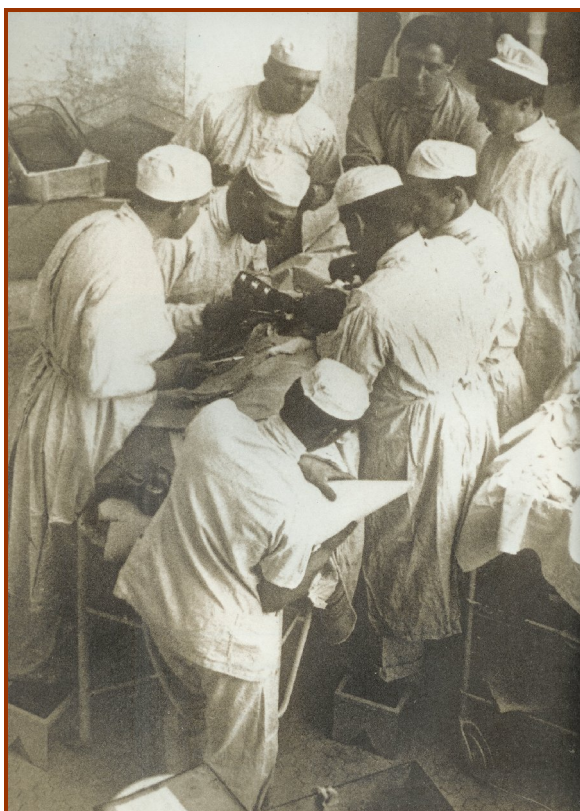


## VII MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

---

### DISSERTAÇÃO DE MESTRADO



# STRESSE E BURNOUT NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR CIRÚRGICA

---

**ORIENTADOR:**

PROF.DR. CORREIA JESUÍNO

**AUTOR**

M.<sup>a</sup> CÉU RODRIGUES / N.º 64276

LISBOA  
2008

## VII MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

---



Johns Hopkin new amphitheater (1905)  
Auto Suture Company – Third Edition



[www.children.com/cardiology](http://www.children.com/cardiology)

## STRESSE E BURNOUT NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR CIRÚRGICA

---



## SIGLAS

<b>ACTH</b>	Hormona Adreno-corticotrófica
<b>EPE</b>	Entidade Pública Empresarial
<b>ESECGL</b>	Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa
<b>HPV</b>	Hospital Pulido Valente
<b>HTA</b>	Hipertensão Arterial
<b>MBI</b>	Maslach Burnout Inventory
<b>KMO</b>	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy
<b>SN</b>	Sistema Nervoso
<b>SNP</b>	Sistema Nervoso Periférico
<b>SNS</b>	Sistema Nervoso Simpático
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Saúde
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Science
<b>UE</b>	União Europeia

***“ Apercebi-me, ao longo do meu exercício diário, que por vezes as pessoas são vítimas de incêndio tal como os edifícios; sujeitas ao efeito da tensão produzida pelo nosso mundo complexo, os seus recursos internos consomem-se, como sob acção das chamas, não deixando senão um imenso vazio, ainda que o invólucro exterior pareça mais ou menos intacto.”***

**Herbert Freudenberg (1980)**

## AGRADECIMENTOS

Um agradecimento muito especial para os meus pais, que me apoiaram incondicionalmente, mesmo nos momentos mais difíceis.

Aos meus colegas de curso que me acompanharam no percurso de dois anos e cuja compreensão foi fundamental para a conclusão deste projecto.

Agradeço à equipa multidisciplinar do bloco operatório do Hospital Pulido Valente E.P.E., pelo entusiasmo demonstrado em torno da presente dissertação, pelas ideias que me forneceram e excelente colaboração.

Ao professor Correia Jesuíno pela óptima cooperação na análise da temática, tendo-me acompanhado sempre, com um optimismo singular.

À memória de Olga Gabão, cuja influência foi decisiva na frequência deste mestrado e me ensinou a coragem no combate desigual.

Ao pequenino Gil que esteve sempre presente nesta caminhada; a sua presença foi essencial.

**Obrigada**

**Maria do Céu Assis Rodrigues**

## RESUMO

Este trabalho de Investigação surgiu no âmbito da Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, da Universidade Aberta.

O ponto de partida para esta investigação consistiu em Conhecer quais são os Factores Indutores de Stresse para a Equipa Multidisciplinar Cirúrgica, no Bloco Operatório do Hospital Pulido Valente E.P.E..

