

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSIQUIATRIA CULTURAL

HELDER FILIPE OLIVEIRA DE ALMEIDA

*Comunicação, Stresse e Estratégias de
adaptação nos Enfermeiros do Instituto
Português de Oncologia de Coimbra de
Francisco Gentil, EPE*

*Estudo de Investigação realizado no âmbito do I Mestrado em Psiquiatria Cultural da
Faculdade de Medicina de Coimbra, sob orientação do Senhor Professor Doutor José
Carlos Santos e co – orientação do Senhor Professor Doutor Carlos Braz Saraiva*

*COIMBRA
DEZEMBRO 2009*

Os homens perdem a saúde para juntar dinheiro, e depois perdem o dinheiro para a recuperar. Por pensarem ansiosamente no futuro, esquecem o presente, de tal forma que acabam por nem viver no presente nem no futuro.

Vivem como se nunca fossem morrer e morrem como se não tivessem vivido...

Confúcio

Agradecimentos

Ao Senhor Professor Doutor José Carlos Santos e ao Senhor Professor Doutor Carlos Braz Saraiva por todo o apoio e disponibilidade que sempre demonstraram.

Aos Senhores Enfermeiros do IPOC-FG, EPE pela colaboração no preenchimento dos questionários, sem eles este trabalho não seria possível realizar.

Aos meus pais que sempre me apoiaram nos momentos mais difíceis.

A todas as outras pessoas que das mais variadas formas me ajudaram a concretizar este estudo.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

IPOC-FG, EPE – Instituto Português de Oncologia de Coimbra de Francisco Gentil

IRP – Inventário de resolução de problemas

MBI – *Maslach Burnout Inventory*

QVS – Questionário da vulnerabilidade ao stresse

SSQ – *Social Support Questionary*, Questionário de apoio social

ECEtotal – Comportamento comunicacional assertivo total

ECEA – Comportamento comunicacional assertivo com os utentes

ECEB – Comportamento comunicacional assertivo com a equipa multidisciplinar

SUMÁRIO

Pág.

INTRODUÇÃO	11
------------------	----

CAPÍTULO I ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. DOENTE ONCOLÓGICO	13
2. COMPORTAMENTO COMUNICACIONAL ASSERTIVO	15
3. RELAÇÃO INTERPESSOAL/EQUIPA	19
4. STRESSE	21
4.1. DESGASTE EMOCIONAL	23
4.2. VULNERABILIDADE AO STRESSE	24
4.3. SOBRECARGA DE TRABALHO	25
4.3.1. Duplo Emprego	26
4.4. TRABALHO POR TURNOS	26
5. SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	29
6. ESTRATÉGIAS DE ADAPTAÇÃO AO STRESSE E REDE DE APOIO SOCIAL	35

CAPÍTULO II METODOLOGIA

1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	39
2. OBJECTIVOS	39
3. TIPO DE ESTUDO	40
4. HIPÓTESES	40
5. VARIÁVEIS	41
5.1. VARIÁVEIS DEPENDENTES	41
5.2. VARIÁVEIS INDEPENDENTES	41
6. POPULAÇÃO	41
7. ANÁLISE ESTATÍSTICA	41
8. TRATAMENTO DOS DADOS	42

9. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	42
10. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	45

CAPÍTULO III
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1. RELAÇÃO COM AS CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS.	46
2. RELAÇÃO ENTRE AS ESCALAS UTILIZADAS	52
3. HIPÓTESES EM ESTUDO	60
4. DISCUSSÃO	63
5. CONCLUSÕES	72

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário

Anexo 2 – Pedido de autorização à instituição para realização do estudo

Anexo 3 – Autorização do estudo pela instituição

Anexo 4 – Pedidos de autorização para a utilização das escalas

Anexo 5 – Autorização para utilização das escalas

ÍNDICE DE TABELAS

Pág.

Tabela 1 Características demográficas e profissionais da amostra	46
Tabela 2 Relação entre género e escala de <i>burnout</i> e as suas dimensões	47
Tabela 3 Relação entre as escalas utilizadas no estudo e a variável característica do serviço	48
Tabela 4 Relação entre estado civil, <i>burnout</i> e estratégias de adaptação ao stresse	48
Tabela 5 Relação entre regime de trabalho e comportamento comunicacional assertivo.....	49
Tabela 6 Relação entre vínculo e apoio social percebido	49
Tabela 7 Relação entre duplo emprego e comportamento comunicacional assertivo com utentes e equipa multidisciplinar e dimensão controlo interno/externo do problema do IRP.....	50
Tabela 8 Correlação entre experiência profissional e várias dimensões das escalas utilizadas no estudo, nomeadamente o inventário de resolução de problemas, escala da vulnerabilidade ao stresse e escala de apoio social percebido.....	51
Tabela 9 Caracterização da escala do comportamento comunicacional assertivo	52
Tabela 10 Correlação entre as sub-escalas do comportamento assertivo e o total.....	53
Tabela 11 Caracterização da escala de <i>burnout</i> (MBI) e as suas dimensões	54

Tabela 12 Correlação entre as escalas do comportamento comunicacional assertivo e as dimensões da escala do <i>burnout</i> (MBI)	54
Tabela 13 Caracterização da escala da vulnerabilidade ao stresse (QVS) e as suas dimensões	55
Tabela 14 Correlação entre a escala do comportamento comunicacional assertivo e as dimensões da escala da vulnerabilidade ao stresse (QVS)	55
Tabela 15 Correlação entre a escala da vulnerabilidade ao stresse (QVS) e as restantes escalas em estudo	56
Tabela 16 Caracterização do Inventário de resolução de problemas (IRP) e as suas dimensões	56
Tabela 17 Correlação entre o Inventário de resolução de problemas (IRP) e as restantes escalas em estudo	57
Tabela 18 Correlação entre a escala do comportamento comunicacional assertivo e dimensões do inventário de resolução de problemas (IRP).....	57
Tabela 19 Caracterização da escala do apoio social percebido (SSQ)	57
Tabela 20 Correlação entre a escala de <i>burnout</i> e apoio social percebido	58
Tabela 21 Quadro geral das correlações entre as escalas utilizadas no estudo	59
Tabela 22 Relação entre <i>burnout</i> e regime de trabalho.....	62

RESUMO

Este trabalho surgiu da interrogação sobre a influência do comportamento comunicacional assertivo no cuidar. Pretendeu-se ainda estudar a interferência da vulnerabilidade ao stresse, as estratégias de adaptação e o apoio social percebido na adopção do comportamento comunicacional assertivo com os doentes e equipa multidisciplinar. O estudo do *burnout* também foi tido em conta devido ao interesse que este pode ter no comportamento adoptado pelo enfermeiro.

O estudo é descritivo-correlacional e tem como objectivo caracterizar o comportamento comunicacional assertivo dos enfermeiros nas relações interpessoais/equipa, identificar situações de *burnout*; analisar as estratégias de adaptação ao stresse e relacionar as variáveis sócio-demográficas e profissionais com as características estudadas.

A amostra é composta por 129 enfermeiros do IPOC-FG, EPE, que trabalham nos internamentos e ambulatório. Foi realizado previamente uma revisão bibliográfica pertinente para esta temática, de modo a contextualizar o estudo.

Verificaram-se os seguintes resultados:

- ❖ baixa vulnerabilidade ao stresse com uma média de 1,56 [0-4];
- ❖ *burnout* médio de 2,76 [0-6];
- ❖ estratégias de adaptação ao stresse na ordem dos 3,86 de média [1-5];
- ❖ comportamento comunicacional assertivo com elevada frequência 4,97 [1-6] de média;
- ❖ grande satisfação com o apoio social percebido com uma média de 5,17 [1-6].

O estudo do comportamento comunicacional assertivo foi preponderante nesta investigação. Os enfermeiros apresentam comportamento comunicacional assertivo com elevada frequência. Este é adoptado com mais frequência com os doentes do que no seio da equipa multidisciplinar, daí a assertividade ser essencial para o bom ambiente de trabalho e nas relações interpessoais.

O estudo mostra que há um valor alto de realização pessoal, baixo de despersonalização e médio de exaustão emocional. Entenda-se a despersonalização

como um distanciamento face a relação, de modo a evitar um envolvimento nos problemas dos outros não afectando assim a vida pessoal do enfermeiro. Encontrámos nos homens mais despersonalização que nas mulheres, o que sugere um afastamento nas ligações, não se envolvendo demasiado como forma de não levar os problemas do hospital para casa.

Um dado novo prende-se com a adopção de comportamento comunicacional assertivo e o facto de se ter um duplo emprego. Os enfermeiros que referem ter um duplo emprego apresentam com menos frequência comportamento comunicacional assertivo.

O facto de trabalhar por turnos mostrou também o seu interesse no presente estudo, uma vez que se verificou que quem faz turnos adopta com menos frequência comportamento comunicacional assertivo do que quem tem horário fixo.

Quanto à vulnerabilidade ao stresse o estudo sugere que os enfermeiros mais novos são mais propensos, podendo estar relacionado com o facto da pouca autonomia, das expectativas, do vínculo precário e dificuldades na prestação de cuidados.

Encontraram-se ainda relações entre género, estado civil e experiência profissional com as outras variáveis em estudo, sendo importantes para as conclusões desta investigação.

ABSTRACT

This study emerged from the question about the influence about assertive communication behaviour in care. Still intended to study the interference of vulnerability to stress, the coping strategies and perceived social support in the adoptions of assertive behaviour communication with patients and multidisciplinary team. The study of burnout was also taken in account duo to concern that this may have on the conduct of the nurse.

The study is descriptive and correlational and aims to characterize the behaviour of nurses assertive communication in interpersonal / team, to identify situations of burnout, to analyse the strategies of adaptation to stress and to relate the socio-demographic and professional characteristics studied.

The sample consisted in 129 nurses from IPOC-FG, EPE, working in hospital and clinic. It was previously performed a literature review relevant to this issue in order to contextualize the study.

Here are the results that emerged from the study:

- ❖ Low vulnerability to stress with an average of 1.56 [0-4];
- ❖ Burnout average of 2.76 [0-6];
- ❖ Strategies for adaptation to stress in the order of 3.86 of average [1-5];
- ❖ Assertive communication behaviour at high frequency 4.97 [1-6] medium;
- ❖ Great satisfaction with the perceived social support with an average of 5.17 [1-6].

The study of assertive communication behaviour was prevalent in this investigation. The nurses demonstrate assertive communication behaviour at high frequency. This is adopted more frequently to patients than within the multidisciplinary team, then assertiveness is essential for and adequate work environment and interpersonal relationships.

The study shows that there is a high value of personal accomplishment, low depersonalization and average emotional exhaustion. It is important to observe depersonalizations as a distancing from the relationship, avoiding involvement in the

problems of others thereby are not affecting the personal lives of nurses. We found more depersonalization in men than in women, suggesting a withdraw in attachment, not involving too much as a way to not taking the problems from the hospital to home.

A new data relates the adoption of assertive communication behaviour and the fact of having a double employment. The nurses who reported having a double employment often demonstrates less rates of assertive communication behaviour. The fact of working by shifts has also interest in this study, because anyone who works by shifts, demonstrated more often less assertive communication behaviour than those with fixed schedule.

The vulnerability to stress in the study suggests that younger nurses are more likely to trend, and that may be related with a limited autonomy, expectations, precarious bond and difficulties in providing care.

The study also revealed relations between gender, marital status and professional experience with the other variables present in this study, and they become important for these findings.

INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma profissão que evoluiu muito no último século. Foram criadas bases científicas para os seus actos, muitas vezes realizados, até então, empiricamente, ou apoiados noutras disciplinas. Verificou-se ainda uma forte tendência para a sua autonomização através de conhecimentos próprios, promovendo actividades autónomas dentro de uma equipa multidisciplinar.

A enfermagem centra-se no *Cuidar*. O cuidar engloba todas as actividades essenciais de forma a prevenir a doença, promover e restabelecer a saúde. No entanto, o que é visível aos olhos de todos é o alívio dos sintomas físicos, mas cuidar é muito mais do que isto.

A relação de ajuda e a comunicação interpessoal são a base de todo um processo de cuidados de saúde. A pouca visibilidade destes secundariza-os, mas no fundo, são os mais importantes.

Hesbeen (2000) referindo-se aos cuidados de enfermagem diz que não são espectaculares, não são observáveis e mensuráveis, ou são-no tão pouco que não gozam da aura que rodeia os cientistas e os técnicos, cuja actividade é identificável e observável, o que lhes dá prestígio, daí a necessidade de identificar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A afirmação da profissão passa indiscutivelmente pelo reforço destas actividades e por torná-las visíveis aos olhos de todos.

O cuidar implica proximidade, estar próximo de quem precisa de uma palavra ou fazer um desabafo e de quem muitas vezes sofre em silêncio.

O cancro é a doença crónica que mais meios envolve e mais investigação proporciona, em busca de causas e da cura. O doente oncológico representa um desafio para os profissionais de saúde. É um doente exigente, cheio de dúvidas e receios, que nem os medicamentos conseguem aliviar. Será aqui, que o papel do profissional se elevará. A relação de ajuda e a comunicação assertiva têm o papel de promover o alívio do sofrimento físico e psicológico.

A proximidade com o doente oncológico não será indiferente à acção dos profissionais de enfermagem. O envolvimento causa desgaste emocional e físico e também estes necessitarão de alguma forma de apoio.

O stresse em enfermeiros é um problema que tem despertado alguma atenção, mas que infelizmente, não tem tido a relevância necessária junto das instituições. Este é muitas vezes silencioso, e só o agravar dos sintomas o pode tornar visível. A incapacidade de lidar com situações de stresse pode degenerar num esgotamento físico e emocional, denominado Síndrome de *Burnout*. O suporte que os enfermeiros têm dentro ou fora da instituição será também relevante na condução das suas relações. As estratégias de adaptação, nem sempre são as mais adequadas e eficazes, mas também podem ser funcionais e prevenir todo um processo de stresse.

Compreender as características de comunicação dos enfermeiros quando trabalham com doentes oncológicos e o nível do stresse e as suas capacidades de gestão do mesmo, é o ponto de partida para esta investigação.

Este estudo é elaborado no âmbito do primeiro Mestrado em Psiquiatria Cultural.

O facto de se tratar de um trabalho realizado com um grupo profissional específico, numa comunidade restrita, abordando um tema de saúde mental e dando especial ênfase à comunicação e relação interpessoal, enquadra-se na temática do mestrado e trará conhecimentos oportunos nesta área.

As conclusões emergentes do trabalho poderão ser úteis na gestão dos serviços de enfermagem, nomeadamente na contratação de pessoal, assim como na rotatividade pelos diferentes serviços. Poderá ainda ajudar a traçar um perfil para determinados serviços, onde a proximidade com o doente é maior e a tendência para desenvolver stresse poderá estar mais presente.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para uma melhor compreensão do tema, é necessário fazer um enquadramento teórico e uma análise conceptual de forma a que o leitor se situe na temática, podendo assim, ficar elucidado e efectuar uma leitura mais cuidada e esclarecida dos resultados obtidos.

A inclusão do doente oncológico e da enfermagem no enquadramento teórico, tem como objectivo situar o estudo e dar uma perspectiva do contexto onde a investigação se realiza.

1- DOENTE ONCOLÓGICO

A doença oncológica arrasta consigo alterações graves, quer para a pessoa, quer para a família, reflectindo-se a nível da sua vida profissional, pessoal e social. Poucas doenças causam tantos sentimentos de ansiedade e apreensão como o cancro, associando-se muitas vezes a ela, o aspecto de doença terminal.

Serrão e Nunes (1999) referem que doentes terminais são doentes sem possibilidade de cura e que se sabe que a sua morte será próxima. As possibilidades de cura esgotaram-se, tornando-se impossível devolver ao doente a sua saúde, restando apenas o alívio do sofrimento, proporcionando-lhe o melhor bem-estar possível.

Para Pacheco (2002) a assistência a prestar ao doente terminal já não visa a cura, consiste essencialmente no seu acompanhamento e conforto ao longo de todo o período de aproximação iminente da morte e pretende sobretudo o alívio da dor e do sofrimento, possibilitando-lhe desta forma o máximo de bem estar e plenitude, durante a vida que lhe resta viver. A doença terminal comporta em si própria a impossibilidade da pessoa realizar planos a longo prazo. A morte é inevitável e encontra-se próxima.

Os enfermeiros, vivenciam com frequência a realidade da morte, enfrentando desafios assustadores. Em muitos casos a morte ocorre depois de terem estabelecido laços emocionais com o doente e a própria família.

Logeais e Gabbois (1985) citado por Delbrouck (2006, p. 174) “para o enfermeiro, o confronto com a morte não é apenas um encontro, é também um trabalho”. Nestas situações, além de lidarem com os próprios sentimentos de perda e de fracasso, têm de cumprir com as suas responsabilidades profissionais, cuidando do corpo e apoiando a família no seu processo de luto. São situações marcantes, que afectam profundamente cada profissional, podendo muitas vezes chegar a uma situação limite de desgaste emocional e físico.

Ana Allen (1993) citada por Vaz Serra (2007) elaborou um estudo relativo às atitudes dos enfermeiros perante a doença grave e verificou que há por vezes uma descompensação física e emocional tão grave que leva à desistência da profissão. Existe uma completa incapacidade de suportar a angústia dos dias de serviço, que nenhuma folga consegue contrabalançar.

Segundo Logeais e Gabbois (1985) citado por Delbrouck (2006, p. 174) acrescentam que “este trabalho reenvia para dois sentimentos: a angústia e a culpabilidade, sendo o enfermeiro obrigado a lutar contra a ideia de que não pode fazer mais para impedir o doente de morrer”.

A frustração de não poder fazer mais nada pelo doente é referida muitas vezes pelos enfermeiros como a razão do seu descontentamento com a profissão.

No entanto, o ser humano não sofre apenas em consequência de dor física, sofre também quando sente qualquer perda significativa (morte de um ente querido, por exemplo), sofre também quando se culpa do mau resultado de uma opção, ou quando algo corre negativamente de forma não programada (Pio Abreu, 1994).

Segundo Gameiro (1999, p. 33) o sofrimento é “um sentimento de desprazer variando de um simples e transitório desconforto mental, físico ou espiritual até uma extrema angústia que pode evoluir para uma fase de desespero maligno caracterizado pelo sentimento de abandono e expressa através de uma conduta de negligência de si mesmo”.

Ser o ouvinte do doente e seus familiares, faz com que o enfermeiro se envolva na situação e sofra com as suas angústias, levando muitas vezes para casa os problemas, que acabam por afectar a sua vida pessoal. O acompanhamento da perda é constrangedor e difícil de esquecer, mesmo que não hajam laços de familiaridade ou amizade.

2- COMPORTAMENTO COMUNICACIONAL ASSERTIVO

Na natureza, todos os seres vivos comunicam entre si. O homem não é excepção e, como tal, a necessidade de comunicar é universal (Saraiva, 1999).

Watzlawick, Jackson e Beavin (1967) propõem cinco axiomas da comunicação:

1º Axioma “É impossível não comunicar”

Estamos permanentemente a comunicar porque há equivalência entre comunicação e comportamento. Todo o comportamento é comunicação e toda a comunicação é comportamento. A própria tentativa de evitar a interacção, é em si mesma uma espécie de comunicação. Também se enfatiza que qualquer comportamento perceptível é potencialmente comunicativo.

2º Axioma “ Toda a comunicação tem dois níveis: conteúdo e relação”

Conteúdo diz respeito à informação, é a mensagem. Relação é a forma como se comunica.

A mensagem é um de nível lógico mais baixo e a relação é de um nível mais alto (porque se está a dar uma mensagem sobre uma mensagem- **Meta-comunicação**).

3º Axioma “Toda a comunicação é pontuada”

Para a compreendermos temos de atender à sequência diferencial dos factos. A comunicação é um anel de comunicação (*feed-back*), então não há um começo, não há um fim, a não ser se a pontuarmos.

Cada um é que vai definir o princípio e o fim da comunicação, ou seja, a sequência comunicacional. Pode, no entanto, haver desfasamento de pontuação, o que muitas vezes leva a desentendimentos.

4º Axioma “Há dois modos principais de comunicação: digital e analógica”

Digital ou verbal, é bastante codificada, levando por isso a menos equívocos. Analógica ou não verbal ou paraverbal, é pouco codificada, é mais rica mas leva a mais equívocos.

5º Axioma “ Na comunicação humana há dois modelos de interacção: complementar e simétrico”

Complementar- existe uma complementaridade entre os dois interlocutores, no sentido do aumento das diferenças entre ambos. Existem diferenças de conhecimentos, vivências entre os comunicantes, um completa o outro.

