboza e Domingos (2005) numa amostra de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, de numa Unidade de Cirurgia, de um hospital do interior do estado de São Paulo (Brasil) concluíram que os trabalhadores apresentavam melhor perceção de saúde nas dimensões do Desempenho Físico, Função Física e Desempenho Emocional, a Vitalidade foi a que evidenciou valor inferior.

Para Franco et al. (2005) ao avaliarem a qualidade de vida em residentes de enfermagem (primeiro e segundo anos), num hospital de São Paulo (Brasil) as dimensões do Desempenho Emocional, Vitalidade e Saúde Mental foram as que apresentaram maior comprometimento. Para estes autores as alterações da qualidade de vida causavam diariamente efeitos prejudiciais na saúde comprometendo o desempenho físico e mental.

Talhaferro, Barboza e Domingos (2006) numa amostra de enfermeiros e auxiliares de enfermagem encontraram percepção de melhor qualidade de vida nas dimensões da Função Social seguido da Função Física sendo a dimensão mais afetada a Vitalidade.

Em síntese, importa realçar que no presente estudo, bem como, nos outros estudos apresentados, a percepção de melhor qualidade de vida predomina na dimensão da Função Física e pelo contrário a menor percepção de qualidade de vida associa-se à Vitalidade. A idade média dos participantes deste estudo foi de 33,2 anos (DP=5,7) com um tempo médio de atividade profissional de 10,4 anos (DP=5,1). Sendo uma população jovem parece haver coerência com a melhor percepção de qualidade de vida ao nível da Função Física.

9.2 - Variáveis psicossociais e percepção da qualidade de vida dos enfermeiros

Ao pretendermos identificar os fatores psicossociais associados à percepção da qualidade de vida dos enfermeiros, os resultados encontrados apresentavam essencialmente as mesmas características: a percepção de saúde geral e a qualidade de vida global mostraram favorecer a percepção de melhor qualidade de vida avaliada pelo SF 36 enquanto que o nível de stresse percecionado interferiu de forma negativa.

Concluimos ainda que, no primeiro momento de avaliação, os enfermeiros do sexo masculino ($M=92,8$) apresentavam percepção de melhor qualidade de vida no domínio da Função Social, relativamente ao feminino com a $M=71,9$, $U=1004,500$, $p<0,05$. Os participantes com a categoria profissional enfermeiros-generalistas ($M=80,7$; DP=18,3) apresentavam melhor percepção na sua Função Física $t(138,148)=3,06$; $p<0,01$, do que os enfermeiros graduados ($M=69,4$; DP=26,5). O papel desempenhado pela mulher na sociedade (profissional, parental e gestão doméstica) com a conseqüente menor disponibilidade para a interação social poderá explicar a melhor percepção qualidade de vida associada à Função Social nos enfermeiros do sexo masculino. A melhor percepção qualidade de vida associada à Função Física poderá estar relacionada com a menor idade destes profissionais e de igual modo, o potencial para uma maior adaptação às exigências físicas no desempenho de diferentes atividades profissionais.

Constatamos que as atividades cumulativamente de trabalhador e estudante influenciam a percepção acerca do próprio percurso formativo. Os novos desafios inerentes ao contexto laboral determinam a continuidade da formação profissional dos enfermeiros, a nível dos segundo e terceiro ciclos de formação. Para o ICN (2007b) a formação e a preparação para o trabalho são fatores associados à produtividade dos enfermeiros.

A satisfação destes profissionais com o curso, colegas de curso, professores e escola evidenciam associações com significado estatístico baixo e positivo com as subescalas do SF36. No presente estudo identificamos através da análise da satisfação dos enfermeiros com o local de trabalho atual, diferenças significativas em três subescalas do SF36: a Dor Física, a Saúde em Geral e a Saúde Mental, que são percecionadas como mais favoráveis na sua Qualidade de vida, pelos enfermeiros que se encontravam satisfeitos com o serviço, onde desempenhavam a sua atividade profissional, do que os que não estavam satisfeitos com o atual local de trabalho, uma vez que já tinham pedido ou pensado em pedir transferência de serviço.

A insatisfação com a profissão e as dificuldades nas relações interpessoais são identificadas como obstáculos à qualidade de vida no trabalho (Werle et al. 2010). Para Schmidt e Dantas (2006) os enfermeiros encontravam-se insatisfeitos com os componentes do trabalho, nomeadamente com os requisitos do trabalho, as normas organizacionais e a remuneração. Para Talhaferro et al. (2006) uma das principais fontes de insatisfação nos enfermeiros foi o reconhecimento profissional.

Pimenta (2004) identificou a associação entre quadros de stresse e a percepção de qualidade de vida (componente física e mental) das professoras de enfermagem. No presente estudo constatámos uma associação com significado estatístico moderado e negativo entre o nível de stresse percebido e a escala e subescalas do SF36. O valor mais elevado, ainda que moderado entre a percepção de qualidade de vida global e a Vitalidade poderá estar relacionado com a situação de pluriemprego e na conciliação entre trabalho-escola-família identificada por 26 participantes como a maior fonte de stresse.

A presença de stresse em estudantes de enfermagem estudados por Saupe et al. (2004), tal como no presente trabalho, evidenciaram comprometimento na qualidade de vida destes estudantes.

9.3 - Recursos de *coping*, respostas de stresse e índices críticos dos enfermeiros

Recursos de *coping*

Os recursos de *coping* referidos pelos enfermeiros mantiveram padrão idêntico nos dois momentos de avaliação, de realçar que no segundo momento se verificou um aumento na utilização destes recursos. Os dados evidenciaram ainda um maior recurso (valores médios mais elevados) ao Suporte Social, seguido do Espírito Filosófico-Recursos Espirituais/Existenciais e do *Coping*, os valores médios foram superiores a 50 (amplitude 0-100).

McIntyre et al. (1999a) num estudo com uma amostra de enfermeiros ($N=62$) identificaram como recursos mais utilizados e por ordem decrescente os Recursos Espirituais/Existenciais, o *Coping* e o Suporte Social. Em 2000, os mesmos autores, numa amostra com profissionais de saúde ($N=368$), dos quais 125 eram enfermeiros referiram, o predomínio do Suporte Social, seguido do *Coping* e dos Recursos Espirituais/Existenciais.

Borges (2006, 2009a, 2009b) identificou respostas idênticas na utilização do tipo de recursos de *coping* nomeadamente, do Espírito Filosófico-Recursos Espirituais/Existenciais e do *Coping* numa amostra de enfermeiros que exerciam a atividade num hospital pediátrico ($N=78$), numa consulta externa ($N=20$) e num serviço de doenças infecciosas ($N=34$). O suporte, nomeadamente o apoio psicológico através de membros da equipa de saúde e inclusive por um grupo de reflexão, são identificados por enfermeiros, como fator importante na diminuição do stresse, inerente ao cuidar de crianças com doença crónica ou em fase final de vida (Borges, 2006).

Loureiro (2006) numa amostra de estudantes de medicina identificou a prevalência do Suporte Social, seguido do Espírito Filosófico-Recursos Espirituais/Existenciais e do *Coping*. Numa amostra de médicos Loureiro, 2006 fazendo referência a McIntyre et al.

(1995) apresentou os seguintes recursos de *coping*: Suporte Social, seguido do Espírito Filosófico-Recursos Espirituais/Existenciais e do *Coping*.

Em síntese, a análise dos resultados anteriores demonstrou maior prevalência na utilização dos recursos de *coping* direcionados para o Suporte Social e para o Espírito Filosófico-Recursos Espirituais/Existenciais.

A prevalência, no presente estudo, do Suporte Social corrobora a literatura consultada que tem evidenciado que é a “percepção de suporte social que mais se relaciona com os resultados de ajustamento e saúde (...)” (Ramos, 2001, p. 136). Percepções positivas de suporte social e boas relações interpessoais caracterizam o Suporte social como um poderoso recurso na gestão do stresse (Ramos, 2001). Para Saroson, Levine, Basham e Saroson (1983) o suporte social promove proteção contra as consequências do stresse. Para Singer e Lord (1984) o suporte social protege das perturbações induzidas pelo stresse, a inexistência ou perda de suporte social é um fator stressor e o suporte social contribui positivamente para a saúde.

Os resultados documentaram, de igual modo, o recurso ao Espírito Filosófico-Recursos Espirituais/Existenciais o que vai ao encontro de que a temática da espiritualidade no trabalho tem aumentado intensamente nos últimos anos. O que era identificado como distante das organizações e associado ao religioso ou mesmo místico, hoje é reconhecido como uma possível missão estratégica a ter presente na gestão dos recursos humanos (Boog, Marin & Wagner, 2004).

Ramos (2001) menciona a importância da espiritualidade e da religião como meios de lidar com o stresse. Nomeadamente, referindo a religião como um meio de distração, descontração, relaxamento, promotor das relações interpessoais e de uma componente pedagógica.

Respostas de stresse

O padrão de respostas de stresse apresentadas pelos enfermeiros no presente estudo, tal como os recursos de *coping* foi idêntico nos dois momentos de avaliação.

Em termos de respostas de stresse verificamos que predominaram a Pressão Excessiva, o Distresse e Saúde, a Ansiedade e a Emocionalidade Disfórica. De realçar que a Ansiedade e Emocionalidade Disfórica apresentaram valores médios superiores, no segundo momento de avaliação, contudo inferiores a 50 (amplitude de 0-100).

Os resultados encontrados vão ao encontro de outros estudos com enfermeiros. Borges (2006) num hospital pediátrico (N=78) encontrou entre as respostas de stresse mais utilizadas o Distresse e Saúde e a Emocionalidade Disfórica. Com uma amostra de enfermeiros a exercerem atividade numa consulta externa (N=20) as respostas mais utilizadas foram o Distresse e Saúde, a Emocionalidade Disfórica e a Pressão Excessiva, no contexto do desempenho de enfermeiros num serviço de doenças infecciosas (N=34) os resultados encontrados evidenciaram as seguintes respostas: o Distresse e Saúde, a Pressão Excessiva e a Emocionalidade Disfórica (Borges, 2009a).

Ainda que o tipo de respostas de stresse tenham sido idênticas nos estudos anteriormente mencionados, os valores médios encontrados evidenciam valores superiores no presente estudo, comparativamente aos restantes, com exceção dos valores apresentados no Distresse e Saúde pelos enfermeiros a exercerem em contexto de serviços de doenças infecciosas. Poderemos inferir que tal como os restantes colegas, os enfermeiros do nosso estudo estavam sujeitos a diferentes fontes de stresse laboral: fatores intrínsecos ao trabalho, o papel na organização, as relações no trabalho, o desenvolvimento da carreira, o clima e a cultura organizacional e as fontes extralaborais (Cooper & Marshal, 1976), contudo o facto de serem enfermeiros-estudantes poderá justificar uma maior suscetibilidade a situações de stresse, aliás 26 de 140 participantes na primeira avaliação identificaram o “conciliar trabalho-escola-família” como maior fonte de stresse.

A intensidade e diversidade de respostas apresentadas, para além das que evidenciam valores médios mais elevados refletem que a enfermagem é efetivamente uma profissão sujeita a elevados níveis de stresse (Chang et al., 2005; Chang et al., 2007; Dias, Queirós, & Carlotto, 2010; ICN, 2007a; Gomes et al., 2009; Lindholm, 2006; Silva & Gomes, 2009; Silva, Queirós et al., 2009).

McIntyre et al. (1999a) identificaram entre as respostas de stresse utilizadas pelos enfermeiros, tal como no presente estudo, a Emocionalidade Disfórica. No estudo desenvolvido por McIntyre (2004), no qual participaram 125 enfermeiros encontramos referência às respostas de stresse Pressão Excessiva e Ansiedade. Loureiro (2006) numa amostra de estudantes de medicina mencionou como respostas de stresse com valores mais elevados as Queixas Físicas, a Culpabilidade e a Perda de Controlo, resultados que poderão estar associados ao contexto académico, segundo a autora.

Fornés (1994) enuncia como emoções importantes associadas ao stresse em enfermeiros e auxiliares de enfermagem ($N=477$) entre outras a raiva e ira, a frustração, a tristeza e a depressão. Olofsson, Bengtsson e Brink (2003) concluem num estudo desenvolvido com enfermeiras que devido ao stresse experienciado no seu local de trabalho diariamente, referem frustração, irritação, cansaço e perturbações do sono.

A Depressão foi a resposta ao stresse que apresentou menor valor em ambos os momentos de avaliação, assim como uma diminuição do primeiro para o segundo momento de avaliação. Ainda que a Depressão seja uma consequência do stresse (Ramos, 2001) verificou-se um valor médio baixo no presente estudo, podemos inferir que os recursos de *coping* destes profissionais poderão justificar os resultados encontrados.

Manetti e Marziale (2007, p. 81) referem que a “média dos índices de prevalência de depressão apontados nos estudos correspondem a 28,7%”, sendo responsáveis por estes valores: fatores internos (organização do trabalho, relações de trabalho e condições de trabalho) e fatores externos (características sócio-demográficas, categoria profissional e apoio familiar). A depressão foi um sintoma de stresse referido por algumas vezes (28,3%), muitas vezes (4,7%) e quase sempre ou sempre, num estudo desenvolvido pela OE (2004), com enfermeiros ($N=2061$). Silva, Queirós et al. (2009) numa amostra de enfermeiros a exercerem funções em Centros de Saúde de Bragança identificaram Depressão reduzida (média de 5, para um valor máximo de 28 pontos).

Índices críticos

No que se refere aos índices críticos os valores médios de Perda de Controlo, do presente estudo são baixos e semelhantes aos referenciados por Borges (2006, 2009a, 2009b) apenas os resultados encontrados na amostra de enfermeiros (consulta externa) revelaram valores superiores Borges (2009b).

O ambiente vivenciado por estes profissionais, na consulta externa é por vezes demasiado perturbador devido entre outros fatores: ao frequente atraso das consultas e ao cansaço e revolta, por vezes refletido nos enfermeiros, por utentes e familiares. A tendência evidenciada até há poucos anos, nas nossas instituições, de que os enfermeiros que apresentavam determinadas limitações (essencialmente do domínio físico) e os que tinham mais tempo de serviço e de idade eram colocados neste local de trabalho, o que pelas suas características individuais, poderão torná-los mais suscetíveis a situações de stresse e a um menor controlo das mesmas.

A resposta de suicídio, enquanto um índice crítico, evidenciou no presente estudo valores médios baixos ($\underline{M}=10,3$; $\underline{DP}=20,7$) e com uma diminuição na segunda avaliação ($\underline{M}=6,0$; $\underline{DP}=16,6$). Loureiro (2006) identificou 15,2% de estudantes de Medicina que já haviam pensado recentemente em pôr termo à sua vida. A ocorrência de suicídio em vítimas de violência psicológica é uma realidade, a identificação de resposta de ideação suicida poderá estar associada entre outros fatores a atos negativos associados ao trabalho, tal como revelam os estudos de Yildirim e Yildirim (2007). E ainda que reduzida, a resposta de ideação suicida alerta para a importância de medidas preventivas na evolução deste processo.

9.4 - Relação entre os recursos de *coping*, respostas de stresse e índices críticos dos enfermeiros

Os resultados evidenciaram um padrão de correlação idêntico nos dois momentos de avaliação com associações significativas baixas e moderadas entre os recursos de *coping*, as respostas de stresse e os índices críticos e associações por vezes muito altas entre as respostas de stresse e os índices críticos. Estes resultados mostram-se coerentes com outros

estudos com enfermeiros e estudantes de medicina que utilizaram o mesmo instrumento de avaliação (Borges, 2006; Loureiro, 2006).

Chang et al. (2005) identificam a importância de estratégias de suporte, nomeadamente o suporte social na redução dos efeitos negativos do stresse em enfermeiros. Chang et al. (2007) referem que um grupo de enfermeiros com *Clinical Support Nurse* apresentava menores níveis de stresse do que os enfermeiros que não dispunham deste tipo de suporte. Mrayyan (2009) numa amostra de enfermeiros de unidades de cuidados intensivos e de enfermarias concluiu a associação entre o baixo suporte social e o stresse no trabalho. A influência do suporte social no stresse e no bem-estar em enfermeiros é também referenciado por Shirey (2004).

Silveira, Stumm e Kirchner (2009) analisaram as estratégias de *coping* mencionadas, no ambiente de trabalho, por enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar e apresentam (por ordem decrescente): estabelecer e manter diálogo, colocar-se no lugar do outro, ajuda mútua de colegas, resolver situações conflituantes, entre outras.

9.5 - Relações entre variáveis psicossociais, os recursos de *coping*, as respostas de stresse e os índices críticos dos enfermeiros

A análise dos determinantes psicossociais, no primeiro e segundo momento de avaliação permitiu-nos constatar resultados significativos na associação do IRRP (total e subescalas) com a perceção de saúde geral, qualidade de vida global e nível de stresse.

Ao analisarmos os recursos de *coping* verificamos que menor idade e menor nível de stresse evidenciaram favorecer a utilização deste tipo de recurso-*coping* no primeiro momento de avaliação, os dados apontam ainda para uma associação positiva destes recursos com a satisfação (com o curso, professores e escola), a perceção de saúde geral e qualidade de vida global.

Na amostra em estudo os enfermeiros do sexo masculino apresentam maior utilização no recurso de *Coping* que as do sexo feminino. No que se refere ao Suporte Social, os enfermeiros mais novos, generalistas, com vínculo temporário à Instituição

apresentavam maior recurso ao suporte social do que os enfermeiros com mais idade, graduados, com vínculo definitivo.

Loureiro (2006) concluiu que os estudantes de Medicina do sexo feminino evidenciavam superiores recursos de *coping* comparativamente ao masculino, o que não corrobora os resultados de Borges e Ferreira (2010b).

Os resultados entre o stresse (associações com significado estatístico moderado e negativo) percebido pelos enfermeiros e a utilização de recursos de *coping* corroboram a bibliografia consultada de que a utilização destes recursos promove a diminuição do stresse (Ramos, 2001; Sarason et al., 1983). Para Lautert, Chaves e Moura (1999) a redução de oportunidades de apoio social inerente à sobrecarga de trabalho é responsável por stresse nos enfermeiros.

Constatamos que os enfermeiros graduados e os profissionais que exercem funções de chefia ou de responsabilidade de serviço são os que evidenciam média mais elevada de Pressão Excessiva.

Estes resultados não corroboram os de Escribà et al. (2000), no qual referem que enfermeiros com idade superior a 55 anos e com mais de 20 anos de serviço percebem menor frequência de stressores, os de Sawatzky (1996, cit. por Escribà et al., 2000), no qual enfermeiros com tempo de experiência inferior a 10 anos apresentam maior percepção ao stresse do que os mais velhos e os estudos de Silva e Gomes (2009) com uma amostra de médicos e enfermeiros, no qual constataram que profissionais com idade até aos 30 anos relataram experiências de stresse mais elevadas relativamente ao excesso de trabalho, carreira profissional e remuneração auferida, assim como profissionais com tempo de serviço até 5 anos apresentam maior stresse associado à instabilidade profissional e carreira.

A conciliação da vida profissional e pessoal considerada fator de stresse foi identificada como difícil e muito difícil por 52,5% dos enfermeiros (OE, 2004), com maior prevalência no escalão etário entre os 25-34 anos, na categoria profissional enfermeiro generalista e a exercerem a nível hospitalar. Pelas características mencionadas concluímos

que são os enfermeiros com menor idade que evidenciam maior dificuldade neste tipo de conciliação. A adaptação à carreira profissional, instabilidade profissional quanto ao vínculo e o nascimento de filhos poderão justificar estes resultados.

Os resultados do nosso estudo são similares aos estudos de Lewis, Bonner, Campbell, Cooper & Willard (1994) identificaram menor nível de stresse nos enfermeiros que desempenham funções em serviços de hemodiálise e que apresentavam mais idade e tempo de serviço. A AESST (2009a) identifica a idade como um fator de stresse associado ao trabalho, sendo os trabalhadores com idades compreendidas entre os 40 e os 54 os mais afetados.

