



Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia  
Portugal

Braga, 11 de Outubro de 2007

### ENCAMINHAMENTO DE ARTIGO PARA APRECIACÃO

Exma. Doutora Maria Inês Conceição ([inesgand@unb.br](mailto:inesgand@unb.br)); [revptp@unb.br](mailto:revptp@unb.br)  
Editora da Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa (<http://www.unb.br/ip/ptp/>)  
Universidade de Brasília  
Instituto de Psicologia,  
70910-900 Brasília DF. Brasil

Vimos por este meio solicitar a apreciação do artigo “**Stresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses**” para eventual publicação na revista que dirige (secção “relato de pesquisa”). Mais informamos que foram garantidos os procedimentos éticos na investigação levada a cabo.

Com os melhores cumprimentos,

Rui Gomes  
Universidade Minho  
Portugal

José F. Cruz  
Universidade Minho  
Portugal

Susana Cabanelas  
Universidade Minho  
Portugal

#### Morada dos autores

Universidade do Minho  
Instituto de Educação e Psicologia  
Campus de Gualtar  
4710-057-Braga  
Portugal  
e-mail: [rgomes@iep.uminho.pt](mailto:rgomes@iep.uminho.pt)  
Telf. +253604258  
Fax: +253604221

## **CAPA**

**Título:** Stresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses

**Título abreviado:** Stresse ocupacional em enfermeiros

**Título em inglês:** Occupational stress in health professionals: A study with Portuguese nurse practitioners

### **Autores**

A. Rui Gomes (\*), José F. Cruz (\*), Susana Cabanelas (\*)

(\*) Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho. Portugal

### **Morada para correspondência**

Universidade do Minho

Instituto de Educação e Psicologia

Dr. Rui Gomes

Campus de Gualtar

4710-057-Braga

Portugal

e-mail: [rgomes@iep.uminho.pt](mailto:rgomes@iep.uminho.pt)

Telf. +253604232

Fax: +253604221

**Financiamento:** Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi). Universidade do Minho. Portugal

## RESUMOS

### **Stresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses**

**Resumo:** Este trabalho analisa o stresse ocupacional em 286 enfermeiros de instituições hospitalares e centros de saúde da região norte de Portugal. Foram avaliadas as fontes de stresse, o “burnout”, os problemas de saúde física, a satisfação e realização profissional. Os resultados apontaram 30% de enfermeiros com experiências significativas de stresse e 15% com problemas de exaustão emocional. As análises de regressão múltipla apontaram uma maior capacidade preditiva das dimensões de stresse sobre a exaustão emocional, a saúde física, a satisfação e a realização profissional. As análises comparativas (“t-test” para amostras independentes e ANOVA) demonstraram: i) maior tendência das mulheres para os problemas de stresse ocupacional; ii) enfermeiros mais novos e com menor experiência evidenciaram mais problemas relacionados com a instabilidade profissional, o salário auferido e a despersonalização; iii) os que se encontram com contratos de trabalho a “prazo” apresentaram mais stresse associado à instabilidade profissional; iv) os que realizam trabalho por turnos assumiram maior despersonalização, instabilidade profissional e menor realização profissional; v) os que trabalham mais horas, apesar de demonstrarem menor vontade em abandonar o emprego e a profissão, evidenciaram maior exaustão emocional e despersonalização.

**Palavras-Chave:** Stresse Ocupacional; “Burnout”; Saúde; Satisfação.

### **Occupational stress in health professionals: A study with Portuguese nurse practitioners**

**Abstract:** This work analyses occupational stress in 286 nurse practitioners from hospitals and health care centres in Portugal. The following sources were evaluated: stress, burnout, physical health problems, satisfaction and professional fulfilment. Results revealed significant stress experiences in 30% of the professionals and emotional exhaustion problems in 15%. Multiple regression analysis pointed stress as an important predictor over emotional exhaustion, physical health, satisfaction and professional fulfilment. Comparative analysis (T-Test for independent samples and ANOVA) suggested the following: i) female nurses showed higher tendency to experience occupational stress; ii) younger and less experienced nurse practitioners presented more problems related to professional instability, wage and depersonalization; iii) those with short-term working contracts showed higher stress related with professional instability; iv) the nurses working on a shift-basis system presented higher levels of depersonalization; v) nurses working during long hours stated more emotional exhaustion and depersonalization, even though they also stated less willing to leave their jobs.

**Key Words:** Occupational Stress; Burnout; Physical Health; Satisfaction.

O problema do stresse ocupacional em profissionais da saúde e em particular em enfermeiros é um tema actual de debate e investigação. De facto, os estudos têm vindo a evidenciar o facto dos enfermeiros representarem uma classe profissional particularmente exposta a elevados níveis de pressão e stresse (ver Bourbonnais, Comeau, Vézina & Guylaine, 1998; Butterworth, Carson, Jeacock, White & Clements, 1999; McIntyre, McIntyre, & Silvério, 1999; Payne & Firth-Cozens, 1987). A título ilustrativo, Petterson, Arnetz, Arnetz e Horte (1995) verificaram num trabalho levado a cabo com enfermeiros suecos valores superiores a 80% de stresse elevado a muito elevado.

Devido a estas indicações, os investigadores têm procurado verificar quais os potenciais efeitos negativos na saúde e bem-estar destes profissionais, descrevendo-se consequências a vários níveis como, por exemplo, menor satisfação (ver Blegen, 1993), mais queixas de natureza física e psicológica (ver Cooper, Dewe & O'Driscoll, 2001; Hillhouse & Adler, 1997; Marshall & Barnett, 1993) e maior absentismo (Cascio, 1995; Borda & Norman, 1997; Sauter, Hurrell & Cooper, 1989).

Para além deste nível individual de análise, o interesse pelo estudo destes profissionais é ainda justificado pela natureza dos serviços que prestam, uma vez que a qualidade e eficácia do seu trabalho pode ter um impacto decisivo na saúde dos pacientes. De facto, e contrariamente a muitas outras profissões, a tomada de decisão é particularmente decisiva nesta actividade, pois a opção por um procedimento de tratamento e/ou ajuda errado pode não só piorar o estado do paciente como, em casos limite, levar à sua morte. Como referem Melo, Gomes e Cruz (1997), uma fonte de stresse especial para os profissionais de saúde consiste no facto do seu próprio stresse poder gerar pressão e mal-estar naquele que é o centro da sua atenção: o doente. Adicionalmente, devem ainda ser referidos os perigos para a própria saúde do

profissional, uma vez que algumas das patologias dos doentes são de natureza infecciosa (ex: sida), colocando desafios constantes e pressão ao exercício desta actividade.

Tendo por base estas indicações, torna-se difícil explicar o facto do sector da saúde ser um dos menos estudados no conjunto dos vários domínios laborais, apesar de envolver profissões consideradas de alto risco em termos de stresse (McIntyre, 1994). Por outro lado, e como referem Melo, Gomes e Cruz (1997), embora a área do stresse seja uma das mais produtivas na Psicologia em termos de investigação, ainda faltam estudos dedicados à análise das suas causas, efeitos, prevalência e incidência, sendo tal situação mais evidente em Portugal, onde a investigação é ainda escassa.

Tendo por base estas limitações, propomos neste trabalho contribuir para uma melhoria do conhecimento acerca do stresse ocupacional numa amostra constituída por profissionais de enfermagem portugueses. Em termos conceptuais, a nossa opção foi no sentido de assumir o estudo do stresse a partir da análise das fontes de pressão associadas ao exercício profissional, procurando-se depois observar as relações existentes com os níveis de saúde física, de satisfação, de realização profissional e de esgotamento ("burnout"). Assim sendo, o trabalho levado a cabo pretendeu atingir os seguintes objectivos:

- a) Apresentar metodologias de avaliação do stresse ocupacional, em termos das características psicométricas e validação para os profissionais da área da saúde;
- b) Examinar as fontes de stresse, a prevalência de "burnout", os níveis de satisfação e realização profissional e os principais problemas de saúde física dos enfermeiros;
- c) Analisar as relações entre stresse, "burnout", saúde física, satisfação e realização profissional;

- d) Definir as variáveis preditoras da experiência de “burnout”, saúde física, satisfação e realização profissional e
- e) Observar o impacto de algumas variáveis demográficas e indicadores objectivos da situação profissional na experiência de stresse, "burnout", saúde física, satisfação e realização profissional manifestada pelos enfermeiros.