Simétrico- semelhança cada vez maior dos comunicantes, o que requer um investimento igual dos dois.

Classicamente, a comunicação é definida como um processo dinâmico entre um emissor e um receptor, em que se transmite uma mensagem através de um canal que determinará um feedback (retro transmissão). Kron (1982), citado por Saraiva (1999, p. 36) refere este facto como o “eterno triângulo da comunicação”.

Para Atkinson (1989) citado por Saraiva (1999, p. 36) “a comunicação é um “significado compartilhado” que acontece quando há reciprocidade na interpretação da mensagem verbal ou não verbal”.

Para a enfermagem, comunicação é algo bastante profundo, como exemplificam alguns teóricos de enfermagem, que vão mais longe na sua definição e, vêem na comunicação um processo de estabelecer uma relação de ajuda com o indivíduo e família (Saraiva, 1999).

Segundo Marriner (1989) citado por Saraiva (1999, p. 36) a

“comunicação é um processo que pode permitir à enfermeira estabelecer uma relação de humano a humano e portanto cumprir com o propósito da enfermagem, isto é, ajudar os indivíduos e famílias a evitar, ou fazer frente, à experiência de doença e sofrimento, e de ser necessário ajudá-los a encontrar um significado na dita experiência”

Elhart, Gragg, Rees e Firsich (1983, p. 131) referem que “a faculdade de comunicação activa é um dos atributos essenciais do enfermeiro”. A comunicação é uma necessidade e uma obrigação de todo o ser humano, de intercâmbio com os seus semelhantes, é um acto de reciprocidade.

O enfermeiro deve ter em conta que pode haver dificuldade em comunicar, quando há compromisso de um dos sentidos do receptor, como a visão ou a audição. Nos aspectos psicológicos, estão incluídos todos os sentimentos, valores, atitudes,

experiências de vida do indivíduo, sendo a recepção das mensagens e a elaboração das respostas influenciadas por esta bagagem.

Na opinião de Rosas (1990) o enfermeiro dispõe de determinadas competências em comunicação, tornando-se único, individual e genuíno nas suas relações pessoais com outros, contribuindo para o êxito de toda a metodologia de trabalho que assenta no processo de enfermagem. O enfermeiro, possuindo um vasto corpo de conhecimentos, assume aos olhos do utente atributos de força e de poder muitos especiais, relacionando-se estes com o reconhecimento por parte do utente.

Esta relação entre quem trata e quem é tratado tem como finalidade, segundo Collière (1989) citada por Rosas (1990) desenvolver no utente a capacidade de viver ou de tentar compensar os prejuízos das funções limitadas pela doença, procurando suprir a disfunção física, afectiva ou social.

É nesta perspectiva de “cuidar de” que o enfermeiro reconhece no utente a necessidade do cuidado e, por outro lado, a capacidade que este tem para participar nesse mesmo cuidado.

Para Ferreira (2001, p. 11) “a consciencialização do papel da comunicação em enfermagem é imprescindível para o acto de cuidar”.

Adquirir um comportamento comunicacional assertivo é fundamental para que se estabeleça uma relação de confiança entre os comunicadores. Riley (2004) define-o como a capacidade do indivíduo expressar de forma sincera, através de palavras e gestos, as suas opiniões, sentimentos e convicções, respeitando simultaneamente os direitos dos outros.

Jesus e Amaro (2005, p. 26) dizem que “a assertividade representa um contributo para a prestação de cuidados de enfermagem, na medida em que ao promover as relações interpessoais com os utentes e com a equipa multidisciplinar, o enfermeiro promove o cuidar, que constitui o cerne da profissão, contribuindo simultaneamente para a sua própria satisfação profissional”.

O comportamento humano é influenciado por diversos factores entre os quais o stresse. Num estudo realizado em 1989 por Cristina Faria, Vaz Serra e Horácio Firmino, verificaram que em situações de stresse os indivíduos vulneráveis tendem a modificar o seu comportamento. Estes, tendem a aumentar o impacto das ocorrências através da ruminação dos acontecimentos, deixam-se invadir por emoções desagradáveis, deterioram as suas obrigações diárias e apenas procuram estratégias para lidar com as emoções negativas (Vaz Serra 2007).

Para Beck e Emery (1985) citado por Vaz Serra (2007) um indivíduo que se sente em stresse tem tendência a manifestar um de dois tipos de comportamento, o agressivo ou o passivo.

Vaz Serra (2007) refere que há comportamentos que se podem constituir como uma fonte secundária ao stresse, como o recurso a drogas ilícitas, o consumo excessivo de tabaco, café, bebidas alcoólicas ou comida. Acrescenta ainda que as pessoas que se encontram em stresse podem ter implicações sociais. O indivíduo mostra irritabilidade sendo gerador de conflitos e atritos. No contexto de trabalho verifica-se um aumento do absentismo e uma readaptação problemática.

Os comportamentos desviantes são muitas vezes adoptados pelos enfermeiros, referindo-os como um escape ao stresse vivido, quer pelo sofrimento dos outros quer pela exigência e responsabilidade inerente à profissão ou mesmo por questões burocráticas. O fácil acesso, por exemplo, a medicação como ansiolíticos, ou outros fármacos, pode reforçar a adopção destes comportamentos.

Vaz Serra (2007, p.731) refere que “ensinar uma pessoa a ser auto-afirmativa é uma intervenção dirigida à pessoa e não à circunstância”. Segundo este autor, o Homem tem uma alternativa para lidar com os problemas, que é a aptidão verbal. O comportamento assertivo medeia o submisso e o agressivo, ocupando o lugar da auto-afirmação.

Como definição de indivíduo auto-afirmativo ou assertivo o mesmo autor diz que é aquele que, embora respeite os direitos dos outros, luta pela defesa dos seus próprios direitos. Este exprime a sua opinião, mesmo que divergente da dos outros, de forma aberta, honesta e espontânea. Acrescenta que este está disposto a reconhecer as suas necessidades e solicitar ajuda. O assertivo é aquele que melhor consegue gerir as interacções pessoais.

O facto de se trabalhar directamente com pessoas é por si só uma dificuldade acrescida e sujeita a conflitos. O papel do enfermeiro passa por saber gerir o seu comportamento face aos utentes e equipa multidisciplinar. Para tal, deverá adoptar estratégias que o ajudem a controlar as situações, daí ser importante adquirir estratégias de adaptação ao stresse e contar com uma rede de apoio que lhe permita sentir-se confortável no relacionamento com o outro.

Comportamento gera comportamento, daí a importância da assertividade.

3- RELAÇÃO INTERPESSOAL/EQUIPA

As relações dentro de uma equipa são muitas vezes de difícil gestão. Para tal, é necessário habilidade que favoreça um clima propício ao entendimento e ao trabalho.

Segundo Vaz Serra (2007) se existirem boas relações interpessoais dentro de uma empresa, estas determinam uma melhor saúde e bem-estar do indivíduo e aumentam a capacidade de envolvimento no trabalho.

Numa instituição de saúde, há um conjunto de interações a gerir, uma vez que existem várias equipas interdependentes. Os conflitos surgem não só de dentro da equipa, como da relação com as outras equipas e outros profissionais. Uma atitude assertiva mostra-se de grande importância na gestão das relações profissionais.

Graça (1992, p. 11) define equipa como:

“um pequeno grupo, baseado na cooperação, e em contacto regular, contacto esse que não é à distância, mas face a face, que está envolvido numa acção coordenada, e cujos membros contribuem de maneira empenhada competente e responsável para a realização de uma ou mais actividades concretas”.

Trabalhar em equipa significa que os diferentes profissionais se empenham para atingir os objectivos dos cuidados de saúde, exercendo a sua autonomia profissional mas reconhecendo a sua interdependência.

Segundo Kerouac *et al* (1994) para que uma equipa funcione há que contar com o apoio hierárquico proporcionando um ambiente que seja favorável à cooperação e coordenação, com uma liderança descentralizada, uniformização de políticas e práticas de cuidados e redistribuição de recursos físicos e humanos.

Vaz Serra (2007) refere que uma má relação interpessoal nasce da falta de confiança que um indivíduo tem em relação a outro, da falta de apoio que sente para a execução da sua actividade e resolução dos seus problemas e da falta de

reconhecimento do valor e significado das tarefas que executa ou da hostilidade que nota no relacionamento interpessoal com alguém.

A colaboração dos diferentes elementos da equipa passa pelo respeito, pela competência, autonomia e responsabilidade de cada um, pela partilha do poder e pelo reconhecimento das zonas de sobreposição. O trabalho em equipa exige a valorização do contributo específico de cada disciplina, isto é, o reconhecimento da diferença apoiando-se na equidade, ou seja, no reconhecimento da igualdade.

Sauter *et al.* (1990) citado por Vaz Serra (2007) afirma que uma má comunicação entre indivíduos de uma empresa, seja a que nível for, pode revelar-se desgastante e diminuir o grau de satisfação com o emprego, a motivação para o trabalho e a própria execução.

Estudos recentes mostram que a falta de comunicação no seio da equipa multidisciplinar, é uma dos principais factores geradores de conflitos (Morais, 2002).

Noutro estudo, Queirós (2003) verificou que 35% dos participantes referiam os relacionamentos no seio da equipa multidisciplinar como principal fonte de mal-estar/stresse na sua vida profissional.

Para Jesus e Amaro (2005, p. 28) “é importante que os enfermeiros adquiram competências na área da comunicação assertiva, uma vez que através deste recurso comunicacional poderão estabelecer relações interpessoais mais satisfatórias e consequentemente mais frutíferas, sobretudo com os outros elementos da equipa multidisciplinar”.

O vínculo com a instituição parece apresentar alguma influência no tipo de comportamento, como referem Jesus e Amaro (2005) no seu estudo, onde verificaram que os enfermeiros que possuem um vínculo laboral ao quadro da instituição são aqueles que adoptam comportamentos assertivos com maior frequência.

A incerteza do contrato é um factor destabilizador, uma vez que impede os planos a longo prazo e projectos a nível pessoal, como o casamento, a aquisição de habitação, execução de empréstimos bancários, etc. Nestas situações torna-se impossível separar os problemas pessoais do trabalho, daí o comportamento dentro da equipa nem sempre ser o mais desejado tendo em conta a profissão de enfermagem e as suas especificidades.

Para Jesus (2004) o estilo assertivo é aquele que oferece uma maior probabilidade de se estabelecer uma relação interpessoal bem sucedida.

4- STRESSE

Pode-se entender stresse como a reacção emocional, física e cognitiva que um indivíduo tem, para com uma situação que lhe exige demais dele próprio. O stresse pode ser provocado pela existência de conflitos, de ambiguidades ou ainda de estilos de gestão de conflitos pouco eficientes, como o estilo "ditador". Normalmente o indivíduo não dá conta da reacção que está a ter face às exigências que sofre.

Seyle (1959), citado por Costa, Lima e Almeida (2003) define stresse como o estado manifestado por uma síndrome específica, constituído por todas as alterações não-específicas produzidas no sistema biológico.

Scheuch (1996) considera o stresse como uma resposta psico-fisiológica do indivíduo quando este se tenta adaptar às mudanças do meio interno ou do meio externo, sendo portanto reactivo a uma alteração da homeostasia de funções orgânicas, funções psicológicas ou da interacção entre o Ser Humano e o seu ambiente social.

A European Agency for Safety and Health at Work (2000) refere-se ao stresse como um estado psicológico que reflecte um processo de interacção entre a pessoa e o seu ambiente, nomeadamente o ambiente de trabalho. Quando estudado, o stresse poderá ser inferido a partir da existência de inter-relações problemáticas entre a pessoa e o ambiente, medido a nível de processos cognitivos e de reacções emocionais que acompanham tais interacções.

Esta perspectiva vem na sequência das conclusões de Lazarus, para quem a avaliação cognitiva de determinada situação ou estímulo é determinante para a resposta emocional subsequente. Este autor refere-se ao stress como a relação que se estabelece entre a "carga" sentida pelo ser humano e a resposta fisiológica e psicológica que o indivíduo desencadeia perante aquela, de acordo com a sua percepção relativamente às exigências do meio e da avaliação que faz das suas capacidades para enfrentar tais exigências (Lazarus, 1993).

Para Vaz Serra (2007) o stresse é um estado psicológico negativo, envolvendo não só aspectos cognitivos implicados na avaliação como também aspectos

emocionais, pelo que se verifica uma variabilidade na forma e na intensidade das reacções entre os indivíduos, embora as diferenças individuais sejam maiores em presença dos pequenos acontecimentos do que em presença dos grandes acontecimentos.

Lazarus (1999) discute a avaliação da emoção como produto da razão que segue regras lógicas sujeitas a análises científicas no processo de stresse, ou seja, a emoção é um produto da razão e segue uma regra lógica implacável. Para o mesmo autor, a maneira como se avalia uma situação determina a reacção emocional no processo de stresse. A maneira como avaliamos um acontecimento, determina como reagimos emocionalmente.

Vaz Serra (2007) refere que quando as emoções atingem um nível em que são difíceis de tolerar, desorganizam as rotinas do indivíduo e interferem no seu bem-estar.

O stresse impede um indivíduo de pensar com clareza e levando-o a tomar decisões das quais mais tarde se pode arrepender.

Segundo Delbrouck (2006) as exigências a que os enfermeiros estão sujeitos são muitas, tanto a nível físico como emocional, consequência de um trabalho complexo e rigoroso.

Heim (1992) citado por Vaz Serra (2007) refere que os enfermeiros atravessam condições de stresse intensas, provenientes em grande parte, da atenção e dos cuidados que têm de prestar continuamente aos doentes, seguidos de conflitos de equipa ou autoridade, sobrecarga de trabalho, insegurança e falta de autonomia

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que acompanham mais de perto os doentes terminais. A angústia de aceitar e encarar a morte como uma realidade concreta, leva-os a ignorá-la, conduzindo o doente a uma solidão afectiva e espiritual.

Vaz Serra (2007) afirma que os enfermeiros são afectados por transtornos psicológicos superiores aos da população em geral e que isto muitas vezes se verifica na adopção de comportamentos desviantes. Sutherland e Cooper (1990) referem que as enfermeiras têm menor esperança de vida, cometem mais suicídio, recorrem mais a consultas de psiquiatria e ingerem mais bebidas alcoólicas.

Sebag-Lanae (1992) citado por Delbrouck (2006, p.182) refere que:

“Como prestadores de cuidados somos testemunhas e acompanhantes dessas múltiplas perdas e lutos. Mas todos sabemos que, enquanto pessoas, não podemos escapar a essas perdas e lutos. O nosso trabalho torna-se mais difícil e mais ansiogénico, pois somos obrigados a ver o que, cada vez mais, os outros se recusam a ver. Pois somos levados a ajudar aqueles que os outros não podem ou já não querem ajudar”.

Vives (1994) revelou os resultados de um estudo onde identifica as causas mais importantes de stresse num total de 477 enfermeiros. São elas:

1. Sobrecarga de trabalho, 50,94%
2. Escassez de pessoal, 18,86%
3. Conflitos na equipa, 10,06%
4. Insuficiência de recursos materiais, 9,85%
5. Problemas de turnos, 6,07%
6. Morte dos pacientes, 5,45%

Segundo o mesmo autor é possível relacionar o stresse entre os enfermeiros com factores ambientais, relacionais, organizativos/burocráticos, profissionais e inerentes ao desempenho e os relacionados com a pressão e exigência.

4.1- DESGASTE EMOCIONAL

Segundo Stedeford (1998) o contacto com a pessoa terminal desperta uma resposta específica. Este contacto leva a tensão, provocando fadiga, sobrecarga emocional e irritabilidade, entre outras reacções. Tudo isto conduz a uma diminuição no desempenho profissional e pode interferir na sua vida pessoal e familiar.

Miller (1992) refere que o desgaste emocional em enfermagem tem tendência a aumentar em virtude de se verificar uma pressão constante para se fazerem economias e o aumento das necessidades em pessoal de enfermagem não é complementado pelo número de enfermeiros que sai das escolas.

Ainda sobre esta temática, Frango (1995) diz-nos que pelos agentes indutores de desgaste emocional existentes, se pode deduzir que o exercício da profissão de enfermagem pode ter reflexos negativos na saúde dos enfermeiros, com prejuízo do seu funcionamento em termos individuais, familiares e sociais.

Parece evidente que não se consegue ficar indiferente perante o sofrimento e desespero do doente e familiares. Não existe uma “capa” que permita despir e esquecer o que se viveu e sentiu. Presenciar a morte de alguém e sentir-se impotente é uma das experiências que nunca se esquece.

Relacionado com este tema, Ferreira (1998) refere que muitas vezes o desgaste emocional advém do facto de não se poder compartimentar a vida em termos de “dentro do trabalho/fora do trabalho”. Assim o desgaste pode ser sentido pelo do trabalho em si, ou por factores que ocorrem fora dele, muitas vezes difíceis de separar.

Vaz Serra (2007) diz que o stresse intenso interfere com o desempenho da pessoa e faz com que o comportamento observável passe de adequado a inadequado.

A aquisição de certos comportamentos menos ajustados, a frieza que muitas vezes é sentida, não será mais que uma tentativa de afastamento e separação da vida profissional da pessoal. No entanto, esta atitude pode ser entendida muitas vezes como desumana aos olhos de outros. Este equilíbrio é uma habilidade que o enfermeiro tem de dominar de forma a cuidar da melhor forma possível sem ninguém sair prejudicado. A acção do enfermeiro é em prol do doente, mas se não estiver bem emocionalmente, dificilmente consegue desempenhar as suas funções com a qualidade que lhe é exigida.

4.2- VULNERABILIDADE AO STRESSE

A vulnerabilidade individual ao stresse é algo a ter em conta quando se está numa profissão exigente e de rápido desgaste físico e emocional.

Segundo Kessler e Magel (1994) citados por Vaz Serra (2007) a relação que se estabelece entre as ocorrências indutoras de stresse e os transtornos psicológicos consequentes, explica menos de 10% da variância.

Brown (1993) citado por Vaz Serra (2007) diz que uma pessoa vulnerável é aquela que tem risco aumentado em reagir de uma forma negativa perante os acontecimentos de vida.

Vaz Serra (2007) refere ainda que a vulnerabilidade pode ser devida a quatro factores: biológicos, psicológicos, personalidade e sociais. Estabelece também um perfil de vulnerabilidade ao stresse:

- ❖ Pouca capacidade auto-afirmativa;
- ❖ Fraca tolerância à frustração;
- ❖ Dificuldade em confrontar e resolver problemas;
- ❖ Preocupação excessiva pelos acontecimentos do dia-a-dia;
- ❖ Marcada emocionalidade.

A experiência profissional parece evidenciar uma maior capacidade para lidar com as adversidades e sugere uma menor vulnerabilidade ao stresse. É de esperar que os enfermeiros mais novos e com vínculos precários sejam mais vulneráveis. A sua pouca capacidade de decisão e autonomia dentro da equipa, a constante observação e avaliação pelos mais velhos e a incerteza do contrato pode ser determinante para que sejam mais vulneráveis e emocionalmente mais susceptíveis.

4.3- SOBRECARGA DE TRABALHO

A sobrecarga de trabalho é também tida em conta no que concerne ao stresse. Entenda-se por sobrecarga de trabalho, quando as tarefas a realizar pelo indivíduo ultrapassam a capacidade percebida de responder adequadamente às suas exigências. Quando o trabalho é excessivamente prolongado pode repercutir-se sobre a saúde do Ser Humano.

Maslach *et al.* (2001) referem que a experiência de sobrecarga de trabalho e de pressão com o tempo apresenta-se, em múltiplos estudos, com uma consistente e forte ligação ao *burnout*, especialmente na sua dimensão exaustão.

Freudenberger (1975) já apontava como causas de *burnout* a baixa implicação laboral, a falta de apoio da supervisão e da direcção, a pressão no trabalho, as características determinadas pelo local de trabalho como a falta de apoio social, indefinição de tarefas, baixo nível de autonomia, incomodidade física e as mudanças tecnológicas.

A juntar à sobrecarga do trabalho surge a falta de reconhecimento da profissão. Este factor parece ser desencadeador de insatisfação no trabalho, gerando stresse e *burnout*.

4.3.1- Duplo emprego

As investigações de Jenkins (1971), de Zohman (1973) e de House (1974) citado por Vaz Serra (2007) revelaram que o número excessivo de horas de trabalho, ou a existência de dois trabalhos a tempo completo, estão relacionados com uma maior morbidade e mortalidade. Para tal contribuem os duplos empregos, característicos da população de enfermagem, em que se chega a trabalhar mais de 60 horas semanais, associado ao desgaste do trabalho por turnos.