No que se refere à satisfação com o serviço demonstrada pelos enfermeiros (quando questionados se já haviam solicitado ou pensado em solicitar transferência de serviço) encontramos resultados estaticamente significativos nas respostas de stresse: Raiva e Frustração, Distresse e Saúde, Culpabilidade, Resposta Fisiológica, Emocionalidade Disfórica, Ansiedade, Depressão e Ineficácia. Em todas as respostas ao stresse mencionadas anteriormente, foram os enfermeiros que já haviam solicitado ou pensado em solicitar transferência de serviço, os que apresentaram médias mais elevadas, comparativamente aos que não o tinham feito. Estes resultados sugerem a associação negativa entre a satisfação profissional e o stresse evidenciada na literatura. Assim é coerente que no presente estudo os enfermeiros insatisfeitos com o local de trabalho atual apresentem mais respostas de stresse.

9.6 - Violência psicológica nos enfermeiros

Na análise/discussão dos dados relativos à ocorrência, ou não de violência psicológica, seguimos os critérios já referidos: para o primeiro critério foram considerados casos com “Resposta positiva a pelo menos um dos 22 itens com intensidade 4 ou 5 “frequência semanal” ou “diária”, nos últimos seis meses; para o segundo “O participante identifica-se como vítima de violência psicológica no trabalho através do item 23 com a intensidade de 3, 4 ou 5 “de vez em quando, várias vezes por semana ou quase todos os dias”, nos últimos seis meses e para o terceiro “Resposta positiva, conjuntamente, ao primeiro e segundo critério, nos últimos seis meses”.

Para o primeiro critério verificamos a prevalência de 26,4% e 20,7% no primeiro e segundo momento de avaliação do nosso estudo, respectivamente.

Utilizando o mesmo instrumento NAQ-R e recorrendo ao mesmo critério, Sá (2008) identificou numa população de enfermeiros a prevalência de 21,2%. Araújo et al. (2008) mencionam 21,4% de trabalhadores que reconhecem pelo menos um ato negativo, numa lista de 22, com a frequência de pelo menos uma vez por semana, nos últimos seis meses. No estudo de Tambur e Vadi (2010) 16,4% de trabalhadores assumem serem alvo de violência (pelo menos através de um ato negativo, com a frequência diária e nos últimos seis meses), a prevalência é de 28,3% quando passa para o critério de frequência semanal. Tendo presente os critérios de Leymann (1996) pelo menos um ato negativo com a frequência de uma vez por semana, Verdasca (2008) identificou 39,8% de trabalhadores que haviam sido alvo frequentemente de comportamentos de *bullying* e 51,5% haviam sido vítimas ocasionalmente.

Os atos negativos de violência psicológica referidos com maior frequência pelos enfermeiros, no presente estudo e nos dois momentos de avaliação são apresentados na Tabela 74, assim como os de diferentes autores, países e contextos de trabalho.

Tabela 74Prevalência de comportamentos de *bullying*

Autor/ano	País	Instrumento Recolha Dados	Participantes	Atos Negativos	Prevalência	
					1º a)	2º b)
Presente Estudo	Portugal	NAQ-R	Enfermeiros (^{a)} N=151 (^{b)} N=60)	“Alguém esconde informação que afeta o seu desempenho”	6,7%	11,6%
				“Ser obrigado a desempenhar funções abaixo do nível das suas competências”	10,6%	8,3%
				“Retirarem ou substituírem responsabilidades chave da sua função por outras pouco importantes e/ou desagradáveis”	4,7%	5,0%
				“As suas opiniões ou pontos de vista são ignoradas”	2,6%	5,0%
				“Vigilância/controlo excessivo do seu trabalho”	3,3%	1,7%
				“Ser pressionado a não reclamar aquilo a que tem direito (e.g. baixa médica, feriados, despesas de deslocação)”	2,6%	5,0%
				“Ser exposto a uma quantidade de trabalho excessiva e impossível de realizar”	10%	8,3%.
Sá (2008)	Portugal	NAQ-R	Enfermeiros (N=416)	“Ser obrigado a desempenhar funções abaixo do nível das suas competências”	7,5%	
				“Ser exposto a uma quantidade de trabalho excessiva e impossível de realizar”	6,5%	
				“Alguém esconde informação que afeta o seu desempenho”	4,8%	
				“Ser pressionado a não reclamar aquilo a que tem direito (e.g. baixa médica, feriados, despesas de deslocação)”	4,1%	
				“Retirarem ou substituírem responsabilidades chave da sua função por outras pouco importantes e/ou desagradáveis”	3,1%	
“As suas opiniões ou pontos de vista são ignoradas”	2,6%					
Abe & Henly (2008)	Japão	NAQ-R	Enfermeiros (N=881)	“Alguém esconde informação que afeta o seu desempenho”	<u>M</u> =1,72	
				“Ser humilhado ou ridicularizado em relação ao seu trabalho”	<u>M</u> =1,58	
				“Berrarem-lhe ou ser alvo de explosões de raiva”	<u>M</u> =1,45	
				“Espalharem rumores/boatos acerca de si”	<u>M</u> =1,42	
				“Ser exposto a uma quantidade de trabalho excessiva e impossível de realizar”	<u>M</u> =1,40	
“Ser constantemente lembrado dos seus erros ou enganos”	<u>M</u> =1,38					
Merle & Vadi (2010)	Estónia	NAQ-R	Trabalhadores transportes, indústria, administração e saúde (N=67)	“Alguém esconde informação que afeta o seu desempenho”	13,4%	
				“Vigilância/controlo excessivo do seu trabalho”	12,0%	
				“Serem-lhe atribuídas tarefas com objetivos ou prazos irrealistas ou impossíveis”	9,0%	
				“Ser exposto a uma quantidade de trabalho excessiva e impossível de realizar”	7,5%	
McCormack (2010)	Austrália	NAQ	Professores (N=317)	“As suas opiniões ou pontos de vista são ignoradas”	<u>M</u> =1,25, <u>DP</u> =1,02	
				“Alguém esconde informação que afeta o seu desempenho”	<u>M</u> =1,24, <u>DP</u> =0,99	
				“Ser exposto a uma quantidade de trabalho excessiva e impossível de realizar”	<u>M</u> =1,22, <u>DP</u> =1,26	
Haar (2010)	Nova Zelândia	NAQ	Profissionais de educação (N=151)	“Alguém esconde informação que afeta o seu desempenho”	26,5%	
				“Ser exposto a uma quantidade de trabalho excessiva e impossível de realizar”	19,9%	
				“Ser obrigado a desempenhar funções abaixo do nível das suas competências”	18,5%	
				“As suas opiniões ou pontos de vista são ignoradas”	16,6%	

Lutgen-Sandvik, Tracy & Alberts (2006)	EUA	NAQ	Trabalhadores de diferentes áreas (N=469)	<i>“Alguém esconde informação que afeta o seu desempenho”</i> <i>“Ser exposto a uma quantidade de trabalho excessiva e impossível de realizar”</i> <i>“Ser obrigado a desempenhar funções abaixo do nível das suas competências”</i> <i>“Ser exposto a uma quantidade de trabalho excessiva e impossível de realizar”</i> <i>“As suas opiniões ou pontos de vista são ignoradas”</i>	59,5% 56,8% 51,4% 48,7% 46,0%
Carvalho (2010)	Portugal	LIPT – 60	Enfermeiros (N=399)	<i>“interrompem quando falam”</i> <i>“criticam o seu trabalho”</i> <i>“os seus superiores não os deixam expressar aquilo que têm para dizer”</i> <i>“caluniam e falam nas suas costas”</i> <i>“criticam a sua vida privada”</i> <i>“quando solicitam autorização para um seminário ou formação é-lhe negado”</i> <i>“fazem circular rumores falsos ou infundados sobre si”</i> <i>“as suas decisões são sempre questionadas”</i>	75,1% 67,5% 55,5% 52,9% 48,2% 42,3% 41,7% 39,8%

Nota: a) 1º momento de avaliação

b) 2º momento de avaliação

Para o segundo critério, os resultados evidenciaram, na primeira avaliação, a ocorrência de 9,4% enfermeiros vítimas de violência psicológica, com uma frequência de várias vezes por semana ou quase todos os dias, no período de seis meses. No segundo momento de avaliação identificaram-se 8,3% enfermeiros vítimas de violência psicológica.

Estes resultados suportam os encontrados e referidos em referenciais teóricos, de que a violência é uma realidade nos nossos locais de trabalho (Einersen et al., 2011; Di Martino, 2008; Parent-Thirion et al., 2007; Piñuel y Zabala, 2001a), nomeadamente, nos profissionais de saúde (Einersen et al., 2011; Di Martino, 2008; Parent-Thirion et al., 2007).

A DGS (2006) identifica a violência no local de trabalho como uma ameaça ao bom funcionamento do setor da saúde, constituindo um problema de particular relevância.

Os enfermeiros enquanto profissionais de saúde representam um grupo de risco (ICHRN, 2007b; Zapf et al, 2011). Os relatórios (2007 e 2009) de avaliação dos episódios de violência contra os profissionais de saúde identificam uma maior prevalência de atos de violência nos enfermeiros (DGS, 2008 e 2010).

Em contexto hospitalar e em profissões relacionadas com a saúde estudos evidenciaram a existência de *bullying*, nomeadamente: na Áustria (Niedl, 1996) em funcionários hospitalares com a prevalência de 26,6%⁷; na Finlândia (Kivimaki et al., 2004) em funcionários hospitalares - 4,8%⁸; na Noruega (Matthiesen et al., 1989) em enfermeiros e enfermeiros assistentes - 3,9%⁹; (Eriksen & Einarsen, 2004) em enfermeiros - 4,5%¹⁰; Polónia (Merecz et al., 2006) em enfermeiros - 69,6%¹¹; na Espanha (Fornés et al., 2008) com profissionais de escolas enfermagem - 17,2%¹²; na Suécia (Lindroth & Leymann, 1993) com professores de enfermagem - 6%¹³ (Zapf et al., 2011).

⁷ Critério utilizado: duração dos actos nos últimos seis meses, pelo menos semanalmente.

⁸ Critério utilizado: identificação das vítimas baseado na definição de bullying

⁹ Critério utilizado: duração dos actos nos últimos seis meses e identificação das vítimas baseado na definição de bullying

¹⁰ Critério utilizado: duração dos actos nos últimos seis meses, pelo menos semanalmente.

¹¹ Critério utilizado: duração dos actos há mais de seis meses.

¹² Ibidem (Ib.)

¹³ Critério utilizado: duração dos actos nos últimos seis meses, pelo menos semanalmente

Carvalho (2010) no seu estudo (com recurso ao LIPT 60), com uma amostra de enfermeiros portugueses constatou que 29,8% já haviam sido ou eram vítimas de *mobbing* no seu local de trabalho. Sá (2008)¹⁴ identificou 8,4% enfermeiros vítimas de assédio moral no trabalho, baseado na definição de *bullying*, nos últimos seis meses, com uma frequência “de vez em quando”, “várias vezes por semana” ou “quase todos os dias”. Um estudo com enfermeiros Japoneses, a exercer em contexto hospitalar revelou 15,9% vítimas de *bullying*, no local de trabalho, pelo menos com um ato negativo, uma vez por semana, nos últimos seis meses (Abe, 2007)¹⁵. Segundo Johnson e Rea (2009) 27,3% dos enfermeiros do Washington State Emergency Nurses Association identificaram-se como vítimas, nos últimos seis meses¹⁶.

Podemos encontrar a existência deste fenómeno em profissionais de outras áreas e outros países, nomeadamente com a população geral de trabalhadores, com a respetiva prevalência na Dinamarca (Hansen et al., 2008) de 1,5%¹⁷; na Finlândia (Varhama & Bjorkqvist, 2004) de 14%¹⁸; na França (Niedhammer et al., 2007) de 11,8%¹⁹; na Grécia (Apospori & Papalexandris, 2008), de 30%²⁰; na Irlanda (O’Connell et al., 2007) de 7,9%²¹; na Noruega (Hauge et al., 2007) de 1,9%²²; em Espanha (Escartín et al., 2008) de 10%²³; na Turquia (Soylu et al., 2008) de 48%²⁴ (Zapf et al., 2011).

Araújo et al. (2008)²⁵ numa amostra de trabalhadores de empresas do setor dos serviços e da indústria, em Portugal refere 15,5%²⁶ vítimas de *bullying* nos últimos seis meses. Verdasca (2010)²⁷ identificou, num estudo desenvolvido em Portugal, 25% funcionários bancários vítimas frequentes de *bullying*.

¹⁴ Através do NAQ-R.

¹⁵ Ib.

¹⁶ Ib.

¹⁷ Critério utilizado: duração dos actos nos últimos seis meses, pelo menos semanalmente e identificação das vítimas baseada na definição de *bullying*.

¹⁸ Critério utilizado: duração dos actos há mais de seis meses e identificação das vítimas baseada na definição de *bullying*.

¹⁹ Critério utilizado: duração dos actos nos últimos seis meses, pelo menos semanalmente.

²⁰ Critério utilizado: duração dos actos há mais de seis meses, pelo menos semanalmente.

²¹ Critério utilizado: duração dos actos nos últimos seis meses, identificação das vítimas baseada na definição de *bullying* e pelo menos um acto negativo por semana.

²² Critério utilizado: duração dos actos nos últimos seis meses, pelo menos semanalmente.

²³ Critério utilizado: identificação das vítimas baseada na definição de *bullying*.

²⁴ Critério utilizado: duração dos actos nos últimos seis meses, pelo menos semanalmente.

²⁵ Através do NAQ-R.

²⁶ Critério utilizado: identificação das vítimas baseada na definição de *bullying*.

²⁷ Através do NAQ-R e tendo presente a definição de *bullying*

Catley, Bentley, Cooper-Thomas, Trenberth, O'Driscoll e Gardner (2010) identificaram 18% de trabalhadores da indústria que já haviam experienciado *bullying*. Para Lazar e Stergar (2010) 10,4% de trabalhadores da Eslovénia foram vítimas de *bullying* nos últimos seis meses. Tendo presente a definição de *bullying* Tambur e Vadi (2010) na Estónia identificaram 21,4% de homens e 16% de mulheres trabalhadores do setor de transportes, indústria, administração e saúde vítimas de *bullying*, das vítimas 69,2% exerciam a sua atividade profissional no âmbito privado.

Lutgen-Sandvik et al. (2007) num estudo com uma amostra de trabalhadores dos EUA, identificaram 46,8% de vítimas de *bullying* através de um ato negativo, pelo menos uma vez por semana e num período de seis meses, passando para dois atos, pelo menos uma vez por semana e num período de seis meses verificaram a prevalência de 28%.

Em síntese e em reforço do mencionado inicialmente, a violência psicológica no local de trabalho, em Portugal é uma realidade. Os enfermeiros, tal como evidência a literatura consultada são profissionais sujeitos a atos de violência psicológica.

No nosso estudo verificamos um decréscimo de 1,1% de enfermeiros vítimas de violência psicológica, da primeira para a segunda avaliação, mediado por um período de 6 meses. Pensamos que esta diferença percentual possa estar associada a: uma maior sensibilização/reconhecimento do fenómeno (inerente à formação proporcionada aquando da primeira intervenção do programa psicopedagógico); ao desenvolvimento e eventual treino pessoal de estratégias de prevenção do mesmo (através do recurso a estratégias de *coping*), à gestão do stress e resolução de conflitos. Reconhecemos que outros fatores que não controlámos poderão ter tido influência nestes resultados, entre outros: etapa do percurso académico; características de personalidade; o clima e a cultura organizacional.

Ao aplicarmos o terceiro critério de identificação do fenómeno verificámos que na primeira avaliação obtivemos o valor de 5,9% e na segunda 8,3%.

Sá (2008) apresenta-nos referência de 4,1% de enfermeiros vítimas de *bullying* e Araújo et al. (2008) numa amostra de trabalhadores em Portugal 7,7% vítimas. Num estudo

com enfermeiros de Tóquio, Abe (2007) utilizando conjuntamente os critérios de frequência, percepção e duração identificou 3,2% vítimas de *bullying*.

Os resultados do nosso estudo ainda que apresentando um acréscimo de 2,4 pontos percentuais na prevalência evidencia valores superiores aos restantes estudos mencionados.

Em síntese, os atos negativos experienciados pelos trabalhadores dos diferentes estudos associam-se a fatores de intimidação, exclusão, sobrecarga e subvalorização do trabalho. Podemos ainda constatar que os atos negativos experienciados pelos enfermeiros no nosso estudo assemelham-se aos de outros estudos, com o mesmo grupo profissional, com profissionais de outras áreas e em diferentes países. Uma maior diferenciação verifica-se relativamente aos resultados de Abe e Henly (2008), no qual foram identificados atos diferentes, com uma maior prevalência comparativamente ao nosso estudo e aos restantes estudos referenciados, poderá tal facto, estar associado às particularidades socioculturais do trabalho, na população japonesa.

A natureza multifatorial da violência psicológica, como fatores sócio-culturais, económicos, características individuais das vítimas, a cultura e o clima das organizações poderá de algum modo explicar as diferenças encontradas nos diferentes estudos.

9.7 - Variáveis psicossociais e a violência psicológica nos enfermeiros

Das variáveis psicossociais em análise constatamos serem em maior número as que se associam com as diferentes dimensões da violência psicológica, no primeiro momento de avaliação do que no segundo momento de avaliação.

O tempo de serviço na profissão e Instituição apresentaram uma associação com significado estatístico positiva e baixa, com os atos negativos associados a Exclusão, no primeiro momento de avaliação (na profissão $r(142,155)=0,17$, $p<0,05$ e na Instituição $r(142,504)=0,20$, $p<0,05$).

No nosso estudo, os enfermeiros em situação single, com idade igual ou superior a 32 anos, com tempo de serviço na profissão igual ou superior a 10 anos e tempo de serviço

na Instituição igual ou superior a 8 anos apresentavam em média maior percepção dos atos negativos associados a Exclusão do que os casados e dos que tinham idade igual ou inferior aos 31 anos, com tempo de serviço na profissão inferior a 10 anos e com tempo de serviço na Instituição inferior a 7 anos. No que se refere à categoria profissional os enfermeiros graduados apresentavam maior percepção dos atos negativos associados a Intimidação e Exclusão, do que os enfermeiros generalistas.

Em síntese, verificamos que ser solteiro, viúvo, divorciado ou separado (situação single), ter categoria profissional de enfermeiro graduado favorece maior percepção de atos negativos associados a Exclusão, nos últimos mais atos de Intimidação.

Encontramos nos resultados de Sá (2008) a prevalência de 7,9% de enfermeiros graduados e 6% enfermeiros com vínculo institucional definitivo que se identificam como vítimas de *bullying*. A associação positiva entre o tempo de serviço e uma maior percepção a atos de violência poderá estar associado a uma maior maturidade pessoal, profissional e maior sensibilização para a existência deste fenómeno, porém alguns autores referem que na personalidade o traço “neuroticismo” aparece mais vincado/visível com o aumento da idade cronológica (Ito, Gobitta & Guzzo, 2007). No estudo de Hirigoyen (1999) a média de idade das vítimas de assédio moral situava-se nos 48 anos, o que segundo esta autora, confirma-se a prevalência nos trabalhadores com mais de 50 anos, os quais são considerados como apresentando desempenho inferior e com dificuldades de adaptação. Carvalho (2010) identifica como vítimas de *mobbing*, enfermeiros com mais de 40 anos e com tempo de serviço entre 15 e 25 anos.

No que se refere ao nível de satisfação com o curso e os colegas verificámos uma associação negativa e baixa com as dimensões de “Exclusão” (satisfação com o curso $r(146)=-0,17$, $p<0,05$ e colegas $r(146)=-0,19$, $p<0,05$), “Qualidade/Sobrecarga de Trabalho” (satisfação com o curso $r(145)=-0,18$, $p<0,05$ e colegas $r(145)=-0,26$, $p<0,05$), e “violência global” (satisfação com os colegas $r(142)=-0,21$, $p<0,05$). Os colegas de curso parecem identificar-se como suporte social para os participantes.

A associação entre a satisfação com o trabalho e a frequência de violência psicológica é referenciada por Sá (2008) no qual 2,4% dos enfermeiros que se encontram insatisfeitos

com o trabalho se identificam como vítimas (tendo presente a definição de *bullying*, num período de seis meses e com a frequência de vez em quando, várias vezes por semana ou quase todos dias). Einarsen e Raknes (1997) num estudo com trabalhadores Noruegueses identificaram a associação entre a presença de *bullying* e a insatisfação no trabalho. Kamchuchat, Chonhsuvivatwong, Oncheunjit, Yip e Sangthong (2008) num estudo desenvolvido com enfermeiros do Sudoeste da Tailândia identificam a associação entre a presença de *bullying* a fracas relações entre colegas de trabalho, diminuição na satisfação no trabalho e aumento dos erros. Quine (1999) menciona que trabalhadores que experienciaram atos de *bullying* apresentam diminuição de satisfação com o trabalho. Carvalho (2010) conclui que os enfermeiros vítimas de *mobbing* apresentam menor capacidade de socialização, ou seja apresentam menor capacidade no desenvolvimento de relações interpessoais, entre os pares, em contexto de trabalho evidenciando uma maior suscetibilidade às críticas dos colegas.