## MÉTODO

### Amostra

Participaram neste estudo 286 enfermeiros, a trabalhar em diferentes instituições de saúde (hospitais e centros de saúde) da região norte de Portugal, sendo 224 do sexo feminino (78.3%) e 62 do sexo masculino (21.7%). As idades variaram entre os 22 e os 66 anos, com uma média de praticamente 36 anos. A formação dos enfermeiros distribuiu-se pela licenciatura (92.6%), seguindo-se o bacharelato (6%), o mestrado (1.1%) e, por fim, outros graus académicos (0.3%). No que se refere ao vínculo profissional, 45 profissionais (15.7%) encontram-se com contrato a prazo, 149 fazem parte dos quadros dos respectivos locais de trabalho (52.1%) e 92 dos participantes não forneceram informação a este respeito (32.2%). No que se refere ao trabalho por turnos, a maioria encontra-se nesta modalidade de funcionamento (n=157, 54.9%) e 37 seguem o horário diurno normal (12.9%). Em termos da actividade actual, foram quinze as especialidades encontradas, sendo de salientar a distribuição maioritária pela urgência hospitalar (n=65, 22.7%), clínica geral (n=44, 15.4%) e cirurgia (n=42, 14.7%). A média de anos de serviço variou entre 1 e 32 anos (M=9.7) e o número de horas de trabalho por semana apresentou uma grande variabilidade de tempo (30 a 80 horas), com uma média ligeiramente abaixo das 39 horas.

## **Instrumentos e medidas**

Foi administrado a todos os profissionais um conjunto de instrumentos destinados a obter informações acerca das variáveis em análise neste estudo.

*Questionário demográfico.* Este instrumento, para além de obter informações acerca do sexo, da idade, do estado civil e do número de filhos, recolheu dados relativos à formação académica, às características e condições gerais de trabalho (e.g., contexto profissional, situação contratual, trabalho por turnos, especialidade de trabalho, experiência profissional e horas de trabalho por semana);

*Questionário de Stresse nos Profissionais de Saúde (QSPS).* Este instrumento foi desenvolvido a partir dos trabalhos originais de Cruz e Melo (1996), Gomes (1998) e Gomes, Melo e Cruz (2000) realizados com psicólogos portugueses, efectuando-se a adaptação dos itens de avaliação das fontes de stresse de acordo com os profissionais da área da saúde a que se destina o instrumento (e.g., enfermeiros e médicos). Assim sendo, o questionário compreende duas partes distintas. Numa fase inicial é proposto aos profissionais a avaliação do nível global de stresse que experienciam na sua actividade, através de um único item (0=Nenhum stresse; 4=Elevado stresse). Na segunda secção, são avaliadas as potenciais fontes de stresse no exercício da actividade dos profissionais da saúde (independentemente do contexto, área e/ou domínio de acção). Para tal, foram propostos 70 itens relativos às potenciais fontes de stresse no trabalho, sendo respondidos numa escala tipo “Likert” de cinco pontos (0=Nenhum stresse; 4=Elevado stresse). Mais à frente, neste trabalho, apresentamos os resultados da validação do questionário, em termos da estrutura factorial e respectivas dimensões de avaliação;

*Inventário de “Burnout” de Maslach – Human Services Survey (MBI-HSS).* Trata-se da versão traduzida e adaptada por Cruz e Melo (1996) e Melo, Gomes e Cruz

(1999) da “Maslach Burnout Inventory-HSS” (Maslach & Jackson, 1996). A MBI é um instrumento de auto-registo com 22 itens acerca dos sentimentos relacionados com o trabalho, distribuindo-se por três dimensões: i) exaustão emocional: analisa os sentimentos de sobrecarga emocional e exaustão devido às exigências do trabalho (ex: “sinto-me esgotado(a) com o meu trabalho”); ii) despersonalização: pretende medir as respostas “frias”, impessoais ou mesmo negativas dirigidas àqueles a quem se prestam serviços (ex: “sinto que trato alguns clientes como se fossem objectos impessoais”) e iii) realização pessoal: usada para avaliar os sentimentos de competência profissional e de sucesso no trabalho com pessoas (ex: “neste emprego consegui muitas coisas que valeram a pena”). A frequência com que cada sentimento ocorre nas três áreas é avaliada numa escala tipo “Likert” de sete pontos, variando entre o mínimo de zero (Nunca) e o máximo de seis (Todos os dias);

*Escala de Satisfação e Realização (ESR):* Este instrumento foi desenvolvido com o objectivo de avaliar os níveis de satisfação e realização profissional (Gomes, 1998; Gomes, Melo & Cruz, 2000) e teve por base instrumentos similares utilizados por Boice e Myers (1987), Rodolfa e Kraft (1998), Thoresen, Miller e Krauskopf (1989). A escala é composta por cinco questões acerca da carreira e satisfação profissional, nomeadamente, i) a vontade em optar pela mesma via de ensino se os enfermeiros tivessem uma nova oportunidade de escolher um curso superior (respostas numa escala dicotómica de “sim” e “não”); ii) o nível de satisfação profissional actual; iii) o nível de realização profissional actual; iv) o desejo de abandonar o actual local de trabalho durante os próximos cinco anos; e v) o desejo de abandonar a profissão durante os próximos cinco anos. Estas últimas quatro questões foram apresentadas numa escala tipo “Likert” de seis pontos (1=Muito Baixo; 6=Muito Alto), significando os valores

mais elevados nos diferentes itens maior satisfação e realização profissional bem como um maior desejo de abandonar o emprego e a profissão;

*Escala de Saúde Física (ESF)*. Este instrumento destina-se a analisar a percepção dos enfermeiros acerca da frequência de ocorrência de problemas físicos nos últimos três meses. A ESF é uma versão traduzida e adaptada de uma escala do “Occupational Stress Indicator” (Cooper, Sloan, & Williams, 1988; Cunha, Cooper, Moura, Reis, & Fernandes, 1992), englobando doze itens respondidos num formato tipo “Likert” de seis pontos (1= Nunca; 6=Com muita frequência). O “score” total da escala é calculado através da soma dos valores obtidos em cada um dos itens, significando valores mais elevados uma maior tendência para experienciar problemas de saúde física.

### **Procedimento**

A investigação iniciou-se com o pedido de autorização aos responsáveis dos Conselhos de Administração e/ou Direcção das várias instituições de saúde, explicando-se os objectivos do estudo e os procedimentos a levar a cabo na recolha, tratamento e divulgação dos dados. Após a anuência por escrito dos mesmos, iniciamos o trabalho de campo propriamente dito, contactando os Chefes de Serviço de cada local de trabalho. Combinado o momento para o início da recolha dos dados, distribuiu-se o protocolo de avaliação que incluía, anexa, uma carta de apresentação, dirigida aos participantes, acerca dos objectivos e implicações da investigação, assegurando-se o carácter voluntário da participação. No sentido de garantir a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, foi fornecido a todos os inquiridos um envelope no qual introduziam o questionário preenchido, que deveria ser posteriormente devolvido, devidamente fechado. A abertura dos envelopes contendo os questionários recebidos, foi sempre da única e exclusiva responsabilidade do grupo de investigadores deste estudo, de forma a garantir a confidencialidade dos dados. Assim sendo, o Questionário que englobava os

instrumentos atrás referidos foi distribuído junto de 420 enfermeiros, tendo sido recebidos e considerados como válidos para efeitos do presente estudo 286 questionários, representando uma taxa de retorno e adesão de 68.1%.

## **RESULTADOS**

O tratamento e análise estatística dos dados foram efectuados no programa SPSS (versão 15.0 para Windows) e incluiu vários procedimentos que serão explicados ao longo desta parte do trabalho.

### **Estrutura factorial e consistência interna dos instrumentos**

Os procedimentos de análise que descrevemos a seguir são aplicados a três dos instrumentos utilizados (questionário de stresse, inventário de “burnout” e escala de saúde física), não sendo incluída a escala satisfação e realização, uma vez que os itens foram analisados separadamente pelas dimensões anteriormente descritas.

No sentido de testar a estrutura factorial dos instrumentos referidos, efectuámos uma análise factorial das componentes principais, sem pré-definição do número de factores, através da rotação ortogonal (procedimento “varimax”), com normalização de Kaiser (“eigenvalue” igual ou superior a 1). Para a retenção dos itens em cada uma das escalas, foram fixados os seguintes critérios: i) saturação igual ou superior a .40 de cada item no factor hipotético e apenas num único factor; ii) aceitação da solução factorial final a partir do momento em que explicasse pelo menos 50% da variância total; iii) existência de uma coerência entre a solução factorial e os itens que constituem cada um dos factores e iv) cada factor deveria ser representado, pelo menos, por dois itens (ver Gorsuch, 1983; Hair, Anderson, Tatham & Black, 1995).