Ao duplo emprego estão agregados um conjunto de sinais e sintomas como a fadiga, irritabilidade, perda de controlo das situações e alterações comportamentais. No entanto, os problemas costumam surgir dentro da equipa, não havendo interferência na comunicação e cuidados ao doente.

Vaz Serra (2007) refere que este tipo de comportamento não só se torna cansativo como priva o indivíduo do apoio e convívio social ou familiar que o podem compensar das tensões sentidas no trabalho.

4.4- TRABALHO POR TURNOS

O trabalho por turnos gera ainda outras dificuldades a nível do convívio social e no acesso a bens de consumo, pois esta está orientada para o dia e não para a noite. De referir ainda as dificuldade a nível familiar e a colisão com os ritmos circadianos (Vaz Serra, 2007). Acrescenta ainda que os trabalhadores por turnos tendem a queixar-se de fadiga e de problemas gastro-intestinais.

O trabalho por turnos pode constituir um factor de stresse e de má adaptação à actividade profissional.

Reinberg *et al.* (1984) citados por Cruz (1996) demonstram o potencial valor semiológico de determinados sinais, como, distúrbios de sono, fadiga persistente, mudanças de humor, alterações comportamentais, problemas digestivos e perturbações na vida familiar e social.

Olson (1984) citado por Cruz (1996) revelou que a avaliar pela presença dos sinais referidos, o trabalho por turnos afecta diferenciadamente o padrão de sono, a saúde, a sincronização dos ritmos fisiológicos e a interacção familiar e social.

A alteração do ritmo circadiano influencia aspectos biológicos e emocionais tais como a tolerância, a paciência, a capacidade de concentração e raciocínio, devido às alterações do ciclo sono/vigília, o padrão de temperatura e o ritmo de secreção de adrenalina. Acrescenta que devido ao barulho que se faz durante o dia, é normal estes indivíduos não descansarem o suficiente, pelo que, quando vão trabalhar sentem-se cansados, sonolentos e desmotivados.

Os estudos realizados sobre a duração do sono, revelam que a quantidade de sono é menor nos trabalhadores por turnos que nos trabalhadores diurnos (Wyatt e Marriot, 1953, Swesson, 1961, Estry-Behar *et al.* 1986) citados por Cruz (1996). Revelam ainda que o sono diurno é mais curto, em alguns casos durando apenas 3 a 4 horas.

Azevedo (1980) refere que outro dado preocupante é o consumo de fármacos indutores do sono e anti-depressivos por parte dos trabalhadores por turnos.

As alterações do estado de humor são também referidas em vários estudos. Estry-Behar e F. Fonchain (1986) citados por Cruz (1996) num estudo com enfermeiros realizado num hospital parisiense verificaram que 89% de trabalhadores nunca manifestaram irritabilidade durante o trabalho diurno, enquanto que esse estado foi referido por 35% durante o trabalho nocturno.

Os enfermeiros que trabalham por turnos apresentam alterações a nível comportamental podendo interferir nas suas relações profissionais.

Segundo Cruz (1996) a avaliação da intolerância ao trabalho por turnos implicará a detecção de problemas de sono, a detecção de problemas de vigília e rendimento, como a fadiga e sonolência, a detecção de problemas digestivos e a detecção de problemas emocionais, como a depressão e ansiedade. O mesmo autor, no seu estudo concluiu que é de esperar um aumento de tolerância ao trabalho nocturno uma vez que em enfermagem, normalmente, se faz apenas uma noite por semana seguida de dois dias de folga. Demonstrou ainda que há um progressivo aumento da tolerância ao trabalho por turnos.

Num estudo realizado por Martins e Martins (1999) os sujeitos que trabalhavam por turnos e aqueles que faziam regime de horário fixo não apresentaram diferenças quanto à satisfação com a quantidade de tempo livre para dedicarem à vida social e doméstica.

Jesus e Amaro (2005) demonstraram haver diferenças entre o trabalho por turnos e o *burnout*, mais concretamente nas dimensões despersonalização e realização profissional. Os enfermeiros que trabalham por turnos apresentam valores médios de despersonalização mais elevados, enquanto que na dimensão realização profissional, os valores mais elevados foram obtidos pelos enfermeiros que não trabalham por turnos.

5- SÍNDROME DE *BURNOUT*

O conceito de *Burnout* foi inicialmente sugerido por Freudenberger (1975) definindo-o como um estado de fadiga física e mental ou uma frustração devido a um projecto que fracassou ou a um relacionamento interpessoal altamente stressante.

Freudenberger (1980) referia-se a *burnout* como o estado de fadiga ou frustração causado pela devoção a uma causa, modo de vida ou relacionamento que falhou na produção da recompensa esperada, originando alterações emocionais que comportam sentimentos de vazio e de fracasso pessoal ou incapacidade para o trabalho.

O termo *Burnout* é uma composição de *burn*=queima e *out*=exterior, sugerindo assim que a pessoa com esse tipo de stresse consome-se física e emocionalmente, passando a apresentar um comportamento agressivo e irritadiço (Ballone, 2005).

Eliezer (1981) citado por Queirós (2004) define o processo de *burnout* em cinco fases: Frustração; Cólera; Agressão; Regressão; Resignação.

Em 1981 surge o MBI (*Maslach Burnout Inventory*), elaborado por Cristina Maslach, psicóloga social que iniciou o estudo das emoções no trabalho.

Maslach e Jackson (1982) referem tratar-se de um síndrome de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, muito frequente em pessoas que desempenham actividades com outras pessoas, como é o caso da enfermagem.

Para Maslach e Jackson (1982) o processo de *burnout* manifesta-se por:

- ❖ Desgaste emocional, proveniente da relação de ajuda;
- ❖ Relação despersonalizada, como meio de protecção contra sentimentos de desvalorização devido a sentimentos de culpabilidade;
- ❖ Baixa realização pessoal ligada à culpabilidade e afastamento na relação

Perlman e Hatman (1982) citados por Queirós (2004) realizaram uma análise sistemática da literatura sobre o tema e daí emergiu um padrão tipo de *burnout*, com os seguintes tópicos:

- ❖ A natureza stressante de algumas profissões;
- ❖ A relação entre o stresse laboral e o *burnout*, evidenciada pela apresentação dos casos estudados;
- ❖ A recomendação de algumas estratégias preventivas.

Depois destes primeiros estudos empíricos, baseados na observação naturalista, os investigadores começaram a usar questionários, investigação quantitativa e metodologia rigorosa aplicados a uma larga população de sujeitos de investigação.

Schaufeli *et al.* (1993) citados por Queirós (2004) referem que estudos de maior rigor e sofisticação conduziram a três grandes conclusões:

- ❖ O nível de *burnout* parece ser razoavelmente estável no tempo, sendo mais crónico que agudo;
- ❖ O *burnout* conduz a sintomatologia física, absentismo e *turnover* no trabalho;
- ❖ O conflito de papéis e a falta de suporte social por parte dos colegas e superiores hierárquicos são antecessores do *burnout*.

Cullen (1995) considera a existência de três estádios no processo de *burnout*, nomeadamente: Alarme; Resistência e Exaustão.

No estágio de alarme o indivíduo não consegue funcionar dentro de um nível aceitável para si, havendo um desequilíbrio instável, frustração, sentimentos de impotência e culpabilidade.

No estágio de resistência o indivíduo torna-se cínico e rígido, inflexível e afasta-se dos outros. Edet, Nion e Métro (1994) refere ser nesta fase que se dá o aparecimento do sofrimento.

No estágio de exaustão surgem os sintomas externos, como a cronicidade da fadiga, o pessimismo, cinismo, sentimentos de abandono, solidão, incompreensão, podendo levar à apatia, violência, ira e crueldade.

Essa síndrome refere-se a “um tipo de stresse ocupacional e institucional com predileção para profissionais que mantêm uma relação constante e directa com

outras pessoas, principalmente quando esta actividade é considerada de ajuda, como, médicos, enfermeiros e professores” (Delbrouck, 2006, p. 49). O mesmo autor acrescenta tratar-se de “uma doença específica que pode afectar um sujeito saudável: a doença da relação de ajuda”.

Para Kleinman (1998) o *burnout* pode atingir diferentes profissões, em qualquer faixa etária, mas as que exigem um intenso contacto interpessoal são as que apresentam maiores índices, entre elas, as profissões assistenciais.

Delbrouck (2006) defende a Síndrome de *Burnout* como algo diferente do stresse genérico. Podemos considerar esse quadro de apatia extrema e desinteresse, não como sinónimo de algum tipo de stresse, mas como uma das suas consequências. “A síndrome de exaustão profissional, pode conduzir à depressão e tem características particulares que englobam e excedem o stresse” (Idem, p.49).

Definida como uma reacção à tensão emocional crónica gerada a partir do contacto directo, excessivo e stressante com o trabalho, esta doença faz com que a pessoa perca a maior parte do interesse na sua relação com o trabalho, de forma que as coisas deixam de ter importância e qualquer esforço pessoal passa a parecer inútil.

Segundo Vaz Serra (2007) quando a exposição ao stresse se torna prolongada e é sentida como particularmente intensa pode dar origem a conflitos de papéis, ambiguidade, diminuição de auto-estima e *burnout*.

As pesquisas sobre o stresse associam o *burnout* ao ambiente de trabalho, focando a frequência, intensidade, características, exposição prolongada a stressores e ao processo crónico do stresse, levando o sujeito à exaustão física e psíquica (Costa 2003).

Entre os factores aparentemente associados ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* está a pouca autonomia no desempenho profissional, problemas de relacionamento com as chefias, problemas de relacionamento com colegas ou doentes, conflito entre trabalho e família, sentimento de desqualificação e falta de cooperação da equipa (Queirós, 2003).

O *burnout* sugere que os problemas residem dentro das equipas e de conflitos internos que extrapolem para o exterior. A comunicação assertiva mostra todo o seu potencial para lidar com estas situações, bem como a adopção de estratégias que permitam gerir o stresse.

Delbrouck (2006, p. 49) defende que “a síndrome está ligada a uma doença da função profissional, independentemente das dificuldades de vida noutras esferas (afectivas, familiares, desportivas)”.

Os sintomas básicos dessa síndrome seriam, inicialmente, uma exaustão emocional onde a pessoa sente que não pode dar mais nada de si mesma. Em seguida desenvolve sentimentos e atitudes muito negativas, como por exemplo, um certo cinismo na relação com as pessoas no seu trabalho e aparente insensibilidade afectiva, como refere Delbrouck (2006, p. 50) “o prestador de cuidados faz um uso abusivo e constante de humor irónico e negro, que se torna o seu modo de diálogo diário”.

Finalmente, a pessoa manifesta sentimentos de falta de realização pessoal no trabalho, afectando a eficiência e habilidade para realização de tarefas e de adequar-se à organização. Surge a autodesvalorização, a culpabilidade e a desmotivação (Idem).

Considera-se a Síndrome *Burnout* como provável responsável pela desmotivação que sofrem os profissionais da saúde actualmente. Isso sugere a possibilidade de que esta síndrome esteja implicada nas elevadas taxas de absentismo ocupacional que apresentam esses profissionais (Medland, Howard-Ruben e Whitaker, 2004).

A epidemiologia da Síndrome de *Burnout* apresenta uma relação inversa entre a idade e a exaustão. Quanto menor a idade dos sujeitos, maior a exaustão emocional (Carlotto, Nakamura e Câmara, 2006).

A falta de autonomia e a constante observação pode sugerir um maior stresse, que se for mal gerido leva a *burnout*.

Queirós (2004) efectuou um estudo em Portugal, verificando a existência de *burnout* no trabalho de um em cada quatro enfermeiros, sobretudo em equipas com pouca união e com relações interpessoais insatisfatórias.

Em 1997 Maslach e Leiter expandiram o conceito de *burnout* para além dos serviços que trabalham com pessoas. O *burnout* é redefinido como uma crise nas relações com o trabalho e não necessariamente uma crise com as pessoas do trabalho. Neste novo conceito as manifestações de *burnout* seriam: Exaustão; Cinismo e Eficácia profissional.

No mesmo ano as autoras identificam sete fontes de *burnout* responsáveis pela erosão do envolvimento:

1. Carga excessiva de trabalho;
2. Falta de controlo;
3. Baixos salários;
4. Falha na equidade e justiça;
5. Fadiga;
6. Fragmentação das relações interpessoais, trabalha-se isoladamente;
7. Conflito de valores.

Queirós (2004)

Em 2001 Maslach, *et al* consideram o *burnout* uma experiência individual específica dos contextos de trabalho. Estes autores identificam factores situacionais como, características do trabalho, das ocupações e organizacionais e factores individuais, como características demográficas (idade, género, estado civil), características de personalidade e atitudes para com o trabalho.

Já em 2003 Maslach e Leiter com a colaboração de Shaufeli consideram a síndrome como uma resposta prolongada a stressores crónicos, emocionais e interpessoais no trabalho e definíveis em três dimensões: Exaustão; Cinismo; Ineficácia. (Queirós, 2004)

Relativamente ao género Dirkx (1991) citado por Queirós (2004) encontrou diferenças e refere o duplo papel das mulheres como causa para níveis mais altos de *burnout*.

Maslach (1981) refere que as mulheres apresentam níveis mais elevados do que os homens em exaustão emocional e menores em despersonalização e realização profissional.

Segundo Gernay (2006) citado por Debrouck (2006, p.214) “as mulheres correm 1,6 vezes mais risco de exaustão do que os homens”. No entanto, “as que têm filhos, têm 40% menos probabilidade de desenvolver uma exaustão”.

Os estudos sugerem que os homens conseguem com mais frequência separar os problemas do trabalho dos pessoais, apresentando menos exaustão emocional e ao mesmo tempo apresentarem maior realização profissional que as mulheres.

Quanto ao estado civil, o estar casado parece estar associado a níveis mais baixos de *burnout* (Garcia, 1990) e a maior satisfação profissional. (Mendes, 1995)

O facto de se estar casado pode indicar uma rede de apoio maior e melhores estratégias de adaptação que permite enfrentar o stresse de forma mais adequada e daí resultar menos *burnout* que nas pessoas que vivem sós.

Queirós (1998) realizou um estudo com enfermeiros e não encontrou qualquer relação entre as dimensões de *burnout* e as de *locus* de controlo. Encontrou ainda correlações negativas significativas entre satisfação no trabalho e exaustão e satisfação no trabalho e despersonalização e correlações positivas entre satisfação no trabalho e realização profissional.

Num estudo realizado com enfermeiros Pacheco e Jesus (2007) verificaram que 23,8% apresenta altos níveis de exaustão emocional, 21,6% apresenta níveis médios e 54% níveis baixos. Verificaram ainda que 24,9% apresenta altos níveis de despersonalização, 24,7% níveis médios e 50,4% níveis baixos. Quanto à realização profissional 39,2 apresenta altos níveis, 29,7 níveis médios e 31,15 níveis baixos para a realização profissional.

Num estudo levado a cabo por Parreira (1998) com enfermeiros de oncologia, confirmou haver índices mais elevados de *burnout* quando há contacto com a morte. Verificou ainda que os níveis mais altos em oncologia médica do que na cirúrgica. Neste estudo atribui-se à variável “idade” uma tendência explicativa da “despersonalização”.

Loreto (2000) também estudou enfermeiros de oncologia e não encontrou diferença significativa de *burnout* entre os que trabalham nos serviços de internamento e os do ambulatório. Verificou que o apoio social está correlacionado de forma negativa com o *burnout*. Encontrou ainda, associações entre trabalho por turnos e desenvolvimento de *burnout*. Verificou também que o género masculino se relaciona ligeiramente com a “despersonalização”.

Destes estudos depreende-se que os enfermeiros mais novos e os de sexo masculino são os que apresentam mais despersonalização e que o *burnout* está associado à carência de apoio social e ao trabalho por turnos. Quanto ao serviço, parece não ser relevante se é ambulatório ou internamento, sendo que há índices de *burnout* mais elevados quando há contacto com a morte.

6. ESTRATÉGIAS DE ADAPTAÇÃO AO STRESSE E REDE DE APOIO SOCIAL

Para Brochier e Olié (1993) *coping* é a maneira de fazer face a uma situação stressante.

Ross e Altmaier (1994) referem que o *coping* é uma complexa combinação de factores, que as pessoas podem utilizar para lidar com o stresse. Tem como objectivo, proteger o indivíduo das ameaças, permitindo prevenir, evitar ou controlar o *distresse* emocional.

Monat e Lazarus (1985) citados por Vaz Serra (1988) consideram que o *coping* se refere aos esforços para lidar com as situações de dano, ameaça ou de desafio, quando o indivíduo não tem disponível uma rotina ou uma resposta automática.

Vaz Serra (2007) refere que as estratégias de resolução de problemas nem sempre são eficazes. Estas devem-se focar em três aspectos:

- ❖ No problema;
- ❖ Na obtenção de apoio social;
- ❖ No controlo das emoções.

Refere ainda que os recursos de um indivíduo pode dispor incluem: a experiência da pessoa, as características da personalidade, a capacidade económica e o apoio da rede social.

Ross e Altmaier (1994) referem que o suporte social pode influenciar o processo através do qual o indivíduo decide se determinada situação é ou não stressante. O apoio fornecido pelos colegas e supervisores tem grande influência no stresse ocupacional. Este suporte pode ser entendido em termos quantitativos, como o número de amigos ou o número de pessoas com quem mantemos contacto durante a semana. Em termos qualitativos, pode ser entendido como a percepção que o indivíduo tem do suporte que pode obter dessas relações para as suas necessidades.

Num estudo realizado por Silva (2005) sobre as estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros, verificou que os casados utilizam com maior frequência estratégias

de adaptação ao stresse do que os solteiros. Em vários estudos se tem revelado a importância da família como base de ajuda (Vaz Serra, 2007). O facto de haver alguém com quem conversar e desabafar os problemas do dia-a-dia sugere uma melhor adaptação ao stresse.

A crença de que os profissionais de saúde estão imunes à doença pelo facto de deterem conhecimentos no campo da saúde, encontra-se na base de muitas das ideias em relação à capacidade de resistência dos profissionais. Contudo, o conhecimento não substitui a necessidade de apoio, principalmente quando se trata de lidar com emoções, como sofrimento e a morte (McIntyre, 1994).

O contacto repetido com doentes oncológicos faz com que o enfermeiro desenvolva determinados comportamentos de protecção. Sousa (1996, p.40) refere que “a realidade do quotidiano hospitalar tem demonstrado que os enfermeiros têm dificuldade na relação com estes doentes, adoptando atitudes de distanciamento, evitando o contacto com o processo de morrer”.

Vaz Serra (2007) refere que os mecanismos redutores dos estados de tensão emocional diferem consoante a sua finalidade. Por vezes tornam-se úteis, permitindo ao indivíduo uma certa distância dos problemas, ajudando-o a realizar uma imagem mais objectiva da situação e tomar decisões.

Nesta tentativa de esbater as emoções, existem mecanismos benéficos como ouvir música, praticar desporto ou simplesmente conversar e existem outros prejudiciais como o consumo de drogas, distúrbios físicos e psíquicos.

Thelan, Lough, Davie e Urden (1993) referem que os métodos de redução de stresse em enfermagem, são principalmente os que se centram no indivíduo, nas respostas individuais utilizadas com o objectivo de reduzir a tensão interna e restabelecer o equilíbrio, protegendo-o contra o stresse.

Cada enfermeiro possui características próprias e um conjunto de recursos que é diferente dos outros. Por isso existe um nível óptimo de stresse, adequado a cada indivíduo e que é absolutamente necessário ao seu funcionamento (Vaz Serra, 2007). Se o nível de stresse for excessivo, muitas vezes não existe uma adaptação, mas sim, uma sobrecarga de esforço físico e psíquico.

Também as instituições podiam proporcionar aos seus colaboradores um espaço dedicado à discussão. Segundo Delbrouck (2006, p. 182) “os espaços de discussão constituem um dos meios que permitem *cuidar dos que cuidam*”. Acrescenta que “uma instituição não pode permitir-se ignorar o mal-estar dos

prestadores de cuidados e tem a responsabilidade de prevenir, tanto quanto possível, esse fenómeno crescente”.

Warp (1987) refere que a redução do stresse profissional resulta numa melhoria da qualidade e quantidade do trabalho. Num estudo de McIntyre e Silvério (1999) os dados obtidos sugerem que se deve actuar a nível das organizações com o alargamento dos quadros e com a abertura de mais vagas na área da saúde para aliviar a carência de recursos humanos e a sobrecarga de doentes e ainda atribuir meios financeiros para modernizar e melhorar as condições de trabalho.