De acordo com vários autores que defendem que as profissões de ajuda, onde se inserem os profissionais de saúde, são altamente susceptíveis à síndrome de exaustão, o denominado Burnout, surgiram os seguintes objectivos de investigação:

- Identificar os factores indutores de stresse para a equipa multidisciplinar;
- Identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipa;

Sabendo que o Bloco Operatório é um local altamente despersonalizante, que confere aos seus utilizadores diários stresse continuado, não só pela envolvente física, como pelas situações críticas que aí acontecem, foi interessante saber como os profissionais as enfrentam na sua actividade.

Assim a questão de partida para este estudo é a seguinte:

- **Quais são os factores indutores de stresse e estratégias de (coping) enfrentamento utilizadas pela equipa multidisciplinar, no bloco operatório do Hospital Pulido Valente E.P.E.?**

Metodologicamente trata-se de um estudo misto, quantitativo e qualitativo, descritivo e exploratório. A técnica de amostragem foi a não probabilística e intencional ou de conveniência, onde numa primeira parte todos os profissionais utilizadores do bloco operatório responderam ao questionário MBI. Numa segunda parte foram realizadas trinta (30) entrevistas não estruturadas, aos utilizadores dos diferentes grupos profissionais onde se questionava a importância do Bem-estar, a Identificação dos Factores Indutores de Stresse e as Estratégias de Enfrentamento utilizadas. Numa



terceira fase, aos mesmos entrevistados, foi pedido que relembressem uma situação crítica e/ou stressante, que tivessem vivido, onde descrevessem quais os factores de stresse existentes e quais as estratégias de enfrentamento utilizadas.

Para o tratamento estatístico de dados do teste psicométrico MBI foi utilizado o SPSS 14. Na análise das entrevistas foi utilizado o processo de categorização e análise de conteúdo. Finalmente para a análise dos incidentes críticos foi feita análise de conteúdo e tratamento estatístico com o programa Excel 2003.

Os princípios da beneficência e anonimato foram integralmente respeitados na investigação, nomeadamente durante o processo de recolha de dados.

Após análise e tratamento dos dados obtidos foram várias as conclusões emergentes neste estudo.

Observa-se na análise de dados obtidos a partir da escala MBI que a realização profissional surge com o seu maior valor 33 para os grupos de ambos os sexos da faixa etária dos 18–29. Nesta faixa etária 38% da amostra, onde 24% pertence ao sexo feminino e 14% ao sexo masculino, é mantida a tendência masculina para a despersonalização com um valor médio de 6.6. Verificam-se ainda altos valores de exaustão no grupo de internos de especialidade, com inversão de tendência no género feminino para a despersonalização.

Na análise das entrevistas observa-se uma abordagem da importância de bem-estar pela negativa, ou seja, pela sua ausência no dia a dia. Os factores indutores de stresse que sobressaíram dizem respeito às condições e características de trabalho e relações interpessoais. As subcategorias predominantes são a sobrecarga que afecta prioritariamente os enfermeiros e internos e os conflitos e contágio referidos por todos os profissionais. As estratégias de enfrentamento mais utilizadas são o autocontrolo como estratégia individual e cooperação e suporte social como estratégias colectivas.

Quanto aos incidentes críticos pode observar-se que a sobrecarga, as relações interdisciplinares e os recursos são os factores indutores de stresse a que os profissionais se mostram mais sensíveis. O autocontrolo continua a ser a estratégia individual mais utilizada e nas colectivas surge a clarificação, a desvalorização e por fim a cooperação.



Em suma, pode aferir-se, que os profissionais estão despertos para a temática embora por vezes não mobilizem adequadamente os recursos que tem ao dispor para enfrentar o stresse profissional, contribuindo para um maior índice de exaustão. O trabalho interdisciplinar como o desenvolvido pelos técnicos de saúde em bloco operatório onde o contágio de stresse prolifera e a estratégia colectiva de evitamento tende a dominar pode ser gerador de stresse colectivo, deteriorando as relações interpessoais e diminuindo a realização profissional conduzindo a situações de exaustão e despersonalização. Neste sentido urge criar recursos de suporte/apoio social que apoiem a equipa interdisciplinar, para este sector profissional. O reconhecimento social das fragilidades dos profissionais de saúde é importante para a formação de novos elementos mais vocacionada para a realidade existente nos serviços de saúde, a capacitação dos vários grupos de técnicos de saúde em temáticas como a gestão de stresse e conflitos e ainda contribuir para a adequação ambiental dos serviços de saúde à actividade profissional aí desenvolvida.