No que diz respeito ao questionário de stresse nos profissionais de saúde, os resultados permitiram identificar uma versão final com oito factores explicadores de 63.8% de variância, num total de 40 itens assim distribuídos: i) cometer erros e lidar com insucessos e problemas profissionais: sentimentos negativos dos profissionais relacionados com o exercício da actividade profissional, nomeadamente, a possibilidade de cometerem erros, o terem de lidar com os problemas e expectativas dos clientes e a falta de confiança nos conhecimentos possuídos para resolverem as exigências inerentes à sua actividade laboral (nove itens e um valor de “Alpha” de .90); ii) ambiente de trabalho e relações profissionais: mal-estar dos profissionais relacionados com o ambiente negativo de trabalho bem como os problemas de relacionamento com os colegas de trabalho e superiores hierárquicos (sete itens e um valor de .82); iii) excesso de trabalho e envolvimento profissional: mal-estar relacionado com a excessiva carga de trabalho a realizar bem como o facto da actividade laboral exigir o máximo envolvimento dos profissionais para conseguirem cumprir as tarefas estabelecidas (seis itens e um valor de “Alpha” de .84); iv) instabilidade profissional e na carreira: sentimentos de insegurança dos profissionais relacionados com a sua situação laboral e carreira profissional (quatro itens e um valor de “Alpha” de .80); v) remuneração auferida: mal-estar e descontentamento relacionados com o salário recebido (quatro itens e um valor de “Alpha” de .79); vi) falta de reconhecimento e poder: sentimentos negativos relativos ao baixo reconhecimento da actividade profissional e às poucas oportunidades de influência do processo de tomada de decisão (três itens e um valor de “Alpha” de .75); vii) acções de formação e elaboração de relatórios técnicos: experiências negativas dos profissionais em situações onde devem elaborar e conduzir acções de formação e elaborar relatórios técnicos (três itens e um valor de “Alpha” de .79); e viii) problemas familiares: dificuldades de relacionamento familiar e conciliação

entre a vida profissional e familiar (quatro itens e um valor de “Alpha” de .80). Para o cálculo do valor final em cada uma das oito dimensões do QSPS, efectuámos a soma do resultado de cada uma das subescalas, dividindo depois o valor encontrado pelo total de itens de cada uma delas, fazendo assim variar os resultados entre um mínimo de zero e um máximo de quatro. Neste sentido, valores mais elevados significam maior percepção de stresse em cada um dos domínios avaliados.

Tal como no instrumento anterior, para a MBI procedemos ao mesmo tipo de análise da estrutura factorial, identificando-se uma versão final explicativa de 51.4% de variância total, incluindo 19 itens distribuídos da seguinte forma: exaustão emocional, com sete itens e um valor de “Alpha” de .87; realização pessoal com sete itens e um valor de “Alpha” de .78 e despersonalização com cinco itens e uma “Alpha” de .67. Para efeitos do presente estudo, os "scores" de cada subescala da versão adaptada da MBI foram calculados adicionando os valores atribuídos aos itens de cada dimensão, dividindo-se depois esse total pelo número de itens de cada uma delas. Assim, os resultados totais podem variar entre um mínimo de zero e um máximo de seis. O valor máximo reflecte elevados índices de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Elevados níveis de “burnout” estão associados a elevados “scores” de exaustão emocional e despersonalização, mas também a baixos resultados na realização pessoal;

Finalmente, no que respeita à Escala de Saúde Física, a análise factorial exploratória permitiu agrupar nove dos itens numa única faceta (tal como proposto pelos autores), explicando-se 50% de variância associada ao instrumento, com um valor de “Alpha” igual a .87. Assim sendo, o “score” total de saúde física resulta do somatório dos valores atribuídos a cada um dos itens desta escala, variando o “score” entre um mínimo de nove pontos e um máximo de 54 pontos.

## **Estatísticas descritivas e associações entre as variáveis em estudo**

Começando pelo "nível global de stresse" que os enfermeiros sentem geralmente no exercício da sua actividade profissional (primeira parte do QSPS), é de realçar o facto de cerca de 30% dos participantes neste estudo terem referido experienciar índices globais elevados de stresse associados à sua profissão. Numa análise mais detalhada dos possíveis problemas que podem contribuir para esta situação, o Quadro 1 ilustra as dez fontes de stresse incluídas na segunda parte do QSPS que foram consideradas como geradoras de maior pressão, apresentando-se nesta análise os "scores" iguais ou superiores a três em cada um dos 70 itens. De um modo geral, são as questões relacionadas com as implicações dos erros cometidos (ex: "tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves"), as relações profissionais ("a incompetência e/ou inflexibilidade dos meus superiores hierárquicos"), as apresentações do trabalho aos outros ("falar ou fazer apresentações em público"), a relação com os clientes ("comunicar aos clientes decisões e/ou informações difíceis ou delicadas"), a carreira profissional (ex: "falta de perspectivas de desenvolvimento e promoção na carreira") e o excesso de trabalho e gestão do tempo (ex: "falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais") que mais parecem perturbar os participantes nesta investigação. Esta variedade de problemas profissionais reflecte em grande medida os dados relativos aos factores de stresse da escala. Assim, e considerando uma vez mais os resultados extremos da escala "likert" (valores 3 e 4), constata-se que as acções de formação e elaboração de relatórios técnicos, o cometer erros e lidar com os insucessos, o excesso de trabalho, a instabilidade profissional e o mau ambiente de trabalho são as áreas de stresse que englobam, em grande medida, as dez principais fontes de stresse relatadas pelos enfermeiros (ver Quadro 2).

===== INSERIR POR AQUI QUADROS 1 e 2 =====

Relativamente aos níveis de esgotamento dos professores, utilizámos as indicações sugeridas por Shirom (1989) para calcular os valores problemáticos em cada uma das três facetas do “burnout”. Neste caso, o autor propõe a utilização dos valores da escala “likert” como referência para estabelecer os “pontos” de corte das três escalas, em vez dos valores normativos sugeridos pelos autores da escala (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). Neste último caso, a identificação do perfil de “burnout” dá-se pelo cálculo das pontuações no terço superior da distribuição dos valores normativos nas escalas de exaustão emocional e cinismo bem como pela classificação no terço inferior da distribuição dos resultados normativos na escala de eficácia profissional. A utilização deste critério coloca o problema de não existirem valores normativos estabelecidos para a população portuguesa, correndo-se o risco de considerar “falsos positivos”, ou seja, indivíduos que sem apresentarem o problema são considerados como tal. Neste sentido, Shirom (1989) propõe dois critérios de cálculo alternativos, um menos restritivo (valor igual ou superior à frequência “algumas vezes por mês” na escala “likert”) e outro mais conservador (valor igual ou superior à frequência “algumas vezes por semana” na escala “likert”). No nosso caso, procurámos adoptar um critério intermédio que conciliasse estes dois, assumindo-se como valor de corte a frequência “uma vez por semana” da escala “likert” para as dimensões de exaustão emocional e cinismo e “uma vez por mês” para a dimensão de eficácia profissional (recordamos que nesta última dimensão a leitura dos resultados deve ser efectuada em sentido inverso, ou seja, valores menos elevados na escala significam menor eficácia profissional). Assim sendo, os resultados. Os resultados obtidos apontam uma percentagem assinalável de profissionais com queixas ao nível da exaustão emocional (15.5%), seguindo-se 4% em termos da

despersonalização e com valores praticamente residuais os problemas de realização pessoal (menos de 1%).

No que concerne aos índices de saúde física, os resultados obtidos sugerem que o “sentir-se extremamente cansado(a) ou exausto(a)”, o “ter a sensação de não querer levantar-se de manhã”, as “dificuldades em adormecer ou em manter um sono contínuo”, a “tendência para comer, beber ou fumar mais do que é habitual” e as “enxaquecas e dores de cabeça” representam os indicadores de saúde experienciados mais frequentemente e referidos por cerca de 13 a 35% dos profissionais.