O vínculo à instituição sugere ser importante na redução do stresse. A noção de segurança permite ao enfermeiro idealizar projectos que não seriam possíveis se o vínculo se mantiver precário.

Vaz Serra (2007) refere que a insegurança sentida com a manutenção do emprego ou a não promoção que se considera justa, levam a insatisfação e desinteresse pelo trabalho, a um mau relacionamento interpessoal e a absentismo. Esta afirmação pode sugerir uma maior vulnerabilidade ao stresse por parte dos enfermeiros contratados, geralmente mais novos em idade e experiência profissional e determinar a necessidade de ter uma rede de apoio social maior de modo a colmatar as suas dificuldades.

Almeida, Amado e Miranda (2003) referem que os enfermeiros afirmam que existe dificuldade em separar os problemas do trabalho dos problemas do hospital, e este facto pode acarretar consequências nefastas quer para o enfermeiro, quer para a sua família.

Para Delbrouck (2006, p. 180) “ser prestador de cuidados, é uma ocupação de risco que exige o equilíbrio entre fusão, proximidade e distanciamento”. Diz ainda que esta é uma capacidade que se adquire com o tempo, graças à experiência pessoal e a um trabalho sobre si próprio. “Se o prestador de cuidados zelar por si, proporcionará ao outro melhores cuidados” (Idem).

Silva (2005) chegou à conclusão no seu estudo que os enfermeiros com mais anos de idade utilizam com mais frequência estratégias de *coping* de auto-controlo. Refere ainda que os enfermeiros com menos anos no serviço recorriam mais frequentemente a estratégias de resolução planeada do problema e os enfermeiros mais antigos utilizavam com mais frequência a estratégia de *coping* confrontativo.

Esta diferença de comportamento face aos problemas pode residir na autonomia e segurança em termos de vínculo. Os enfermeiros com mais idade de profissão passam por mais situações de stresse, daí o confrontarem, sugerindo a

aquisição de capacidades que os mais novos ainda não possuem. Os mais novos tendem a pensar melhor antes de agir, daí planearem qual a estratégia mais adequada a determinada situação.

Já no estudo de Pacheco e Jesus (2007) a gestão dos sintomas é a estratégia mais utilizada seguida do controlo e por fim o escape perante a situação problema.

A separação dos problemas nem sempre é conseguida, mas funciona como estratégia de adaptação a situações de stresse. O enfermeiro terá de ter a noção que para cuidar tem de se sentir capaz e não transmitir os seus problemas aos doentes e restantes profissionais. No entanto, pode sentir necessidade de falar e aí a equipa, amigos e família assumem um papel preponderante.

Delbrouck (2006, p. 183) refere que “se há prestadores de cuidados que já não conseguem continuar, é porque a dado momento do seu percurso profissional, faltou esse “farol” que lhes teria permitido continuar”. “Se há enfermeiros que persistem na via escolhida, é porque na sua vida pessoal e profissional não faltam momentos gratificantes”. Pede-se assim ao prestador de cuidados que: pouse as bagagens demasiado pesadas, cuide de si, seja apoiado por uma terceira pessoa nas suas reflexões e que atribua um sentido à sua tarefa (Idem).

Vaz Serra (2007, p. 455) diz que:

“um indivíduo com estratégias de coping adequadas costuma sentir que tem um bom controlo das situações com que se depara, gosta de confrontar e resolver activamente os problemas, utiliza mecanismos redutores de estados de tensão que não são lesivos da sua saúde e da sua pessoa, não permite que a vida quotidiana seja interferida pelos acontecimentos indutores de stresse e não tem tendência a deixar-se responsabilizar pelas consequências negativas das ocorrências”.

CATÍTULO II

METODOLOGIA

1- QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Para se iniciar uma investigação, parte-se do princípio que há algo que nos incomoda e necessita de ser estudado. Fortin (1999) refere que qualquer investigação parte de uma situação considerada problemática e que causa mal-estar, uma irritação e que exige uma melhor explicação ou uma melhor compreensão do fenómeno observado. Refere ainda que uma questão de investigação expressa-se sob a forma de interrogação relativamente ao problema e pretende examinar e analisar com o objectivo de acrescentar algo de novo.

Para o presente estudo foram levantadas as seguintes questões:

- Como se caracteriza a comunicação dos enfermeiros do IPOC-FG, EPE?
- Quais os níveis de stresse dos enfermeiros do IPOC-FG, EPE ?
- Qual a relação entre serviço e *burnout*?
- Qual a relação entre vínculo e *burnout*?
- Quais as estratégias de adaptação utilizadas por estes enfermeiros?

2- OBJECTIVOS

Este trabalho tem como objectivos:

- Caracterizar a comunicação destes enfermeiros nas relações interpessoais/equipa;
- Avaliar o nível de stresse dos enfermeiros do IPOC-FG, EPE;
- Caracterizar a relação dos enfermeiros com o doente oncológico;
- Relacionar as estratégias de adaptação com os níveis de stresse;
- Identificar situações de *Burnout*;
- Relacionar as variáveis sócio-demográficas com as características estudadas.

3- TIPO DE ESTUDO

Este trabalho é um estudo descritivo-correlacional, em que, segundo Fortin (1999, p. 174), “o investigador explora e determina a existência de relações entre variáveis com vista a descrever essas relações”. Acrescenta que o objectivo deste estudo é a descoberta de factores ligados ao fenómeno. Refere ainda que “permite, no decorrer do mesmo processo, considerar simultaneamente várias variáveis com vista a explorar as suas relações mútuas”.

4- HIPÓTESES

Pretendendo fazer uma descrição e estabelecer uma relação entre comunicação, stresse, estratégias de adaptação, *Burnout* e doente oncológico com os enfermeiros do IPOC-FG, EPE, apresentam-se as hipóteses relativas ao trabalho.

- H1** Há relação entre comportamento comunicacional assertivo e burnout.
- H2** Há uma relação entre género e *burnout*.
- H3** Há uma correlação negativa entre quem trabalha por turnos e comportamento comunicacional assertivo
- H4** Há uma correlação negativa entre vulnerabilidade ao stresse e comportamento comunicacional assertivo
- H5** Há relação entre *burnout* e apoio social.
- H6** Há uma correlação negativa entre *burnout* e estratégias de adaptação ao stresse
- H7** Há uma correlação negativa entre duplo emprego e comportamento comunicacional assertivo
- H8** Há relação entre estado civil e *burnout*.
- H9** Há relação entre *burnout* e regime de trabalho.
- H10** Há relação entre comportamento comunicacional assertivo e característica do serviço.

5- VARIÁVEIS

5.1- VARIÁVEIS DEPENDENTES

Vulnerabilidade ao stresse, comportamento comunicacional assertivo, *burnout*, estratégias de adaptação ao stresse e apoio social percebido.

5.2- VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Idade, género, estado civil, característica do serviço, tempo de serviço, regime de trabalho, vínculo, habilitações literárias, categoria profissional e jornada dupla.

6- POPULAÇÃO

A população em estudo é composta pela totalidade dos enfermeiros do IPOC-FG, EPE, que trabalham nos internamentos e ambulatório perfazendo um total de 237. A amostra é composta por 129 enfermeiros, que responderam ao questionário correctamente.

7- ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para todos os testes de hipóteses foi verificada a normalidade através do teste de *Kolmogorov Smirnov*, tendo em face destes resultados, optado por testes paramétricos (quando a distribuição é normal) e não paramétricos (quando a distribuição não é normal).

No estudo recorremos a estatística descritiva (Média, Moda, Desvio Padrão, Máximo e Mínimo) e inferencial (paramétrica e não paramétrica), utilizando o teste *t de student* para diferença entre médias e Correlação de *r* de *Pearson* para verificar a relação entre variáveis e o teste de Qui-quadrado X^2 , que testa a hipótese nula mostrando que as duas variáveis não estão relacionadas uma com a outra (Hill & Hill, 2005).

Para Hill e Hill (2005, p. 202) “um coeficiente de correlação é uma estatística descritiva que indica a natureza da relação entre os valores de duas variáveis”. Acrescenta que “este é aplicável quando as duas variáveis são medidas por uma

escala de intervalo ou de rácio (variáveis métricas), e a relação entre as variáveis é linear (ou, pelo menos, não claramente não-linear)".

8- TRATAMENTO DOS DADOS

Foi utilizado no tratamento estatístico o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 16.0.

9- INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Escala de Avaliação dos Comportamentos Assertivos dos Enfermeiros - Jesus, S. N. e Amaro, H. J. F (2005)

A Escala de Avaliação dos Comportamentos Assertivos dos Enfermeiros é constituída por duas sub-escalas.

A Sub-escala A: Comportamentos Assertivos com os Utentes, é constituída por 6 itens, em que se obteve um *alpha de Cronbach* de 0.7608. Relativamente à Sub-escala B: Comportamentos Assertivos com a Equipa Multidisciplinar, é constituída por 18 itens, tendo-se obtido um *alpha de Cronbach* de 0.8954. No que diz respeito à Escala de Comportamentos Assertivos do Enfermeiro, obteve-se um *alpha de Cronbach* de 0.8980, o que para Hill e Hill (2005) corresponde a um *alpha* bom.

É usada uma Escala de tipo *likert* de 6 pontos, sendo (1) Nunca e (6) Sempre.

Escala para avaliar a vulnerabilidade ao stresse (23 QVS) – Vaz Serra (2000)

Escala de tipo *likert* de 5 pontos, com cotação de 0 a 4 (itens 1,3,4,6,7,8,20) e (inversa nos itens 2,5,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,21,22,23). Foi realizada uma revisão da literatura com 64 questões. Numa Investigação com (n=368), efectuou-se uma selecção de 23 itens, apresentando uma elevada correlação item-total (>0.20) (homogeneidade/unidimensionalidade da escala). O coeficiente *alpha de Cronbach* =0.824 (consistência Interna) e Correlação teste-reteste (49 dias; n=105) =0.816 (estabilidade temporal). A escala encontra-se dividida em sete factores, sendo eles por ordem crescente:

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

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

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

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

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

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

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

Há uma correlação positiva com Neuroticismo (EPI) e negativa com a capacidade de resolução de problemas (IRP).

Questionário de Apoio Social (SSQ) – Sarason, I.; Sarason, B. & Pierce, G., 1987; Versão portuguesa de Pinheiro, M. & Ferreira, J. (2000)

O Questionário de Apoio Social (SSQ) é uma escala de auto-aplicação concebida para quantificar a disponibilidade e o grau de satisfação com o apoio social percebidos. Cada uma das perguntas requer uma resposta em dois momentos: pede-se aos inquiridos que enumerem primeiro até nove pessoas para quem acham que se podem virar e em quem confiem em circunstâncias concretas de necessidade (1); e depois que pontuem, recorrendo a uma escala graduada em seis pontos entre *muito satisfeito e muito insatisfeito*, em que medida se sentem satisfeitos com o apoio disponível (2).

O número médio de pessoas listadas nas questões postas como dando apoio fornece uma pontuação de número da disponibilidade de apoio percebida como um todo, ao passo que a pontuação de satisfação global resulta da média de pontuações em satisfação. Com uma validade bem consubstanciada e coeficientes *alpha* respectivamente de 0.97 e 0.94 para as pontuações de número e de satisfação, o SSQ evoluiu depois para uma forma abreviada apenas com seis questões (SSQ-6) seleccionadas por meio de análise factorial. O uso desta versão alternativa pareceu adequado na medida em que apresenta correlações com a versão integral do SSQ (uma vez eliminadas as 6 questões comuns) de 0.95 para a SSQ-N, e 0.96 para a SSQ-S; mantendo coerência interna de $r = 0.90$ e *alpha* = 0.93. A tradução Portuguesa da versão abreviada, tal como usada neste estudo, apresentou um *alpha* para a disponibilidade de 0.89, e um *alpha* para a satisfação de 0.88.

Inventário de Resolução de Problemas (Vaz Serra, 1988)

O inventário de resolução de problemas consiste numa escala de auto-avaliação constituída por 40 questões, a qual permite obter uma nota global e valores informativos relativos a 9 sub-escalas: pedido de ajuda, confronto e resolução activa dos problemas, abandono passivo, controlo interno/externo dos problemas, estratégias de controlo das emoções, atitude activa de não interferência da vida quotidiana pelas ocorrências, agressividade internalizada/externalizada, auto-responsabilização e medo das consequências, confronto com o problema e planificação da estratégia.

As várias sub-escalas correlacionam-se positivamente e de forma altamente significativa com a nota global da escala, sendo os valores mais elevados nas sub-escalas do Inventário de Resolução de Problemas e no seu valor global, indicadores de boas competências de resolução de problemas. Os dilemas implicativos foram identificados a partir da análise de construtos pessoais recolhidos através da Técnica da Grelha de Repertório (Fernandes, 2001). Esta técnica consiste numa entrevista estruturada e orientada para a identificação das dimensões de significado que o sujeito usa para dar sentido ao seu mundo e, a partir das quais se diferencia dos outros significativos (Fernandes, 2001). Permite obter informação sobre o conteúdo e a estrutura do sistema de construtos pessoais, entre elas a presença ou ausência de dilemas implicativos.

Esta escala apresenta um coeficiente de *Sperman-Brown* de 0.860, demonstrando boa estabilidade temporal e uma correlação teste-reteste de 0.808 ($n=102$), $p < 0,001$.

***Maslach Burnout Inventory (MBI)* – Maslach e Jackson (1986); Nunes (1996).**

Escala de tipo *likert* de 7 pontos (de 0=nunca a 6=todos os dias), com 22 itens, distribuídos por três sub-escalas:

Exaustão emocional (itens 1,2,3,6,8,13,14,16,20)

Despersonalização (itens 5,10,11,15,22)

Realização profissional (4,7,9,12,17,18,19,21)

A primeira versão foi apresentada por Maslach em 1981 e a segunda versão surge em 1986 por Maslach e Jackson, onde não incluíram uma quarta escala, a do desenvolvimento no trabalho e deixaram de avaliar a intensidade (de 0=nada a 6=muito importante).

Diversas investigações têm confirmado a sua estrutura tri-factorial e uma elevada consistência interna das três escalas (sempre superior a 0.7, excepto a despersonalização, nalguns estudos).

Questionário de características sócio-demográficas

Constituído por Idade, Género, Estado civil, Residência, Religião, Característica do serviço, Habilitações literárias, Categoria profissional, Regime de trabalho, Duplo emprego, Vínculo, Experiência profissional.

10- PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Foi realizado o pedido formal, e autorizado o estudo pelo Conselho de Administração do IPOC-FG, EPE, dando a conhecer a investigação que se pretende realizar e garantindo o cumprimento de todos os pressupostos éticos relativos a uma investigação científica. No final do estudo os resultados serão facultados à instituição, assim como dois exemplares do trabalho final (Anexos 2 e 3).

Foi assegurado ao participante confidencialidade das respostas e anonimato, assim como o direito de desistir do estudo a qualquer momento. Depois de esclarecido será assinado documento comprovativo de autorização do uso dos dados no estudo. Os participantes poderão ter acesso aos resultados da investigação.

Foram ainda pedidos os instrumentos aos respectivos autores, que por escrito autorizaram a sua utilização, ficando salvaguardado o direito de autor (Anexos 4 e 5).

CAPÍTULO III APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1. RELAÇÃO COM AS CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

A amostra em estudo é representada por um n = 129, num universo de 237 enfermeiros, correspondendo a 54,43%.

Tabela 1
Características demográficas e profissionais da amostra

Variáveis demográficas/profissionais		n	%	Média	Desvio padrão
Idade		129		35,07	8,851
Género	Masculino	29	22,5		
	Feminino	100	77,5		
Estado civil	Não casado	50	38,8		
	Casado	79	61,2		
Residência	Urbano	73	56,6		
	Periferia	44	34,1		
	Rural	12	9,3		
Religião	Católico	114	88,4		
	Outras	15	11,6		
Característica do serviço	Internamento	99	76,7		
	Ambulatório	30	23,3		
Habilitações	Bacharelato	19	14,7		
	Licenciatura	110	85,3		
Categoria profissional	Enfermeiro	45	34,9		
	Graduado	71	55,0		
	Especialista	8	6,2		
	Chefe	5	3,9		
Regime de trabalho	Turnos	84	65,1		
	Fixo	45	34,9		
Duplo emprego	Sim	28	21,7		
	Não	101	78,3		
Vínculo	Quadro	88	68,2		
	Contrato	41	31,8		
Experiência profissional		129		148,45(meses) 12,37 (anos)	103,393

A amostra é predominantemente do género feminino (77,5%), com uma média de idade de 35,04 anos e com uma experiência profissional média de 12 anos e 4 meses. Quanto ao estado civil a maioria são casados (61,2%) e os restantes são solteiros, viúvos ou divorciados. Vivem sobretudo no meio urbano (56,6%) e os restantes na periferia e rural. Católicos na generalidade (88,4%).

A grande maioria trabalha em internamento (76,7%) e por turnos (65,1%). Apenas 21,7% recorrem a trabalho duplo fora da instituição.

Dos 129 enfermeiros a maioria são graduados (55%), seguindo-se enfermeiros (34,9%), especialistas (6,2%) e chefes (3,9%). Em relação às habilitações a maioria são licenciados (85,3%) e apenas 14,7% são bacharéis. Quanto ao vínculo 68,2% pertencem ao quadro e 31,8% têm contrato individual de trabalho.

Quanto ao género não se verifica uma diferença estatisticamente significativa em relação ao *burnout*. No entanto, verifica-se uma correlação positiva entre o género masculino e a despersonalização. Os homens apresentam uma média superior às mulheres no que diz respeito à dimensão despersonalização, sendo esta estatisticamente significativa. Entende-se por despersonalização um distanciamento face à relação com o doente. Os homens manifestam a tendência de não se envolverem demasiado nas relações, não arrastando os problemas do hospital para casa. Quanto à exaustão emocional os homens apresentam igualmente uma média superior às mulheres e uma média inferior relativamente à realização profissional, mas sem diferença estatisticamente significativa.

Tabela 2
Relação entre género e escala de *burnout* e as suas dimensões

Escalas	Género	n (129)	Média	Desvio padrão	F	p
<i>Burnout</i> (MBI)	Masculino	29	2,89	,544	,530	,145
	Feminino	100	2,73	,536		
Exaustão emocional (MBI 1)	Masculino	29	2,40	1,059	,106	,426
	Feminino	100	2,21	1,146		
Despersonalização (MBI 2)	Masculino	29	1,28	1,077	11,117	,017
	Feminino	100	,86	,742		
Realização profissional (MBI 3)	Masculino	29	4,46	,697	,589	,909
	Feminino	100	4,48	,802		

Relativamente ao tipo de serviço, não se encontram diferenças significativas. O facto de trabalhar no ambulatório ou no internamento parece não ser relevante neste estudo.

Tabela 3

Relação entre as escalas utilizadas no estudo e a variável característica do serviço

Escalas	Característica do serviço	n (129)	Média	Desvio padrão	F	p
<i>Burnout</i> (MBI)	Internamento	99	2,77	,496	4,184	,896
	Ambulatório	30	2,75	,676		
Estratégias de adaptação ao stresse (IRP)	Internamento	99	3,87	,272	,005	,475
	Ambulatório	30	3,83	,295		
Comportamento comunicacional assertivo	Internamento	99	4,94	,362	1,856	,103
	Ambulatório	30	5,07	,420		
Vulnerabilidade ao stresse (QVS)	Internamento	99	1,54	,339	,583	,156
	Ambulatório	30	1,64	,379		

Quanto ao estado civil, optou-se por agrupar os enfermeiros que referiram ser solteiros, viúvos e divorciados, comparando-os com os enfermeiros que referiram ser casados. Foi encontrada uma correlação positiva entre as estratégias de adaptação ao stresse e o *burnout* com o estado civil casado.

Quem não é casado apresenta mais *burnout* e menos estratégias de adaptação ao stresse do que quem é casado.

Tabela 4

Relação entre estado civil, *burnout* e estratégias de adaptação ao stresse

Escalas	Estado civil	n	Média	Desvio padrão	F	p
<i>Burnout</i> (MBI)	Não casado	50	2,88	,610	3,242	,050
	Casado	79	2,69	,481		
Estratégias de adaptação ao stresse (IRP)	Não casado	50	3,79	,335	5,571	,011
	Casado	79	3,91	,222		

Há uma correlação positiva entre regime de trabalho e comportamento comunicacional assertivo. Quem faz turnos apresenta comportamento comunicacional assertivo com menor frequência.