Os resultados do presente estudo revelaram que os enfermeiros que pediram (ou pensaram em pedir) transferência de serviço apresentavam maior perceção dos atos negativos associados a Exclusão do que os enfermeiros que não pediram (ou pensaram pedir) transferência de serviço $\underline{M}=28,0$ ($\underline{DP}=19,4$) e $\underline{M}=20,2$ ($\underline{DP}=22,6$), respetivamente. Assim como média superior de Subvalorização do trabalho $\underline{M}=17,8$ ($\underline{DP}=20,5$) e $\underline{M}=9,1$ ($\underline{DP}=14,7$).

A perceção de saúde geral avaliada pelos enfermeiros revela no primeiro momento de avaliação significado estatístico, associando-se negativamente com as dimensões de “Exclusão” ($r(147)=-0,24$, $p<0,05$), “Qualidade/Sobrecarga de Trabalho” ($r(145)=-0,23$, $p<0,05$), e “violência global” ($r(142)=-0,25$, $p<0,05$), no segundo momento de avaliação esta variável apenas se associa baixa e negativamente com a Qualidade/Sobrecarga de Trabalho ($r(58)=-0,34$, $p<0,05$).

Araújo et al. (2008) no seu estudo identificaram a associação positiva entre a presença de *bullying* e os problemas de saúde (físicos ou psicológicos). Para Einarsen (2005) a exposição a situações de *bullying* provoca efeitos negativos na saúde das vítimas, num estudo com enfermeiros noruegueses a exposição a situações de *bullying* apresentou diminuição do bem-estar psicológico e alto índice de *burnout*. Sintomas de stress pós-

traumático são referidos pelos estudos de Einarsen (2005), Leymann e Gustafsson (1996) e Matthiesen e Einarsen (2004). Hirigoyen (1999) refere situações de stresse pós-traumático, essencialmente em vítimas sem apoio, com sentimentos de solidão e que apresentam dificuldade em exprimirem os seus sentimentos dado sentirem-se vítimas de um tipo de violência impensável e para o qual ninguém está preparado. Alterações no bem-estar das vítimas são mencionadas por Einarsen (2000) e Hauge et al. (2010). Os problemas físicos e psicológicos, de vítimas de *mobbing*, em professores de enfermagem da Turquia, levam a que estes pensem em abandonar o seu trabalho (Yildirim, Yildirim & Timucin, 2007). Hirigoyen (1999) no seu estudo, em França, identificou em 52% vítimas com perturbações psicossomáticas, estas perturbações caracterizavam-se por uma gravidade, com rápida evolução de que são exemplos as perturbações digestivas, perturbações endócrinas, alteração da tensão arterial (aumento), mal-estar, vertigens, etc.

Piñuel y Zabala (2001a) apresenta-nos os seguintes depoimentos de vítimas de *mobbing* e nestes podemos constatar as inerentes repercussões no estado de saúde:

Luz, 37 anos, secretária “comienza a desarrollar toda una sintomatología próxima al síndrome de estrés postraumático (...) En el mes siguiente, padece dos ataques de pánico. Al cabo de dos semanas más, su médico le recomienda y prescribe la baja laboral, diagnosticándole un cuadro de depresión” (p. 39).

Manuel, 29 anos, Engenheiro “consulta al médico por problemas de estrés, insomnio y ansiedad continuada” (p. 41).

Muitas das perturbações na saúde da vítima, como a irritabilidade e agressividade provocam efeitos no âmbito familiar, podendo associar-se a situações de maus tratos e violência doméstica, nos quais os elementos mais vulneráveis são as mulheres e as crianças, assumindo-se como verdadeiras vítimas (Piñuel y Zabala, 2001a).

A perceção de qualidade de vida global associa-se negativamente à violência psicológica, nos enfermeiros deste estudo. Assim, no primeiro momento de avaliação, a qualidade de vida global apresenta uma associação negativa e baixa (de igual valor) com as dimensões da Intimidação e Exclusão ($r(147)=-0,18$, $p<0,05$), Qualidade/Sobrecarga de trabalho ($r(145)=-0,23$, $p<0,05$) e violência global ($r(142)=-0,25$, $p<0,05$). No segundo

momento a qualidade de vida global apresenta resultados com significância estatística com as subescalas Intimidação ($r(57)=-0,30$, $p<0,05$), Qualidade/Sobrecarga de Trabalho ($r(58)=-0,28$, $p<0,05$), assim como com a violência global ($r(56)=-0,28$, $p<0,05$).

A qualidade de vida é influenciada por múltiplos fatores da vida da pessoa, onde se inclui o trabalho. O ambiente físico e psicossocial do trabalho e os recursos individuais de saúde (WHO, 2010) são essenciais para a qualidade de vida.

Variáveis, que interferem na qualidade de vida, como a sobrecarga de trabalho, o clima organizacional negativo, as relações negativas com os colegas de trabalho e a baixa satisfação com o trabalho encontram-se associadas a scores mais elevados no NAQ-R (Einarsen et al., 2009).

Por último, a percepção do nível de stresse mantém o mesmo padrão em ambos os momentos de avaliação, com associações positivas baixas e moderadas com as dimensões Intimidação, Exclusão, Qualidade/Sobrecarga de trabalho e violência global.

Tal como nos nossos resultados, a associação entre o stresse e a violência psicológica é referenciada em vários estudos como os de Bentley et al., (2009); Bosqued (2005); Di Martino (2008); Einarsen (2005); González de Rivera (2005); Hauge et al. (2010); Hirigoyen (1999); ICN (2006b); Leymann (1996); Liosi et al. (2008); Milutinovic e Jevtice (2008); Newman e Baron (2011) e Piñuel y Zabala (2001a).

9.8 - Relação entre qualidade de vida, stresse e violência psicológica dos enfermeiros

O padrão de associação entre a qualidade de vida, os recursos de *coping*, as respostas de stresse, os índices críticos e a violência psicológica nos enfermeiros permitiu-nos concluir a não existência de associações baixas a moderadas, nos dois momentos de avaliação. Ainda que o padrão de associação, no segundo momento de avaliação apresentasse valores superiores.

A análise dos resultados evidencia a existência de um padrão coerente nas dimensões em estudo. Uma associação negativa entre qualidade de vida, as respostas de stresse, os

índices críticos e a violência psicológica e uma associação positiva entre qualidade de vida e recursos de *coping*.

Estas constatações estão em concordância com os inúmeros referenciais teóricos. Para Ellis e Pompili (2002) a qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros depende de múltiplos e complexos fatores. O stresse é uma realidade no local de trabalho destes profissionais (ICN, 2010; Harmon, 2010; Hegney, Tuckett, Parker & Eley, 2010; Kagee-Adams & Khalil, 2010; Needham, Frauenfelder, Gianni, Dinkel & Hatcher, 2010).

A associação positiva entre o stresse e a violência psicológica no local de trabalho está documentada nos estudos de Bentley et al., 2009; Di Martino 2008; ICN, 2006b; Hauge et al., 2010; Hirigoyen, 1999; Hogh et al., 2011; Leymann, 1996; Liosi et al., 2008; Milutinovice e Jevtice, 2008 e Newman e Baron, 2011.

Os enfermeiros estão identificados como grupo de risco, para a ocorrência de violência psicológica no local de trabalho (ICHRN, 2007b; Zapf et al., 2011).

Einarsen et al. (2009) identificaram a sobrecarga de trabalho, o clima organizacional negativo, as relações negativas com os colegas de trabalho e a baixa satisfação com o trabalho associadas a scores mais elevados de atos negativos associados ao trabalho.

Alterações no bem-estar de vítimas de *bullying* são referenciadas por Einarsen, (2000) e Hauge et al. (2010).

Os recursos de *coping* potenciam melhor qualidade de vida (Ramos, 2001; Sarason et al., 1983) e contribuem para a gestão do stresse e diminuição da violência psicológica.

Em síntese, os resultados encontrados corroboram o modelo de interação entre o suporte social, o stresse no trabalho e a saúde, de Button (2008) apresentados na Figura 11.

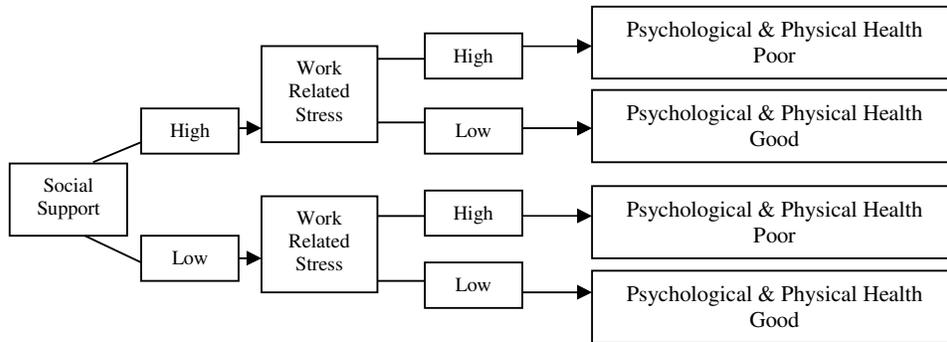


Figura 11. Modelo teórico da interação entre o apoio social, stresse no trabalho e saúde (Button, 2008, p. 509)

A análise do modelo teórico da interação entre o apoio social, stresse no trabalho e saúde de Button (2008) permite-nos constatar que boa saúde física e psicológica depende de elevado suporte social percebido, assim como de baixos níveis de stresse.

9.9 - Programa psicopedagógico

O plano de intervenção integrou um total de três sessões: a primeira sessão abordou conteúdos teóricos relativos ao stresse e violência psicológica, as segundas e terceiras integraram técnicas de relaxamento de Jacobson para 7 grupos musculares e técnicas de imaginação guiada.

A análise dos resultados permitiu-nos constatar uma diminuição do ritmo cardíaco no final da segunda e terceira, ou seja após a execução dos exercícios de relaxamento e de imaginação guiada. De igual modo verificamos um aumento do grau de perceção de relaxamento muscular global e nos diferentes grupos musculares, pelos participantes. Através da comparação de médias das variáveis pulso e grau de relaxamento concluímos que para o grau de relaxamento, os enfermeiros apresentaram média superior do grau de relaxamento global ($\underline{M}=6,8$; $\underline{DP}=1,4$) na terceira sessão comparativamente à segunda sessão ($\underline{M}=5,7$; $\underline{DP}=1,5$), $t(50)=-4,40$, $p<0,001$, assim como nos diferentes grupos musculares.

Como foi evidenciado no nosso estudo, Ramos (2001) afirma as vantagens das técnicas de relaxamento na redução da frequência cardíaca e da pressão sanguínea.

Alparslan e Akdemir (2010) comprovam de igual modo a diminuição da tensão arterial, através do treino de relaxamento.

Bruneau e Ellison (2004) desenvolveram um estudo com 18 enfermeiros do NHS Community Hospital em que um dos objetivos visava avaliar o impacto de um programa de redução de stresse, com o recurso a técnicas de relaxamento de Jacobson e concluíram que 66% dos participantes beneficiaram de forma significativa. Yung, Fung, Chan e Lau, (2004) num estudo com 54 enfermeiros delinearum um programa de técnicas de relaxamento: Stretch-release relaxation (relaxamento progressivo) e Cognitive Relaxation (imaginação guiada) e concluíram que os métodos contribuíram para a diminuição dos níveis de ansiedade e aumento da saúde mental dos enfermeiros (particularmente com as técnicas de imaginação guiada).

Jesus, Santos, Stobäus, Mosquera e Esteve (2004, p. 359) concluíram num estudo em que aplicaram um Programa de Formação Contínua, a profissionais de Educação e de Saúde com a duração de 50h, num total de onze sessões (“partilha de experiências profissionais com colegas, identificação de fatores de stresse e estratégias de *coping* para lidar com eles, substituir crenças irracionais por crenças mais apropriadas, treinar competências de assertividade e de *relaxamento*”) que os participantes revelaram um aumento significativo da perceção de bem-estar profissional.

Payne (2002) refere a importância do relaxamento no stresse ocupacional assim como, fatores como o apoio da organização e a colaboração dos trabalhadores na planificação no sucesso dos programas. Ramos (2001) menciona melhor desempenho, maior satisfação e estabilidade profissional melhores relações interpessoais, maior rendimento do trabalho e maior capacidade para lidar com o stresse como resultados de técnicas de relaxamento na gestão do stresse laboral.

9.10 - Comparação de resultados da primeira e segunda avaliação

A comparação dos resultados obtidos nos dois momentos de avaliação permitiu-nos concluir que não se verificaram resultados estatisticamente significativos, na comparação de médias nas subescalas da qualidade de vida, no que se refere às respostas de stresse, apenas a Resposta Fisiológica evidenciou diferenças estatisticamente significativas, com

valores médios mais elevados na segunda avaliação, verificamos ainda, a existência de resultados estatisticamente significativos para as subescalas de Intimidação e Qualidade/Sobrecarga, com um aumento dos atos negativos, da primeira para a segunda avaliação.

O aumento da Resposta Fisiológica ao stresse, no segundo momento de avaliação poderá estar relacionado ao crescente volume de trabalho associado ao percurso académico. O segundo momento de avaliação decorreu próximo do final do ano letivo e do curso, com novas exigências no estudo: testes, elaboração de trabalhos e exames finais, as dificuldades na conciliação trabalho-escola e trabalho-escola-família, assim como o início de férias das organizações (inerente deficit de recursos de humanos nas equipas, sobrecarga de horário e de trabalho físico) constituem fatores que influenciam negativamente a qualidade de vida dos enfermeiros (Button, 2008; ICHRN, 2007a; Palfi et al., 2008; Santos, Franco et al., 2008 e Veiga et al., 2007).

Os resultados mais elevados na segunda avaliação, para os atos negativos associados à Intimidação e Qualidade/Sobrecarga pensamos poderem estar relacionados com o maior conhecimento e sensibilidade para o fenómeno, inerente aos conteúdos da primeira sessão de intervenção, ao momento ser de maior instabilidade nas organizações (alterações previstas à carreira profissional, férias, avaliação de desempenho) e nas equipas, maior competitividade profissional, menor suporte social, em síntese comportamentos organizacionais promotores da ocorrência de violência psicológica, tal como nos revela o Theoretical framework for the study and management of bullying at work de Einarsen et al. (2011).

9.11 - Modelo explicativo na qualidade de vida dos enfermeiros na primeira e segunda avaliação

Através do modelo explicativo podemos identificar quais as variáveis que melhor explicavam a qualidade de vida dos enfermeiros na primeira avaliação do nosso estudo e concluímos serem as menores respostas de stresse (Ineficácia, Depressão, Raiva e Frustração e Hostilidade) que melhor explicavam a perceção de maior qualidade de vida total (SF36) e em algumas dimensões da qualidade de vida (Saúde Mental, Desempenho Emocional, Função Social, Vitalidade, Saúde Geral e Função Física), assim como, a

percepção de menos atos negativos associados ao trabalho (NAQ-R) explicavam o maior Desempenho Físico. O maior recurso de *coping* “Suporte Social” explicava a melhor qualidade de vida, no domínio da Dor Física.

Os resultados encontrados corroboram a literatura de que são exemplos: a presença de stresse nos profissionais de enfermagem (Chang et al., 2007; ICN, 2010; Harmon, 2010; Hegney et al., 2010; Kagee-Adams & Khalil, 2010; Needham et al., 2010), a influência do stresse (Saupe et al., 2004 e Werle et al., 2010) e da violência psicológica, na qualidade de vida dos enfermeiros (Hauge et al., 2010; Hogh et al., 2011; Newman & Baron, 2011).

A associação do Suporte Social e a melhor qualidade de vida relacionada com a Dor Física é suportada pelos estudos de Chang et al. (2005), Mrayyan (2009) e Shirey (2004).

No segundo momento de avaliação concluímos que a variável percepção de saúde em geral, pelos enfermeiros, na última semana foi a que melhor explicou a qualidade de vida (SF36) e dimensões (Função Social, Vitalidade e Saúde Geral). Das respostas de stresse a Emocionalidade Disfórica, Distresse e Saúde e Ansiedade foram as que melhor explicaram a Saúde Mental, Desempenho Emocional, Dor Física e Função Física avaliadas pelo SF36, com associações negativas.

Em síntese podemos concluir a influência benéfica da percepção de saúde geral na melhor qualidade de vida, tal como nos evidencia Ellis e Pompili (2002) e Ribeiro (2005b). A percepção de menos respostas de stresse de Emocionalidade Disfórica, Distresse e Saúde e Ansiedade explicam percepção mais favorável de Qualidade de Vida.

9.12 - Modelo preditivo na qualidade de vida dos enfermeiros

A percepção de saúde geral e de qualidade de vida global na última semana foram as variáveis que melhor predizem a qualidade de vida (total e suas dimensões). A redução da resposta de stresse - Resposta Fisiológica revelou-se preditora de percepção de maior Saúde Mental dos enfermeiros avaliada pelo SF36. Constatámos um sentido de coerência nos resultados encontrados entre a percepção de saúde geral, de qualidade de vida global da

primeira avaliação e a qualidade de vida avaliada pelo SF36 após 6 meses (segunda avaliação).

Tal como referem Santos et al. (2009) o conceito de saúde cruza-se com o de qualidade de vida o que poderá de algum modo justificar os resultados encontrados. A interação entre a componente física e mental corrobora o resultado entre o stresse (Resposta Fisiológica) e a Saúde Mental, justificando a associação entre stresse e Saúde Mental (Cardoso, 1999; McIntyre et al., 1999a).

10 - Limitações do estudo

Ao finalizarmos este estudo consideramos ter sentido algumas dificuldades e limitações ao longo do seu desenvolvimento que analisamos em três partes: desenho do estudo, amostra e material.

Relativamente, ao desenho do estudo, consideramos positiva a realização de dois estudos transversais e um longitudinal. Pensamos contudo, que um período mais alargado para o estudo longitudinal poderia ter revelado diferentes resultados nomeadamente, na perceção de atos negativos associados ao trabalho. O momento de instabilidade político-económico vivenciado no país e a indefinição da nova carreira de enfermagem enquanto fatores perturbadores do contexto laboral poderiam contribuir para novos dados, se uma avaliação fosse realizada, num período mais alargado. No entanto, o percurso académico dos participantes não o permitiu, dada a proximidade com a finalização do ano letivo do curso de Pós-licenciatura.

A amostra do nosso estudo²⁸ simultaneamente profissionais e estudantes de um Curso de Pós-Licenciatura pensamos ter influenciado os resultados dada a sobrecarga de trabalho que apresentavam. Contudo, consideramos ter sido positivo não ter sido realizado no contexto de trabalho, pelo condicionalismo que o mesmo poderia acarretar, fundamentalmente, na perceção da violência psicológica. As mensagens transmitidas pelos participantes no final do programa foram deveras positivas mencionando a importância destes programas psicopedagógicos nos seus locais de trabalho.

²⁸ Diferente da amostra apresentada no projecto inicial, dado após termos obtido a autorização formal do Presidente do Conselho de Administração, do Centro Hospitalar do Porto, em 29 de Novembro de 2007 - Parecer favorável, N/Ref.º 029/07 (021-DEFI/053-CES) - deparámo-nos em Abril de 2008 com a inviabilidade da prossecução do plano de investigação.

O predomínio dos participantes, da nossa amostra, do sexo feminino, tendo presente que a nossa amostra foi constituída por um grupo *tout venants*, poderá de igual modo, ter condicionado os resultados relativos aos atos de negativos associados ao trabalho, pois tal como revela a literatura observa-se que o tipo atos tem relação com o sexo dos participantes. Assim como, as mulheres revelem uma maior sobrecarga de trabalho do que os homens pelo acumular de funções como o trabalho, o estudo, a casa e a família (mais especificamente, cuidar dos filhos).

Ainda que a perda de participantes no decurso do programa de intervenção seja similar a outros estudos, consideramos que com a proximidade do final do curso e a inerente sobrecarga poderá ter contribuído para a não continuidade de alguns.