Quanto aos indicadores de satisfação e realização profissional, alguns dados merecem a nossa atenção. Em primeiro lugar, há que registar o facto de praticante ¼ dos participantes (24%) não voltarem a escolher o mesmo curso, e conseqüentemente a mesma profissão, se tivessem uma nova oportunidade de optar por uma saída profissional. Em termos da satisfação profissional actual, 9% estão bastante insatisfeitos com a sua profissão, enquanto 28% estão bastante satisfeitos com a sua actividade profissional. Neste mesmo sentido, os valores de realização profissional são bastante baixos para 2% dos enfermeiros e bastante altos para 24% (a grande maioria sente-se moderadamente realizada). Já no que respeita aos indicadores relativos ao desejo de abandonar o local de trabalho e a profissão, os valores extremaram-se ainda mais, colocando o grupo dos que tencionam deixar o lugar onde exercem funções com 12% e dos que pretendem deixar a profissão com 8%, contrastando com os 68% dos que manifestaram a vontade em continuar no mesmo local de exercício de funções e os 78% dos que pretendem manter-se no mesmo contexto profissional.

Por último, as análises das associações e correlações existentes entre todas as variáveis em estudo foram realizadas através do cálculo dos coeficientes de correlação de Pearson, descrevendo-se os valores encontrados no Quadro 3.

Assim, aumentos nos níveis globais de stresse aparecem associados, por um lado, a níveis superiores de exaustão emocional e, por outro lado, a experiências profissionais mais negativas nas oito áreas de stresse do QSPS.

De igual modo, constata-se uma relação entre as oito dimensões que compõem o questionário de stresse, sendo a natureza desta associação em sentido positivo, o que equivale a dizer que aumentos em cada um dos oito domínios implica igualmente um aumento nas restantes sete facetas. Quanto às associações entre estas oito áreas de stresse e as outras medidas em estudo, é de salientar o facto dos problemas de saúde física e os níveis de exaustão emocional da MBI tenderem a ser mais elevados com aumentos em qualquer um dos factores de stresse. Já como um menor número de associações deve ser salientado o facto da despersonalização da MBI aumentar com as queixas acerca do excesso de trabalho, do mau ambiente de trabalho, da falta de reconhecimento, da remuneração auferida e dos problemas familiares. Com apenas uma associação em causa, devemos assinalar que os problemas de stresse relacionados com as acções de formação e elaboração de relatórios técnicos traduz-se por um menor sentimento de realização pessoal da MBI. Ao nível da relação entre o stresse e a satisfação/realização, é evidente o facto da satisfação profissional diminuir à medida que os profissionais experienciam mais problemas relacionados com o cometer erros, o excesso de trabalho, a instabilidade profissional e a remuneração auferida. Já os sentimentos de realização profissional parecem mais condicionados pelos problemas ao nível da instabilidade profissional e do salário recebido. Neste mesmo sentido, o desejo de abandonar o local de emprego aparece associado ao descontentamento com o salário.

No que se refere aos problemas de saúde física, para além das relações já referidas com os factores de stresse, deve ainda ser apontado o facto de existir uma associação

positiva com a despersonalização, o desejo de abandonar o emprego e a profissão e uma associação negativa com a satisfação profissional.

Em termos do “burnout”, a escala com efeitos negativos mais generalizados é a exaustão emocional que, para além de implicar aumentos ao nível da despersonalização, significa uma menor satisfação e realização profissional, em paralelo, como um maior desejo de abandonar o local de emprego e a profissão. Já a maior realização pessoal associa-se a uma menor despersonalização e a uma maior satisfação e realização profissional. No caso da despersonalização, os seus efeitos fazem-se sentir num menor sentimento de realização profissional.

Por último, as correlações entre as dimensões da satisfação e realização, verificou-se a interacção esperada, ou seja, a satisfação correlaciona-se positivamente com a realização profissional e negativamente com o desejo de abandonar o local de emprego e a profissão. De igual modo, a maior realização profissional significa um menor desejo de deixar o actual local de trabalho e esta última dimensão associa-se positivamente com o desejo de abandonar a profissão.

### ===== INSERIR POR AQUI O QUADRO 3 =====

#### **Variáveis preditoras da experiência de “burnout”, saúde física, satisfação e realização profissional**

O objectivo destas análises foi compreender quais os factores que melhor poderiam explicar a experiência de “burnout”, saúde física, satisfação e realização profissional. Neste sentido, efectuamos análises de regressão múltipla, através do método “stepwise”

Assim sendo, começamos por estudar o impacto das oito áreas de stresse do QSPS nas três dimensões da MBI (ver Quadro 4). No caso da exaustão emocional, o modelo final ficou representado por duas variáveis de stresse, o excesso de trabalho e

envolvimento profissional e as queixas acerca da remuneração auferida, que no seu conjunto explicaram 26% da variância. Este valor de variância baixou para a realização pessoal, que viu apenas 4% da sua variância explicada pelas acções de formação e elaboração de relatórios técnicos. Já no que respeita à despersonalização, os problemas familiares, a falta de reconhecimento e poder e o cometer erros explicaram 7% da variância.

De seguida, incluímos como variáveis preditoras as fontes de stresse e as dimensões de “burnout” para analisar o impacto ao nível dos problemas de saúde física, da satisfação e da realização profissional (ver Quadro 4). Deste modo, e começando pela ESF, verificámos que a exaustão emocional, o excesso de trabalho, os problemas com a remuneração auferida e a despersonalização entraram na análise final, explicando 40% da variância associada a esta dimensão da saúde física. No que respeita à satisfação profissional, as três dimensões da MBI bem como os problemas com a remuneração e o ambiente de trabalho do QSPS explicaram 25% da variância. Por fim, a realização profissional, viu 22% da sua variância igualmente explicada pelas dimensões da exaustação emocional e realização pessoal da MBI bem como pelos problemas relacionados com a remuneração e o excesso de trabalho do QSPS.

### **Diferenças na experiência de stresse, "burnout", saúde física, satisfação e realização profissional**

Nesta etapa do estudo procuramos observar eventuais diferenças nas dimensões analisadas pelos instrumentos de avaliação (variáveis dependentes) em função de algumas características demográficas e profissionais da nossa amostra (variáveis independentes). Para tal, foram constituídos os seguintes grupos de comparação: sexo, idade, experiência profissional, situação contratual, trabalho por turnos e número de

horas de trabalho por semana aplicando-se, consoante os casos em questão, análises de variância "One-way" (ANOVA), seguidas de comparações "post-hoc" com o teste de Scheffé e "t-tests" para amostras independentes.

No que concerne à distinção em função do sexo, verificámos seis dimensões de stresse com diferenças significativas, resultando em qualquer um dos casos numa maior experiência de stresse por parte das mulheres. Mais concretamente, as divergências foram visíveis nas seguintes áreas: i) cometer erros e lidar com os insucessos profissionais ( $t=-5.13$ ;  $p<.001$ ) (valor médio das mulheres foi de 2.52 e dos homens 1.98); ii) instabilidade profissional e na carreira ( $t=-2.76$ ;  $p<.01$ ) (valor médio das mulheres foi de 2.22 e dos homens 1.83); iii) excesso de trabalho e envolvimento profissional ( $t=-3.45$ ;  $p<.01$ ) (valor médio das mulheres foi de 2.37 e dos homens 1.99); iv) remuneração auferida ( $t=-2.66$ ;  $p<.01$ ) (valor médio das mulheres foi de 2.07 e dos homens 1.71); v) falta de reconhecimento e poder ( $t=-2.63$ ;  $p<.01$ ) (valor médio das mulheres foi de 2.27 e dos homens 1.95); e vi) acções de formação e relatórios técnicos ( $t=-3.22$ ;  $p<.01$ ) (valor médio das mulheres foi de 2.57 e dos homens 2.12). Ao nível da saúde física, as mulheres ( $M=3.15$ ) apresentaram mais problemas do que os homens ( $M=2.50$ ) ( $t=-4.49$ ;  $p<.001$ ) e, com um padrão inverso, estes últimos evidenciaram uma maior despersonalização ( $M=1.06$ ) do que as suas colegas do sexo feminino ( $M=.77$ ) ( $t=2.44$ ;  $p<.05$ ).