Tabela 5
Relação entre regime de trabalho e comportamento comunicacional assertivo

Escalas	Regime de trabalho	n	Média	Desvio padrão	F	p
Comportamento comunicacional assertivo total	Turnos	84	4,91	,332	5,629	,023
	Fixo	45	5,07	,437		

Há uma correlação positiva entre vínculo e quantidade de apoio social percebido. Os enfermeiros contratados referem uma maior quantidade de apoio social percebido que os do quadro.

Tabela 6
Relação entre vínculo e apoio social percebido

Escalas	Vínculo	n	Média	Desvio padrão	F	p
Quantidade de apoio social percebido (SSQQ)	Quadro	88	3,46	2,003	,179	,033
	Contrato	41	4,28	1,946		

Há uma correlação negativa entre duplo emprego e comportamento comunicacional assertivo total e com a equipa multidisciplinar. Já com os doentes, apesar de evidenciar diferenças, não são, do ponto de vista estatístico significativas.

Há uma correlação positiva entre duplo emprego e controlo interno/externo dos problemas. Os enfermeiros que referem realizar trabalho duplo apresentam menor controlo dos problemas ao contrário dos que não têm duplo emprego.

Tabela 7

Relação entre duplo emprego e comportamento comunicacional assertivo com utentes e equipa multidisciplinar e dimensão controlo interno/externo do problema do IRP

Escalas	Duplo emprego	n	Média	Desvio padrão	F	p
C. Comunicacional assertivo com utentes (ECEA)	Sim	28	4,97	,311	4,025	,118
	Não	101	5,11	,445		
C. Comunicacional assertivo com equipa multidisciplinar (ECEB)	Sim	28	4,65	,404	,242	,007
	Não	101	4,91	,456		
C. Comunicacional assertivo total	Sim	28	4,81	,313	,944	,013
	Não	101	5,01	,384		
Controlo interno/externo dos problemas (IRP4)	Sim	28	3,49	,580	3,874	,022
	Não	101	3,73	,449		

Da análise da tabela seguinte, pode-se verificar que há uma correlação positiva entre experiência profissional e o pedido de ajuda (dimensão 1 do IRP). Os enfermeiros com mais anos de profissão referem que pedem ajuda com maior frequência como uma estratégia de adaptação ao stresse.

Há correlação positiva entre experiência profissional e o confronto com o problema e planificação de estratégias (dimensão 9 do Inventário da resolução de problemas). Os enfermeiros com mais anos de profissão referem confrontar o problema e delinear estratégias com maior frequência como adaptação ao stresse.

Há uma correlação negativa entre experiência profissional e a dramatização da existência (dimensão 5 da escala da vulnerabilidade ao stresse). Os enfermeiros com menos anos de profissão dramatizam mais a existência, tendo assim maior vulnerabilidade ao stresse referente a esta dimensão específica.

Há correlação positiva entre experiência profissional e a subjugação (dimensão 6 da escala da vulnerabilidade ao stresse). Os enfermeiros com mais anos de profissão referem uma maior subjugação que os enfermeiros com menos experiência profissional.

Há uma correlação negativa entre experiência profissional e a quantidade de apoio social percebido. Os enfermeiros com menos anos de profissão referem maior apoio social percebido do que os com mais anos de profissão. Quanto à satisfação com o apoio percebido não se encontram resultados estatisticamente significativos.

Tabela 8

Correlação entre experiência profissional e várias dimensões das escalas utilizadas no estudo, nomeadamente o inventário de resolução de problemas, escala da vulnerabilidade ao stresse e escala de apoio social percebido

Variáveis		Experiência Profissional	IRP1	IRP9	QVS2	QVS5	QVS6	SSQQ
Experiência profissional	r	1,000	,238**	,224*	-,125	-,178*	,247**	-,265**
	p		,007	,011	,158	,043	,005	,002
	n	129,000	129	129	129	129	129	129

2. RELAÇÃO ENTRE AS ESCALAS UTILIZADAS

De seguida apresentam-se os resultados referentes à relação entre as escalas utilizadas no estudo.

Da análise das escalas do comportamento comunicacional assertivo verifica-se que a grande maioria dos participantes no estudo adoptam comportamentos assertivos com muita frequência. Não se encontram grandes diferenças entre as sub-escalas, no entanto apresentam resultados mais altos na sub-escala A, referente ao comportamento com os doentes e no total, face à sub-escala B, dos comportamentos com a equipa multidisciplinar. Verifica-se ainda uma correlação positiva entre a sub-escala A e a sub-escala B (48,1%) e com o total (84,9%). O mesmo acontece em relação à sub-escala B e o total (87,2%).

Tabela 9
Caracterização da escala do comportamento comunicacional assertivo

Escalas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Comportamento comunicacional assertivo	4,27	6,00	4,97	,378
C. assertivo com utentes (ECEA)	4,20	6,00	5,08	,423
C. assertivo com equipa (ECEB)	3,47	6,00	4,86	,456

Tabela 10
Correlação entre as sub-escalas do comportamento assertivo e o total

Escalas		ECEtotal	ECEA	ECEB
C. comunicacional assertivo total (ECEtotal)	r	1,000	,849**	,872**
	p		,000	,000
	n	129,000	129	129
C. comunicacional assertivo com utentes (ECEA)	r	,849**	1,000	,481**
	p	,000		,000
	n	129	129,000	129
C. comunicacional assertivo com equipa multidisciplinar (ECEB)	r	,872**	,481**	1,000
	p	,000	,000	
	n	129	129	129,000

Quanto ao *burnout*, os valores mostram um valor correspondente a um *burnout* médio (2,76), assim como no item da exaustão emocional (2,25). No item da despersonalização verifica-se um valor médio baixo (0,95) e no da realização pessoal um valor elevado (4,47).

Num estudo exploratório, utilizando a correlação de *Pearson* sobre os comportamentos assertivos e o *burnout* revelou-se a não existência de uma correlação significativa.

Numa análise entre a escala do comportamento assertivo e as dimensões do *burnout* verificou-se uma correlação positiva entre comportamento assertivo total e realização pessoal (36,2%) e uma correlação negativa entre comportamento comunicacional assertivo total e a despersonalização (-38,2%).

Encontrou-se também uma correlação positiva entre o comportamento assertivo com os utentes e realização pessoal (17,4%) e uma correlação negativa entre o comportamento assertivo com os utentes e despersonalização (-37,1%).

Verifica-se ainda uma correlação positiva entre o comportamento comunicacional assertivo com a equipa e a realização pessoal (43,9%) e uma correlação negativa entre o comportamento comunicacional assertivo com a equipa e a despersonalização (-28,9%).

Tabela 11
Caracterização da escala de *burnout* (MBI) e as suas dimensões

Escala e dimensões	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
<i>Burnout</i> (MBI)	1,55	4,41	2,76	,540
Exaustão emocional (MBI1)	,00	5,44	2,25	1,126
Despersonalização (MBI2)	,00	4,00	,95	,843
Realização profissional (MBI3)	2,38	6,00	4,47	,777

Tabela 12
Correlação entre as escalas do comportamento comunicacional assertivo e as dimensões da escala do *burnout* (MBI)

		Exaustão emocional MBI 1	Despersonalização MBI 2	Realização profissional MBI 3
C. comunicacional assertivo total (ECEtotal)	r	-,121	-,382**	,362**
	p	,171	,000	,000
	n	129	129	129
C. comunicacional assertivo com utentes (ECEA)	r	-,084	-,371**	,174*
	p	,342	,000	,049
	n	129	129	129
C. comunicacional assertivo com equipa multidisciplinar (ECEB)	r	-,123	-,289**	,439**
	p	,166	,001	,000
	n	129	129	129

Respeitante à vulnerabilidade ao stresse, encontra-se uma correlação negativa entre esta escala e o comportamento comunicacional assertivo total (-17,8%) e uma correlação negativa entre a vulnerabilidade ao stresse e o comportamento comunicacional assertivo com a equipa (-29,5%).

Evidencia-se ainda uma correlação negativa entre a escala do comportamento assertivo e a dimensão (2) de inibição e dependência funcional (-30,0%) e uma correlação negativa entre a escala do comportamento assertivo e a dimensão (7) de privação de afecto e rejeição (-25,1%).

Encontra-se uma correlação positiva entre vulnerabilidade ao stresse e *burnout* (17,4%).

Verifica-se uma correlação negativa entre a satisfação com o apoio social percebido (-23,0%) e vulnerabilidade ao stresse e uma correlação negativa entre a vulnerabilidade ao stresse e as estratégias de adaptação ao stresse (-47,7%).

Tabela 13
Caracterização da escala da vulnerabilidade ao stresse (QVS) e as suas dimensões

Escala e dimensões	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Vulnerabilidade ao stresse (QVS)	,91	2,43	1,56	,350
Perfeccionismo e intolerância à frustração (QVS1)	,67	3,50	2,10	,547
Inibição e dependência funcional (QVS2)	,00	2,80	1,15	,513
Carência de apoio social (QVS3)	,00	4,00	1,19	,755
Condições de vida adversa (QVS4)	,00	4,00	1,42	,956
Dramatização da existência (QVS5)	,67	4,00	2,11	,691
Subjugação (QVS6)	,00	3,00	1,56	,591
Deprivação de afecto e rejeição (QVS7)	,00	3,00	1,14	,574

Tabela 14
Correlação entre a escala do comportamento comunicacional assertivo e as dimensões da escala da vulnerabilidade ao stresse (QVS)

Escala	ECETotal	QVS 1	QVS 2	QVS 3	QVS 4	QVS 5	QVS 6	QVS 7	
C. comunicacional assertivo total (ECETotal)	r	1,000	-,060	-,300**	-,138	,048	-,009	-,013	-,251**
	p		,503	,001	,119	,587	,924	,888	,004
	n	129,000	129	129	129	129	129	129	129

Tabela 15

Correlação entre a escala da vulnerabilidade ao stresse (QVS) e as restantes escalas em estudo

Escala		QVS	MBI	SSQQ	SSQS	IRP	ecea	eceb	ecetotal
Vulnerabilidade	r	1,000	,174*	-,029	-,230**	-,477**	,001	-,295**	-,178*
ao stresse	p		,049	,744	,009	,000	,992	,001	,044
(QVS)	n	129	129	129	129	129	129	129	129

Relativamente às estratégias de adaptação ao stresse e comportamento comunicacional assertivo, encontra-se uma correlação positiva com a escala total (25,0%) e com a sub-escala B do comportamento comunicacional assertivo com a equipa multidisciplinar (33,5%).

Existe uma correlação positiva entre a escala de comportamento assertivo total e as dimensões confronto e resolução activa dos problemas (49,6%) e confronto com o problema e planificação da estratégia (20,3%).

Verifica-se uma correlação negativa entre comportamento comunicacional assertivo e a dimensão pedido de ajuda (-17,6%).

Há uma correlação negativa entre *burnout* e as estratégias de adaptação ao stresse (-21,8%).

Tabela 16

Caracterização do Inventário de resolução de problemas (IRP) e as suas dimensões

Escala e dimensões	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Inventário de resolução de problemas (IRP)	2,76	4,61	3,86	,277
Pedido de ajuda (IRP1)	1,80	4,40	2,93	,502
Confronto e resolução activa dos problemas (IRP2)	2,43	5,00	3,96	,504
Abandono passivo das situações (IRP3)	2,33	5,00	4,26	,641
Controlo interno/externo dos problemas (IRP4)	2,00	4,50	3,68	,488
Estratégias de controlo das emoções (IRP5)	2,00	5,00	4,20	,582
Atitude activa de não interferência da vida quotidiana pelas ocorrências (IRP6)	1,50	4,00	2,94	,430
Agressividade internalizada/externalizada (IRP7)	2,50	5,00	4,84	,388
Auto-responsabilização e medo das consequências (IRP8)	2,25	5,00	4,18	,585
Confronto com problema e planificação da estratégia (IRP9)	2,00	5,00	3,79	,568

Tabela 17

Correlação entre o Inventário de resolução de problemas (IRP) e as restantes escalas em estudo

Escala		QVS	MBI	SSQQ	SSQS	IRP	ecea	eceb	ecetotal
Estratégias de adaptação ao stresse (IRP)	r	-,477**	-,218*	-,129	,144	1,000	,086	,335**	,250**
	p	,000	,013	,144	,103		,331	,000	,004
	n	129	129	129	129	129,000	129	129	129

Tabela 18

Correlação entre a escala do comportamento comunicacional assertivo e dimensões do inventário de resolução de problemas (IRP)

Escalas e dimensões		ECEtotal	IRPDIM1	IRPDIM2	IRPDIM9
Comportamento comunicacional assertivo (ECEtotal)	r	1,000	-,176*	,496**	,203*
	p		,046	,000	,021
	n	129,000	129	129	129

Quanto ao apoio social percebido verifica-se uma correlação positiva entre a quantidade e a satisfação do mesmo (28,1%). Encontra-se uma correlação positiva entre *burnout* e a quantidade de apoio social percebido (18,7%).

Tabela 19

Caracterização da escala do apoio social percebido (SSQ)

Escalas	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Quantidade de apoio social percebido (SSQQ)	129	,00	9,00	3,72	2,014
Satisfação com o apoio social percebido (SSQS)	129	1,00	6,00	5,17	,939

Tabela 20
Correlação entre a escala de *burnout* e apoio social percebido

Escalas		MBI	SSQQ	SSQS
<i>Burnout</i> (MBI)	r	1,000	,187*	,048
	p		,034	,589
	n	129,000	129	129
Quantidade de apoio social percebido (SSQQ)	r	,187*	1,000	,281**
	p	,034		,001
	n	129	129,000	129
Satisfação com o apoio social percebido (SSQS)	r	,048	,281**	1,000
	p	,589	,001	
	n	129	129	129,000

A população em estudo caracteriza-se por uma baixa vulnerabilidade ao stresse com uma média de **1,56 [0-4]**, um *burnout* médio de **2,76 [0-6]**, estratégias de adaptação ao stresse/ *coping* na ordem dos **3,86** de média **[1-5]** e um comportamento comunicacional assertivo com elevada frequência **4,97** de média **[1-6]**. Apresenta ainda grande satisfação com o apoio social percebido com uma média de **5,17 [1-6]**.

Tabela 21
Quadro geral das correlações entre as escalas utilizadas no estudo

Escalas		QVS	MBI	SSQQ	SSQS	IRP	ecea	eceb	ecetotal
Vulnerabilidade ao stresse (QVS)	r	1,000	,174 [*]	-,029	-,230 ^{**}	-,477 ^{**}	,001	-,295 ^{**}	-,178 [*]
	p		,049	,744	,009	,000	,992	,001	,044
	n	129	129	129	129	129	129	129	129
<i>Burnout</i> (MBI)	r	,174 [*]	1,000	,187 [*]	,048	-,218 [*]	-,112	,022	-,049
	p	,049		,034	,589	,013	,205	,802	,579
	n	129	129,000	129	129	129	129	129	129
Quantidade de apoio social percebido (SSQQ)	r	-,029	,187 [*]	1,000	,281 ^{**}	-,129	-,129	-,056	-,106
	p	,744	,034		,001	,144	,144	,527	,231
	n	129	129	129,000	129	129	129	129	129
Satisfação com o apoio social percebido (SSQS)	r	-,230 ^{**}	,048	,281 ^{**}	1,000	,144	-,145	,042	-,056
	p	,009	,589	,001		,103	,100	,633	,531
	n	129	129	129	129,000	129	129	129	129
Estratégias de adaptação ao stresse (IRP)	r	-,477 ^{**}	-,218 [*]	-,129	,144	1,000	,086	,335 ^{**}	,250 ^{**}
	p	,000	,013	,144	,103		,331	,000	,004
	n	129	129	129	129	129,000	129	129	129
Comportamento comunicacional assertivo com utentes (ECEA)	r	,001	-,112	-,129	-,145	,086	1,000	,481 ^{**}	,849 ^{**}
	p	,992	,205	,144	,100	,331		,000	,000
	n	129	129	129	129	129	129,000	129	129
Comportamento comunicacional assertivo com equipa (ECEB)	r	-,295 ^{**}	,022	-,056	,042	,335 ^{**}	,481 ^{**}	1,000	,872 ^{**}
	p	,001	,802	,527	,633	,000	,000		,000
	n	129	129	129	129	129	129	129,000	129
Comportamento comunicacional assertivo total (ECEtotal)	r	-,178 [*]	-,049	-,106	-,056	,250 ^{**}	,849 ^{**}	,872 ^{**}	1,000
	p	,044	,579	,231	,531	,004	,000	,000	
	n	129	129	129	129	129	129	129	129,000

3. HIPÓTESES DO ESTUDO

H1 Há relação entre comportamento comunicacional assertivo e *burnout*

Como se pode constatar na tabela 21, não se verifica uma relação entre *burnout* e o comportamento comunicacional assertivo. Da análise da tabela 12 verifica-se no entanto correlações entre as dimensões do *burnout* (realização profissional e despersonalização) e o comportamento comunicacional assertivo e as suas sub-escalas. Não se verifica qualquer relação entre a dimensão exaustão emocional e o comportamento comunicacional assertivo.

H2 Há uma relação entre género e *burnout*

Quanto ao género não se verifica uma diferença estatisticamente significativa em relação ao *burnout*, conforme se pode conferir na tabela 2. No entanto, na análise da mesma tabela, verifica-se uma correlação positiva entre o género masculino e a despersonalização. Os homens apresentam uma média superior às mulheres no que diz respeito à dimensão despersonalização, sendo esta estatisticamente significativa. Apresentam igualmente uma média superior relativamente à exaustão emocional e uma média inferior em relação à realização profissional, mas sem diferença estatisticamente significativa.

H3 Há uma correlação negativa entre quem trabalha por turnos e comportamento comunicacional assertivo

Da análise da tabela 5 verifica-se que quem faz turnos apresenta comportamento comunicacional assertivo com menos frequência.

H4 Há uma correlação negativa entre vulnerabilidade ao stresse e comportamento comunicacional assertivo

Da análise da tabela 15 verifica-se uma correlação negativa entre a vulnerabilidade ao stresse e o comportamento comunicacional assertivo total (-17,8%) e uma correlação negativa entre a vulnerabilidade ao stresse e o comportamento comunicacional assertivo com a equipa (-29,5%). Os enfermeiros mais vulneráveis ao stresse são os que adoptam com menos frequência comportamento comunicacional assertivo.

Evidencia-se ainda uma correlação negativa entre a escala do comportamento assertivo e a dimensão (2) de inibição e dependência funcional (-30,0%) e uma correlação negativa entre a escala do comportamento assertivo e a dimensão (7) de privação de afecto e rejeição (-25,1%), conforme os resultados expressos na tabela 14.

H5 Há relação entre *burnout* e apoio social percebido

De acordo com os resultados apresentados na tabela 20, verifica-se uma correlação positiva entre o *burnout* e a quantidade de apoio percebido (18,7%), não havendo qualquer relação relativamente à satisfação com esse apoio.

Os enfermeiros que apresentam mais *burnout*, referem ter a percepção de uma maior rede de apoio social disponível.

H6 Há uma correlação negativa entre *burnout* e estratégias de adaptação ao stresse

Da análise da tabela 17, pode-se verificar uma correlação negativa entre *burnout* e estratégias de adaptação ao stresse (- 21,8%). Os enfermeiros que referem mais estratégias de adaptação apresentam menos *burnout*.

H7 Há uma correlação negativa entre duplo emprego e comportamento comunicacional assertivo

De acordo com os resultados apresentados na tabela 7, há uma correlação negativa entre duplo emprego e comportamento comunicacional assertivo total e com a equipa multidisciplinar. Já com os doentes, apesar de apresentar diferenças evidentes, não são, do ponto de vista estatístico significativas. Os enfermeiros que

referem ter um duplo emprego apresentam com menos frequência comportamento comunicacional assertivo.

H8 Há relação entre estado civil e *burnout*

Foi encontrada uma correlação positiva entre as estratégias de adaptação ao stresse e o *burnout* com o estado civil casado, conforme os dados apresentados na tabela 4.

Quem não é casado apresenta mais *burnout* e menos estratégias de adaptação ao stresse do que quem é casado.

H9 Há relação entre *burnout* e regime de trabalho

Tabela 22
Relação entre *burnout* e regime de trabalho

Escala	Regime de trabalho	n (129)	Média	Desvio padrão	F	p
<i>Burnout</i> (MBI)	Turnos	84	2,76	,509	1,156	,978
	Fixo	45	2,76	,601		

Não há evidência estatisticamente relevante na relação entre *burnout* e regime de trabalho.