No que se refere ao material o facto de recorrermos a instrumentos de autoavaliação com boas propriedades psicométricas permitiu-nos obter maior confiança nos resultados. O tamanho da amostra e o método de amostragem utilizado compromete a validação externa deste estudo.

O fenómeno da violência psicológica no trabalho desconhecido para um número considerável de participantes e pelo interesse por estes demonstrado ao longo da primeira sessão de intervenção leva-nos a pensar a pertinência de estudos do âmbito qualitativo para uma maior exploração das significações pessoais.

Considerações Finais

A complexidade dos fatores que intervêm na qualidade de vida, no caso concreto do trabalho dos enfermeiros, desde cedo nos consciencializou que, à sua problemática, se associava inversamente o stresse e mais recentemente a violência psicológica.

Iniciámos este estudo, envolvidos por expectativas intrínsecas à nossa experiência profissional, essencialmente, na área de gestão. Contudo, as expectativas evidenciaram um crescendo contínuo, associado quer aos conhecimentos adquiridos durante a pesquisa bibliográfica, quer às experiências partilhadas com peritos nacionais e internacionais.

Através do percurso realizado na estruturação do corpo teórico, aprofundamos áreas temáticas, como a qualidade de vida, a qualidade de vida relacionada com o trabalho, o stresse e a violência psicológica, refletindo, particularmente, no contexto de trabalho dos profissionais de enfermagem.

A qualidade de vida relacionada com o trabalho, o stresse e a violência psicológica caracterizam-se pela sua complexa multifatorialidade dependente da singularidade de cada enfermeiro, da organização e da comunidade em que se encontra inserido. A crescente divulgação do fenómeno da violência psicológica no trabalho, no nosso país, tem despertado o interesse nos investigadores, bem como, para a importância de implementação de estratégias primárias de intervenção. Porém, como evidencia a literatura, a prevalência deste fenómeno encontra-se subavaliado.

Um dos grandes desafios no contexto laboral português aponta para o investimento em programas de intervenção. Para a promoção da saúde dos enfermeiros, programas de intervenção inserem-se já em contextos organizacionais, em países como o Canadá (Hepburn & Enns, 2011; Wong & Lastinger, 2012), EUA (Joahnsen, 2012; Johnson, 2011), Holanda (Jonge, Spoor Gevers & Hamers, 2012) e o Reino Unido (Sargeant, 2011). Verificámos isso, na partilha de conhecimentos e experiências com

investigadores em eventos internacionais em que temos participado. Constatamos assim, que temos ainda um vasto caminho a percorrer.

A nossa experiência pessoal, particularmente, no âmbito da gestão de unidades de cuidados e como membro de uma comissão de saúde ocupacional permite-nos constatar que urge desenvolver estratégias e mobilizar recursos para que a promoção da saúde no trabalho seja uma realidade. Neste sentido é fundamental a necessidade de num primeiro momento sensibilizar gestores para a relevância e resultados que poderão advir, no domínio da qualidade de cuidados prestados pelos enfermeiros.

A implicação dos trabalhadores na implementação e monitorização destes programas é crucial. Não é possível obterem-se ganhos em saúde se aos participantes não for dada possibilidade de participarem ativamente. No âmbito da gestão deverá estar presente que o trabalhador tem uma vida para além do contexto de trabalho e que esta interação poderá, em determinados momentos, revelar-se facilitadora ou dificultadora do seu desempenho. Assim, a intervenção individual poderá emergir como uma necessidade real.

No que se refere ao material aplicado (SF36, IRRP e NAQ-R) revelaram boas características psicométricas nos testes efetuados e serem de fácil aplicabilidade, contudo, como já referenciámos, pelas contingências relacionadas com o tamanho da amostra e tipo de amostragem, os resultados não são passíveis de serem extrapolados.

Em seguida descrevemos os resultados principais que emergiram deste estudo:

- A Componente Física contribuiu para a perceção de melhor qualidade de vida do que a Componente Mental, em ambos os momentos de avaliação;
- Em ambos os momentos de avaliação a perceção da qualidade de vida no domínio da Função Física foi a que revelou o valor mais elevado, com valores médios superiores a 50, numa escala de 0 a 100;

- No segundo momento de avaliação, os enfermeiros apresentaram melhor percepção de qualidade de vida (valores médios mais elevados), contudo sem significância estatística na comparação de médias, nos dois momentos de avaliação;

- A satisfação (com o curso, colegas de curso, professores e escola), a percepção de saúde geral e a qualidade de vida mostraram favorecer a percepção de qualidade de vida avaliada pelo SF36, enquanto o nível de stresse interferiu de forma negativa. Características apresentadas de modo similar, nos dois momentos de avaliação, com exceção da variável satisfação;

- Constatou-se um maior recurso ao Suporte Social, seguido do Espírito Filosófico-Recursos Espirituais/Existenciais e do *Coping*, mantendo-se características idênticas nos dois momentos de avaliação; de realçar que, no segundo momento, se verificou um aumento nas médias destes recursos, com valores médios superiores a 50, numa escala de 0 a 100;

- Verificámos que predominaram as respostas de stresse Pressão Excessiva, Distresse e Saúde, Ansiedade e Emocionalidade Disfórica. De realçar que a Ansiedade e Emocionalidade Disfórica apresentaram valores médios superiores, no segundo momento de avaliação, contudo sem significância estatística na comparação de médias. Apenas a Resposta Fisiológica evidenciou diferenças estatisticamente significativas, com valores médios mais elevados na segunda avaliação;

- O Suicídio, enquanto índice crítico, demonstrou valores pouco significativos, com uma diminuição na segunda avaliação;

- Verificámos um padrão de correlação idêntico nos dois momentos de avaliação com associações negativas entre os recursos de *coping*, as respostas de stresse e os índices críticos e associações positivas, por vezes, moderadas e altas entre as respostas de stresse e os índices críticos;

- A idade e o nível de stresse não evidenciaram favorecer a utilização do recurso de *coping*. No primeiro momento de avaliação, os dados apontaram ainda para uma associação

positiva destes recursos, com a satisfação relativamente à escola, à percepção de saúde geral e à qualidade de vida global;

- Constatámos a existência de uma associação positiva, estatisticamente significativa, baixa entre as respostas de stresse e os índices críticos e a idade, o tempo de serviço na profissão e na Instituição e associação negativa, estatisticamente significativa, baixa e moderada entre as variáveis de percepção de saúde geral e qualidade de vida global nos dois momentos de avaliação;

- No que diz respeito à violência psicológica constatamos que os valores da prevalência variam de acordo com o critério utilizado. Assim:

A prevalência de violência psicológica no primeiro critério (resposta positiva a pelo menos um dos 22 itens com frequência semanal ou diária) foi de 26,4% e 20,7% de casos no primeiro e segundo momento de avaliação, respetivamente;

A prevalência de violência psicológica no segundo critério (o participante identifica-se como vítima de violência psicológica no trabalho através do item 23 com frequência de vez em quando, várias vezes por semana ou quase todos os dias) foi de 9,4% e 8,3% no primeiro e segundo momento de avaliação, respetivamente;

A prevalência de violência psicológica no terceiro critério (resposta positiva conjuntamente ao primeiro e segundo critério, nos últimos seis meses) foi de 5,9% e 8,3% de casos no primeiro e segundo momento de avaliação, respetivamente;

- Verificámos que os atos negativos experienciados pelos trabalhadores se associam a fatores de Intimidação, Exclusão, Qualidade/Sobrecarga de Trabalho e Subvalorização do Trabalho;

- Os atos negativos que evidenciaram maior prevalência nos dois momentos de avaliação foram: “Alguém esconde informação que afeta o seu desempenho”; “Ser obrigado a desempenhar funções abaixo do nível das suas competências”; “Retirarem ou substituírem

responsabilidades chave da sua função por outras pouco importantes e/ou desagradáveis”; “As suas opiniões ou pontos de vista são ignoradas”; “Vigilância/controlo excessivo do seu trabalho”; “Ser pressionado a não reclamar aquilo a que tem direito (e.g. baixa médica, feriados, despesas de deslocação) ” e “Ser exposto a uma quantidade de trabalho excessiva e impossível de realizar”;

- Constatámos a existência de resultados estatisticamente significativos para as subescalas de Intimidação e Qualidade/Sobrecarga de Trabalho, com um aumento dos atos, na segunda avaliação, comparativamente à primeira avaliação;

- Os tempos de serviço na profissão e Instituição apresentaram uma associação com significado estatístico, positiva e baixa, com os atos negativos associados à dimensão Exclusão, no primeiro momento de avaliação;

- No que se refere ao nível de satisfação com o curso e os colegas, verificámos uma associação negativa e baixa com as dimensões de Exclusão, Qualidade/Sobrecarga de Trabalho e Violência global no primeiro momento de avaliação;

- A perceção de saúde geral avaliada pelos enfermeiros revela, no primeiro momento de avaliação, significado estatístico, associando-se negativamente com as dimensões de Exclusão, Qualidade/Sobrecarga de Trabalho e Violência global, no segundo momento de avaliação esta variável associa-se baixa e negativamente com a Qualidade/Sobrecarga de Trabalho;

- A perceção de qualidade de vida global apresentou, no primeiro momento de avaliação, uma associação negativa e baixa com as dimensões: Intimidação e Exclusão, Qualidade/Sobrecarga de Trabalho e violência global; no segundo momento, observaram-se resultados, semelhantes mas com significância estatística, com as subescalas Intimidação e Qualidade/Sobrecarga de Trabalho, assim como com a violência global;

- Constatámos uma associação negativa entre a qualidade de vida, as respostas de stresse, os índices críticos e a violência psicológica e uma associação positiva entre qualidade de vida e os recursos de *coping*;

- Os resultados obtidos com a implementação do programa psicopedagógico: diminuição do ritmo cardíaco na segunda e terceira sessão, mais concretamente após a execução dos exercícios de relaxamento e aumento da percepção do grau de relaxamento de diferentes grupos musculares/global consideramos que estes foram relevantes. Assim como, o feedback dos participantes no decorrer do programa que foi sempre no sentido da sua fácil aplicabilidade e importância. Estes resultados têm suscitado interesse a investigadores nacionais e internacionais.

- O modelo explicativo permitiu-nos concluir ser a percepção de menos respostas de stresse (Ineficácia, Depressão, Raiva e Frustração e Hostilidade) que explicavam a percepção de melhor qualidade de vida total (SF36) e de algumas dimensões da qualidade de vida (Saúde Mental, Desempenho Emocional, Função Social, Vitalidade, Saúde Geral e Função Física). A percepção de menos atos negativos associados ao trabalho (NAQ-R) explicava a percepção de maior Desempenho Físico. O maior recurso de *coping* Suporte Social explicava a percepção de melhor qualidade de vida, no domínio da Dor Física;

- Na análise preditiva para a qualidade de vida dos enfermeiros na segunda avaliação (total e as suas dimensões), foram melhores preditores: da percepção de saúde geral e de qualidade de vida global da primeira avaliação. A percepção de menos Resposta de Stresse - Resposta Fisiológica foi a melhor preditora de percepção da mais Saúde Mental dos enfermeiros.

Em síntese, os resultados evidenciaram a relação entre qualidade de vida, stresse e violência psicológica, no trabalho dos enfermeiros. Assim como a vantagem de implementação de programas na gestão do stresse laboral

O percurso desta investigação e a análise dos resultados obtidos apontam para a concretização dos objetivos inicialmente definidos.

Ao procedermos a uma reflexão final, emergiram algumas sugestões para futuros estudos, tais como:

1. O alargamento do período que contempla o estudo longitudinal e mais avaliações;
2. A seleção de uma amostra em que os participantes se encontrem no exercício da sua atividade como enfermeiro e não cumulativamente estejam em percurso formativo pós-graduado;
3. O desenvolvimento de estudos de prevalência da violência psicológica em diferentes contextos de trabalho de enfermagem e áreas geográficas do país;
4. A implementação de estudos integrados no paradigma qualitativo, no âmbito da violência psicológica;
5. A dinamização da implementação de programas de gestão de stresse laboral no contexto de trabalho dos enfermeiros;
6. A promoção de informação e formação dos profissionais de enfermagem no âmbito da violência psicológica, desde a formação inicial em enfermagem.

“Workers’ health, safety and well-being are vital concerns to hundreds of millions of working people worldwide. But the issue extends even further beyond individuals and their families. It is of paramount importance to the productivity, competitiveness and sustainability of enterprises, communities, and to national and regional economies (WHO, 2010)”.

V^a Parte
Bibliografia

Bibliografia

- Abe, K. (2007). *Hierarchical models of workplace bullying among Japanese Hospital Nurses*. Doctoral thesis submitted to University of Minnesota.
- Abe, K. & Henly, S. (2008). Measuring bullying (Ljime) among Japanese Hospital Nurses: Dimensionality of the revised negative act questionnaire (NAQ -R). In Needham I.,
- Abe, K. & Henly, S.J. (2010). *Bullying (ljime) among Japanese hospital nurses*. *Nursing Research*, 2 (59), 110-118.
- Abualrub, R.F. & Al-Zaru, I.M. (2008). Job stress, recognition, job performance and intention to Stay at work among Jordanian hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 16, 227-236.
- Agência Europeia para Segurança e Saúde no Trabalho (2009a). *Perspectivas: Novos riscos emergentes para a segurança e saúde no trabalho*. Obtido em fevereiro de 2010 através de: http://osha.europa.eu/pt/publications/outlook/pt_te8108475enc.pdf
- Agência Europeia para Segurança e Saúde no Trabalho (2009b). *Relatório Anual 2009: Resumo*. Obtido em fevereiro de 2010 através de: http://osha.europa.eu/pt/publications/annual_report/ar_summary_2009
- Agência Europeia para Segurança e Saúde no Trabalho (2010). *Inquérito Europeu às empresas sobre riscos novos e emergentes*. Obtido em fevereiro de 2010 através de: http://osha.europa.eu/pt/publications/reports/pt_esener1-summary.pdf
- Agervold, M. (2007). Bullying at work: A discussion of definitions and prevalence, base on an empirical study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 161-172.
- Allen, W. J. (2001). *The role of action research in environmental management*. Obtido em setembro 2006 através de: http://nrm-changelinks.net/thesis_ch3.html.
- Almeida, L. & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Coimbra: APPORT - Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Alparslan, G.B. & Akdemir, N. (2010). Effects of walking and relaxation techniques exercises on controlling hypertension. *Journal of the Australian Traditional-Medicine Society*, 16, 9-14.
- Aytolan, Y. & Dlek, Y. (2007). Mobbing in the workplace by peers and managers: Mobbing experienced by nurses working in the healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (8), 1444-1453.

- Araújo, M. S. G. (2009). *Preditores individuais e organizacionais de bullying no local de trabalho*. Tese de Doutoramento apresentada na Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga. Obtido em outubro 2010 através: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/11041>
- Araujo, S. & Sofield., L. (2011). Workplace Violence in Nursing Today. *Nursing Clinics of North America*, 46 (4), 457-464.
- Araújo, T., Aquino, E., Menezes, G., Santos, C. O. & Aguiar, L. (2003). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Saúde Pública*, 37 (4), 424-433.
- Araújo, M. S., McIntyre, T. & McIntyre, S. (2004, November). *Portuguese Adaptation of the negative acts questionnaire (NAQ-R) final results*. Paper presented at the 6 th of the European Academy of Occupational Health Psychology, Porto.
- Araújo, M. S., McIntyre, T. & McIntyre, S. (2006). *Organizational climate, bullying at work and physical symptoms in Portuguese workers*. 7th. Conference of the European Academy of Occupational Health Psychology: Proceedings. Maia: Edições ISMAI.
- Araújo, M. S., McIntyre, T. & McIntyre, S. (2007, November). *Bullying at work in Portugal: prevalence and service sector*. 1th. Conference on Workplace Bullying, ISEG-UTL, Lisboa.
- Araújo, M. S., McIntyre, T. & McIntyre, S. (2008). *Bullying no local de trabalho, clima organizacional e seu impacto na saúde dos trabalhadores*. Obtido em dezembro 2008 através: www.spsp.pt/pdf_com_livres/BULLYINGN%20LOCALDETRABALHOCNSO.pdf.
- Archibald, C. (2006). Job satisfaction among neonatal nurses. *Pediatric Nursing*, 32 (2), 176-179.
- Atawneb, F. A., Zahid, M. D., Al-Sahlawi, K. S., Shahid, A. A. & Al-Farah, M. H. (2003). Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. *British Journal of Nursing*, 12 (2), 102-107.
- Ausfelder, T. (2004). *Mobbing: el acoso moral en el trabajo* (2 ed.). Barcelona: Editorial Oceano S.L.
- Balk, J.L., Chung, S.C., Beigi, R. & Brooks, M. (2009). Brief relaxation training program for Hospital employees. *Hospital Topics*, 87, 8-13.
- Barboza, D. B. & Soler, Z. A. S. G. (2003). Afastamento do trabalho na enfermagem: Ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Latin-am Enfermagem*, 11 (2), 177-183.
- Bentley, T., Catley, B, Cooper-Thomas, H., Gardner, D., O'Driscoll & Trenberth, L. (2009). *Understanding stress and bullying in New Zealand workplace*. Obtido em fevereiro de 2010 através de: <http://www.massey.ac.nz/massey/fms//Massey%20News/2010/04/docs/Bentley-et-al-report.pdf>

- Berry, P. A., Gillespie, G. L., Gates, D. & Schafer, J. (2012). Novice nurse productivity following workplace bullying. *Journal of Nursing Scholarship*, 44, 80-87.
- Bianchi, E. R. (2008). Stress and Brazilian operating room nurses. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 3 (3), 101-106.
- Bjorkqvist, K., Lagerspetz, K., & Kaukiainen, A. (1992). Do girls manipulate and boys fight? Developmental trends in regard to direct and indirect aggression. *Aggressive Behavior*, 18, 117-127.
- Boog, G. G., Marin, M. C. & Wagner, V. S. (2010). Espiritualidade no trabalho. Obtido em setembro 2010 através: <http://www.guiarh.com.br/p55.htm>
- Bond, F. W. & Bunce, D. (2001). Job control mediates change in work reorganization: Intervention for stress reduction. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 290-302.
- Borges, E. (2006). O Sofrimento dos enfermeiros em pediatria. In P. Marques, J. C. Carvalho, P. Sousa, E. Borges, & S. Cruz (Eds.), *Rumo ao Conhecimento em Enfermagem* (pp. 248-340). Porto: Escola Superior de Enfermagem de S. João.
- Borges, E. (2009a). *Enfermeiros e stresse ocupacional: Em contexto de doenças infecciosas*. In C. Sequeira, C. Santos, E. Borges, M. Abreu & M. R. Sousa (Eds.), *Saúde e qualidade de vida: O estado da arte* (pp. 209-213). Porto: Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida.
- Borges, E. (2009b). *Enfermeiros e stresse ocupacional: Em contexto de consulta externa*. In C. Sequeira, C. Santos, E. Borges, M. Abreu & M. R. Sousa Vida (Eds.), *Saúde e Qualidade de Vida: O Estado da Arte* (pp. 203-207). Porto: Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida.
- Borges, E., Ferreira, T. R. (2008a). Psychological violence and nursing. In I. Needham, M. Kingma, L. Brien-Pallas, K. Mckenna, R. Tucker & N. Oud (Eds.), *Workplace Violence in the Health Sector: Proceedings of the first International Conference on Workplace Violence in the workplace-together, creating a safe work environment* (pp. 147-148). Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.
- Borges, E., Ferreira, T. R. (2008b). The caregivers also suffer: Pediatric nurses' suffering. In I. Needham, M. Kingma, L. Brien-Pallas, K. Mckenna, R. Tucker & N. Oud (Eds.), *Workplace Violence in the Health Sector: Proceedings of the first International Conference on Workplace Violence in the workplace-together, creating a safe work environment* (pp. 152-154). Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.
- Borges, E., Ferreira, T. R. (2008c). Trabalho, violência psicológica e enfermagem. In C. Sequeira, J. A. Pinho, J. C. Carvalho, Sá, L. (Eds.) *A saúde mental e o equilíbrio Social* (pp. 211-216). Maia: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

- Borges, E., Ferreira, T. R. (2009a). Qualidade de vida e violência psicológica em enfermagem. In C. Sequeira, Ribeiro, I. L. Ribeiro, J. C. Carvalho, T. Martins & T. Rodrigues (Eds.), *Saúde e qualidade de vida em análise* (pp. 200-208). Porto: Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida.
- Borges, E., Ferreira, T. R. (2009b). Stresse, emoções e coping: Assédio moral no trabalho. In C. Sequeira, C. Santos, E. Borges, M. Abreu & M. R. Sousa (Eds.), *Saúde e qualidade de vida: O estado da arte* (pp. 227-231). Porto: Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida.
- Borges, E., Ferreira, T. R. (2009c). Enfermeiros e violência psicológica. In A. Maia, S. Silva & T. Pires (orgs.), *Desafios de saúde e comportamento: Actores, contextos e problemáticas. Actas do 1º Congresso de Saúde e Comportamento dos Países de Língua Portuguesa*. (pp. 549-555). Braga: CIPSI edições.
- Borges, E. & Ferreira, T.R. (2010a). Qualidade de Vida e Profissionais de Enfermagem”. In I. Leal, J.P. Ribeiro, M. Marques & F. Pimenta (Eds.), *Actas do 8º Congresso Nacional de psicologia da Saúde. Saúde, Sexualidade e Género* (pp. 291-296). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Borges, E. & Ferreira, T.R. (2010b). Riscos Psicossociais em Enfermagem. In Pinho, J.A., Carvalho, J.C. & Santos, B. (Eds.), *Do diagnóstico à intervenção em Saúde Mental: II Congresso Internacional da SPESM* (pp. 150-153). Barcelos: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Borges, E. & Ferreira, T.R. (2010c). Nursing and violence in the workplace. In I. Needham, M. Kingma, L. Brien-Pallas, K. Mckenna, R. Tucker & N. Oud (Eds.), *Violence in the Health Sector: Proceedings of the Second International Conference on Workplace Violence in the workplace-From Awareness to Sustainable Action* (pp. 116-118). Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.
- Bosqued, M. L. (2005). *Mobbing. Como prevenir y superar el acoso psicológico*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica SA.
- Bost, N. & Wallis, M. (2005). The effectiveness of a 15 minute weekly massage in reducing physical and psychological stress in nurses. *Australian Journal of Advance Nursing*, 4 (23), 28-33.
- Brien-Pallas, Wang,S., Hayes, L. & Laporte, D. (2008). Creating work environments that are violence free. In I. Needham, M. Kingma, L. Brien-Pallas, K. Mckenna, R. Tucker & N. Oud (Eds.), *Workplace Violence in the Health Sector: Proceedings of the first International Conference on Workplace Violence in the workplace-together, creating a safe work environment* (pp. 30-42). Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.
- Brito, J. H. (2000). *Introdução à metodologia do trabalho científico*. Braga: Faculdade de Filosofia da UCP.