De seguida, testámos a existência de discrepâncias em função da idade dos enfermeiros, constituindo-se três grupos distintos que reflectissem as várias etapas do desenvolvimento profissional (até aos 30 anos, dos 31 aos 50 anos e mais de 50 anos de idade). Começando pelos factores de stresse, há que destacar duas diferenças. Assim, ao nível da instabilidade profissional e na carreira ( $F=17.61$ ;  $p<.001$ ), constatou-se pelo "post-hoc" de Scheffé que os profissionais mais novos (até aos 30 anos) apresentaram

mais problemas nesta área ( $M=2.70$ ) do que os seus colegas com idades intermédias ( $M=1.98$ ) e mais velhos ( $M=1.78$ ). Neste mesmo sentido, os problemas relacionados com a remuneração auferida ( $F=5.05$ ;  $p<.01$ ) tendem, de acordo com o “post-hoc”, a perturbar mais os enfermeiros com idades até aos 30 anos ( $M=2.31$ ) do que os seus colegas com idades entre os 31 e os 50 anos ( $M=1.93$ ). Ao nível das dimensões da MBI devem ser acentuadas duas diferenças estatisticamente significativas. Neste caso, na dimensão da realização pessoal ( $F=3.33$ ;  $p<.05$ ) destaca-se, segundo o “post-hoc”, as diferenças entre o grupo de participantes com idades compreendidas entre os 31 e os 50 anos ( $M= 4.41$ ) e os com mais de 50 anos ( $M=5.14$ ), assumindo este último grupo maiores níveis de realização do ponto de vista pessoal. A segunda diferença a registar prende-se com a despersonalização ( $F=7.61$ ;  $p<.01$ ), verificando-se, de acordo com o “post-hoc”, que os enfermeiros com idades até aos 30 anos assumiram uma maior tendência para despersonalizarem ( $M=.99$ ) do que os seus colegas com idades intermédias ( $M=.67$ ) e mais velhos ( $M=.27$ ). No último conjunto de comparações (variáveis de satisfação e realização), registaram-se três diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de idades. Assim, o nível de realização profissional ( $F=4.60$ ;  $p<.05$ ) colocou, de acordo com o “post-hoc”, o grupo dos mais velhos (mais de 50 anos) com maiores níveis de realização ( $M=5.00$ ) do que os grupos com idades intermédias ( $M=4.07$ ) e mais baixas ( $M=3.96$ ). Já a vontade em abandonar o actual local de emprego ( $F=5.74$ ;  $p<.01$ ) contrastou, de acordo com o “post-hoc”, o grupo mais velho ( $M=3.58$ ) com os outros dois grupos, nomeadamente, o dos 31 aos 50 anos ( $M=2.03$ ) e o até aos 30 anos ( $M=2.31$ ). Neste mesmo sentido, foram os mais velhos ( $M=3.83$ ) que evidenciaram um maior desejo de abandonar a profissão ( $F=15.42$ ;  $p<.001$ ) quando comparados com os seus colegas com idades entre os 31 e os 50 anos ( $M=1.75$ ) e os até aos 30 anos ( $M=1.58$ ).

O terceiro conjunto de análises colocou em comparação três grupos de participantes com diferentes anos de trabalho, procurando-se discriminar entre enfermeiros em início de carreira (até 5 anos), com uma experiência intermédia de trabalho (6 a 15 anos) e os que revelavam bastante prática nas suas funções (mais de 15 anos). Os resultados evidenciaram quatro diferenças com significado estatístico. Em primeiro lugar, o stresse relacionado com a instabilidade profissional e na carreira ( $F=7.32$ ;  $p<.01$ ) verificando-se, de acordo com o “post-hoc”, que os profissionais até cinco anos de trabalho eram mais sensíveis a este problema ( $M=2.40$ ) do que seus colegas com mais de 15 anos de trabalho ( $M=1.75$ ). De um modo ainda mais extensivo, as dificuldades relacionadas com a remuneração auferida ( $F=4.84$ ;  $p<.01$ ) suscitaram menos stresse nos profissionais com mais de 15 anos de trabalho ( $M=1.62$ ) relativamente aos seus colegas até 5 anos ( $M=2.05$ ) e entre 6 a 15 anos de prática profissional ( $M=2.12$ ). Num outro sentido, mas numa lógica de resultados congruentes a estes, constatou-se que foram os mais velhos ( $M=2.49$ ) que manifestaram um maior desejo de abandonar a profissão ( $F=10.19$ ;  $p<.001$ ) quando comparados com os enfermeiros com experiência intermédia ( $M=1.49$ ) e em início de carreira ( $M=1.63$ ). A última diferença a registar prende-se com a tendência para a despersonalização ( $F=3.25$ ;  $p<.05$ ), constando-se, segundo o teste de “post-hoc”, que os menos experientes (até 5 anos) tendem a apresentar mais problemas nesta área ( $M=.95$ ) do que os mais experientes (mais de 15 anos) ( $M=.58$ ).

A comparação entre profissionais com situações mais estáveis na carreira (“efectivos” no local de trabalho) e profissionais com contratos a prazo/termo representou a quarta categoria de comparação. Neste caso, e tal como seria de esperar, foi o mal-estar associado à instabilidade profissional e na carreira que diferenciou os

grupos ( $t=-4.42$ ;  $p<.001$ ), colocando os enfermeiros em situação precária a sentir mais stresse ( $M=2.79$ ) do que os seus colegas com vínculos laborais estáveis ( $M=2.14$ ).

O quinto agrupamento diz respeito à realização de trabalho por turnos, efectuando-se uma comparação entre profissionais com horários “normais” de trabalho (diurnos) e os que fazem trabalho por turnos com diferentes horários de trabalho (incluindo o nocturno). Neste caso, o stresse associado à instabilidade profissional e na carreira ( $t=-4.10$ ;  $p<.001$ ) tende a afectar mais o grupo que realiza trabalho por turnos ( $M=2.42$ ) relativamente aos seus colegas em horário habitual ( $M=1.75$ ). Ao nível das dimensões da MBI, a tendência para despersonalizar ( $t=3.47$ ;  $p<.01$ ) é superior nos que fazem turnos ( $M=.81$ ) relativamente aos seus colegas que não fazem ( $M=.44$ ). Também a realização profissional da ESR revelou resultados significativos ( $t=-2.76$ ;  $p<.01$ ), uma vez que o grupo que não efectua turnos ( $M=4.49$ ) evidenciou mais sentimentos de realização do que os seus colegas ( $M=3.99$ ).

No último conjunto de comparações, colocou-se em análise diferentes horas de trabalho por semana (até 35 horas e mais de 35 horas). Neste caso, verificaram-se duas diferenças significativas nas dimensões da MBI, nomeadamente na exaustão emocional ( $t=-2.05$ ;  $p<.05$ ), sendo o grupo faz mais horas de trabalho ( $M=2.09$ ) que revela mais problemas do que os que realizam menos horas ( $M=1.78$ ) e a tendência para despersonalizar ( $t=-4.09$ ;  $p<.001$ ), sendo também superior no grupo com mais horas de trabalho ( $M=1.12$ ) relativamente ao com menos horas ( $M=.67$ ). Quanto ao desejo de abandonar o actual local de emprego ( $t=2.34$ ;  $p<.05$ ), é o grupo com até 35 horas de trabalho que manifesta mais esta vontade ( $M=2.32$ ) quando comparado com os que ultrapassam este número de horas ( $M=1.89$ ). A vontade em deixar a profissão apresenta resultados congruentes com os anteriores ( $t=3.24$ ;  $p<.01$ ), uma vez que é o grupo que

trabalha até 35 horas (M=1.92) que descreve um maior desejo de abandonar a profissão do que os seus colegas com mais horas de trabalho (M=1.42).

## DISCUSSÃO

O estudo do stresse ocupacional em profissionais de saúde tem suscitado a atenção dos investigadores que procuram compreender este fenómeno em termos das manifestações e consequências no funcionamento destes trabalhadores bem como no tipo de serviços que prestam aos outros. A investigação levada a cabo insere-se nesta lógica, fornecendo indicações acerca da experiência de trabalho numa amostra de enfermeiros portugueses e, adicionalmente, procura contribuir para o desenvolvimento de metodologias de avaliação específicas para estes profissionais.