H10 Há relação entre comportamento comunicacional assertivo e a característica do serviço

Como se pode verificar na tabela 3, relativamente ao tipo de serviço, não se encontram diferenças significativas. Quer os enfermeiros do internamento quer os do ambulatório apresentam comportamento assertivo com elevada frequência.

4. DISCUSSÃO

A discussão deste estudo passa por apresentar os dados encontrados e tentar explicá-los tendo como base uma revisão bibliográfica e resultados de outros estudos realizados sobre a mesma temática.

O estudo do **comportamento comunicacional assertivo** nos enfermeiros encontra-se ainda pouco explorado, no entanto Jesus e Amaro (2005) realizaram uma investigação e validaram as escalas utilizadas neste estudo.

Os resultados do presente estudo indiciam que os enfermeiros adoptam comportamentos assertivos com elevada frequência, sendo que a média do comportamento assertivo com os doentes é superior à dos comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar. Estes resultados vão ao encontro aos estudos de Jesus e Amaro (2005).

Não se encontra qualquer relação entre **característica do serviço e comportamento comunicacional assertivo**, não se confirmando a hipótese apontada. Quer os enfermeiros do internamento quer os do ambulatório apresentam comportamento comunicacional assertivo com elevada frequência.

Na relação entre os **comportamentos comunicacionais assertivos e o *burnout*** não se encontraram resultados estatísticos significativos, tal como em Jesus e Amaro (2005). Não se confirma a hipótese levantada no nosso estudo que sugere uma relação entre o comportamento comunicacional assertivo e o *burnout*.

Numa análise entre a escala do **comportamento assertivo e as dimensões do *burnout*** verificou-se uma correlação positiva entre comportamento assertivo total e realização pessoal e uma correlação negativa entre comportamento comunicacional assertivo total e a despersonalização. O bom ambiente no trabalho e a adopção de comportamentos comunicacionais assertivos com bastante frequência, influenciam de forma positiva a realização profissional, como sugerem os estudos de Maslach e Jackson (2001), Queirós (2004) e Jesus (2005). Na sequência dos resultados é de esperar que a despersonalização apresente uma média baixa uma vez que se o enfermeiro se sente profissionalmente realizado é porque tem sucesso nas suas relações interpessoais quer com os doentes quer com a equipa multidisciplinar.

Entenda-se a despersonalização como um distanciamento face a relação, de modo a evitar um envolvimento nos problemas dos outros não afectando assim a vida pessoal do enfermeiro.

Não se encontrou no entanto qualquer relação com a exaustão emocional, apresentando esta dimensão uma média baixa indo ao encontro do estudo realizado por Pacheco e Jesus (2007). Este resultado sugere que os enfermeiros adoptam estratégias de adaptação ao stresse adequadas e eficazes, reforçado pelo mesmo estudo atrás citado. Encontrámos no estudo uma correlação negativa entre *burnout* e estratégias de adaptação ao stresse, fortalecendo o que já foi referido e confirmando a hipótese levantada, que indiciava essa mesma correlação.

Foi ainda encontrada uma relação entre *burnout* e apoio social percebido, como tinha sido sugerido por uma das hipóteses do estudo. Existe assim uma correlação positiva entre *burnout* e a quantidade de apoio social percebido, não havendo qualquer relação relativamente à satisfação com esse apoio. Os enfermeiros que apresentam mais *burnout*, referem ter a percepção de uma maior rede de apoio social disponível.

Na continuação da análise dos resultados do nosso estudo, verifica-se que estes enfermeiros ao apresentarem comportamentos assertivos com elevada frequência é expectável que demonstram uma **vulnerabilidade ao stresse** baixa, o que se veio a verificar. Confirmou-se assim a hipótese levantada no nosso estudo que sugeria uma correlação negativa entre comportamento comunicacional assertivo e vulnerabilidade ao stresse. Encontra-se uma correlação negativa com a inibição e dependência funcional e com a deprivação de afecto e rejeição. Depreende-se que os enfermeiros se encontram com estabilidade no trabalho, realizados com o que fazem e que possuem uma rede de apoio social que dá resposta às suas necessidades.

Verifica-se neste estudo uma correlação negativa entre vulnerabilidade ao stresse e estratégias de adaptação e também com o apoio social percebido, ou seja, os enfermeiros apresentam baixa vulnerabilidade ao stresse e boas estratégias de adaptação e ainda uma percepção de apoio social satisfatória.

Relativamente às **estratégias de adaptação ao stresse** os enfermeiros do estudo apresentam um valor médio alto. Em relação à escala de comportamento comunicacional assertivo encontra-se uma correlação positiva com a escala total e com o comportamento comunicacional assertivo com a equipa multidisciplinar. Os enfermeiros que apresentam comportamento comunicacional assertivo com mais frequência adoptam mais estratégias de adaptação ao stresse.

Verifica-se ainda uma correlação positiva entre a escala de comportamento assertivo total e as dimensões confronto e resolução activa dos problemas e confronto com o problema e planificação da estratégia. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Silva (2005) que chegou à conclusão que os enfermeiros com mais anos idade utilizam com mais frequência estratégias de *coping* de auto-controlo. Refere ainda que os enfermeiros com menos anos no serviço recorriam mais frequentemente a estratégias de resolução planeada do problema e os enfermeiros mais antigos utilizavam com mais frequência a estratégia de *coping* confrontativo. Já no estudo de Pacheco e Jesus (2007) a gestão dos sintomas é a estratégia mais utilizada seguida do controlo e por fim o escape perante a situação problema. No entanto, apesar do seu interesse, não se podem comparar “totalmente” os resultados deste estudo com o nosso, uma vez que se tratam de escalas e dimensões diferentes.

Encontra-se ainda uma correlação negativa entre comportamento comunicacional assertivo e a dimensão pedido de ajuda. Este resultado poderá estar associado à realização profissional e à percepção de apoio social que os enfermeiros referem como satisfatória.

Quanto ao **apoio social percebido**, os enfermeiros referem estar satisfeitos, havendo uma correlação positiva entre quantidade e qualidade desse apoio. A rede de apoio percebida pode não corresponder à realidade uma vez que trabalhamos com percepções. Apenas ficamos a saber o que temos quando verdadeiramente precisamos. Há ainda uma cultura “enraizada” de que podemos contar com toda a gente em nosso redor. Devido a este peso cultural, era de esperar estes resultados.

Quanto ao **género** não se verifica uma diferença estatisticamente significativa em relação ao *burnout*, no entanto os homens apresentam uma média de *burnout* superior. Não se confirma a nossa hipótese que sugere uma relação entre género e *burnout*. Estes resultados não confirmam os descritos por Dirkx (1991) citado por Queirós (2004) que refere o duplo papel das mulheres como causa para níveis mais altos de *burnout*. No entanto, verifica-se uma correlação positiva entre o género masculino e a despersonalização. Os homens apresentam uma média superior às mulheres no que diz respeito à dimensão despersonalização, sendo esta estatisticamente significativa, o que reforça os resultados encontrados por Maslach (1981) em que as mulheres apresentam níveis mais baixos de despersonalização do que os homens. Loreto (2000) também refere que o género masculino se relaciona ligeiramente com a “despersonalização”. Os resultados sugerem que os homens não se envolvem tanto nas ligações, como forma de separar a vida hospitalar da pessoal.

Já no que diz respeito à dimensão exaustão emocional e realização profissional, o nosso estudo não confirma os achados de Maslach (1981), que refere que as mulheres apresentam níveis mais altos de exaustão emocional e mais baixos de realização profissional. Encontrámos no presente estudo, relativamente aos homens uma maior exaustão emocional e uma menor realização profissional.

Já Germa (2006) citado por Debrouck (2006, p.214) diz que “as mulheres correm 1,6 vezes mais risco de exaustão do que os homens”. No entanto, “as que têm filhos, têm 40% menos probabilidade de desenvolver uma exaustão”. A variável “filhos” não foi estudada no presente estudo, daí não poder haver comparação, ficando contudo a diferença relativamente à dimensão exaustão emocional nos homens.

Relativamente à **característica do serviço**, não se encontram diferenças significativas. O facto de trabalhar no ambulatório ou no internamento parece não ser relevante neste estudo. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Loreto (2000) que ao estudar enfermeiros de oncologia não encontrou diferença significativa de *burnout* entre os que trabalham nos serviços de internamento e os do ambulatório. Estes resultados podem dever-se a uma política institucional de integração e a um plano de formação igual para todos os colaboradores funcionando como uma estratégia de envolver todos os profissionais na missão e filosofia da instituição. De referir ainda alguma rotatividade de enfermeiros entre serviços, daí que muitos dos que estão no ambulatório já trabalharam no internamento e vice-versa. O tamanho da instituição e o reduzido número de profissionais é também relevante, uma vez que quase todos se conhecem e interagem com elevada frequência.

Quanto ao **estado civil**, optou-se por agrupar os enfermeiros que referiram ser solteiros, viúvos e divorciados, comparando-os com os enfermeiros que referiram ser casados. Esta opção pareceu-nos determinante, pois o facto de não ter uma relação assumida pode sugerir uma maior probabilidade de viver sozinho. Foi encontrada uma correlação positiva entre as estratégias de adaptação ao stresse e o *burnout* com o estado civil casado. Estes resultados vão ao encontro dos estudos de Garcia (1990) que refere que o estar casado parece estar associado a níveis mais baixos de *burnout*. Também Mendes (1995) refere que estar casado é indicativo de maior satisfação profissional. Confirma-se assim a hipótese sugerida que prevê uma relação entre o estado civil e o *burnout*.

Quem não é casado apresenta mais *burnout* e menos estratégias de adaptação ao stresse do que quem é casado. O facto de se estar casado pode indicar uma rede de apoio social maior e mais satisfatória, assim como melhores estratégias de

adaptação que permitem enfrentar o stresse de forma mais adequada e daí resultar menos *burnout* do que nas pessoas que potencialmente vivem sós. Num estudo realizado por Silva (2005) sobre as estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros, verificou que os casados utilizam com maior frequência estratégias de adaptação ao stresse que os solteiros. Em vários estudos se tem revelado a importância da família como base de ajuda (Vaz Serra, 2007).

Há uma correlação positiva entre **regime de trabalho e comportamento comunicacional assertivo**. Quem faz turnos apresenta comportamento comunicacional assertivo com menor frequência. Os enfermeiros que trabalham por turnos evidenciam alterações a nível comportamental, adoptando com menos frequência comportamento comunicacional assertivo. Confirma-se a hipótese que sugere uma correlação negativa entre trabalho por turnos e comportamento comunicacional assertivo. Vaz Serra (2007) refere que o facto de se trabalhar por turnos altera o ritmo circadiano e isso tem influência directa nos aspectos biológicos e emocionais do indivíduo, como a tolerância, a paciência, a capacidade de concentração e o raciocínio. Acrescenta que estes indivíduos sentem-se cansados, sonolentos e desmotivados. Estes factos vêm comprovar os resultados, pois existe uma correlação negativa entre despersonalização e comportamento comunicacional assertivo.

Já no que diz respeito ao **regime de trabalho e *burnout***, não se verifica qualquer relação, não se confirmando os resultados dos estudos de Jesus e Amaro (2005) que demonstraram haver diferenças entre o trabalho por turnos e o *burnout*, mais concretamente nas dimensões despersonalização e realização profissional. Os enfermeiros que trabalham por turnos apresentam valores médios de despersonalização mais elevados, enquanto que na dimensão realização profissional, os valores mais elevados foram obtidos pelos enfermeiros que não trabalham por turnos.

Há no entanto um estudo realizado por Martins e Martins (1999) que refere que os sujeitos que trabalhavam por turnos e aqueles que faziam regime de horário fixo não apresentaram diferenças quanto à satisfação com a quantidade de tempo livre para dedicarem à vida social e doméstica, dados não confirmados no nosso estudo.

Há uma correlação positiva entre **vínculo e quantidade de apoio social percebido**. Os enfermeiros contratados referem uma maior quantidade de apoio social percebido que os do quadro.

Estes resultados podem evidenciar que os enfermeiros mais novos ainda dependem dos pais, e vêem-nos como suporte, ao contrário dos enfermeiros mais velhos que podem ter filhos ao seu encargo e como refere Relvas (1996) o casal pode ver-se a cargo com o cuidar dos seus próprios pais idosos, doentes e dependentes. Pode ainda ser reforçado pela chamada crise do “ninho vazio” descrito como uma nova fase para a família. No entanto, Relvas (1996) considera esta crise mais como um “mito colectivo” do que uma experiência da vida real. Supõem-se que com a saída dos filhos de casa, os casais se voltem a encontrar e a reatar uma vida a dois tendo de construir uma nova realidade, ajustada ao interesse de ambos.

Talbot Y, Christie-Seely J, Charbonneau S. (1984), referem que na realidade actual, perante a grande mobilidade geográfica que existe, há barreiras físicas impostas pelas distâncias que separam as famílias. Este facto pode impedir que este apoio aos idosos isolados se concretize. A resolução passa por alargar e enriquecer a rede de suporte social.

O vínculo com a instituição parece ainda apresentar alguma influência no tipo de comportamento, como referem Jesus e Amaro (2005) no seu estudo, onde verificaram que os enfermeiros que possuem um vínculo laboral ao quadro da instituição são aqueles que adoptam comportamentos assertivos com maior frequência. Esta relação sugere ser importante na redução do stresse.

A noção de segurança permite ao enfermeiro idealizar projectos que não seriam possíveis se o vínculo se mantiver precário. No entanto não foi encontrada qualquer relação no presente estudo entre vínculo e comportamento comunicacional assertivo. Este dado poderá ser apoiado pela filosofia da instituição e de integração, onde não se verificam diferenças entre os enfermeiros contratados e os do quadro. Outra explicação plausível poderá ser a uniformização dos contratos, onde a “figura” do “quadro” deixa de fazer sentido e todos os enfermeiros passam a ter contratos idênticos.

Como refere Vaz Serra (2007) a insegurança sentida com a manutenção do emprego ou a não promoção que se considera justa, levam a insatisfação e desinteresse pelo trabalho, a um mau relacionamento interpessoal e a absentismo. Dado que o nosso estudo não confirma esta afirmação, podemos especular que a integração e a prática institucional leva a que os sentimentos de insatisfação sejam baixos e ultrapassados.

Há uma correlação negativa entre **duplo emprego e comportamento comunicacional assertivo total e com a equipa multidisciplinar**. Confirma-se assim a hipótese levantada neste estudo. Já com os doentes, apesar de evidenciar

diferenças, não são, do ponto de vista estatístico significativas. Quem tem duplo emprego apresenta com menos frequência comportamento comunicacional assertivo dentro da equipa multidisciplinar e no total. Estes dados vão ao encontro das investigações de Jenkins (1971), de Zohman (1973) e de House (1974) citado por Vaz Serra (2007) que revelaram que o número excessivo de horas de trabalho, ou a existência de dois trabalhos a tempo completo, estão associados a maior morbidade e mortalidade. Vaz Serra (2007) refere que este tipo de comportamento não só se torna cansativo como priva o indivíduo do apoio e convívio social ou familiar que o podem compensar das tensões sentidas no trabalho. Queirós (2003) verificou que 35% dos participantes referiam os relacionamentos no seio da equipa multidisciplinar como principal fonte de mal-estar/stresse na sua vida profissional. Jesus e Amaro (2005, p. 28) referem que “é importante que os enfermeiros adquiram competências na área da comunicação assertiva, uma vez que através deste recurso comunicacional poderão estabelecer relações interpessoais mais satisfatórias e consequentemente mais frutíferas, sobretudo com os outros elementos da equipa multidisciplinar”.

Há uma correlação positiva entre **duplo emprego e controlo interno/externo dos problemas**. Os enfermeiros que referem realizar trabalho duplo, apresentam menor controlo dos problemas ao contrário dos que não têm duplo emprego. Maslach *et al.* (2001) referem que a experiência de sobrecarga de trabalho e de pressão com o tempo apresenta-se em múltiplos estudos, com uma consistente e forte ligação ao *burnout*, especialmente na sua dimensão exaustão. Associado ao duplo emprego estão um conjunto de sinais e sintomas como a fadiga, irritabilidade, perda de controlo das situações e alterações comportamentais. Quem realiza trabalho duplo vê-se confinado às relações laborais. O tempo é pouco para as actividades com amigos, família e para com ele próprio. Quando há horários a cumprir e quando a responsabilidade implica com a vida de terceiros, a ansiedade é constante. Por exemplo, se um enfermeiro tem de ir trabalhar para determinado local e se está atrasado, está a implicar com a saída do seu colega que o aguarda para o render. Daí, o enfermeiro que realiza duplo emprego ter maior dificuldade em controlar os seus problemas do que os enfermeiros que só têm um emprego.

Há uma correlação positiva entre **experiência profissional e o pedido de ajuda**. Os enfermeiros com mais anos de profissão referem que pedem ajuda com maior frequência como uma estratégia de adaptação ao stresse. Este dado pode sugerir que estes enfermeiros, como não percebem uma rede de apoio

satisfatória, tenham de recorrer a esta estratégia quando se vêem numa situação problema.

Há uma correlação positiva entre **experiência profissional e o confronto com o problema e planificação de estratégias**. Os enfermeiros com mais anos de profissão referem confrontar o problema e delinear estratégias com maior frequência como adaptação ao stresse. Silva (2005) chegou à conclusão no seu estudo que os enfermeiros com mais anos de idade, utilizam com mais frequência estratégias de *coping* de auto-controle. Refere ainda que os enfermeiros com menos anos no serviço, recorriam mais frequentemente a estratégias de resolução planeada do problema e os enfermeiros mais antigos utilizavam com mais frequência a estratégia de *coping* confrontativo.

Há uma correlação negativa entre **experiência profissional e a dramatização da existência**. Os enfermeiros com menos anos de profissão dramatizam mais a existência, tendo assim maior vulnerabilidade ao stresse referente a esta dimensão específica. O vínculo à instituição e as incertezas podem estar na origem destes resultados, embora não apareçam como determinantes nas variáveis estudadas. As expectativas, o confronto com a realidade e a dificuldade sentida na prestação de cuidados podem também indiciar esta relação encontrada. Delbrouk (2006, p.181) refere que “qualquer instituição que contrata pessoal clínico deveria considerar uma obrigação moral o facto de os iniciar e de os formar correctamente para o trabalho com os doentes”. Estes factores podem determinar a necessidade de ter uma rede de apoio social maior, de modo a colmatar as suas dificuldades. Num estudo levado a cabo por Parreira (1998) com enfermeiros de oncologia, confirmou haver índices mais elevados de *burnout* quando há contacto com a morte. Atribui ainda à variável “idade” uma tendência explicativa da “despersonalização”. Estes resultados podem sugerir o que foi referido anteriormente relativamente ao confronto com a realidade e dificuldades sentidas no trabalho.

Há correlação positiva entre **experiência profissional e a subjugação**. Os enfermeiros com mais anos de profissão referem uma maior subjugação que os enfermeiros com menos experiência profissional. Estes dados podem sugerir que os enfermeiros mais velhos, por uma questão cultural, enfatizam mais as hierarquias e daí resultar uma maior subjugação. No entanto não se pode afirmar que a subjugação aumenta com a idade, pois este estudo foi realizado num determinado momento, não sendo possível avaliar a evolução. Depreende-se daqui que os enfermeiros com maior

experiência profissional apresentam uma média de subjugação mais elevada, mas que no passado esta pode ter sido maior e ter vindo a diminuir. É um dado que não se consegue obter neste estudo.

Há uma **correlação negativa entre experiência profissional e a quantidade de apoio social percebido**. Os enfermeiros com menos anos de profissão referem maior apoio social percebido que os com mais anos de profissão. Quanto à satisfação com o apoio percebido não se encontram resultados estatisticamente significativos. Como já foi referido anteriormente relativamente aos enfermeiros contratados, parte-se do princípio que são os mais novos, com menos anos de experiência profissional e daí a explicação ser a mesma, ou seja, ainda estão dependentes dos pais e contam com o seu apoio ao contrário dos enfermeiros mais velhos que apresentam outros encargos. Há ainda a questão dos enfermeiros deslocados geograficamente, que com a idade deixam de ter o apoio da família e contam simplesmente com amigos que geralmente coincidem com os colegas de trabalho.

Como limitações ao estudo referimos o número de enfermeiros que responderam ao questionário (54,43%), pois uma amostra maior permitiria uma análise mais precisa das questões levantadas.

5. CONCLUSÕES

A realização deste estudo permitiu reforçar algumas afirmações já publicadas sobre o tema e ao mesmo tempo contrariar outras. Deve-se no entanto ter em conta o momento em que o estudo é realizado e a especificidade da população. A investigação com profissionais de saúde não se esgota, havendo sempre dados novos que demonstram interesse em ser estudados.