- Brito, S. & Carvalho, A. M. (2004). Stress, coping (enfrentamento) e saúde geral dos enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva e problemas renais. *Revista Enfermería Global*, 4, 1-10. Obtido em setembro 2007 através: revistas.um.es/global/article/view/589/627.
- Bruneau, B. M. & Ellison, G. T. (2004). Palliative care stress in a UK community hospital: evaluation of a stress-reduction programme. *International Journal of Palliative Nursing*, 10 (6), 296-304.
- Bulhões, I. (1998). *Riscos do Trabalho de Enfermagem* (2 ed.). Rio de Janeiro: Folha Carioca Editora, LTDA.
- Burton, J. (2010b). *WHO Healty Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practice*. Obtido em fevereiro de 2010 através de: http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplace_framework.pdf
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Colectiva*, 5 (1), 163-177. Obtido em setembro 2007 através: www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf
- Button, L. (2008). Effect of social support and coping strategies on the relationship between health care-related occupational stress and health. *Journal of Research in Nursing*, 13, 498-524.
- Cabral, R. (2000). *Temas de ética*. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia UCP.
- Caitela, J.R. & Groden, J. (1985). *Técnicas de Relaxación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial*. Barcelona: Martínez Roca.
- Calero, C. J., Navarro, R. D. (2003). *El mobbing: O acoso psicológico en el trabajo*. País Valenciano: UGT-PV.
- Cantasiano, G. T., Depolo, M. & Domínguez, F. M. (2007). Acoso laboral: meta-análisis y modelo integrador de sus antecedentes y consecuencias. *Psicothema*, 19 (1), 88-94.
- Carapinheiro, G. & Lopes, N. M. (1997). *Recursos e condições de trabalho dos enfermeiros Portugueses*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Campos, J. F. & David, H. M. S. L. (2007). Abordagens e mensuração da qualidade de vida no trabalho de enfermagem: produção científica. *R Enferm UERJ*, 15 (4), 584-589.
- Caponecchia, C., Cramery, A., Costa, D. & Wyatt, A. (2010). Measuring workplace bullying in the Australian public sector. *Seventh International Conference on Workplace Bullying & Harassment. Transforming Research: Evidence and Practice*. Book of Abstracts (p.87). Cardiff: Glamorgan Business School-University of Glamorgan.
- Catley, B., Bentley, T., Cooper-Thomas, H., Trenberth, L., O'Driscoll, M. & Gardner, D. (2010). Measuring workplace Bullying in New Zealand: Managerial responses from three industries. *Seventh International Conference on Workplace Bullying & Harassment. Transforming*

Research: Evidence and Practice. Book of Abstracts (pp.37-38). Cardiff: Glamorgan Business School-University of Glamorgan.

Cardoso, R. M. (1999). *O Stress na profissão docente: Como prevenir, como manejar*. Porto: Porto Editora.

Carroll, V. (2008). Violence towards nurses. In I. Needham, M. Kingma, L. Brien-Pallas, K. Mckenna, R. Tucker & N. Oud (Eds.), *Workplace Violence in the Health Sector: Proceedings of the first International Conference on Workplace Violence in the workplace-together, creating a safe work environment* (pp. 61-65).Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.

Carvalho, G. D. (2007). Mobbing: Assédio moral no trabalho em contexto de enfermagem- estudo preliminar. *Investigação em Enfermagem*, 15, 43-55.

Carvalho, G. D. (2010). Mobbing: assédio moral no trabalho em contexto de enfermagem. *Investigação em Enfermagem*, 21, 28-42.

Carvalho, J.C.M. (2006). Transplantação de progenitores hematopioéticos: Qualidade de vida e coping. In P. Marques, J. C. Carvalho, P. Sousa, E. Borges, & S. Cruz (Eds.), *Rumo ao Conhecimento em Enfermagem* (pp. 112-178). Porto: Escola Superior de Enfermagem de S. João.

Cassito, M. G., Fattorini, E., Gilioli, R., Rengo, C. & Gonik, V (2004). *Raising awareness to psychological harassment at work: Protecting Workers' Health Series*. Geneva: World Health Organization.

Çelik S. P., Çelik Y. (2008). Positive working environment: Violence against nurses in Turkey. In I. Needham, M. Kingma, L. Brien-Pallas, K. Mckenna, R. Tucker & N. Oud (Eds.), *Workplace Violence in the Health Sector: Proceedings of the first International Conference on Workplace Violence in the workplace-together, creating a safe work environment* (pp. 144-145). Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.

Chang, E. M., Hancock, K. M., Johson, A., Daly, J. & Jackson, D. (2005). Role stress in nurses: review of related factors and strategies for moving forward. *Nursing Health Sciences*, 5, 57-65.

Chang, A., Kicis, J. & Sangha, G. (2007). Effect of the clinical support nurses role on work-related stress for nurses on an inpatient pediatric oncology unit. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 24, 340-349.

Chiavenato, I. (1993). *Introdução à teoria geral de administração* (4 ed.). Rio de Janeiro: Makron Books.

Chu, C.I., Lee, M.S. & Hsu, H.M. (2006). The impact of social support and Job stress on public health nurses' organizational citizenship behaviors in rural Taiwan. *Public Health Nursing*, 23 (6), 496-505.

- Cleary, M., Hunt, G., Walter, G. & Robertson, M. (2009). Dealing with bullying in the workplace. *Journal of Psychosocial Nursing*, 12 (47), 35-41.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel, 1999.
- Cooper, C. & Marshall, J. (1976). Occupational sources of stress: a review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. *Journal of Occupational Psychology*, 49, 11-28.
- Cooper, C. & Marshall, J. (1980). *White collar and professional stress*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Costa, I. M. A. R. (2009). *Trabalho por turnos, saúde e capacidade para o trabalho dos enfermeiros*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina, Coimbra.
- Cruz, A. G. (2003). *Trabalho por turnos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cunha, M. P. (2006). *A epidemia da violência*. Obtido em janeiro 2007 através: http://dn.sapo.pt/2006/07/05/economia/a_epidemia_violencia.html.
- Cunha, M. P. & Marcelino, A. R. (2001). Um compêndio de medidas (frequentes e recentes) usadas em comportamento organizacional. *Análise Psicológica*, 3, 461-470.
- Currid, T. (2009). Experiences of stress among nurses in acute mental health settings. *Nursing Standard*, 44 (23), 40-46.
- Delpiano, A. (2001). Stress Occupazionale. Mobbing e costrittività laborativa. *Nursing Standard*, 45 (15), 58-41.
- Dias, I. (1998). Para quem? Como? Porquê? *Nursing*, 118, 28-29.
- Dias, S., Queirós, C. & Carlotto, M.S. (2010). Empatia, satisfação com o trabalho e burnout em enfermeiros portugueses. In Pinho, J.A., Carvalho, J.C. & Santos, B. (Eds.), *Do diagnóstico à intervenção em Saúde Mental: II Congresso Internacional da SPESM* (pp. 258-268). Barcelos: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Dilek, Y. & Aytolan, Y. (2008). Development and psychometric evaluation of workplace psychologically violent behaviours instrument. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1361-1370.
- Di Martino, V. (2008). Violence at work. In I. Needham, M. Kingma, L. Brien-Pallas, K. McKenna, R. Tucker & N. Oud (Eds.), *Workplace Violence in the Health Sector: Proceedings of the first International Conference on Workplace Violence in the workplace-together, creating a safe work environment* (pp. 59-60). Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.
- Di Martino, V. (2003). *Relationship of work stress and workplace violence in the health sector*. Geneva: International Labour Office (ILO), International Council of Nurses (ICN), World Health Organization (OMS) & Public Services International (PSI).

- Direcção Geral de Saúde (2006). *Melhorar o ambiente organizacional em prol da saúde dos profissionais* - Circular Informativa 15/DSPCS. Lisboa: Autor.
- Direcção Geral de Saúde (2008). *Relatório de avaliação dos episódios de violência contra os profissionais de saúde, referente ao ano de 2007*. Lisboa: Autor
- Direcção Geral de Saúde (2010). *Relatório de avaliação dos episódios de violência contra os profissionais de saúde, referente ao ano de 2009*. Lisboa: Autor
- Dyrit, M. (2008). Impact of workplace violence on the recruitment of nurses. In I. Needham, M. Kingma, L. Brien-Pallas, K. Mckenna, R. Tucker & N. Oud (Eds.), *Workplace Violence in the Health Sector: Proceedings of the first International Conference on Workplace Violence in the workplace-together, creating a safe work environment* (pp. 50-51). Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.
- Edreira, M. J. (2003). Fenomenologia del acoso moral. *Logos, Anales del Seminario de Metafísica*, 36, 131-151. Obtido em janeiro 2007 através de: <http://www.desastres.org/pdf/acosomoral.pdf>.
- Einarsen, S. (1999). The nature and causes of bullying at work. *International Journal of Manpower*, 20 (1/2), 16-27.
- Einarsen, S. (2000). Harassment and bullying at work: a review of the Scandinavian approach. *Aggression and Violent Behavior*, 4 (5), 379-401.
- Einarsen, S. (2005). The nature and causes of bullying at work: the Norwegian experience. *Pistes*, 3 (7). Obtido em outubro de 2008 através de: <http://www.pistes.uqam.ca/v7n3/articles/v7n3a1en.htm>
- Einarsen, S. & Hoel, H. (2001, May). *The negative acts questionnaire: Development, validation and revision of a measure of bullying at work*. Paper presented at the 10th. European Congress on Work and Organizational Psychology. Prague.
- Einarsen, S., Mikkelsen, E. G. (2003). Individual effects of exposure to bullying at work. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zaft, & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice* (pp. 127-144). London: Taylor & Francis.
- Einarsen, S. & Raknes, B. (1997). Harassment in the workplace and the victimization of men. *Violence and Victims*, 12, 247-263.
- Einarsen, S. & Skogstad, A. (1996). Bullying at work: epidemiological findings in public and private organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5 (2), 185-201.
- Einarsen, S., Hoel, H. & Notelaers, G. (2009). Measuring exposure to bullying and harassment at work: validity, factor structure and psychometric properties of the negative acts questionnaire-revised. *Work & Stress*, 23 (1), 22-44.

- Einarsen, S., Matthiesen, S. B. & Skogstad, A. (1998). Bullying, burnout and well-being among nurses. *Journal of Occupational Health and Safety*, 14 (6), 563-568.
- Einarsen, S., Raknes, B. I., & Matthiesen, S. B. (1994). Bullying and harassment at work and their relationships to work environment quality: an exploratory study. *European Work and Organizational Psychology*, 4, 381-401.
- Einarsen, S., Hoel, H., Zafit, D. & Cooper, C. L. (2003). The concept of bullying at work: The European tradition. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zafit, & C. L. Cooper, (Eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice* (pp. 3-30). London: Taylor & Francis.
- Einarsen, S., Raknes, B.I., Matthiesen, S.B. & Hellesoy, O.H. (1996). Bullying at work and its relationships with health complaints moderating effects of social support and personality. *Nordisk Psychology*, 48, 116-137.
- Einarsen, S., Hoel, H., Zapf & Cooper, C.L. (2011). *The concept of bullying and harassment at work: the European tradition*. In: Einarsen, S., Hoel, H., Zapf & Cooper, C.L. (Eds.), *Bullying and Harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (pp. 3-39). New York: Taylor & Francis.
- Elias, M. A. & Navarro, V. L. (2006). A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: Negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Latino-Am Enfermagem*, 14 (4), 517-525.
- Ellis, N., Pompili, A. (2002). *Quality of working life for nurses: Report on qualitative researchs*. Obtido em outubro de 2008 através: [www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/544C7652593942CCCA256F1900107FD/\\$File/newn](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/544C7652593942CCCA256F1900107FD/$File/newn)
- Ellison, G.T.H. & Bruneau, B.M.S. (2004). Palliative care stress in a UK community hospital: evaluation of a stress-reduction programme. *International Journal of Palliative Care*, 10 (6), 296-304.
- Eriksen, W., Tambs, K. & Knardahl, S. (2006). Works factors and psychological distress in nurses' aides: a prospective cohort study. *BMC Public Health*, 6, 1-11. Obtido em outubro de 2008 através de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1693921/pdf/1471-2458-6-290.pdf>
- Eriksen, W., Bjorvatn, B., Bruusgaard, D. & Knardahl, S. (2008). Works factors as predictors of poor sleep in nurses' aides. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 1 (82), 87-97.
- Escrivà, V. A., Más, R. P., Cardenas, M. E., Burguete, D. R. & Fernández, F. S. (2000). Estressores laborales y bienestar psicológico: Impacto en la enfermería hospitalaria. *Rol Enf*, 23, 506-511.
- Estryn-Bearh, M., Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Nezet, O. & Conway, P. (2008). Violence risks in nursing-results from the European "NEXT" study. *Occupational Medicine*, 58, 107-114.

- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2007). *Work-related stress*. Obtido em setembro de 2010 através de:
<http://www.eurofound.europa.eu/ewco/reports/TN0502TR01/TN0502TR01.pdf>
- European Agency for Safety and Health at Work (2010). *ESENER - European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks*. Obtido em setembro de 2010 através de:
http://osha.europa.eu/en/publications/reports/esener1_osh_management
- Fearon, C. & Nicol, M. (2011) Strategies to assist prevention of burnout in nursing staff. *Nursing Standard*. 26 (14), 35-39.
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: A taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 502-508.
- Felli, V. E. A. & Tronchi, D. M. R. (2005). A qualidade de vida no trabalho e a saúde do Trabalhador de enfermagem. In Kurcgant, P. *Gerenciamento em Enfermagem* (89-106). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Farias, S. N., Zeitoune, R. C., (2007). A qualidade de vida no trabalho de enfermagem. *Revista Escola Anna Nery Enfermagem*, 11 (3), 487-493.
- Fernández, M. A., Moreno, M. P., Bertran, C. A. & Rodríguez, M. G. A. (2005). Ela coso moral en el trabjo en los empleados del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. *Investigation en Salud*, 1(VII), 16-23.
- Ferreira, P. L. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte I - adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-63.
- Ferreira, P. L. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte II - testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127.
- Ferreira, T. R. (2004). *Coping, exaustão vital, ansiedade e depressão em pessoas submetidas a revascularização do miocárdio*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade do Porto, Porto.
- Ferreira, T. R. & Ribeiro, J. P. (2000). A saúde de quem trabalha em saúde: Enfermeiros e stresse no trabalho em toxicod dependência. In Ribeiro, J. L., Leal, I. & M.R. Dias. (Eds.) *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2000, pp. 723-737.
- Ferrer, C. F. (2001). Estrés en profesionales de enfermería de nueva incorporación. *Rol Enf*, 24, 177-180.
- Ferrinho, P., Biscaia, A., Fronteira, A., Craveiro, I., Antunes, A. R. & Conceição, C.(2003). Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector. *Human Resources Health*, 7, (1). Obtido em setembro 2007 através:<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/11>.

- Field, T. (1996). *O Bully in sigh: How to predict, resist, challenge and com bat workplace bullying*. Great Britain: Success Unlimited.
- Finch, K., Crawford, R. & Jones, A. (2008). Preventing and managing aggression and violence: Integrated systems and solutions. In I. Needham, M. Kingma, L. Brien-Pallas, K. Mckenna, R. Tucker & N. Oud (Eds.), *Workplace Violence in the Health Sector: Proceedings of the first International Conference on Workplace Violence in the workplace-together, creating a safe work environment* (p. 229). Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamanch, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação daqualidade de vida (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (1), 19-28-
- Fogaça, M.C., Carvalho, W.B., Cítero, V.A. & Nogueira-Martins, L.A. (2008). Factores que tornam stressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 3, 261-266.
- Fornés, J. V. (1994). Respuesta emocional al estrés laboral. *Rol Enf*, 186, 31-39.
- Fornés, J. V. (2001). Mobbing Maltrato Psicológico en el ámbito laboral. *Rol Enfermería*, 24 (11), 756-762.
- Fornés, J. V. (2002). Mobbing: la violencia psicológica como fuente de estrés laboral. *Enfermería Global*, 1, 1-10.
- Fornés, J. V., Ponsell, E. V. & Guasp, E. S. (2001). Ansiedad-estrés en enfermería. *Rol Enf*, 24, 51-56.
- Fornés, J. V., Abascal, M. A. M. & Garcia, G. B. (2008). Análisis factorial del cuestionario de hostigamiento psicológico en el trabajo en profesionales de Enfermería. *Journal of Clinical and Health Psychology*, 1 (8), 267-283.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Flanagan, N. A. (2006). Testing the relationship between job and satisfaction in correctional nurses. *Nursing Research*, 55, 316-327.
- Franco, G. P., Barros, A. L. & Nogueira-Martins, L. A. (2005). Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. *Latino-am Enfermagem*, 13 (2), 139-144.
- Frederico, M. & Leitão, M. A. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Friðfinnsdóttir, E. B. & Aðalbjörn, J. J. (2010). *Los efectos de la recesión económica en las enfermeras y en la enfermería de Islandia*. Ginebra: Centro internacional para los recursos humanos de enfermería.
- Gates, D. M. & Gillespie, G. L. (2008). Secondary traumatic stress in nurses who care for traumatized women. *JOGNN*, 37, 243-249.