INDICE	PAG
--------	-----

**CAPITULO I**

<b>0 – INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>1 – DEFINIÇÃO DO PROBLEMA</b>	<b>4</b>
<b>2 – OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>3 – CONCEPTUALIZAÇÃO DE STRESSE</b>	<b>8</b>
<b>4 – ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO</b>	<b>19</b>
<b>5 – EXAUSTÃO PROFISSIONAL</b>	<b>23</b>
<b>6 – STRESSE OCUPACIONAL</b>	<b>32</b>
6.1 – RISCO PROFISSIONAL	32
6.2 – CULTURA ORGANIZACIONAL	33
6.3 – LEGISLAÇÃO	34
<b>7 – APOIO SOCIAL</b>	<b>36</b>
7.1 – SAUDE OCUPACIONAL	38
<b>8 – ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES</b>	<b>39</b>
8.1 – COMUNICAÇÃO NA EQUIPA DE SAÚDE	41
8.2 – EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES	42
8.3 – HOSPITAL PULIDO VALENTE E.P.E.	43

**CAPITULO II**

<b>9 – METODOLOGIA</b>	<b>50</b>
9.1 – TIPO DE INVESTIGAÇÃO	50
9.2 – PARTICIPANTES	50
9.3 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	52
9.3.1 – Observação Participante	52
9.3.2 – Escala Maslach Burnout Inventory	52
9.3.3 – Entrevista Exploratória Não-Estruturada	52
9.4 – ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS	53

<b>10 – ANÁLISE DE DADOS DO QUESTIONÁRIO MBI</b>	54
<b>11 – ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS</b>	71
11.1 – DIMENSÃO BEM-ESTAR	72
11.2 – DIMENSÃO FACTORES INDUTORES DE STRESSE	81
11.3 – DIMENSÃO SITUAÇÕES PARTICULARMENTE STRESSANTES	99
11.4 – DIMENSÃO ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO	106
<b>12 – ANÁLISE DE INCIDENTES CRÍTICOS</b>	115
12.1 – RELAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS E FACTORES INDUTORES DE STRESSE	116
12.2 – ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO POR GRUPO PROFISSIONAL	122
12.3 – EFICÁCIA DAS ESTRATÉGIAS	126
12.4 – RELAÇÃO ENTRE CAUSAS E ESTRATÉGIAS	128

### CAPÍTULO III

<b>13 – CONSIDERAÇÕES ETICAS</b>	131
<b>14 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO</b>	132
<b>15 – IMPLICAÇÕES DO ESTUDO</b>	132
<b>16 – CONCLUSÃO</b>	133
<b>17 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	136

### INDICE DE ESQUEMAS

<b>ESQUEMA 1 – Os três eixos de activação fisiológica da resposta ao stresse.</b>	10
<b>ESQUEMA 2 – Modelo de Stresse de Frاسquillo.</b>	14
<b>ESQUEMA 3 – Modelo Explicativo de Leiter.</b>	27
<b>ESQUEMA 4 – Modelo de Intercâmbio Social de Schaufeli.</b>	28
<b>ESQUEMA 5 – Modelo Geral de Maslach.</b>	29

## INDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1</b> – Distribuição dos grupos profissionais.	55
<b>GRÁFICO 2</b> – Distribuição dos grupos profissionais por faixa etária.	57
<b>GRÁFICO 3</b> – Distribuição dos grupos profissionais por género.	58
<b>GRÁFICO 4</b> – Distribuição dos Factores Indutores de Stresse por Grupo Profissional.	116
<b>GRÁFICO 5</b> – Distribuição das Estratégias Individuais por Grupo Profissional.	122
<b>GRÁFICO 6</b> – Distribuição das Estratégias Colectivas por Grupo Profissional.	122
<b>GRÁFICO 7</b> – Distribuição do Tipo de Episódio por Grupo Profissional.	126
<b>GRÁFICO 8</b> – Distribuição das Estratégias Individuais por Factor Indutor de Stresse.	128
<b>GRÁFICO 9</b> – Distribuição das Estratégias Colectivas por Factor Indutor de Stresse.	129

## INDICE DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b> – Distribuição dos Grupos Profissionais da Amostra.	56
<b>QUADRO 2</b> – Distribuição dos Grupos Profissionais da Amostra por Faixa Etária.	58
<b>QUADRO 3</b> – Distribuição dos Grupos Profissionais da Amostra por Género.	59
<b>QUADRO 4</b> – Distribuição das Variáveis Idade / Profissão.	60
<b>QUADRO 5</b> – Percentagem de Questionários respondidos pela Amostra.	61
<b>QUADRO 6</b> – Aplicação do teste KMO à amostra.	62
<b>QUADRO 7</b> – Cálculo do Alfa de Cronbach para a avaliação da consistência interna do teste.	63