O estudo do comportamento comunicacional assertivo foi preponderante nesta investigação. Os resultados obtidos foram ao encontro de estudos já realizados e serviram para comprovar a elevada frequência com que os enfermeiros adoptam comportamento comunicacional assertivo. Tal como noutras investigações, este é adoptado com mais frequência com os doentes do que no seio da equipa multidisciplinar, daí a assertividade ser essencial para o bom ambiente de trabalho e nas relações interpessoais. O estudo mostra que há um valor médio de realização pessoal alto e despersonalização baixo, reforçando a adopção de comportamentos assertivos com elevada frequência. A comunicação dentro da equipa é essencial para a satisfação profissional.

Um dado novo prende-se com a adopção de comportamento comunicacional assertivo e o facto de se ter um duplo emprego. Nesta situação, os enfermeiros que referem ter duplo emprego adoptam com menos frequência comportamento assertivo nas relações com a equipa, não se verificando diferença significativa no que respeita ao relacionamento com os doentes. Apresentam ainda maior dificuldade em controlar os seus problemas. Este é um resultado que poderá servir para novos estudos, centrados na sobrecarga de trabalho, relações interpessoais e qualidade de vida. Será importante perceber as causas que levam à procura do emprego duplo, uma vez que todos têm a noção do desgaste que lhe é inerente. O baixo salário, a falta de reconhecimento e o nível de vida mais caro pode sugerir esta opção.

O facto de trabalhar por turnos mostrou também o seu interesse no presente estudo, uma vez que revelou que quem faz turnos adopta com menos frequência comportamento comunicacional assertivo do que quem tem horário fixo. Os enfermeiros que trabalham por turnos estão sujeitos a maior desgaste, intolerância e perda de concentração.

A realização de muitos turnos seguidos pode influenciar a má prestação do enfermeiro e induzir o erro. É importante o descanso a seguir ao turno da noite e se possível, de acordo com a organização do enfermeiro chefe, atribuir no mínimo mais uma folga, de modo a haver uma recuperação física e psicológica que o profissional necessita.

A temática do *burnout*, ainda não está esgotada, apesar de bastante estudada. Neste estudo encontrámos resultados coincidentes com a bibliografia publicada, mas apresentámos também alguns dados novos e outros que não confirmam a bibliografia existente. Os homens apresentam um índice superior de despersonalização, mas também referem mais *burnout* e exaustão emocional que as mulheres. Em relação à realização profissional, as mulheres mostram-se mais satisfeitas que os homens. A característica de serviço não é relevante quanto ao *burnout*. Encontrou-se uma relação entre o estado civil de casado e valores mais baixos de *burnout*. Parece relevante o facto de se viver junto maritalmente para redução do stresse e adopção de estratégias que regulem a ansiedade. Os enfermeiros casados são os que referem recorrer com mais frequência a estratégias de adaptação ao stresse, daí reforçar o baixo *burnout* encontrado.

Quanto à vulnerabilidade ao stresse, o estudo sugere que os enfermeiros mais novos são mais propensos, ressaltando deste resultado o facto da pouca autonomia, do vínculo precário, da incerteza e insegurança. Estes enfermeiros recorrem com mais frequência a estratégias de adaptação ao stresse que passam por planear as acções antes de agir, reforçando o que foi dito anteriormente. Como seria de esperar, referem ainda uma percepção de apoio social superior aos enfermeiros mais velhos. O facto de a maior parte destes enfermeiros estar ainda dependente dos pais, faz com que percepcionem ter mais apoio. A experiência profissional parece ser importante no que diz respeito à vulnerabilidade ao stresse e ao confronto com os problemas. Esta é uma questão que poderá ser melhor estudada no sentido da autonomia e estabilidade de emprego.

Deste estudo sobressaem variáveis que poderão ser aprofundadas em estudos posteriores, como é o caso do trabalho por turnos, o vínculo à instituição, o duplo emprego e a experiência profissional. O estudo do comportamento comunicacional assertivo e do *burnout* não se esgota e será importante replicar este estudo noutras instituições, noutros pontos geográficos e com um número maior de enfermeiros. A preocupação com bem-estar dos profissionais de saúde passa não só pelas instituições mas também a nível governamental. A integração dos novos profissionais é essencial e a formação extensiva a todos os enfermeiros parece ser importante para

a adopção de uma filosofia de trabalho comum, onde não sejam evidentes diferenças no cuidar. A questão de segurança do contrato parece ser bastante relevante.

A criação de espaços de debate, consultas de psiquiatria, acordos com ginásios e *spas* de forma a “descomprimir” e a realização de actividades que envolvam os profissionais, podem ser algumas das medidas que facilitem a redução do stresse e situações de *burnout*. O reforço da adopção do comportamento comunicacional assertivo e o aumento da satisfação profissional, é importante uma vez que é necessário cuidar de quem cuida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Helder. AMADO, Raquel. e MIRANDA, Elsa (2003) - *Ser Enfermeiro no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Urologia do IPOFG,EPE de Coimbra - uma abordagem fenomenológica*. Tese de Licenciatura não publicada. Coimbra. ESEAF.

AZEVEDO, M.H.P (1980) - *Efeitos psicológicos do trabalho por turnos em mulheres*. Coimbra, Tese doutoramento apresentada à Universidade de Coimbra.

BALLONE, GJ (2005) -*Síndrome de Burnout* - in. PsiqWeb, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br, consultado a 25 de Julho 2007.

BROCHIER, T. e OLIÉ, J. P. (1993) – Stress et dépression. *L'Encephale*. ISSN 00137006. XIX, p. 171-178.

CARLOTTO, M. S., NAKAMURA, A. P., e CÂMARA, S. G. (2006) – Síndrome de *burnout* em estudante universitários na área da saúde. Porto Alegre. *Psico*, vol. 37, nº 1, p. 57-62 (Jan./Abr.)

COSTA, J., LIMA, J. ALMEIDA, P. (2003) – Stresse no trabalho do enfermeiro. *Revista Escola Enfermagem Universidade de São Paulo*. 37 (3), 63-71.

CULLEN, A. (1995). Burnout: Why do we blame the nurse? *American Journal of Nursing*, 95(11), 23-28

CRUZ, Arménio (1996) – *Trabalho por turnos em enfermeiros*. Tese de doutoramento, Coimbra

DELBROUCK, M. (2006) – *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa, Climepsi editores. 1º ed. ISBN 972-796-228-9.

EDET, I, NION, N. e MÉTRO, T. (1994) - Professional burnout in nurses in an infectious and tropical diseases service - [Journal Article] *Rev Infirm Feb*; (3):53-6.

ELHART, Dorothy, GRAGG, S.H., REES, O.M. e FIRSICH, Sharon (1983) - *Princípios Científicos de Enfermagem*. 8ª Edição, Lisboa: Editora portuguesa de livros técnicos e científicos.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK (2000) – *Research on work-related stress*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1- 267.

FERNANDES, E. (2001) – A Grelha de Relatório. *in* Fernandes E. & Almeida L. S. (Eds.), *Métodos e Técnicas de Avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas* (p.77-108). Braga: CEEP-UM.

FERREIRA, Carlos M. M. (1998) - O stress em enfermagem. *Revista Sinais vitais*. Coimbra. ISSN 0872-8844.N.º 21, Novembro., p.19-21.

FERREIRA, M. M. C (2001) - O Relacionamento Interpessoal - um instrumento básico em Enfermagem. *Revista servir*, Lisboa.. 49 (1) p. 8-11

FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – *O processo de Investigação*. Loures: Lusociência,. ISBN 972-8383-10-X.

FRANGO, M. Helena (1995) - *Stress nos profissionais de saúde em meio hospitalar*. Dissertação de mestrado em Planificación, Diseño e Investigación en Servicios sociales, apresentado à Universidade de Extremadura, departamento de psicología Y sociología de la educación.

FREUDENBERGER, H. J. (1975) - The staff Burnout. *Journal of social Issues*, 30,159-165

FREUDENBERGER, Herbert e RICHELSON Géraldine (1980) - *Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it*. Bantam Books. ISBN 978-0-553-20048-5

GAMEIRO, Aires (1999) – *Manual de Saúde Mental e Psicopatologia*. 4.ª ed. Porto: Edições Salesianas, p. 33, ISBN 972691871.

GARCIA, I. M. (1990). *Burnout en profesores y marginación social: diferencias en una muestra de profesores de centros educativos marginado y no marginados*. Em Livro de Comunicaciones del III Congreso Nacional de Psicología Social. Santiago de Compostela: Tórculo A.G.

GERMAY, A. (2006) – O impacte sociológico da feminização da Medicina. *in* DEBROUCK (2006) - *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa, Climepsi editores. 1º ed. ISBN 972-796-228-9. p.214

GRAÇA, L. (1992) - O trabalho em equipa: uma nova lógica de organização do trabalho e de participação na gestão.- *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, ISSN: 0870-9025 vol.10, n.º1, (Jan-Mar). p. 5-18.

HESBEEN, Walter (2000) – *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures. Lusociência, ISBN 972-8383-11-8.

HILL, Manuela M. e HILL, Andrew (2005) – *Investigação por questionário*. Lisboa, Edições Sílabo, 2ª ed. ISBN 972-618-273-5.

JESUS, S. N (2004) - *Psicologia da Educação*. Coimbra: Quarteto, p. 156-163.

JESUS, S. N. e AMARO, H. J. F (2005) - Comportamentos assertivos - um estudo exploratório. *Nursing*. Lisboa, nº 221, (Maio). p. 24-28.

KEROUAC, S., PEPIN, J., DUCHARME, F., DUQUETTE, A. e MAJOR, F. (1994) - *La pensée infirmière*, Québec : Maloine.

KLEINMAN, MJ (1998) - *Burnout: Occupational stress*. New York. Plenum Press.

LAZARUS, R. S. (1993) – *Why we should think of stress as a subset of emotion*. In GOLDBERGER, L., BREZNITZ, S. Handbook of stress – Theoretical and clinical aspects. New York: Free Press, 21-39.

LAZARUS, R.S. (1999) - *Stress and emotion: a new synthesis*. New York. Springer Publishing Company.

LOGEAIS, P., e GABBOIS, C. (1985) – *L'agression psychique de la mort dans le travail infirmier*, in *Psychopathologie du travail*, Paris, Enterprise Moderne d'Éditions, in DELBROUCK, M. (2006) – *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa, Climepsi editores. 1º ed. ISBN 972-796-228-9. p. 174.

LORETO, Dionísia (2000) – *Síndrome de burnout em enfermeiros de oncologia*. Instituto superior Miguel Torga, Escola superior de altos estudos, Tese de Mestrado

MARTINS, Patrícia e MARTINS, Ana (1999) – O regime de horário de trabalho e a vida social e doméstica: Satisfação e estratégias de coping – Um estudo numa amostra de enfermeiros. *Análise psicológica*, 3 (XVII); 529-546

MASLACH, C. e JACKSON, S.E. (1981) – The incosurement of experienced burnout. *Journal of occupation behaviour*, 2, 99-113

MASLACH, C. e JACKSON, S.E. (1982) - *Burnout in the health Profissions: a social psychological analysis*. In: Sanders & J. Suls (Eds.), *social psychology of health and illness*. New York: Erlbaum.

MASLACH, C., JACKSON, S. E. e LEITER, M. P. (1986) - *The Maslach Burnout Inventory* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

MASLACH, C., e LEITER, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco, CA: Jossey-Bass

MASLACH, C e REEVY, G. M.,. (2001). *People's use of social support: Gender and personality differences*. *Sex Roles*, 44, 437-459.

MASLACH, C. (2003). *Job burnout: New directions in research and intervention*. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 189-192.

MCINTYRE, Teresa M. (1994) - *Stress e os profissionais de saúde : os que tratam também sofrem*. *Análise psicológica*. 2-3 (XII).

MCINTYRE, Teresa M., MCINTYRE, Scott, SILVÉRIO, Jorge (1999) – Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise psicológica*, série 17, nº 3, 513-527, ISSN 0870-8231

MEDLAND, J., HOWARD-RUBEN, J., e WHITAKER, E. (2004) – Foresting psychological wellness in oncology nurses: addressing burnout and social support in the workplace. *Oncology Nurse Fórum*, Jan./Feb. 31 (1): 47-54.

MENDES, R. (1995) - Patologia do Trabalho. Rio de Janeiro: Ateneu,

MILLER, Meg. (1992) - Resolução de conflitos e mudança organizacional. *Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 4, n.º 48, (Janeiro). p. 42-44.

MORAIS, Ana Maria Martins (2002) - Gestão de conflitos. *Nursing*. Lisboa, (nº 172), p. 24-29

PACHECO, Susana (2002) – *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal – Perspectiva ética*. 1ª ed. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-30-4.

PACHECO, José e JESUS, Saul (2007) – Burnout e coping em profissionais de saúde. *Revista de investigação em enfermagem*, nº 16, 32-41, ISSN 0874-7695

PARREIRA, Pedro (1998) – *Burnout em enfermeiros: um estudo comparativo, em “comportamento organizacional”*. Instituto superior de Psicologia Aplicada. Tese de Mestrado. Lisboa

PIO ABREU, José Luís (1994) - *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

QUEIRÓS, P. (1998) – Burnout em enfermeiros: comparação de três grupos. *Sinais Vitais*, 16, 17-21

QUEIRÓS, P. (2003) - O que causa mal-estar, stresse, em enfermeiros?. *Revista de Investigação em Enfermagem*, Lisboa, (nº 8), p. 3-7

QUEIRÓS, P. (2004) - Burnout no trabalho e conjugal em Enfermeiros Portugueses. Tese de Doutoramento não publicada. Extremadura: Departamento de Psicologia e Sociologia da Educação.

RELVAS, A P.(1996) *O Ciclo Vital da Família*. Porto: Edições Afrontamento

RILEY, Júlia Balzer (2004) – *Comunicação em Enfermagem*. 4ª ed. Loures, Lusociência. p. 441.

ROSAS; Manuel J. (1990) – *Comunicação e Enfermagem*. *Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 2 , n.º 14 (Março), p. 27-30.

ROSS, R. e ALTMAIER, E. (1994) – *Intervention in occupational stress*. London: Sage Publication. ISBN 0-8039-8672-6.

SARASON, I.; SARASON, B. e PIERCE, G., (1987); Versão portuguesa de Pinheiro, M. & Ferreira, J. (2000) - Questionário de Apoio Social (SSQ).

SARAIVA, Ana Maria (1999) – O doente inconsciente e a efectividade da comunicação através do toque. *Nursing* . Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 12, n.º 134 (Junho), p. 36-40.

SCHEUCH, K. (1996) – *Stress and resources at work in a changing society*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag, 95-109.

SEBAG-LANOE (1992) – *Soigner le grand âge*. Desclée de Brouwer, EPI. in DELBROUCK, M. (2006) – *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa, Climepsi editores. 1º ed. ISBN 972-796-228-9. p. 174.

SERRÃO, Daniel e NUNES, Rui (1999) – *Ética em cuidados de saúde*. – Porto, Porto Editora, ISBN 972-0-06033.

SILVA, Elsa (2005) – Stresse e estratégias de coping em enfermeiros. *Revista de investigação em enfermagem*. Nº 11. 46-53, ISSN 0874-7695

SOUSA, Paulino (1996) – As representações da morte no ensino de enfermagem. *Enfermagem Oncológica*. Porto. ISSN 0873-5689. N.º 0, (Outubro), p. 39-45.

STEDFORD, Averil (1998) – *Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal*. Porto Alegre: Artes Médicas.

SUTHERLAND, V. J., COOPER, C. L. (1990) – Understanding stress: psychological perspective for health professionals. *Psychology and Health*, Series: 5. London: Chapman and Hall.

THELAN, Lynne A., LOUGH, M. E., DAVIE, J. K. e URDEN, L. D. (1993) - *Enfermagem em cuidados intensivos*. Lisboa. Lusodidacta. ISBN 972-96610-2-2.

TALBOT Y, CHRISTIE-SEELY J, CHARBONNEAU S. (1984) - The Family Cycle – Its importance in working with families. In: Christie-Seely J, editor. *Working with the Family in Primary Care: A Systems Approach to Health and Illness*. New York: Praegen;. p. 32-60.

VAZ SERRA, A. (1988) – Um estudo sobre coping, O inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria clínica* - 9 (4), 303-315.

VAZ SERRA, A. (2000) – A vulnerabilidade ao stresse. *Psiquiatria clínica*, 21, (4) pp. 261-278

VAZ SERRA, A. (2007) - *O Stresse na vida de todos os dias*. Coimbra: Adriano Vaz Serra, 3ª edição.

VIVES, J. (1994). Resposta emocional ao stresse laboral. *Revista ROL de Enfermaria*, 186, 31-39.

WARP, P. (1987) - *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Oxford Science Publications.

WATZLAWICK, P., JACKSON, D. e BEAVIN, J. (1967) - *Pragmática da Comunicação Humana*. São Paulo, Editora Cultrix.

ANEXOS

ANEXO 1
Questionário

Código do Questionário:

Questionário

Coimbra, 2008

QUESTIONÁRIO

No âmbito da preparação da Dissertação Final para o I Mestrado em Psiquiatria Cultural da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Helder Filipe Oliveira de Almeida, Enfermeiro no IPOC-FG, EPE, vem solicitar a colaboração para o preenchimento do seguinte questionário, que pretende estudar a **Comunicação, Stresse e Estratégias de adaptação nos Enfermeiros do IPOC-FG, EPE.**

É importante que **não deixe respostas por preencher** para que o questionário seja válido.

Asseguro desde já, a confidencialidade e o anonimato das respostas, ficando o participante esclarecido que pode desistir a qualquer momento. Os dados serão apenas utilizados para fins de investigação científica.

Agradeço a colaboração.

A resposta a este questionário é facultativa.

Para qualquer esclarecimento pode contactar:

Telm. 965808018

Ext. 2533

Email: hederalm@gmail.com

OBRIGADO

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

1. **Idade:** ____ (anos)

2. **Género:**

2.1 - Masculino

2.2 - Feminino

3. **Estado civil**

3.1 - Solteiro(a)

3.2 - Casado(a) / União de Facto

3.3 - Divorciado(a)

3.4 - Viúvo(a)

3.5 - Separado(a)

4. **Área de residência**

4.1 - Meio urbano

4.2 - Periferia do meio urbano

4.3 - Meio rural

5. **Religião**

5.1 - Católico

5.2 - Protestante

5.3 - Testemunha de Jeová

5.4 - Outras

5.5 - Ateu

6. **Habilitações académicas**

6.1 - Bacharelato

6.2 - Licenciatura

6.3 - Mestrado

6.4 - Doutoramento

6.5 - Outras

7. Categoria profissional

7.1 - Enfermeiro(a)

7.2 - Enfermeiro(a) Graduado(a)

7.3 - Enfermeiro(a) Especialista

7.4 - Enfermeiro(a) Chefe

8. Vínculo à Instituição

8.1 - Nomeação por tempo indeterminado (Quadro de pessoal)

8.2 - Contrato individual de trabalho

8.3 - Contrato a termo resolutivo

9. Regime de Trabalho

9.1 - Trabalho por turnos

9.2 - Horário fixo

10. Serviço _____

11. Tempo de exercício profissional no actual serviço: ____ (anos) e ____ (meses)

12. Experiência profissional: ____ (anos) e ____ (meses)

13. Tempo de trabalho em Oncologia: ____ (anos) e ____ (meses)

14. Jornada Dupla

14.1 - Sim

14.2 - Não

PARTE III- INVENTÁRIO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS – Vaz Serra, A. (1987)

Ao longo da vida todas as pessoas atravessam situações difíceis com que se têm de defrontar. Os indivíduos não são todos iguais a lidar com os seus problemas. Cada uma das questões que a seguir é apresentada representa uma forma específica de reagir quando um indivíduo se confronta com uma situação indutora de stress.

Refira, quando se encontra numa situação difícil, semelhante à que é representada, quais são, das questões seguintes, aquelas que melhor traduzem os seus comportamentos habituais.

I. Imagine que teve uma discussão séria com uma pessoa amiga de longa data. Deve-lhe bastante dinheiro, que já devia ter sido pago e ainda outros favores. Existem numerosos conhecidos comuns.

Na discussão que tiveram a razão está do seu lado.

Contudo, a outra pessoa, muito zangada, acabou por lhe dizer: "Dou-te uma semana para pensares no que me fizeste e me vires pedir desculpa. Se não o fizeres hei-de dizer aos outros que não passas de um vigarista e exijo-te que me entregues todo o dinheiro que me deves".