- Giorgio, G., Mattiesen, S.B. & Einarsen, S. (2006). *Negative Acts Questionnaire Revised (NAQ-R)*. Paper presented at 5th Conference on Bullying and Harassment in the Workplace, Dublin.
- Gonçalves, O. (1990). *Terapia comportamental: Modelos teóricos e manuais terapêuticos*. Porto: Jornal de Psicologia.
- González de Rivera, J. L. (2005). *Las claves del mobbing*. Madrid: Editorial EOS.
- González de Rivera, J. L. & Rodríguez-Abuin, M. (2003). *Cuestionario de estrategias de acosopsicológico: El LIPT-60*. Obtido em janeiro 2007 através: <http://mobbingopinion.bpweb.net/cgi-bin/artman/exec/search.cgi>.
- Gomes, A. R., Cruz, J. F. & Cabanelas, S (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 3 (25). 307-318.
- Graça, L. (1999). *Qualidade e condições de trabalho*. Obtido em Setembro 2006 através: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos6.html>.
- Graça, L. (2000). *Europa: Uma tradição histórica de protecção social dos trabalhadores. II Parte: O nascimento da medicina do trabalho*. Obtido em setembro 2006 através:<http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos31.html>
- Graça, L. (2004). *Factores de risco psicossocial no trabalho: Assédio moral e outras formas de violência*. Obtido em setembro 2006 através: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos188.html>
- Guedes, M. N. (2003). *Assédio moral e responsabilidade das organizações com os direitos fundamentais dos trabalhadores*. Obtido em setembro 2006 através: http://www.assediomoral.org/site/biblio/MD_01.php
- Guimarães; L. A. & Rimoli, A. O. (2006). *Mobbing (Assédio Psicológico) no trabalho: Uma síndrome psicossocial multidimensional*. Obtido em setembro 2006 através: http://sol.sapo.pt/blogs/xing/archive/2007/02/05/Liliana-Andolpho-Magalh_E300_es-Guimar_E300_es1_3B00_-Adriana-Odalia-Rimoli.aspx.
- Guglielmi, D., Panari, C. & Depolo, M. (2009). Qualitá della vita lavorativa e rischio di mobbing: l'effetto moderadores del clima sociale. *Avances en Psicologia Latinoamericana*, 1 (27), 9-20.
- Haar, J.M. (2010). Bullying in New Zealand: comparing NAQ findings t other international studies. *Seventh International Conference on Workplace Bullying & Harassment. Transforming Research: Evidence and Practice*. Book of Abstracts. (pp.201-216). Cardiff: Glamorgan Business School-University of Glamorgan.
- Haddad, M. L. (2000). *Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem*. Obtido em setembro 2006 através:<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/QUALIDADE.htm>.

- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada dedados* (5 ed.). São Paulo: Bookman.
- Harding, T. (2008). Why don't you just leave? Horizontal violence and the experience of men who are nurses. In I. Needham, M. Kingma, L. Brien-Pallas, K. Mckenna, R. Tucker & N. Oud (Eds.), *Workplace Violence in the Health Sector: Proceedings of the first International Conference on Workplace Violence in the workplace-together, creating a safe work environment* (pp. 90-91). Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.
- Hauge, L. J., Skogstad, A. & Einarsen, S. (2010). The relative impact of workplace bullying as a Social stressor at work. *Scandinavian Journal of Psychology*. DOI: 10.1111/j.1467-450.2010.00813.x. 1-7.
- Harmon, C. (2010). Developing sustainable strategies for assisting assaulted mental Health nurses. In I. Needham, K. Mckenna, M. Kingma & N. Oud (Eds.), *Violence in the Health Sector: Proceedings of the Second International Conference on Workplace Violence in the workplace- From Awareness to Sustainable Action* (pp. 73-77). Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.
- Hayne, A. N., Gerhardt, C. & Davis, J. (2009). Filipino nurses in the United States. Recruitment, retention, occupational stress, and job satisfaction. *Journal of Transcultural Nursing*. Obtido em fevereiro de 2010 através de <http://online.sagepub.com>
- Health and Safety Executive, Department for Business, Innovation and Skills & Advisory, Conciliation and Arbitration Service (2006). Preventing Workplace Harassment and Violence. *Join guidance implementing a European social partner agreement*. Obtido em setembro 2006 através de: <http://www.workplaceharassment.org.uk/>
- Hegney, D., Tuckett, A., Parker, D., & Eley, R. (2010). Workplace violence: differences in perception of nurses working between those exposed and those not exposed-across sector analysis. In I. Needham, K. Mckenna, M. Kingma & N. Oud (Eds.), *Violence in the Health Sector: Proceedings of the Second International Conference on Workplace Violence In the workplace-From Awareness to Sustainable Action* (pp. 62). Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.
- Hendershot, S. (2012). Nurse Bullying in the Workplace: A Toolkit for Nurses. *Clinical Nurse Specialist*, 26 (2), E31-E31.
- Hepburn, C., G., & Enns, J. R. (2011). Social undermining and well-being in community health project groups: the role of communal orientation. *9th International Conference on Occupational Stress and Health*, 02-90138.
- Hespanhol, A. (2005). Burnout e stress ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7, 156-162.
- Hirigoyen, M. F. (1999). *Assédio, coacção e violência no quotidiano*. Lisboa: Pergaminho.

- Hirigoyen, M. F. (2001). *Assédio moral: a violência perversa no cotidiano* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Bertand Brasil.
- Hirigoyen, M. F. (2002). *O assédio no trabalho: Como distinguir a verdade*. Lisboa: Pergaminho. (Tradução do original *Malaise dans le travail-Harcèlement moral: démêler le vrai du faux*).
- Hirigoyen, M. F. (2005). *Harcèlement moral: Le site officiel de Marie-France Hirigoyen*. Obtido em setembro 2006 através: <http://hirigoyen.free.fr/index2.htm>.
- Hoel, H., Cooper, C. L. & Faragher, B. (2001). Workplace Bullying in Great Britain: the impact of occupational status. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10, 443-465.
- Hoel, H., Sheehan, M.J., Cooper, C.L. & Einarsen, S. (2011). Organizational effects of workplace bullying. In: Einarsen, S., Hoel, H., Zapf & Cooper, C.L. (Eds.), *Bullying and Harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (pp. 129-147). New York: Taylor & Francis.
- Hogh, A., Clausen, T. & Borg, V. (2012). Acts of offensive behavior and risk of long-term sickness absence in the Danish elder-care services: a prospective analysis of register-based outcomes. *Proceedings of the 10th Conference European Academy of Occupational Health Psychology*, 172.
- Hogh, A., Mikkelsen, E.G., Hansen, A.M. (2011). *Individual consequences of workplace bullying/mobbing*. In: Einarsen, S., Hoel, H., Zapf & Cooper, C.L. (Eds.), *Bullying and Harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (pp. 107-128). New York: Taylor & Francis.
- Hubert, A. B. & Veldhoven, M. V. (2001). Risk sectors for undesirable behaviour and mobbing. *European Journal of And Organizational Psychology*, 10 (4), 415-424.
- Hutchinson, M., Wilkes, L., Vickers, M. & Jackson, D. (2008). The development and validation of a bullying inventory for the nursing workplace. *Nurse Researcher*, 15 (2), 19-29.
- International Centre for Human Resources in Nursing (2007a). *Entornos positivos para la práctica profesional*. Obtido em outubro de 2008 através de: http://www.ichrn.com/publications/factsheets/PPE_FS-LW_edit_Letterhead-spa.pdf
- International Centre for Human Resources in Nursing (2007b). *Workplace Bullying in the health Sector*. Obtido em outubro de 2008 através de: http://www.ichrn.com/publications/factsheets/FS_bullying_final-eng.pdf
- International Council of Nurses (2006a). *Occupational Health and Safety for Nurses*. Obtido em setembro 2008 através: <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsamat/pshealthsafety00in.pdf>.
- International Council of Nurses (2006b). *Abuse and violence against nursing personnel*. Obtido em setembro 2008 através: <http://www.icn.ch/psviolence00.htm>.

- International Council of Nurses (2007a). *ICN on Occupational Stress and the threat to worker health*. Obtido em setembro 2008 através: http://www.icn.ch/matters_stress.htm
- International Council of Nurses (2007b). *Ambientes favoráveis à prática: Condições de trabalho=cuidados de qualidade, instrumentos de informação e acção*. Genebra: Author (Tradução do original em Inglês Positive practice environments: Quality workplaces=Quality patient care) da Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses (2007c). *Workplace bullying in the health sector*. Consultado em setembro 2008 através: http://www.icn.ch/matters_violence_print.htm.
- International Council of Nurses (2007d). *Violence: A world-wide epidemic*. Obtido em setembro 2008 através: http://www.icn.ch/matters_violence_print.htm.
- International Council of Nurses (2008). Positive practice environments for health care professionals. Obtido em setembro de 2010 através de: http://www.whpa.org/PPE_Fact_Health_Pro.pdf
- International Council of Nurses (2010). *ICN REPORT 2007-2009: Health systems strengthening: working together to achieve more*. Genebra: Autor.
- International Labour Office (2009). *The cost of coercion*. Obtido em fevereiro 2010 através:http://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/98thSession/ReportsubmittedtotheConference/lang-en/docName--WCMS_106230/index.htm.
- International Labour Organization (1998). *Violence on the job: A global problem*. Obtido em setembro 2008 através: <http://www.ilo.org/public/english/bureau/inf/pr/1998/30.htm>.
- International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization & Public Services International (2005). *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. The Training Manual*. Obtido em setembro 2008 através:http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/sew_training_manual_addressing%20workplace_violence_in_the_health_sector.pdf.
- Ito, P. C. M., Gobitta, M. & Guzzo, R. S. L. (2007). Temperamento, neuroticismo e auto-estima: Estudo Preliminar. *Estudos de Psicologia*, 24 (2), 143-153.
- Ivancecich, J. M. & Ganster, D. (1987). *Job stress: From theory to suggestion*. New York: The Haworth Press.
- Jacques, S. M. (2003). *Bioestatística: Princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artmed.
- Jesus, S. N. (2007). *Gestão do stresse*. Obtido em fevereiro de 2007 através <http://w3.ualg.pt/~snjesus/Psicologia%20da%20Saúde-DF/4.Gestão%20do%20stress-formação-PDF.pdf>.

- Jesus, S. N., Santos, J.C.V., Stobäus, C.D., Mosquera, J. J. M. & Esteve, J.M. (2004). Formação em gestão do stresse. *Mal-Estar e Subjectividade*, 4, 358-371.
- Jiménez, B. M., Muñoz, A.R., Gamarra, R.R. & Herrer M. G. (2007). Assessing workplace bullying: Spanish validation of a reduced version of the negative acts questionnaire. *The Spanish Journal of Psychology*, 39 (2), 84-90.
- Joa, T. S. & Morken, T. (2012). Violence towards personnel in out-of-hours primary care: A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30, 55- 60.
- Johansen, M. L. (2012). Performance potential. Keeping the peace: conflict management strategies for nurse managers. *Nursing Management*, 43 (2), 50-54.
- Johnson, S. (2011). An ecological model of workplace bullying: a guide for intervention and research. *Nursing Forum*, 46 (2), 55-63.
- Johnson, S. L., Rae, R. E. (2009). Workplace bullying: concerns for nurse leaders. *Journal Nursing Administration*, 10, (2), 449-457.
- Jonge, J., Spoor, E., Gevers, J. & Hamers, J. (2012). Results of the direct-project: A workplace intervention study to increase job resources and recovery opportunities to improve employee health, well-being, and performance in nursing homes. Proceedings of the 10th Conference European Academy of Occupational Health Psychology, 280-281.
- Judkins, S. & Rind, R. (2005). Hardiness, job satisfaction, and stress among home health nurses. *Home Health Care Management & Practice*, 17, 113-118.
- Júnior, G. G., Filho, H. R., Neto, J., Ferreira, N. & Vieira, S. V. (2007). Absenteísmo-doença entre profissionais de saúde de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. *Brasileira de Epidemiologia*, 10 (3), 401-409.
- Kagee-Adams, F. & Khalil, D.D. (2010). Violence against community health nurses in Cape Town, South Africa. In I. Needham, K. McKenna, M. Kingma & N. Oud (Eds.), *Violence in the Health Sector: Proceedings of the Second International Conference on Workplace Violence in the workplace-From Awareness to Sustainable Action* (pp. 187-188). Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.
- Kamchuchat, C., Chonhsuvivatwong, V., Oncheunjit,S., Yip, T. & Sangthong, R. (2008). Workplace violence directed at nursing staff at a general hospital in southern Thailand. *Journal of Occupational Health*, 50, 201-207.
- Kawano, Y. (2008). Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: effect of departmental environment in acute care hospitals. *Journal Occupational Health*, 50, 79-85.

- Keen, D., Odin, J., Thomas-Olson, L. & Kin, B. (2008). Development of a comprehensive Working alone program for community care. In I. Needham, M. Kingma, L. Brien-Pallas, K. Mckenna, R. Tucker & N. Oud (Eds.), *Workplace Violence in the Health Sector: Proceedings of the first International Conference on Workplace Violence in the workplace-together, creating a safe work environment* (pp. 219-222) Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.
- Kingma, M., Brien-Pallas, L., Mckenna, K., Tucker, R. & Oud, N. (Eds.), *Workplace Violence in the Health Sector: Proceedings of the first International Conference on Workplace Violence in the workplace-together, creating a safe work environment* (pp. 272-273). Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.
- Krumm, D. (2005). *Psicologia do trabalho: Uma introdução à psicologia industrial/organizacional*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos editora, S. A.
- Kurogi, M.S. (2008). Qualidade de vida no trabalho e suas diversas abordagens. *Ciências Gerenciais*, XII (16), 49-62.
- Laschinger, H. K. S. & Grau, A. L. (2012). The influence of personal dispositional factors and organizational resources on workplace violence, burnout, and health outcomes in new graduate nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 282-291.
- Lanza, M., Zeiss, R. A. & Rierdan, J. (2008). The violence prevention community meeting (VPCM): A measure of hope. In I. Needham, M. Kingma, L. Brien-Pallas, K. Mckenna, R. Tucker & N. Oud Eds.), *Workplace Violence in the Health Sector: Proceedings of the first International Conference on Workplace Violence in the workplace-together, creating a safe work environment* (pp. 246-247). Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.
- Lautert, L., Chaves, E. H. & Moura, G. (1999). O Estresse na atividade gerencial do enfermeiro. *Panamericana de Salud Pública*, 6 (6), 415-425. Obtido em setembro 2007 através de: www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-999001100007&script=sci_abstract&tlng=pt - 14k
- Lazar, T.U. & Stergar, E. (2010). Workplace bullying in Slovenia: the size of the problem and the proposal of health promotion programme for tackling it. *Seventh International Conference on Workplace Bullying & Harassment. Transforming Research: Evidence and Practice*. Book of Abstracts (pp.84-85). Cardiff: Glamorgan Business School-University of Glamorgan.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. (2000). Evolution of a model of stress, coping, and discrete emotions. In V. Rice, *Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing, research, theory and practice* (pp. 195-222). London: Sage Publications.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.

- Lazarus, R. & Monat, A. (1985). *Stress and Coping an anthology* (2 ed.). New York: Columbia University Press.
- Lee, J. S.Y. & Akhtar, S. (2007). Job burnout among nurses in Hong Kong: implications for Human resource practices and interventions. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 45, 63-84.
- Lentz, R. A., Costenaro, R.S., Gonçalves, L. & Nassar, S. (2000). O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: Uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. *Latino-Am Enfermagem*, 8 (4), 7-14.
- Lewis, M. (2001). Bullying in nursing. *Nursing Standard*, 15 (45), 39-42.
- Lewis, M. (2006). Nurse bullying: Organizational considerations in the maintenance and perpetration of health care bullying cultures. *Journal of Nursing Management*, 14, 52-58.
- Lewis, Bonner, Campbell, Cooper & Willard (1994). Personality, stress, coping, and sense of coherence among nephrology nurses in dialysis settings. *ANNA Journal*, 21 (6), 325-335.
- Leyman, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victimes*. 5 (2), 165-184.
- Leyman, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 5 (2), 165-184.
- Leyman, H. & Gustafsson, A. (1996). Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 5 (2), 251-275.
- Li, C., Chen, Y. C. & Kuo, H. T. (2008). The relationship between work empowerment and Work stress perceived by nurses at long-term care facilities in Taipei city. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 3050-3058.
- Lindholm, M. (2006). Working conditions, psychosocial resources and work stress in nurses and physicians in chief managers' positions. *Journal of Nursing Management*, 14, 300-309.
- Lino, M. M. (2006). *Qualidade de vida e satisfação profissional de Enfermeiras de unidades de terapia intensiva*. Tese de Doutorado apresentada à Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Liosi, M., Ftouli, N. & Spirou, A. (2008). Violence and pós traumatic stress disorder (PTSD) in nursing staff. In I. Needham, M. Kingma, L. Brien-Pallas, K. Mckenna, R. Tucker & N. Oud (Eds.), *Workplace Violence in the Health Sector: Proceedings of the first International Conference on Workplace Violence in the workplace-together, creating a Safe work environment* (p. 173). Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.
- Loff, A. M. (1994). Organização de serviços de saúde ocupacional a nível do hospital. *Sinais Vitais*, 1, 19-30.

- Loff, A. M. (2003). Avaliação de níveis de stress em enfermagem. *Sinais Vitais*, 46, 13-15.
- López, M. L. (1995). Estrés de los profesionales de enfermería: Sobre qué o quién repercute. *Rol Enf*, 201, 65-68.
- Loureiro, E. M. F. (2006). *Estudo da relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de Medicina*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Minho. Braga.
- Loureiro, E. M. F., McIntyre, T., Cardoso, M. C. & Ferreira, M. A. (2008). Relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de medicina da Faculdade de Medicina do Porto. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 209-214.
- Luna, M. (2003). *Acoso psicológico en el trabajo (mobbing)*. Madrid: Ediciones GPS
- Lutgen-Sandvik, P., Tracy, S.J. & Alberts, J.K. (2007). Burned by bullying in the American workplace: prevalence, perception, degree and impact. *Journal of Management Studies*, 24 (6), 837-862.
- Maluwa, V. M., Andre, J., Ndebele, P. & Chilemba, E. (2012). Moral distress in nursing practice in Malawi. *Nursing Ethics*, 19 (2), 196-207.
- Manetti, M. L. & Marziale, M. H. P. (2007). Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. *Estudos de Psicologia*, 12 (1), 79-85.
- Marshall, J. (1980). Stress amongst nurse. In C. L. Cooper, *White collar professional stress*. Chichester: Jonh Wiley & Sons.
- Massachusetts Nurses Association (2008). *Workplace violence: In the health care or anywhere, violence is not part of the job*. Massachusetts: Author.
- Martín, F. D. (1993). *El estrés:Proceso de generación en el ámbito laboral*. Obtido em janeiro 2007 através: http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_318.htm.
- Martín, F. D. (1994a). *Prevención del estrés: Intervención sobre el individuo*. Obtido em janeiro 2007 através: http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_349.htm
- Martín, F. D. & Nogareda C. C. (1994b). *Prevención del estrés: Intervención sobre la organización*. Obtido em janeiro 2007 através: http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_438.htm.
- Martins, M. C. (2003). Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. *Millenium*, 28, 1-14.
- Martins, T. M. B. O. (2001). *Factores protectores e factores de risco na transição e adaptação à Universidade*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga.
- Martins, M. C. S. F. C. & Bastos, M. L. (2009). O enfermeiro perante o sofrimento do doente em fase final de vida. *Referência*, 10, 226.