Começando por este último aspecto, devemos salientar os dados obtidos no Questionário de Stresse nos Profissionais de Saúde (QSPS), uma vez que as metodologias de avaliação dirigidas a estas populações são ainda escassas. Assim, de um modo geral, as estruturas factoriais dos instrumentos reflectiram as dimensões esperadas, particularmente no Inventário de “Burnout” e na Escala de Saúde Física. No que se refere ao QSPS, este apresentou oito grandes dimensões, que permitem um entendimento bastante lato das áreas de stresse na actividade laboral dos enfermeiros. Por outro lado, os valores de “alpha” encontrados foram bastante aceitáveis, situando-se acima do ponto crítico de .70 considerado como indicador de uma boa consistência interna (ver Nunnally, 1978). Adicionalmente, as correlações entre as várias medidas utilizadas apresentaram o “comportamento” esperado, uma vez que aumentos em qualquer uma dos factores de stresse implicou resultados mais elevados nas restantes dimensões. De igual modo, maior stresse associou-se a mais problemas de saúde física e a maior exaustão emocional. Deve ainda ser salientado o facto de não se terem

verificado problemas de “redundância” entre as variáveis em estudo, não tendo nenhuma das correlações atingido o ponto crítico de .70 sugerido por Pedhazur (1982) como suscitando problemas de multicolinearidade. Uma vez mais, estes dados são particularmente importantes no questionário de stresse, pois este estudo representou a primeira validação do instrumento, dando assim indicações positivas acerca da relevância e interesse na aplicação a estes profissionais.

No que se refere à observação dos valores médios e frequências das várias dimensões em análise, há que realçar vários aspectos. Desde logo, o facto de 30% dos enfermeiros experienciarem níveis elevados de stresse justifica a importância do estudo deste tema junto desta classe profissional bem como a necessidade de se desenvolverem estratégias de intervenção que possam ajudar na gestão da pressão inerente a esta actividade laboral. Por outro lado, os valores registados encontram paralelo noutros estudos realizados em Portugal, seja com psicólogos (ver Gomes, 1998; Gomes, Melo & Cruz, 2000), seja com professores (ver Cruz & Freitas, 1988; Cruz & Mesquita, 1988; Gomes, Silva, Mourisco, Mota, & Montenegro, 2006; Pinto, 2000), tendo sido registados valores médios de “stresse elevado” acima dos 40%. No entanto, a percentagem verificada neste estudo situa-se abaixo dos valores encontrados por Petterson e colaboradores (1995) que descreveram cerca de 80% de problemas de stresse numa amostra de enfermeiros suecos. Numa análise mais detalhada dos factores de stresse que poderão estar na origem deste problema, os resultados por nós encontrados sugerem as dificuldades em realizar acções de formação e elaborar relatórios técnicos, a possibilidade de cometer erros, o excesso de trabalho e a instabilidade profissional como perturbando particularmente os enfermeiros. Estes indicadores encontram correspondência nos dados de outras investigações sobre fontes de pressão em profissionais de saúde, principalmente no que respeita à sobrecarga de

trabalho, às pressões de tempo e aos aspectos relacionados com a carreira e a realização profissional (ver Douglas, Meleis, Eribes & Kim, 1996; Melo, Gomes & Cruz, 1997; Narayan, Menon & Spector, 1999; Payne & Firth-Cozens, 1987).

Quanto aos níveis globais de “burnout” encontrados, é de referir os índices acentuados de exaustão emocional (mais de 15%) evidenciada pelos enfermeiros, sendo esta a dimensão mais afectada da experiência de esgotamento. Resultados semelhantes foram encontrados por Queirós (2005) num estudo com enfermeiros portugueses, sendo a dimensão da exaustão emocional a mais elevada (27%) das três áreas de “burnout”, seguida do cinismo com 16% (dimensão semelhante à despersonalização da MBI) e da ineficácia profissional (2%). Também no nosso caso, observamos diminuições substanciais nos restantes factores da MBI, nomeadamente na despersonalização (4%), o que é particularmente positivo neste tipo de profissionais, e na realização pessoal (1%). Dito por outras palavras, a possibilidade de esgotamento nos enfermeiros participantes nesta investigação está fundamentalmente associada a sensações de cansaço e exaustão emocional, mas tais resultados não parecem condicionar o tipo de serviços prestados aos pacientes nem tão pouco os sentimentos de eficácia e realização pessoal. Aliás, este último resultado (realização pessoal) é corroborado pelos valores obtidos na escala de satisfação e realização profissional, uma vez que os valores em ambas as subescalas variam entre 9% de grande insatisfação e 2% de falta de realização. No entanto, não devemos descurar o facto de praticamente 25% dos participantes não voltarem a escolher a sua profissão se tivessem uma nova oportunidade de optar por uma saída profissional. Curioso é ainda o facto de alguns dos indicadores de saúde física estarem mais associados à dimensão da exaustão emocional da MBI, uma vez que o “sentir-se extremamente cansado(a) ou exausto(a)”, o “ter a sensação de não querer levantar-se de manhã”, as “dificuldades em adormecer ou em manter um sono

contínuo”, representaram os problemas de saúde física mais referenciados e que de algum modo encontram correspondência nas características identificadoras da exaustão emocional (“sensações de cansaço de manhã”, “sentimentos de esgotamento com o trabalho”, “sentir-se no limite das capacidades”).

A questão que se pode colocar a seguir prende-se com o contributo dos factores de stress na explicação da experiência de esgotamento, saúde física, satisfação e realização profissional. Os dados das análises de regressão revelaram alguns aspectos interessantes. Assim, é curioso verificar que é precisamente a dimensão de exaustão emocional que tem maior percentagem de variância explicada pelos factores do QSPS (26%), sendo esta a faceta mais prevalente das três subescalas que constituem a MBI. De algum modo, as análises de regressão demonstraram que é o excesso de trabalho (que implica um maior ritmo de vida e cansaço) e o descontentamento com a remuneração auferida que melhor explicam as sensações de cansaço e exaustão emocional. Tais resultados encontram paralelo noutro trabalho realizado com enfermeiros holandeses, constatando-se igualmente uma grande importância do excesso de trabalho na explicação da exaustão emocional (ver Tummers, Merode, Landeweerd & Candel, 2003). Já os problemas de saúde física são fundamentalmente explicados pela exaustão emocional (o que comprova a importância da análise conjunta destas duas dimensões), o excesso de trabalho, o descontentamento com a remuneração e a tendência para uma maior despersonalização. No que se refere às dimensões de satisfação e realização profissional é essencialmente de destacar a importância da exaustão emocional e da realização pessoal da MBI bem como da insatisfação com a remuneração auferida. No seu conjunto, os dados obtidos sugerem que é a dimensão mais “física” do esgotamento (exaustão emocional) a melhor explicada pelos factores de

stress, principalmente pelos problemas relacionados com o excesso de trabalho e a remuneração auferida.

No último conjunto de análises realizadas, consideramos seis grupos de comparação na amostra deste estudo. Em primeiro lugar, as diferenças de sexo colocaram as mulheres com mais problemas de stress em seis dos oito factores avaliados pelo QSPS e com mais dificuldades de saúde física que os seus pares. Tais resultados vão de encontro à literatura neste domínio, que tende de um modo geral a colocar as mulheres com níveis mais elevados de stress relacionado com vários aspectos do trabalho (ver Cooper, Dewe & O'Driscoll, 2001; Cruz & Mesquita, 1988; Gomes & Cruz, 2004; Melo, Gomes & Cruz, 1997; Pinto, 2000). No entanto, e de forma inversa, as mulheres tendem a despersonalizar menos que os homens mas, uma vez mais, este resultado reflecte dados de outros estudos, como por exemplo, os trabalhos realizados no ensino, onde também se constatou uma maior tendência para a despersonalização por parte dos professores relativamente às professoras (ver Burke, Greenglass & Schwarzer, 1996; Gomes et al., 2006; Schaufeli & Buunk, 1996).

Já no que respeita à importância da idade e da experiência profissional, em termos gerais há que destacar o facto dos enfermeiros mais novos evidenciarem, como seria de esperar, mais problemas relacionados com a instabilidade profissional e o salário auferido mas também uma maior tendência para a despersonalização. Neste último caso, pode-se levantar a hipótese da despersonalização representar uma estratégia de gestão da inexperiência do profissional face aos seus pacientes, “afastando-se” emocionalmente dos problemas que estes apresentam. Por outro lado, e como seria igualmente de esperar, são os mais velhos que manifestam um maior desejo de abandonar o emprego e a profissão, embora representem um grupo mais realizado do ponto de vista pessoal e profissional. Para tal, muito poderá contribuir a estabilidade

profissional e na carreira que alcançam na etapa final da sua actividade laboral. Estes dados são corroborados pela situação contratual, uma vez que aqueles que possuem vínculos de trabalho precários nos respectivos locais de trabalho assumem mais stress associado à instabilidade profissional e à carreira. De um modo geral, este padrão de resultados corrobora indicações mais gerais da investigação, onde se tem vindo a salientar a possibilidade de existir uma relação entre a idade e a tendência para o esgotamento (Leiter & Harvie, 1996), salientando-se o facto dos profissionais de serviços humanos com menor experiência poderem ser mais susceptíveis ao “burnout” (ver Queirós, 2005; Schaufeli & Buunk, 1996).