Muito no seu íntimo tem quase a certeza de que a outra pessoa é capaz de cumprir com o que está a dizer. Sabe ainda que não tem todo o dinheiro que precisa de lhe entregar. Conhece bem que muitos dos vossos amigos comuns são capazes de acreditar no que o outro lhes disser.

Esta situação é susceptível de se prolongar ao longo do tempo, envolvendo indivíduos com quem lida todos os dias.

O assunto resolver-se-ia se tivesse uma conversa séria com essa pessoa, em que fosse capaz de esclarecer, de uma vez por todas, os mal-entendidos. É natural que essa conversa fosse, pelo menos de princípio, bastante desagradável. Mas é possível que pudessem voltar a fazer as pazes, a serem amigos como dantes e a ser adiado o problema da dívida.

Contudo, ao relembrar o que se passou, por um lado, sente-se ofendido com a prepotência da outra pessoa; por outro lado receia as consequências.

É um problema que não sabe bem como resolver.

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

	Não Concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1. Vou deixar correr esta situação; o tempo ajuda a resolver problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Numa situação deste tipo o melhor é evitar encontrar-me com o indivíduo e não ligar ao que possa dizer ou fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Não vou permitir que este acontecimento interfira com o que tenho de fazer no meu dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se não me tivesse comportado daquela maneira isto nunca teria acontecido; tive toda a culpa no que aconteceu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vou-me aconselhar com pessoas amigas para saber o que devo fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Considere agora que teve uma situação da sua vida em que ocorreu uma perda económica substancial. Imagine, por exemplo, que segue numa estrada com um veículo novo, acabado de comprar com a ajuda de um empréstimo grande e com bastante sacrifício. Uma camioneta, a certa altura, colide consigo e o seu carro fica bastante danificado. A camioneta põe-se em fuga, não é capaz de lhe ver a matrícula, não consegue sair do local em que se encontra e não vai ninguém a passar que possa servir de testemunha.

Pensa então no transtorno que tudo isto causa à sua vida, a despesa que representa, tendo na altura bastantes dificuldades em a poder enfrentar. Acaba por apanhar uma boleia de uma pessoa que por ali passou, bastante tempo depois e segue para casa.

É um problema aparentemente sem solução e que lhe causa dano.

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

	Não Concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
6. Estou perdido; este acontecimento deu cabo da minha vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. O melhor é não fazer nada, até ver onde isto vai parar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Lá por isto me ter acontecido, não vou deixar que a minha vida seja constantemente interferida por esta questão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Apesar de tudo tive muita sorte; as coisas poderiam ser bem piores do que realmente são	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. No fundo reconheço que me comportei de uma maneira estúpida; devido a mim é que este problema está como está	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vou pedir conselho aos meus amigos para poder sair deste problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Sentindo-se uma pessoa competente em determinada área vai ser posto à prova, daí a algum tempo, numa situação competitiva importante. Verifica entretanto, com estranheza, que há um indivíduo que anda a diminuí-lo e a dizer aos outros que é uma pessoa que não vale o que aparenta. Este facto ofende-o mas, daí a três meses, vai poder provar aos olhos de todos se é ou não um indivíduo capaz.

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

12. As pessoas hão-de sempre dizer mal de mim; que azar o meu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Não me vou aborrecer com esta situação; o tempo há-de correr a meu favor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Estou a sentir-me destruído pelo que me está a acontecer; não vou conseguir desvencilhar-me desta situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vou pensar com calma sobre este assunto, de modo a que possa sair-me bem e, ao mesmo tempo, calar aquele indivíduo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Não Concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
16. Com o que me está a acontecer o melhor é evitar por agora submeter-me às provas, em que podem ver como me saio, de forma a que o acontecimento seja esquecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Se querem guerra, tê-la-ão; não posso deixar de lutar por aquilo que para mim é importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Acho melhor perguntar aos meus familiares o que devo fazer para resolver este assunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sinto que tenho a responsabilidade daquilo que agora me está a acontecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Vou pedir conselho a amigos meus sobre a melhor atitude a tomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. De modo algum me deixo esmagar pelo que me está a acontecer; hei-de remover os obstáculos, um a um, até provar aos outros que realmente sou uma pessoa capaz; sei que hei-de conseguir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Quando me sinto mais tenso, a fim de aliviar o meu estado de tensão:

22. Passo horas a ver televisão, sem querer fazer mais nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Raramente consigo passar sem tomar medicamentos que me acalmem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Meto-me na cama durante longas horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Procuo fazer uma pequena soneca, pois sinto que, nessas ocasiões, tem em mim grandes efeitos reparadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Desabafo com alguém, procurando que, ao fim, essa pessoa tome o meu partido e me ajude a resolver as dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Dá-me para partir tudo o que tenho à minha volta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Chego a bater em mim próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Raramente deixo de pedir ajuda profissional, a um médico ou a um psicólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. A minha maneira de ser habitual leva-me a que, não só nestas situações como em todos os meus problemas, tenha tendência a:

	Não Concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
30. Pensar continuamente sobre todos os factos que me preocupam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Não fugir do confronto com as situações que me são desagradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Adaptar-me com facilidade às pressões psicológicas e exigências da vida de todos os dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Não deixar de lutar, quando quero atingir os meus objectivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Conseguir pôr em prática os planos que arquitecto para resolver os meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Reconhecer que sou, com frequência, vítima dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter sempre coragem para resolver os problemas da minha vida, mesmo que por vezes me incomodem bastante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Envolver-me naquelas acções, de resolução de problemas, que tenho a certeza não me deixam ficar mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Permitir que os objectivos principais da minha vida sejam facilmente interferidos pelos problemas com que me defronto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ver sempre os aspectos negativos, mais do que os aspectos positivos dos acontecimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Preferir, num problema desagradável, procurar obter informação e tentar resolvê-lo, do que estar a evitá-lo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE IV-

MBI - FORMA S (© Maslach & Jackson, 1986; Nunes, 1996)

INSTRUÇÕES

Nesta página existem 22 afirmações sobre sentimentos relacionados com o trabalho. Leia cada afirmação cuidadosamente e decida o que sente sobre o seu trabalho. Se nunca apresentou esse sentimento coloque uma cruz no 0. Se já teve indique a frequência que melhor descreve (de 1 a 6).

NUNCA	ALGUMAS VEZES POR ANO	UMA VEZ POR MÊS	ALGUMAS VEZES POR MÊS	UMA VEZ POR SEMANA	ALGUMAS VEZES POR SEMANA	TODOS OS DIAS
0	1	2	3	4	5	6

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. No meu trabalho sinto-me exausto emocionalmente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Sinto-me usado ao fim de um dia de trabalho | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Sinto-me cansado quando me levanto de manhã e tenho que ir trabalhar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Eu compreendo facilmente o que sentem os meus doentes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Sinto que trato alguns doentes como se fossem objectos impessoais | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Trabalhar com pessoas todo o dia causa-me stress | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Eu lido eficazmente com os problemas dos meus doentes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. O meu trabalho deixa-me exausto | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente as vidas das outras pessoas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Sinto-me indiferente para as pessoas por causa do meu trabalho | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Estou preocupado porque este serviço tornou-me emocionalmente mais duro | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Sinto-me muito enérgico | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Sinto-me frustrado no serviço | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Sinto que estou a trabalhar muito | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Não quero saber o que vai acontecer a alguns doentes .. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Trabalhar directamente com pessoas causa-me muito stress | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Eu consigo criar facilmente um ambiente relaxado com os meus doentes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Sinto-me alegre depois de estar com os doentes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. No meu trabalho consigo fazer coisas com valor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Sinto-me à beira do abismo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. No meu trabalho lido muito calmamente com problemas emocionais | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

PARTE V— Vulnerabilidade ao Stresse - 23 QVS - Vaz Serra, Adriano (2000)

Cada uma das questões que a seguir é apresentada serve para avaliar a sua maneira de ser habitual. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a *sua* resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea. Assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo aquela que se aproxima mais do modo como se comporta ou daquilo que realmente lhe acontece.

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
1. Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dou e recebo afecto com regularidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sou um individuo que se enerva com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

PARTE VI-

SSQ (Sarason, I.; Sarason, B. & Pierce, G., 1987 ; Versão portuguesa de Pinheiro, M. & Ferreira, J., 2000)

As questões que se seguem são acerca das pessoas que no seu meio lhe disponibilizam ajuda ou apoio. Cada questão tem duas partes. Na primeira parte, indique, não contando consigo, **todas as pessoas que conhece, com quem pode contar para o ajudar ou apoiar nas situações que lhe são apresentadas.** Para tal, em frente de cada número coloque as iniciais dos nomes dessas pessoas e escreva o tipo de relacionamento que têm consigo (veja o exemplo, P.F.). A cada número deve corresponder apenas uma só pessoa.

Na segunda parte, indique, rodeando com um círculo, o número (de 1 a 6) que melhor traduz o seu grau de satisfação em relação à globalidade do apoio ou ajuda que tem (veja o exemplo, P.F.).

Se em relação a uma determinada questão não tem elementos de ajuda ou apoio para referir, coloque uma cruz na expressão "Ninguém", mas seleccione sempre o seu nível de satisfação. Para cada questão o número máximo de pessoas a indicar é nove.

Exemplo:

- Com quem é que pode realmente contar para o fazer sentir-se melhor quando está desiludido com alguma coisa?

Ninguém	1- M. (irmão)	4- N. (mãe)	7-
	2- T. (amigo)	5- J. (pai)	8-
	3- R. (amiga)	6- J.M. (namorado)	9-

- Qual o seu grau de satisfação?

1- Muito insatisfeito	2- Insatisfeito	3- Algo satisfeito	4- Pouco satisfeito	5- Satisfeito	6- Muito satisfeito
-----------------------	-----------------	--------------------	---------------------	---------------	---------------------

1- Com quem é que pode realmente contar quando precisa de ajuda?

Ninguém	1-	4-	7-
	2-	5-	8-
	3-	6-	9-

- Qual o seu grau de satisfação?

1- Muito insatisfeito	2- Insatisfeito	3- Algo satisfeito	4- Pouco satisfeito	5- Satisfeito	6- Muito satisfeito
-----------------------	-----------------	--------------------	---------------------	---------------	---------------------

2- Com quem é que pode realmente contar para a/o ajudar a sentir-se mais relaxada/o quando está tensa /o ou sob pressão?

Ninguém	1-	4-	7-
	2-	5-	8-
	3-	6-	9-

- Qual o seu grau de satisfação?

1- Muito insatisfeito	2- Insatisfeito	3- Algo satisfeito	4- Pouco satisfeito	5- Satisfeito	6- Muito satisfeito
-----------------------	-----------------	--------------------	---------------------	---------------	---------------------

3. Quem é que a/o aceita totalmente, incluindo os seus maiores defeitos e virtudes?

Ninguém	1-	4-	7-
	2-	5-	8-
	3-	6-	9-

- Qual o seu grau de satisfação?

1- Muito insatisfeito	2- Insatisfeito	3- Algo satisfeito	4- Pouco satisfeito	5- Satisfeito	6- Muito satisfeito
-----------------------	-----------------	--------------------	---------------------	---------------	---------------------

4. Com quem é que pode realmente contar para se preocupar consigo, independentemente do que lhe possa estar a acontecer a si?

Ninguém	1-	4-	7-
	2-	5-	8-
	3-	6-	9-

- Qual o seu grau de satisfação?

1- Muito insatisfeito	2- Insatisfeito	3- Algo satisfeito	4- Pouco satisfeito	5- Satisfeito	6- Muito satisfeito
-----------------------	-----------------	--------------------	---------------------	---------------	---------------------

5. Com quem é que pode realmente contar para a/o ajudar a sentir-se melhor quando se sente mesmo em baixo?

Ninguém	1-	4-	7-
	2-	5-	8-
	3-	6-	9-

- Qual o seu grau de satisfação?

1- Muito insatisfeito	2- Insatisfeito	3- Algo satisfeito	4- Pouco satisfeito	5- Satisfeito	6- Muito satisfeito
-----------------------	-----------------	--------------------	---------------------	---------------	---------------------

6. Com quem é que pode realmente contar para a/o consolar quando você está muito preocupado?

Ninguém	1-	4-	7-
	2-	5-	8-
	3-	6-	9-

- Qual o seu grau de satisfação?

1- Muito insatisfeito	2- Insatisfeito	3- Algo satisfeito	4- Pouco satisfeito	5- Satisfeito	6- Muito satisfeito
-----------------------	-----------------	--------------------	---------------------	---------------	---------------------

ANEXO 2

**Pedido de autorização à instituição para
realização do estudo**

Ex.^{ma} Comissão de Ética
do Instituto Português de Oncologia
de Coimbra de Francisco Gentil, EPE

Helder Filipe Oliveira de Almeida, Enfermeiro Graduado no IPOFG, EPE de Coimbra, exercendo funções no Serviço de Cirurgia de Cabeça/Pescoço e Urologia, vem solicitar autorização para aplicação de questionários aos Enfermeiros da Instituição, com a finalidade de realização de Tese de Mestrado.

O trabalho será realizado no âmbito do I Mestrado em Psiquiatria Cultural, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, e pretende estudar a Comunicação, Stresse e Estratégias de adaptação nos Enfermeiros do IPOFG, EPE de Coimbra.

Antecipadamente grato pela colaboração que venha a ser prestada e com o compromisso de cumprimento das normas éticas que presidem a este tipo de trabalho, comprometo-me a divulgar os resultados obtidos à instituição.

Coloco-me à disposição de Vossa Excelência para esclarecimento de qualquer dúvida.

Atenciosamente, pede diferimento.

Coimbra, de Novembro de 2007

(Helder Filipe Oliveira de Almeida)

O Orientador

(Professor Doutor José Carlos Santos)

ANEXO 3

Autorização do estudo pela instituição



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA
FRANCISCO GENTIL, E.P.E

Exmo. Senhor
Enf. Helder Filipe Oliveira de
Almeida
(Serviço de Cirurgia de Cabeça
e Pescoço / Urologia)

ASSUNTO: Pedido de autorização para aplicação de questionários aos Enfermeiros da Instituição, no âmbito do Trabalho de Mestrado intitulado: "Comunicação, Stresse e Estratégias de Adaptação nos Enfermeiros do IPOCFG, E.P.E."

Em resposta ao V. ofício de 23/11/2007, sobre o assunto em epígrafe, informa-se V. Exa. que, com base no parecer favorável da Senhora Enfermeira Directora, o Conselho de Administração autorizou a aplicação dos mesmos.

Com os melhores cumprimentos.

Coimbra, 06 de Dezembro de 2007

PEL' O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
O PRESIDENTE

(Dr. Manuel António L. Silva)

CP

Av. Bissaya Barreto, 98 Apartado 2005 3001-651 COIMBRA
Telefone 239 400200 – Fax 239 484317
NIF 506 361 438

ANEXO 4

Pedidos de autorização para a utilização das escalas

Ex^{mo}. Sr. Professor Doutor Adriano Vaz Serra

Helder Filipe Oliveira de Almeida vem solicitar autorização para a utilização do **Inventário de Resolução de Problemas** e da **Escala para avaliar a vulnerabilidade ao stresse (23 QVS)**, no estudo sobre Comunicação, Stresse e *Coping* nos Enfermeiros do IPOFG, EPE de Coimbra.

Este estudo será desenvolvido no âmbito do I Mestrado em Psiquiatria Cultural da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e tem Orientação do Professor José Carlos Santos, docente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Atenciosamente, pede diferimento.

Coimbra, de Outubro de 2007

(Helder Filipe Oliveira de Almeida)



Helder Almeida <helderalm@gmail.com>

Pedido de Escalas

Saul Jesus <snjesus@ualg.pt>
Para: Helder Almeida <helderalm@gmail.com>
Cc: hugojoao@clix.pt

14 de setembro de 2007 14:29

Caro Helder

Agradeço o interesse pelos instrumentos, mas para o efeito é preferível ser o Hugo a facultar-lhe, pois ele é que as tem em formato digital. Espero que a investigação decorra da melhor forma e aguardo pelos resultados que irá obter.

Com os melhores cumprimentos,

Saul

----- Original Message -----

From: Helder Almeida
To: snjesus@ualg.pt ; hugojoao@clix.pt
Sent: Thursday, September 13, 2007 3:57 PM
Subject: Pedido de Escalas

Caros Professor Doutor Saúl Jesus e Enfermeiro/Mestre Hugo Amaro, sou Helder Almeida, Enfermeiro Graduado do IPOFG, EPE de Coimbra e encontro-me a frequentar o 1º Mestrado em Psiquiatria Cultural da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Após a leitura interessante do estudo publicado na Nursing sobre Comportamentos assertivos, achei interessante aplicar as escalas que elaboraram, no meu estudo sobre "Stresse, implicações no comportamento dos enfermeiros em Oncologia", especificamente do IPO de Coimbra. Penso que será útil e permitirá fazer um trabalho mais completo e com resultados mais interessantes. Cumprirei os requisitos do direito de autor, que lhes é atribuída. Peço assim, permissão para o uso das referidas escalas, comprometendo-me a facultar os resultados da minha investigação que ainda está em fase de projecto. De referir que tenho a Orientação do Professor Doutor José Carlos Santos da Esc. Sup. de Enfermagem de Coimbra. Atenciosamente. Aguardo resposta favorável. Helder de Almeida



Helder Almeida <helderalm@gmail.com>

Pedido de autorização de utilização da Escala SSQ

Helder Almeida <helderalm@gmail.com>

26 de setembro de 2007 12:45

Para: pinheiro@fpce.uc.pt

Caríssima Professora Rosário Pinheiro,

Venho pedir autorização para a utilização da Escala SSQ no meu estudo sobre Comunicação, stresse e estratégias de coping, nos Enfermeiros do IPOFG, EPE de Coimbra, no âmbito do I Mestrado em Psiquiatria Cultural da FMUC.

Na preparação da dissertação, tenho como Orientador o Professor José Carlos Santos docente da Esc. Sup. de Enf. de Coimbra.

Atenciosamente.

Enº Helder Almeida

ANEXO 5

Autorização para a utilização das escalas

S.  R.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Av. Bissaya Barreto
e
Praça Prof. Mota Pinto
3000-075 COIMBRA

Telefones {	Bloco Central/Bloco de Celas	239 400 400
		239 400 500
	Maternidade Dr. Daniel de Matos	239 400 600
		239 403 939
		239 403 060
	Telefax n.º	239 823 907

Ex.mo Senhor
Hélder Filipe Oliveira de Almeida

Em resposta ao pedido que me formulou, tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo a que sejam utilizados os instrumentos de avaliação **Inventário de Resolução de Problemas e 23QVS**, no âmbito do trabalho que pretende desenvolver.

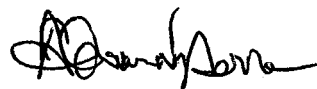
A correcção da escala relativa ao **Inventário de Resolução de Problemas** é substancialmente facilitada com este programa, que desenvolvemos no nosso Serviço e que pode ser utilizado num computador IBM ou compatível. Para instalar o programa no seu computador basta copiar o conteúdo da disquete para dentro do disco C. Deve clicar no ficheiro que tem extensão **“.com”**. No écran é-lhe então solicitada a “Palavra-chave”, que é a seguinte: **AVS + enter**. Depois, só necessita de introduzir os valores do questionário – sempre de 1 a 5, a contar da esquerda para a direita, mesmo que haja questões cujo sentido esteja invertido – e carregar na tecla **enter** para saber os resultados.

Relativamente ao **23QVS**, instala-se automaticamente e não são necessárias instruções especiais para a sua utilização.

Desejando o maior êxito para o seu trabalho, peço-lhe aceite os melhores cumprimentos de,

Coimbra, 19 de Outubro de 2007.

O Director da Clínica Psiquiátrica dos H.U.C.



(Professor Doutor Adriano Vaz Serra)

Data: 15 de Setembro de 2007

Assunto: Autorização para utilização da escala de avaliação dos comportamentos assertivos dos enfermeiros

Hugo João Fernandes Amaro e Saúl Neves de Jesus, autores da "*Escala de Avaliação dos Comportamentos Assertivos dos Enfermeiros*", vêm por este meio autorizar Hélder Almeida a utilizar o referido instrumentos de avaliação num trabalho científico intitulado "*Stresse, implicações no comportamento dos enfermeiros em Oncologia*", numa amostra pertencente ao IPO de Coimbra, sob orientação do Orientação do Professor Doutor José Carlos Santos.

Hugo Amaro
Saúl Neves de Jesus