- Martins, M.R.I. & Cesarino, C. B. (2005). Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Latino-am Enfermagem*, 13 (5), 670-676.
- Martino, M. M. & Misko, M. D. (2004). Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. *Escola Enfermagem USP*, 38 (2), 161-167.
- Matthiesen, S. B. & Einersen, S. (2004). Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32 (3), 335-356.
- Marziale, M. P. (2001). Enfermeiros apontam inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade de assistência em enfermagem. *Latino-Am Enfermagem*, 9 (3), 1.
- Mauro, M. Y. C., Paz, A. F. P., Mauro, C. C. C., Pinheiro, M. A. S. & Silva, V. G. S. (2010). Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. *Revista de Enfermagem*, 2 (14), 244-252. Obtido em setembro de 2010 através de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=127713099006>
- McCormack, D. (2010). The role of gender in workplace bullying: an exploratory study. *Seventh International Conference on Workplace Bullying & Harassment. Transforming Research: Evidence and Practice*. Book of Abstracts (pp.179-187). Cardiff: Glamorgan Business School-University of Glamorgan.
- McIntyre, T. M. (1994). Stress e os profissionais de Saúde: Os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 2-3, 193-200.
- McIntyre, T. M. (2004). *Developing occupational stress research in a Southern European Country: A case study on portuguese health professionals*. Proceedings of the EAOHP Conference, Maia.
- McIntyre, T. (2006). *Developing Occupational Stress Research in a Southern European developing Occupational Stress Research in a Southern European Country: A Case study On Portuguese Health Professionals*. Paper presented at the 7th Conference of the European Academy of Occupational Health Psychology.
- McIntyre, T. M., McIntyre, S. E. & Silvério, J. (1999a). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3, 513-525.
- McIntyre, T. M., McIntyre, S. E. & Silvério, J. (1999b). *Psychophysiological and psychosocial Indicators of the efficacy of a stress management program for health professionals*. Obtido em fevereiro de 2010 através de: www.bial.com/fotos/gca/1081784446bolsa4198.doc
- McIntyre, T. M., McIntyre, S. E. & Silvério, J. (1999c). *Work stress and job satisfaction in Portuguese health professionals*. Obtido em fevereiro de 2010 através de: www.bial.com/fotos/gca/1081784446bolsa4198.doc

- McIntyre, T. M., McIntyre, S. E. & Silvério, J. (2001). *Estudo aprofundado da satisfação profissional, stress e recursos de coping dos profissionais dos serviços de saúde na região norte-centros de saúde. Abstract*. Porto: Administração Regional de saúde do Norte.
- Mckenna, B. G., Smith, N., Poole, S. & Coverdale, J. (2003). Horizontal violence: experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (1), 90-96.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (6), 633-642.
- Meeberg, G. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32-38.
- Mendes, A. M. & Cruz, R. M. (2004). Trabalho e saúde no contexto organizacional: Vicissitudes teóricas. In A. Tamayo (Ed), *Cultura e Saúde nas Organizações* (pp. 39-55). Porto Alegre: Artmed.
- Messeguer, M. M. P., Soler, M. I. S., Garcia-Isquierdo, M., Saéz, M. C. N. & Sánchez, J. M.(2007). Los factores psicosociales de riesgo en el trabajo como preditores del mobbing.*Psicothema*, 2(19), 225-230.
- Messeguer, M. M. P., Soler, M. I. S., Garcia-Isquierdo, M., Saéz, M. C. N. & Sánchez, J. M.(2008). Workplace mobbing and effects on workers' health. *The Spanish Journal of Psychology*, 1 (11), 219-227.
- Mikkelsen, E. G. & Einarsen, S. (2001). Bullying in Danish work-life: prevalence and health correlates. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10, 393-413.
- Milutinovic, D. & Jevtice, M. (2008). Stress, violence and well being in nursing in Vojvodina. In I. Needham, M. Kingma, L. Brien-Pallas, K. Mckenna, R. Tucker & N. Oud (Eds.), *Workplace Violence in the Health Sector: Proceedings of the first International Conference on Workplace Violence in the workplace-together, creating a safe work environment* (pp. 149-150). Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.
- Milczarek, M., Schneider, E. & González, E. R. (2009). *OSH in figures. Stress at work- facts and figures*. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work. Obtido em fevereiro de 2010 através de: http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work
- Mininel, V. A. (2006). *Promoção da qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem: Responsabilidade gerencial do enfermeiro*. Tese de Doutorado apresentada à Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Mitchell, R. G. (1988). O custo emocional da enfermagem. *Nursing*, 11, 2-6.
- Motamedi, B. (2008). Violence in the workplace, the experience of nurses in Isfahan, Iran. In I. Needham, M. Kingma, L. Brien-Pallas, K. Mckenna, R. Tucker & N. Oud (Eds.), *Workplace Violence in the Health Sector: Proceedings of the first International Conference on*

- Workplace Violence in the workplace-together, creating a safe work environment* (pp. 180-183). Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.
- Monte, P. R., Carretero, N., Roldan, M. D. & Caro, M. (2006). Estudio piloto sobre la prevalencia de la coso psicológico (mobbing) en trabajadores de centros de atención a personas con discapacidad. *Aletheia*, 23, 7-16.
- Moos, R. H. (1982). *Coping with health crises*. In *Handbook of clinical health psychology* (pp. 129-151). New York: Ed. Theodore Millon.
- Moos, R., & Swindle, R. (1990). Stressful life circumstances: Concepts and measures. *Stress Medicine*, 6, 171-178.
- Mrayyan, M.T. (2009). Job stressors and social support behaviors: comparing intensive care Units to wards in Jordan. *Contemporary Nurse*, 31, 163-175.
- Murta, S. G. & Tróccoli, B. T. (2004). Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 39-47.
- Needham, I., Frauenfelder, F., Gianni, C., Dinkel, J. & Hatcher, R. (2010). The psychological impact of aggression on a sample of psychiatric in Germany and Switzerland. In I. Needham, K. Mckenna, M. Kingma & N. Oud (Eds.), *Violence in the Health Sector: Proceedings of the Second International Conference on Workplace Violence in the workplace-From awareness to Sustainable Action* (pp. 107-110). Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.
- Newman, J. H. & Baron, R. A (2011). Social antecedents of bullying: A social interactionist perspective. In Einarsen, S., Hoel, H., Zapf & Cooper, C.L. (Eds.), *Bullying and Harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (pp. 201- 221). New York: Taylor & Francis.
- Niedll, K. (1996). Mobbing and well-being: economic and personnel development implications. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 239-249.
- Nielsen, M.B., Notelaers, G., & Einarsen, S. (2011). *Measuring exposure to workplace bullying*. In: Einarsen, S., Hoel, H., Zapf & Cooper, C.L. (Eds.), *Bullying and Harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (pp. 149-174). New York: Taylor Francis.
- Nogareda C. (1994). *Fisiología del estrés*. Obtido em janeiro 2007 através: http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_355.htm.
- Nolan, P. & Dallender, J. (1999). Violence in mental health care: The experiences of mental health nurses and psychiatrists. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 934-941.
- Notelaers, G., Einarsen, S., Witte, H. & Vermunt, J. K. (2006). Measuring exposure to bullying at work: The validity and advantages of the latent class cluster approach. *Work & Stress*, 20 (4), 288-301.

- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oler, F., Jesus, A., Barboza, D. & Domingos, N. (2005). Qualidade de vida da equipe de enfermagem do centro cirúrgico. *Arquivos Ciências da Saúde*, 12 (2), 102-110.
- Olofsson, B., Bengtsson, C. & Brink, E. (2003). Absence of response: a study of nurses' Experience of stress in the workplace. *Journal of Nursing Management*, 11, 351-358.
- Oliveira, P. R. (2004). *Assédio moral no trabalho*. Obtido em setembro 2006 através: <http://www.psicologia.com.pt>.
- Oliveira, B. R. & Murofuse N. T. (2001). *Acidentes de trabalho e doença ocupacional: Estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. Latino-Am de Enfermagem*, 9 (1), 109-115.
- Ordem dos Enfermeiros (2004). *As condições de trabalho dos enfermeiros Portugueses*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Situação profissional dos jovens Enfermeiros em Portugal*. Lisboa: Autor.
- Organização Mundial Saúde (1998). *Versão em Português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)*. Obtido em setembro 2007 através: www.ufrgs.br/Psiq/whoqol.html
- Ozturk, H., Sokmen, S., Yilmaz, F. & Cilingir, D. (2008). Measuring mobbing experiences of academic nurses: Development of a mobbing scale. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 435-442.
- Padial, O. O. & De La Iglesia, M. M. (2002). El mobbing como enfermedad del trabajo. *Lan Harremanak*, 7, 231-240.
- Palaz, S. (2012). Horizontal bullying against nursing students: A Turkish experience. *Proceedings of the 10th Conference European Academy of Occupational Health Psychology*, 170-171.
- Parikh, P, Taukari, A. & Bhattacharya, T. (2004). Occupational stress and coping among nurses. *Journal of Health Management*, 6 (15), 115-127.
- Palfi, I., Boncz, I., Oláh, A. & Betlehem, J. (2008). Relationship between burnout and Occupational stress among nurses in China. *Journal of advance Nursing*, 59 (3), 233-239. *JAN Forum. Your views and letters*, 720-721.
- Parent-Thirion, A., Macías, E. F., Hurley, J. & Vermeylen G.(2007). *Fourth European Working Conditions Survey. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, Dublin. Obtido em setembro de 2010 através de: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0698.htm>

- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Payne, R. (2002). *Técnicas de relaxamento*. Loures: Lusociência. (Tradução do original em língua inglesa Relaxation Techniques). Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS* (4 ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Pereira, A. M. & Queirós, C. (2010). Burnout e conflito trabalho-família em enfermeiros. *Psicologia Saúde & Doenças*, 11 (S1), p. 22.
- Peres J., Martin, F. & Lopez, A. (1998). *El hostigamiento psicológico en el trabajo: Mobbing*. Obtido em janeiro 2007 através: http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_476.htm.
- Pimenta, G. (2004). *Stresse, qualidade de vida e realização profissional das professoras de enfermagem*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Piñuel y Zabala, I. P. (2001a). *Entrevista a Piñuel y Zabala*. Obtido em janeiro de 2007 através: <http://www.acosomoral.org/pinuel9.htm>.
- Piñuel y Zabala, I. P. (2001b). *Mobbing. Como sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Bilbao: Sal Terrae.
- Piñuel y Zabala, I. P. (2002a). *Lo que opinan los expertos*. Obtido em janeiro 2007 através: <http://www.acosomoral.org/pinuel3.htm>.
- Piñuel y Zabala, I. P., I. & Cantero, A. O. (2004). *Libro blanco: Los riesgos psicosociales en la administración*. Madrid: Sindicato Gestha.
- Piñuel y Zabala, I. P. (2005). *Mobbing: Manual de autoayuda*. Barcelona: Random House Mondari SA.
- Piñuel y Zabala, I. P. (2006). *Neomanagement: Jefes tóxicos y sus víctimas*. Barcelona: Random House Mondari SA.
- Polit, D. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Portugal. Diário da República, I Série, nº 64 (2008). *Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2008-2012* (pp. 1984-1995). Resolução Conselho Ministros nº 59/2008.
- Portugal. Diário da República, I Série, nº 257 (1991). *Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de novembro*.
- Quine, L. (1999). Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey. *British Medical Journal*, 318, 228-232.
- Quine, L. (2001). Workplace bullying in nurses. *Journal of Health Psychology*, 6, 73-84.

- Rafone, A. M., Hennington, E. A. (2005). Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Saúde Pública*, 39 (4), 669-676.
- Ramos, M. (2001). *Desfiar o Desafio: Prevenção do stress no trabalho*. Lisboa: Editora RH.
- Ramos, M. H., Santos, A., Pan, Y., Tan, S. L. & Leong, K. C. (2012). Cross cultural comparison of workplace stress and coping as predictors of burnout among Asian nurses: A three country study. *Proceedings of the 10th Conference European Academy of Occupational Health Psychology*, 123-124.
- Randle, J. (2003). Bullying in the nursing profession. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (4), 395-401.
- Rebelo, G. (2009). *Código do Trabalho*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Redondo, R. (2002). Mobbing, su contexto organizativo-ideológico. *Lan Harremanak*, 7, 267-277.
- Redivo, L.B., Werlang, B.S.G.& Müller, M.C. (2008). Qualidade de vida em mulheres que procuram atendimento ginecológico. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 113-129.
- Reis, R. J., Rocca, P., Silveira, A. M., Bonilla, I. M., Giné, A. N. & Martín, M. (2003). Factores relacionados ao absentismo por doença em profissionais de enfermagem. *Saúde Publica*, 37 (5), 16-23.
- Reyes, M. N. (2002). Los servicios de prevención ante el caso moral en el trabajo: Diagnóstico y prevención. *Lan Harremanak*, II, 219-229.
- Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. (2005a). *O Importante é a Saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde-SF-36*. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Ribeiro, J. L. (2005b, fevereiro). Avaliação em saúde e qualidade de vida. In *Actas do II Congresso Saúde e Qualidade de Vida* (pp. 57-66). Porto: Unidade de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida da Escola Superior de Enfermagem de S. João.
- Ribeiro, J. L. (2005c). *Introdução à Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em Português*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. L. & Ponte, A. C. S. L. C. (2009). Propriedades métricas da versão Portuguesa da escala de suporte social do MOS (MOS Social Support Survey) com idosos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10 (2), 163-174.

- Rodrigues, A. B. & Chaves, E. C. (2008). *Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses. Latino-Am Enfermagem*, 16 (1), 24-28.
- Rogers, B. (1997). *Enfermagem do trabalho: Conceitos e prática*. Loures: Lusociência.
- Ross, R. R. & Altameir, E. M. (1994). *Intervention in occupational stress*. London: Thousand Oaks & New Delhi: Sage Publications.
- Sá, L. (2008). *O assédio moral e o burnout na saúde mental dos enfermeiros*. Tese de Doutoramento apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Sá, L. & Pereira, H. L. (2007). Contributos para o estudo do assédio moral em enfermagem, análise das propriedades psicométricas do negative acts questionnaire. [Suplemento]. *Referência*, 4, p.64.
- Sá, L. & Fleming, M. (2008). Bullying, burnout, and mental health amongst Portuguese nurses *Issues in Mental Health Nursing*, 29 (4), 411-426.
- Salin, D. (2005). Workplace bullying among business professionals: prevalence, gender Differences and the role of organizational politics. *Pistes*, 3 (4), 1-12.
- Sana, M. C. (2007). Os processos de trabalho em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (2), 221-224.
- Santos, C. (1999). *Saúde e qualidade de vida da pessoa portadora de Ostomia de eliminação*. Tese de Mestrado apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade do Porto.
- Santos, C. (2006a). *Doença oncológica: Representação, coping e qualidade de vida*. Coimbra: Formasau.
- Santos, C. (2006b). *Coping no processo de adaptação à saúde/doença. Foco da prática de Enfermagem* (Textos de Apoio). Porto: Autor.
- Santos, A. M. & Castro, J. J. (1998). Stress. *Análise Psicológica*, 4 (XVI), 675-690.
- Santos, R. M., Franco, M. J., Batista, V. L., Santos, P. M. & Duarte, J. C. (2008). Consequências do trabalho por turnos na qualidade de vida dos enfermeiros: Um estudo empírico sobre o Hospital Pêro da Covilhã. *Referência*, 8, 17-31.
- Santos, C., Martins, T., Ferreira, T.R. (2009). Saúde e qualidade de vida: contributos teóricos. In Nucleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida. *Saúde e qualidade de vida: estado da arte*, 15-27.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B. & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.

- Sargeant, J. (2011). Creative a positive workplace culture. *Nursing Management*, 18 (9), 14-19.
- SATSE-Sindicato de Enfermería (2002). *Informe Cisneros III sobre violencia en el entorno laboral. Presentación de los resultados preliminares de la incidencia del mobbing en los profesionales de enfermería españoles*. SATSE - Universidade de Alcalá de Henares, 1-25.
- Sawatzky, J. A. (1996). Stress in critical care nurses: actual and perceived. *Heart Lung*, 25 (5), 409-17.
- Saupe, R., Nietche, E. A., Cestari, M.E., Giorgi, M. D.M. & Krahl, M. (2004). Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. *Latino-am Enfermagem*, 12 (4), 636-642.
- Schaefer, J. A. & Moos, R. H. (1996). Effects off work stressors and work climate on longterm care staff's job morale functioning. *Research in Nursing & Health*, 19, 67-73
- Schipper, H., Clinch, J., & Powell, V. (1990). Definitions and conceptual issues. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life assessments in clinical trials*, 11-25.
- Schmidt, D. R. (2004). *Qualidade de vida no trabalho e qualidade de vida no trabalho de enfermeiras atuantes em unidades de bloco operatório*. Tese de Doutorado apresentada à Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Schmidt, D. R. & Dantas, R. A. S. (2006). Qualidade de vida no trabalho de profissionais, atuantes em unidades do bloco operatório, sob a ótica da satisfação. *Rev Latino-am Enfermagem*, 14 (1), 54-60.
- Sebastião, T. (1998). *Gestão das organizações*. Lisboa: McGrawihll.
- Secco, I. A. O., Robazzi, M. L. C. C. & Souza, F. E. A. (2009). Envelhecimento e cargas de trabalho psíquicas dos trabalhadores de enfermagem de hospital de ensino do estado do Paraná, Brasil. *Referência*, 10, p. 311.
- Seidl, E. & Zannon, C. M. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos Saúde Publica*, 20 (2), 580-588.
- Seki, Y. (2008). Working condition factors associated with time pressure of nurses in Japanese hospitals. *Journal of Occupational Health*, 50, 181-190.
- Serra, A. V. (2002). *O Stress na vida de todos os dias* (2 ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Seyedfatemi, N., Tafreshi, M. & Hagani, H. (2007). *Experienced stressors and coping strategies among Iranian nursing students*. *BMC Nursing*, 6. Obtido em setembro 2008 através: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/6/11>.
- Silva, E. R. (2005). Stresse e estratégias de coping em enfermeiros. *Investigação em Enfermagem*. *Sinais Vitais*, 11, 46-53.

- Silva, J. L. (2005). *Até onde nos conduz o assédio moral?* Obtido em setembro 2006 através: <http://www.psicologia.com.pt>
- Silva, M. C. M. & Gomes, A. R. S. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14 (3), 239-248.
- Silva, M., Queirós, C. & Rodrigues, S. (2009, fevereiro). Ansiedade, Depressão e Burnout em enfermeiras. *IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida*. Porto.
- Simões, C., McIntyre, T. & McIntyre, S. (2009, abril). *A relação entre o conflito trabalho-família, o suporte social e recursos de coping e as respostas de stress das enfermeiras*. Apresentada no Congresso de saúde e Comportamento dos Países de Língua Portuguesa. Braga.
- Silva, A.A., Souza, J.M.P., Borges, F.N.S. & Fischer, F.M. (2010). Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. *Saúde Pública*, 44 (4), 718-725.
- Silveira, M.M., Stumm, E.M.F. & Kirchner, R.M. (2009). Estressores e coping: enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 11 (4), 894-903. Obtido em outubro de 2010 através:<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a15.pdf>
- Schwickerath, J. & Zapf, D., (2011). Inpatient treatment of bullying victims. In Einarsen, S., Hoel, H., Zapf & Cooper, C.L. (Eds.), *Bullying and Harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (pp. 402-403). New York: Taylor & Francis.
- Shirey, M.R. (2004). Social support in the workplace: nurse leader implications. *Nursing Economics*, 22 (6), 313-319.
- Simões, C., McIntyre, T., & McIntyre, S. (2009). The role of Work-Family Conflict, Marital Adjustment, Social Support and Coping, in Nurses' Health Distress. *Psychology & Health*, 24, 1, 364-365.
- Soliva, M. P. (2006a). *Entorno laboral y mobbing*. Obtido em fevereiro de 2007 através: <http://www.acosomoral.org/pdf/Amet06/Paressm15.pdf>.
- Soliva, M. P. (2006b). *Mobbing: Conociendo al grupo acosador desde la antropologia*. Obtido em janeiro 2007 através: <http://www.acosomoral.org/pdf/Conociendo%20al%20grupo%20acosador.PDF>.
- Speedy, S. (2006). Workplace violence: the dark side of organizational life. *Contemporary Nurse*, 21, 239-250.
- Stacciarini, J. M. & Tróccoli, B. (2000). Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: Inventário de estresse em enfermeiros (IEE). *Latino-Am Enfermagem*, 8 (6), 40-49.
- Stacciarini, J. M. & Tróccoli, B. (2001). O Estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Latino-Am de Enfermagem*, 9 (2) 17-25.

- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Loures: Lusociência.
- Stelmaschuk, S. (2010). *Workplace Bullying and Emotional Exhaustion among Registered Nurses and Non-nursing, Unit-based Staff*. A Senior Honors Thesis Presented in Partial Fulfilment of the Requirements for the Degree of Bachelor of Science in Nursing with Distinction. Ohio State University.
- Strongman, K. T. (1998). *A psicologia da emoção* (4 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Sveinsdottir, H., Biering, P. & Ramel, A. (2006). Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43 (7), 875-889.
- Tabachnick, B. G. (1996). *Using multivariate statistics*. New York: Catherine Woods.
- Takati, J., Tsutsumi, A., Fujii, Y., Taniguchi, T., Hirokawa, K., Hibino, Y., Lemmer, R.J., Nashiwa, H., Wang, D. & Ogino, K. (2010). Assessment of workplace bullying and harassment: reliability and validity of the Japanese version of the negative acts questionnaire. *Journal of Occupational Health*, 52, 74-81.
- Talhaferro, B., Barboza, D.B. & Domingos, N.A.M. (2006). Qualidade de vida da equipe de enfermagem da central de materiais e esterilização. *Ciências Médicas*, 15 (6), 495-506.
- Tamayo, A., Lima, D. & Silva, A. V. (2004). Clima organizacional e stresse no trabalho. In A. Tamayo, *Cultura e Saúde nas Organizações* (pp. 77-101). Porto Alegre: Artmed.
- Tambur, M. & Vadi, M. (2009, junho). Bullying at work: Research in Estónia using the negative acts questionnaire Revised (NAQ-R). *Seventh International Conference on Workplace Bullying & Harassment. Transforming Research: Evidence and Practice*. Book of Abstracts (p.140). Cardiff: Glamorgan Business School-University of Glamorgan.
- Tendais, I. Figueiredo, B. & Mota, J. (2007). Actividade física e qualidade de vida na gravidez. *Análise Psicológica*, 3, 489-501.
- Trucco B. M., Valenzuela, P. & Trucco, D. (1999). Estrés ocupacional en personal de salud. *Médica do Chile*, 127, 1453-1461.
- Tsuno, K., Kawakami, N., Inoue, A. & Abe, K. (2010). Measuring Workplace Bullying: Reliability and validity of the Japanese version of the negative acts questionnaire. *Journal of Occupational Health*, 52 (4), 216-26. Walton, R. E. (1973). Quality of working life: what is it? *Slow Management Review*, 15 (1), 11-21.
- Turesson, H., Eklund, M. & Wann-Hansson, C. P. (2012). Stress of conscience among psychiatric nursing staff in relation to environmental and individual factors. *Nursing Ethics*, 19 (2), 208-219.

- Werle, J. D. M., Loro, M. M., Rosanelli, C. L. S. P., Stumm, E. M. F., Leite, M. T. & Hildebrandt, L. M. (2010). Saúde e qualidade de vida no ambiente de trabalho: Revisão sistemática. *Rev enferm UFPE*, 4 (2), 369-377.
- Wilkes, L. & Beale, B. (2001). Palliative care at home: Stress for nurses in urban and rural New South Wales, Australia. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 306-313.
- Wiskou, C. (2008). Guidelines on workplace violence in the health sector anno 2008. In I. Needham, M. Kingma, L. Brien-Pallas, K. Mckenna, R. Tucker & N. Oud (Eds.), *Workplace Violence in the Health Sector: Proceedings of the first International Conference on Workplace Violence in the workplace-together, creating a safe work environment* (p. 49). Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.
- Wiskou, C. (2003). *Guidelines on workplace violence in the health sector: Comparison of major national guidelines and strategies-United Kingdom, Australia, Sweden, USA (OSHA and California)*. Geneva: International Labour Office (ILO), International Council of Nurses (ICN), World Health Organization (OMS) & Public Services International (PSI).
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23, 24-56.
- WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46, 1569-1585.
- Wood, G. L. & Haber, J. (2001). *Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização* (4 ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabar Koogan S A.
- Wong, C. A. & Laschinger, H. (2012). Authentic leadership, performance and job satisfaction: The mediating role of empowerment. *Proceedings of the 10th Conference European Academy of Occupational Health Psychology*, 240-241.
- Workplace Bullying Institute. *U.S. Workplace Bullying Survey September, 2007*. Obtido em fevereiro de 2009 através: <http://www.workplacebullying.org/docs/WBISurvey2007.pdf>
- World Health Organization (2004a). *Preventing violence: A guide to implementing the recommendations of the World report n violence and health*. Genève: Author.
- World Health Organization (2004b). *Workplace violence in the health sector: Country casestudies research instruments-Research protocol-Sample design*. Geneva: International Labour Office (ILO), International Council of Nurses (ICN), World Health Organization (OMS) & Public Services International (PSI).
- World Health Organization (2010). *Healthy workplaces a model for action: For employers,workers, policy-makers and practitioners*. Obtido em fevereiro de 2010 através de: http://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_model.pdf

- Wu, S., Zhu, W., Wang, Z., Wang, M. & Lan, Y. (2008). Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *Journal of Advance Nursing*, 59 (3), 233-239.
- Uva, A. S. (2006). Avaliação e gestão do risco em saúde ocupacional: algumas vulnerabilidades. *Portuguesa de Saúde Publica*, 6, 5-12.
- Uva, A. S. & Faria, M. (1992). *Riscos ocupacionais em hospitais e outros estabelecimentos de saúde*. Lisboa: Federação Nacional dos Médicos e Sindicato Independente dos Médicos
- Vázquez, M. I. (2001). *Técnicas de Relajación y Respiración*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Vartia, M. (2001). Consequences of workplace bullying with respect to the well-being of its targets and the observers of bullying. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27, (1), 63-69.
- Vartia, M. & Leka, S. (2011). Interventions for the prevention management of bullying at work. In: Einarsen, S., Hoel, H., Zapf & Cooper, C.L. (Eds.), *Bullying and Harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (pp. 359-377). New York: Taylor & Francis.
- Vasconcelos, A. F. (2001). Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. *Caderno Pesquisas Administração*, 8 (1), 23-35.
- Veiga, K. C., Cruz, E. A., Paiva, M. S., Teles, M. J. & Ramos, C. M. (2007). Trabalho noturno do(a) enfermeira(o): um estudo estrutural das representações sociais de graduandas (os) de enfermagem. *Referência*, 4, 126.
- Velez, C. P. G. (2003). Gestão do stresse nos profissionais de saúde. *Nursing*, 179,10-13.
- Verdasca, A. T. (2008). *Portuguese validation of the negative acts questionnaire revised (NAQ-R)*. Lisboa: SOCIUS- Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações.
- Verdasca, A. T. (2010). Workplace bullying and organizational politics. *Seventh International Conference on Workplace Bullying & Harassment. Transforming Research: Evidence and Practice*. Book of Abstracts (p.61). Cardiff: Glamorgan Business School-University of Glamorgan.
- Voroney, J. (2005). Workplace bullying: a cultural perspective. *Culture of Peace Online Journal*, 1 (1), 21-20.
- Yildirim, D., Yildirim, A. & Timucin, A. (2007). Mobbing behaviors encountered by nurse teaching staff. *Nursing Ethics*, 14 (4), 447-463.
- Yung, P.M.B., Fung, M.Y., Chan, T.M.F. & Lau, B.W.K. (2004). Relaxation training methods for nurse managers in Hong Kong: a controlled study. *Journal of Mental Health Nursing*, 13, 255-261.

- Zaft, D. Einersen, S., Hoel, H., & Vartia, M.. (2003). Empirical findings on bullying in the workplace. In S. Einersen, H. Hoel, D. Zaft & C. L. Cooper, (Eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice* (pp. 111-126). London: Taylor and Francis.
- Zapf, J. & Gross, C. (2001). Conflict escalation and coping with workplace bullying: A replication and extension. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10 (4), 497-522.
- Zapf, D., Escartín, J., Einersen, S., Hoel, H., & Vartia, M. (2011). *Empirical findings on Prevalence and risk groups of bullying in the workplace*. In: Einersen, S., Hoel, H., Zapf & Cooper, C.L. (Eds.), *Bullying and Harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (pp. 75-105). New York: Taylor & Francis.

VI^a Parte

Anexos

Anexo I
Questionário sócio-demográfico

Caracterização Sócio-Demográfica

Assinale com uma cruz (X) a resposta que for adequada (ou complete-a, se for caso disso), em relação aos seguintes elementos de caracterização:

1 - Sexo

F.....

M.....

2 - Idade_____

3 - Estado Civil_____

4 - Tem filhos: Sim.... Não.....

4.1 - Idades dos filhos:

1º Filho_____ ; 2º Filho_____ ; 3º Filho_____ ; 4º Filho_____ ; _____

5 - Local de residência habitual:

Porto.....

Matosinhos.....

Vila Nova de Gaia.....

Gondomar.....

Maia.....

Vila do Conde.....

Espinho.....

Vila da Feira.....

Trofa.....

Santo Tirso.....

Outro.....

Qual? _____

6 - Local de residência durante o curso/em período de aulas:

O mesmo da residência habitual....

Outro.... Qual? _____

7 - Tempo de Serviço:

Na profissão (em anos): _____

Na Instituição (em anos): _____

No serviço Actual (em anos): _____

8 - Categoria Profissional: Enfermeiro.....

Enfermeiro Graduado.....

9 - Natureza do Vínculo à Instituição:

Do quadro do pessoal.....

Contrato Administrativo de Provimento.....

Contrato a Termo Certo.....

Outro..... Qual? _____

10 - Actualmente desempenha a sua actividade profissional a nível (pode assinalar mais do que uma opção)

- Hospitalar..... Cuidados de Saúde Primários.....
Clínica Particular Outra..... Qual? _____
Auxiliar Pedagógico...

11 - Exercendo a sua actividade em situação de pluriemprego, quantas horas trabalha em média por semana? _____ (total de horas/semana)

12 - Experiência Profissional a nível:

- Hospitalar..... Cuidados de Saúde Primários.....
Clínica Particular Outra..... Qual? _____
Auxiliar Pedagógico....

13 - Tem funções de chefe/responsável de serviço? Sim.... Não....

14 - Já pediu (ou pensou em pedir) transferência do serviço onde trabalha actualmente?

(Faça um circulo (O) à volta do número, entre 1 e 5, que melhor se aplica ao seu caso)

1	Nunca	2	Algumas vezes	3	Bastantes vezes	4	Muitas vezes	5	Sempre
---	-------	---	---------------	---	-----------------	---	--------------	---	--------

15 - Actualmente, está a frequentar o CPLE, na ESEP de:

- Enfermagem Comunitária.....
Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria.....
Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia....
Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria.....
Enfermagem de Reabilitação.....

16 - Tem Estatuto de Trabalhador Estudante? Sim.... Não....

16.1 - Usufriui dos seus direitos de Trabalhador Estudante? Sim.... Não....

Para cada questão assinale com uma cruz (X) o seu grau de satisfação:

17 - Com o curso em geral:

Nada satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
-----------------	------------------	------------	------------------

18 - Com os colegas de curso em geral:

Nada satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
-----------------	------------------	------------	------------------

19 - Com os professores de curso em geral:

Nada satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
-----------------	------------------	------------	------------------

20 - Com a Escola em geral:

Nada satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
-----------------	------------------	------------	------------------

Anexo II
Questionário de avaliação da qualidade de vida

Questionário de Estado de Saúde MOS-SF-36

Pretendemos saber a sua percepção sobre aspectos relacionados com a sua saúde e de que forma esta interfere com a sua qualidade de vida em geral.

Para as perguntas 1 e 2 por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, como diria que a sua saúde é:				
Óptima 1	Muita boa 2	Boa 3	Razoável 4	Fraca 5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve, o seu estado geral actual:				
Muito melhor 1	Com algumas melhoras 2	Aproximadamente igual 3	Um pouco pior 4	Muito pior 5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia a dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

Por favor assinale com um círculo um número em cada linha

	Sim muito limitado	Sim um pouco limitado	Não nada limitado
A. <u>Actividades violentas</u> , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	1	2	3
B. <u>Actividades moderadas</u> , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
C. Levantar ou carregar as compras da mercearia	1	2	3
D. Subir <u>vários</u> lanços de escada	1	2	3
E. Subir <u>um</u> lanço de escada	1	2	3
F. Inclinar-se, ajoelhar-se ou abaixar-se	1	2	3
G. Andar <u>mais de 1 Km</u>	1	2	3
H. Andar <u>vários</u> quarteirões	1	2	3
I. Andar <u>um</u> quarteirão	1	2	3
J. Tomar banho ou vestir-me sozinho/a	1	2	3

Por favor em cada linha coloque um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim ou à volta do número 2 se a sua resposta for não

	Sim	Não
4. Durante as <u>últimas quatro semanas</u> teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir <u>como consequência do seu estado de saúde física</u> ?		
A. Diminuiu o <u>tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades</u>	1	2
B. Fez <u>menos</u> do que queria	1	2
C. Sentiu-se limitado no <u>tipo</u> de trabalho ou outras actividades	1	2
D. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2

	Sim	Não
5. Durante as <u>últimas quatro semanas</u> , teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer <u>problemas emocionais</u> (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?		
<i>Por favor em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim ou à volta do número 2 se a sua resposta for não</i>		
A. Diminuiu o <u>tempo gasto</u> a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
B. Fez <u>menos</u> do que queria	1	2
C. Não executou o seu trabalho ou outras actividades <u>tão cuidadosamente</u> como costume	1	2

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8 por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as <u>últimas quatro semanas</u> , em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?	Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
	1	2	3	4	5

7. Durante as <u>últimas 4 semanas</u> teve dores?	Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito Fortes
	1	2	3	4	5	6

8. Durante as <u>últimas quatro semanas</u> , de que forma é que <u>a dor</u> interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?	Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
	1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe ocorreram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo nas últimas 4 semanas	sempre	a maior parte do tempo	bastante tempo	algum tempo	pouco tempo	nunca
	A. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
B. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
C. Se sentiu tão deprimido/a, que nada o/a animava	1	2	3	4	5	6
D. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
E. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F. Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
G. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
H. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
I. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

Por favor assinale um número em cada linha

	Totalmente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Totalmente falso
A. Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
B. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5
C. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D. A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5

2

Anexo III

Folha de rosto do Inventário de Respostas e Recursos Pessoais

Inventário de Respostas e Recursos Pessoais (BPS),

Traduzido por Teresa Mendonça McIntyre, Ph.D.,

Scott Elmes McIntyre, Ph.D., Jorge Silvério, M.A.

(Versão Experimental, 1995)

Instruções:

Este questionário tem várias afirmações. Se a afirmação for verdadeira ou verdadeira na sua maior parte, marque um V (verdadeiro), na sua folha de respostas. Se a afirmação for falsa ou falsa na sua maior parte, marque um F(falso). Tente responder a todos os itens.

Copyright, Automated Assessment, 1995

Anexo IV
Negative Acts Questionnaire - Revised

NAQ-R (Einarsen & Raknes, 1997)

Adaptado por (Araújo, McIntyre & McIntyre, 2004)

Os seguintes comportamentos são geralmente vistos como actos negativos no local de trabalho. Nos últimos 6 meses, com que frequência foi sujeito a estes tipos de actos negativos no trabalho?

Assinale com um círculo o número que melhor corresponde à sua experiência nos últimos 6 meses?

	1 Nunca	2 De vez em Quando	3 Mensalmente	4 Semanalmente	5 Diariamente
1) Alguém esconde informação que afecta o seu desempenho					1 2 3 4 5
2) Ser humilhado ou ridicularizado em relação ao seu trabalho					1 2 3 4 5
3) Ser obrigado a desempenhar funções abaixo do nível das suas competências					1 2 3 4 5
4) Retirarem ou substituírem responsabilidades chave da sua função por outras pouco importantes e/ou desagradáveis					1 2 3 4 5
5) Espalharem rumores/boatos acerca de si					1 2 3 4 5
6) Ser ignorado, excluído ou marginalizado					1 2 3 4 5
7) Ser insultado ou fazerem comentários ofensivos acerca da sua pessoa (hábitos e origens), atitudes ou vida privada.					1 2 3 4 5
8) Berrarem-lhe ou ser alvo de explosões de raiva					1 2 3 4 5
9) Comportamento de intimidação (apontarem-lhe o dedo, invasão do seu espaço pessoal, empurrões, bloquearem/barrarem-lhe o caminho)					1 2 3 4 5
10) Insinuações ou sinais de que deveria deixar o emprego					1 2 3 4 5
11) Ser constantemente lembrado dos seus erros ou enganos					1 2 3 4 5
12) Ser ignorado ou enfrentar reacções hostis quando se aproxima de alguém					1 2 3 4 5
13) Críticas constantes sobre o seu trabalho e esforço					1 2 3 4 5
14) As suas opiniões ou pontos de vista são ignoradas					1 2 3 4 5
15) Ser alvo de "partidas" por parte de pessoas com quem não se dá bem					1 2 3 4 5
16) Serem-lhe atribuídas tarefas com objectivos ou prazos irrealistas ou impossíveis					1 2 3 4 5
17) Serem feitas acusações contra si					1 2 3 4 5
18) Vigilância/controlo excessivo do seu trabalho					1 2 3 4 5
19) Ser pressionado a não reclamar aquilo a que tem direito (e.g. baixa médica, feriados, despesas de deslocação)					1 2 3 4 5
20) Ser objecto de gozo e sarcasmo (ironia) excessivos					1 2 3 4 5
21) Ser exposto a uma quantidade de trabalho excessiva e impossível de realizar					1 2 3 4 5
22) Ameaças de violência ou mesmo sofrer de abuso físico					1 2 3 4 5

23. Tem sido vítima de **"bullying"** no trabalho? Definimos **"bullying"** como uma situação em que um ou mais indivíduos se sentem, de forma persistente e ao longo de um determinado período de tempo, alvos de actos negativos da parte de uma ou mais pessoas, numa situação em que o alvo do **"bullying"** tem dificuldade de se defender destes actos negativos contra si. **Não** nos referimos a um acto isolado como **"bullying"**.

Usando a definição acima descrita, por favor indique se tem sido alvo de **"bullying"** nos últimos 6 meses no seu trabalho?

- Não
- Sim, mas só raramente
- Sim, de vez em quando
- Sim, várias vezes por semana
- Sim, quase todos os dias

Anexo V
Folha de Registro
Pulso e Grau de Relaxamento
Segunda e Terceira Sessão

Estudo de Investigação

“Qualidade de Vida relacionada com o trabalho: Stresse e Violência Psicológica nos Enfermeiros”

2ª SESSÃO

GRUPO MUSCULAR	GRAU DE RELAXAMENTO ALCANÇADO (0 Mn-10 Mx)	
	1ª SESSÃO	OBSERVAÇÕES
BRAÇO DOMINANTE		
BRAÇO NÃO DOMINANTE		
FACE		
PESCOÇO		
PEITO, OMBROS, PARTE SUPERIOR DAS COSTAS E ABDOMÉM		
PERNA DOMINANTE		
PERNA NÃO DOMINANTE		

Monitorização do Pulso (Início): _____

CÓDIGO DE PARTICIPANTE: _____

Monitorização do Pulso (Fim): _____

Estudo de Investigação

"Qualidade de Vida relacionada com o trabalho: Stresse e Violência Psicológica nos Enfermeiros"

3ª SESSÃO

GRUPO MUSCULAR	GRAU DE RELAXAMENTO ALCANÇADO (0 Mn-10 Mx)				
	2ª SESSÃO	PRÁTICA DIÁRIA		Quantos vezes executou a técnica?	OBSERVAÇÕES
		Sim (X)	Não(X)		
BRAÇO DOMINANTE					
BRAÇO NÃO DOMINANTE					
FACE					
PESCOÇO					
PEITO, OMBROS, PARTE SUPERIOR DAS COSTAS E ABDOMÉM					
PERNA DOMINANTE					
PERNA NÃO DOMINANTE					

Monitorização do Pulso (Início): _____

CÓDIGO DE PARTICIPANTE: _____

Monitorização do Pulso (Fim): _____

Anexo VI

Autorização da Instituição para a realização do estudo

Pasta Actual: **Entrada**

Desligar

[Escrever](#) [Endereços](#) [Pastas](#) [Opções](#) [Procurar](#) [Ajuda](#)

[SquirrelMail](#)

[Lista de](#)

[Mensagens](#) | [Apagar](#)

[Anterior](#) | [Próxima](#) | [Encaminhar](#) | [Encaminhar como anexo](#) | [Responder](#) | [Responder a todos](#)

Assunto: Trabalho de Doutoramento

De: "Secretariado" <secretariado@esenf.pt>

Data: Qui, Fevereiro 28, 2008 4:42 pm

Para: elizabeteborges@esenf.pt

Prioridade: Normal

Recibo de pedido [[Enviar recibo de leitura](#)]

Leitura:

Opções: [Ver cabeçalho completo](#) | [Ver Versão para Impressão](#) | [Descarregar como ficheiro](#)

Cara Prof.ª Elizabete,

Em referência ao seu pedido para a realização de seu trabalho de Doutoramento, intitulado "Qualidade de Vida: Stresse e Violência Psicológica nos Enfermeiros/Alunos do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem da ESEP", informa-se que o mesmo foi autorizado por despacho do PCD de 25/02/2008.

Com os melhores cumprimentos.

Otilia Barbosa
Secretariado da ESEP