A diferenciação dos profissionais em função da realização de trabalho por turnos chama-nos a atenção para os potenciais efeitos negativos desta organização de trabalho, pois os enfermeiros que se encontram a funcionar deste modo sentem mais problemas de esgotamento (ao nível da despersonalização), maior mal-estar relacionado com a instabilidade profissional e menor realização profissional. Tais resultados vão de encontro a outros dados da investigação, que realçam o facto do trabalho por turnos representar um modelo de trabalho bastante habitual na área da saúde mas não ser imune a “efeitos secundários” para aqueles que são expostos a esta organização laboral (ver Parikh, Taukari & Bhattacharya, 2004; Queirós, 2005). Além disso, não devemos igualmente descurar as indicações da literatura que demonstram que o trabalho por turnos em sistema de rotação (como acontece frequentemente em Portugal) é precisamente a metodologia que piores consequências traz para o profissional, não só em termos do seu rendimento, mas também ao nível da satisfação, do número de erros cometidos, das lesões e acidentes no trabalho e do número de dias de ausência ao trabalho por motivos de doença (ver Coffey, Skipper & Jung, 1988; Effinger, Nelson & Starr, 1995).

Finalmente, o maior número de horas de trabalho semanal também correspondeu a níveis mais acentuados de exaustão emocional e despersonalização por parte dos enfermeiros (podendo-se questionar quais os efeitos que isto poderá ter sobre a qualidade do trabalho prestado...) e significaram um menor desejo em abandonar o emprego e a profissão (talvez devido ao facto de serem os mais novos e em início de carreira que realizam mais horas de trabalho semanal). Estes resultados encontram correspondência noutro estudo realizado em Portugal com enfermeiros, tendo-se verificado que os profissionais em horários de trabalho acrescidos (42 horas semanais) evidenciaram maiores índices de exaustão emocional e física, de cinismo e de “burnout” conjugal (Queirós, 2005).

Em síntese, os dados obtidos neste estudo reforçam a importância da investigação acerca do stress ocupacional nesta classe profissional (e noutras, como os médicos), uma vez que a elevada experiência de mal-estar e pressão profissional afectam uma significativa percentagem de trabalhadores, podendo colocar-se a questão de saber quais as condições objectivas e efectivas em que exercem as suas funções. Paralelamente, observa-se que a experiência de stress é multifacetada, existindo uma amplitude razoável de factores que podem contribuir para os problemas laborais dos enfermeiros. Este aspecto tem como consequência o facto das futuras propostas de intervenção deverem ser dirigidas ao “combate” dos vários problemas laborais e incluírem estratégias de acção variadas, uma vez que é totalmente diferente delinear uma intervenção dirigida à melhoria da relação com os pacientes e outra que ajude os profissionais a gerirem melhor o stress associado ao “cometer erros” ou ao “efectuar actividades de formação a outros colegas de trabalho”. Será esta acção concertada entre a investigação e a intervenção multifacetada que melhor poderá ajudar “aqueles que

ajudam” a retirarem o máximo partido das suas capacidades e a lidarem da melhor forma como a pressão “natural” do seu trabalho.

## REFERÊNCIAS

- Blegen, M.A. (1993). Nurses' job satisfaction: A meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42, 36-41.
- Boice, R., & Myers, P.E. (1987). Which setting is healthier and happier, academe or private practice? *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 526-529.
- Borda, R.C., & Norman, I.J. (1997). Factors influencing turnover and absence of nurses: A research review. *International Journal of Nursing Studies*, 34, 385-394.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Vézina, M., & Guylaine, D. (1998). Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 24, 20-28.
- Burke, R., Greenglass, E., & Schwarzer, R. (1996). Predicting teacher burnout over time: Effects of work stress, social support, and self-doubts and its consequences. *Anxiety, Stress and Coping*, 9, 261-275.
- Butterworth, T., Carson, J., Jeacock, J., White, E., & Clements, A. (1999). Stress, coping, burnout, and job satisfaction in British nurses: Findings from the clinical supervision evaluation project. *Stress Medicine*, 15, 27-33.
- Cascio, W.F. (1995). Whiter industrial and organizational psychology in a changing world of work? *American Psychologist*, 50, 928-939.
- Coffey, L.C., Skipper, J.K., & Jung, F.D. (1988). Nurses and shift work: Effects on job performance and job-related stress. *Journal of Advanced Nursing*, 13, 245-254.
- Cooper, C.L., Dewe, P.J., & O'Driscoll, M.O. (2001). *Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications*. London: Sage.

- Cooper, C.L., Sloan, S., & Williams, S. (1988). *Occupational Stress Indicator: Management Guide*. Windsor: NFER-NELSON.
- Cruz, J.F., & Freitas, M. (1988). *Prevalência e fontes de stress nos professores: Um estudo comparativo*. Comunicação apresentada na “First International Conference on Counselling Psychology and Human Development”. Porto, Portugal, Junho.
- Cruz, J.F., & Melo, B.M. (1996). *Stress e "burnout" nos psicólogos: Desenvolvimento e características psicométricas de instrumentos de avaliação*. Manuscrito não publicado. Braga: Universidade do Minho.
- Cruz, J.F., & Mesquita, A. (1988). *Incidence and sources of stress in teaching*. Comunicação apresentada na “13th Conference of the Association for Teacher Education in Europe”. Barcelona, Espanha, Setembro.
- Cunha, R., Cooper, C., Moura, M., Reis, M., & Fernandes, P. (1992). Portuguese version of the OSI: A study of reliability and validity. *Stress Medicine*, 8, 247-251.
- Douglas, M.K., Meleis, A.I., Eribes, C., & Kim, S. (1996). The work of auxiliary nurses in México: Stressors, satisfiers, and coping strategies. *International Journal of Nursing Studies*, 33, 495-505.
- Effinger, J., Nelson, L.C., & Starr, J.M. (1995). Understanding circadian rhythms: A holistic approach to nurses and shift work. *Journal of Holistic Nursing*, 13, 306-322.
- Gomes, A.R. (1998). *Stress e burnout nos profissionais de Psicologia*. Tese de Mestrado. Braga: Universidade do Minho.
- Gomes, A.R., & Cruz, J.F. (2004). A experiência de stresse e “burnout” em psicólogos portugueses: Um estudo sobre as diferenças de género. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 9, 193-212. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/3944>.

- Gomes, A.R., Melo, B., & Cruz, J.F. (2000). Estudo do stress e do *burnout* nos psicólogos portugueses. In J.F. Cruz, A.R. Gomes, & B. Melo (Eds.), *Stress e burnout nos psicólogos portugueses* (pp. 73-130). Braga: SHO - Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Gomes, A.R., Silva, M.J., Mourisco, S., Mota, A. & Montenegro, N. (2006). Problemas e desafios no exercício da actividade docente: Um estudo sobre o stress, “burnout”, saúde física e satisfação profissional em professores do 3º ciclo e ensino secundário. *Revista Portuguesa de Educação*, 19, 67-93. Disponível em [Available at] <http://hdl.handle.net/1822/5619>
- Gorsuch, R.L. (1983). *Factor analysis* (2<sup>nd</sup> Ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1995). *Multivariate data analysis with readings* (4<sup>th</sup> Ed.). Upper Saddle, NJ: Prentice-Hall.
- Hillhouse, J.J., & Adler, C.M. (1997). Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: Results of a cluster analysis. *Social Science & Medicine*, 45, 1781-1788.
- Leiter, M.P., & Harvie, P. (1996). Burnout among mental health workers: A review and research agenda. *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 90-101.
- Marshall, N.L., & Barnett, R.C. (1993). Variations in job strain across nursing and social work specialties. *Journal of community & Applied Social Psychology*, 3, 261-271.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1996). Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS). In C. Maslach, S.E. Jackson, & M.P. Leiter (Eds.), *MBI Manual* (3<sup>rd</sup> Ed., pp. 3-17). Mountain View, CA: CPP, Inc.
- Maslach, C., Jackson, S.E., & Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3<sup>rd</sup> Ed.). Mountain View, CA: CPP, Inc.
- McIntyre, T.M. (1994). Stress e os profissionais de saúde: Os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 193-200.
- McIntyre, T., McIntyre, S., & Silvério, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3, 17, 513-527.

- Melo, B.T., Gomes, A.R., & Cruz, J.F. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-71. Disponível em [Available at] <http://hdl.handle.net/1822/5350>
- Melo, B.T., Gomes, A.R., & Cruz, J.F. (1999). Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do *burnout* para os profissionais de psicologia. In A. P. Soares, S. Araújo & S. Caires (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (vol. VI, pp. 596-603). Braga: APPORT (Associação dos Psicólogos Portugueses) - Universidade do Minho. Disponível em [Available at] <http://hdl.handle.net/1822/5334>
- Narayan, L., Menon, S., & Spector, P.E. (1999). Stress in the workplace: A comparison of gender and occupations. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 63-73.
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory* (2<sup>nd</sup> Ed.). New York: McGraw-Hill.
- Parikh, P., Taukari, A., & Bhattacharya, T. (2004). Occupational stress and coping among nurses. *Journal of Health Management*, 6, 115-127.
- Payne, R., & Firth-Cozens, J. (Eds.) (1987). *Stress in health professionals*. New York: Wiley.
- Pedhazur, E. (1982). *Multiple regression in behavioral research*. New York: Holt.
- Petterson, I.L., Arnetz, B.B., Arnetz, J.E., & Horte, L.G. (1995). Work environment, skills utilization, and health of Swedish nurses: Results from a national questionnaire study. *Psychotherapy and Psychosomatization*, 64, 20-31.
- Pinto, A.M. (2000). *Burnout profissional em professores portugueses: Representações sociais, incidência e preditores*. Tese de Doutoramento. Lisboa: Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Queirós, P.J. (2005). *Burnout no trabalho conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.
- Rodolfa, E.R., & Kraft, W.A. (1988). Stressors of professionals and trainees at APA-approved counselling and VA medical center internship sites. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 43-49.

- Sauter, S.L., Hurrell, J.J., & Cooper, C.L. (Eds.) (1989). *Job control and worker health*. New York: Wiley.
- Schaufeli, W.B., & Buunk, B. (1996). Professional burnout. In M. Schabracq, J. Winnubst, & C. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology* (pp. 311-346). New York: John Wiley.
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. In C. L. Cooper, & I. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (pp. 25-48). New York: Wiley.
- Thoresen, R.W., Miller, M., & Krauskopf, C.J. (1989). The distressed psychologist: Prevalence and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 153-158.
- Tummers, G., Merode, F., Landeweerd, A., & Candel, M. (2003). Individual-level and group-level relationships between organizational characteristics, work characteristics, and psychological work reactions in nursing work: A multilevel study. *International Journal of Stress Management*, 10, 111-136.

Quadro 1

**“Ranking” dos aspectos experienciados pelos enfermeiros  
como geradores de “bastante” ou “muito” stresse (\*)**

<b>Item – Fonte de stresse</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves	196	68.6
A incompetência e/ou inflexibilidade dos meus superiores hierárquicos	174	60.4
Comunicar aos clientes decisões e/ou informações “difíceis” ou “delicadas”	171	59.8
As implicações e consequências dos insucessos ou erros que eu possa cometer	169	59.1
Falar ou fazer apresentações em público	165	57.7
A falta de perspectivas de desenvolvimento e promoção na carreira	165	57.7
Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais	159	55.6
Assumir responsabilidades não relacionadas com a formação que recebi	159	55.6
O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho	157	54.9
Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes	153	53.5

(\*) – Foram consideradas apenas as respostas com valores de 3 e 4 da escala apresentada (0 = nenhum stresse; 4 = muito stresse)

Quadro 2

**“Ranking” dos factores de stresse experienciados pelos  
enfermeiros como geradores de “bastante” ou “muito” stresse (\*)**

<b>Factor de stresse</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ações de formação e elaboração de relatórios técnicos	283	25.4
Cometer erros e lidar com insucessos e problemas profissionais	285	19.3
Excesso de trabalho e envolvimento profissional	285	18.6
Instabilidade profissional e na carreira	283	17.7
Ambiente de trabalho e relações profissionais	285	15.1
Remuneração auferida	284	13.7
Falta de reconhecimento e poder	281	10.7
Problemas familiares	284	7.4

(\*) – Foram consideradas apenas as respostas com valores de 3 e 4 da escala apresentada (0 = nenhum stresse; 4 = muito stresse)

Quadro 3

Inter-correlações entre as variáveis em estudo (stress, saúde física, “burnout” e satisfação/realização)

VARIÁVEIS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. Nível global de stress	--																
2. QSPS: Ações formação	.22**	--															
3. QSPS: Cometer erros	.45**	.49**	--														
4. QSPS: Excesso trabalho	.47**	.42**	.64**	--													
5. QSPS: Falta de reconhecimento	.28**	.18**	.47**	.41**	--												
6. QSPS: Instabilidade profissional	.16*	.27**	.48**	.40**	.26**	--											
7. QSPS: Ambiente de trabalho	.38**	.32**	.59**	.57**	.57**	.37**	--										
8. QSPS: Remuneração auferida	.33**	.35**	.50**	.50**	.38**	.52**	.50**	--									
9. QSPS: Problemas familiares	.46**	.39**	.63**	.59**	.33**	.42**	.55**	.53**	--								
10. ESF: Problemas saúde física	.42**	.29**	.44**	.52**	.27**	.34**	.37**	.45**	.42**	--							
11. MBI: Exaustão emocional	.36**	.15*	.33**	.50**	.31**	.28**	.37**	.36**	.38**	.54**	--						
12. MBI: Realização pessoal	.03	-.20**	-.04	-.08	-.01	-.02	-.02	-.09	-.07	.01	-.13*	--					
13. MBI: Despersonalização	.01	.07	.07	.20**	.19**	.10	.15*	.21**	.20**	.13*	.43**	-.32**	--				
14. Satisfação profissional	-.00	-.10	-.15*	-.17**	-.10	-.26**	-.07	-.30**	-.10	-.15*	-.39**	.20**	-.09	--			
15. Realização profissional	.01	-.10	-.15*	-.11	-.11	-.18*	-.10	-.27**	-.18	-.11	-.39**	.22**	-.24**	.68**	--		
16. Desejo de abandono local empr.	.15	-.02	.01	.11	.02	-.02	.10	.13*	.07	.13*	.32**	-.07	.03	-.25**	-.25**	--	
17. Desejo de abandonar profissão	.15	.05	.04	.14*	.03	-.01	.05	.07	.02	.14*	.20**	-.04	-.03	-.19**	-.09	.55**	--

\* p < .05; \*\* p < .01

Quadro 4

## Sumário das análises de regressão múltipla

VARIÁVEIS OBSERVADAS	VARIÁVEIS PREDITORAS	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2ajust.</sup>	Beta	t	F
Exaustão emocional	Excesso trabalho	.494	.244	.241	.423	7.08	88.08***
	Remuneração	.510	.260	.255	.146	2.45	47.86***
Realização pessoal	Acções formação	.212	.045	.041	-.212	-3.58	12.80***
Despersonalização	Problemas familia.	.206	.042	.039	.260	3.44	12.05**
	Falta de reconheci.	.243	.059	.052	.193	2.91	8.52***
	Cometer erros	.279	.078	.067	-.190	-2.35	7.61***
Problemas de Saúde Física	Exhaust. emocional	.523	.274	.271	.392	6.64	102.64***
	Excesso trabalho	.600	.361	.356	.253	4.31	76.41***
	Remuneração	.622	.387	.380	.197	3.61	56.76***
	Despersonalização	.636	.404	.395	-.146	-2.81	45.63***
Satisfação profissional	Exhaust. emocional	.395	.156	.153	-.425	-6.73	49.66***
	Remuneração	.434	.189	.183	-.267	-4.33	31.17***
	Realização pessoal	.465	.216	.207	.205	3.69	24.53***
	Despersonalização	.490	.241	.229	.186	3.06	21.07***
	Ambiente trabalho	.514	.264	.250	.183	2.91	19.03***
Realização profissional	Exhaust. emocional	.388	.150	.146	-.373	-4.94	32.06***
	Realização pessoal	.435	.189	.180	.178	2.70	20.97***
	Remuneração	.462	.214	.200	-.245	-3.14	16.21***
	Excesso trabalho	.486	.236	.219	.188	2.28	13.74***

\*\*\* p &lt; .001; \*\* p &lt; .01