<b>QUADRO 8</b> – Cálculo do Alfa de Cronbach para os itens da Dimensão Exaustão Emocional.	63
<b>QUADRO 9</b> - Cálculo do Alfa de Cronbach para os itens da Dimensão Despersonalização.	63
<b>QUADRO 10</b> - Cálculo do Alfa de Cronbach para os itens da Dimensão Realização Profissional.	63
<b>QUADRO 11</b> – Cálculo da Média e Desvio Padrão para as três Dimensões de Análise.	64
<b>QUADRO 12</b> – Análise das Correlações entre as Dimensões de Análise.	68
<b>QUADRO 13</b> – Relação entre Faixa Etária e Dimensões da Amostra com Cálculo da Média e Desvio Padrão.	69
<b>QUADRO 14</b> - Relação entre Género e Dimensões de Análise com Cálculo da Média e Desvio padrão.	70
<b>QUADRO 15</b> – Categorização na Dimensão de Análise Bem-estar.	73
<b>QUADRO 16</b> - Categorização na Dimensão de Análise Bem-estar.	74
<b>QUADRO 17</b> - Categorização na Dimensão de Análise Bem-estar.	75
<b>QUADRO 18</b> - Categorização na Dimensão de Análise Bem-estar.	76
<b>QUADRO 19</b> – Categorização na Dimensão Factores Indutores de Stresse.	81
<b>QUADRO 20</b> - Categorização na Dimensão Factores Indutores de Stresse.	82
<b>QUADRO 21</b> - Categorização na Dimensão Factores Indutores de Stresse.	83
<b>QUADRO 22</b> - Categorização na Dimensão Factores Indutores de Stresse.	84
<b>QUADRO 23</b> - Categorização na Dimensão Factores Indutores de Stresse.	85
<b>QUADRO 24</b> - Categorização na Dimensão Factores Indutores de Stresse.	86
<b>QUADRO 25</b> - Categorização na Dimensão Factores Indutores de Stresse.	87

<b>QUADRO 26</b> - Categorização na Dimensão Factores Indutores de Stresse.	88
<b>QUADRO 27</b> - Categorização na Dimensão Factores Indutores de Stresse.	89
<b>QUADRO 28</b> - Categorização na Dimensão Factores Indutores de Stresse.	90
<b>QUADRO 29</b> - Categorização na Dimensão Factores Indutores de Stresse.	91
<b>QUADRO 30</b> - Categorização na Dimensão Factores Indutores de Stresse.	92
<b>QUADRO 31</b> - Categorização na Dimensão Situações Particularmente Stressantes.	99
<b>QUADRO 32</b> - Categorização na Dimensão Situações Particularmente Stressantes.	100
<b>QUADRO 33</b> - Categorização na Dimensão Situações Particularmente Stressantes.	101
<b>QUADRO 34</b> - Categorização na Dimensão Situações Particularmente Stressantes.	102
<b>QUADRO 35</b> – Categorização na Dimensão Estratégias de Enfrentamento.	106
<b>QUADRO 36</b> - Categorização na Dimensão Estratégias de Enfrentamento.	107
<b>QUADRO 37</b> - Categorização na Dimensão Estratégias de Enfrentamento.	108
<b>QUADRO 38</b> - Categorização na Dimensão Estratégias de Enfrentamento.	109
<b>QUADRO 39</b> - Categorização na Dimensão Estratégias de Enfrentamento.	110
<b>QUADRO 40</b> - Categorização na Dimensão Estratégias de Enfrentamento.	111
<b>QUADRO 41</b> - Categorização na Dimensão Estratégias de Enfrentamento.	112

## **ANEXOS**

**ANEXO I** – ESCALA MBI

**ANEXO II** – GUIÃO PARA ENTREVISTA

**ANEXO III** – CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

**ANEXO IV** – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

**ANEXO V** – PLANTA DO SERVIÇO BLOCO OPERATÓRIO DO  
HOSPITAL PULIDO VALENTE E.P.E.

**ANEXO VI** - LEGISLAÇÃO

**ANEXO VII** - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS AO TESTE  
PSICOMÉTRICO PELA ESCALA DE LIKERT

**ANEXO VIII** - DISTRIBUIÇÃO DAS DIMENSÕES POR GRUPO  
PROFISSIONAL E CALCULO DO DESVIO PADRÃO

**ANEXO IX** - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DAS DIMENSÕES  
PELA AMOSTRA DE ACORDO COM O GRUPO PROFISSIONAL,  
IDADE E GÉNERO

**ANEXO X** – ENTREVISTAS (CD)



## 0 - INTRODUÇÃO

Stresse é um fenómeno que se encontra relacionado com todas as actividades humanas, começa a manifestar-se com o nascimento de cada indivíduo, está presente nos relacionamentos, na aprendizagem, na luta pela sobrevivência, na doença e também na actividade profissional, por exemplo em situações de afirmação e competição entre profissionais.

Apesar da conotação negativa associada ao stresse, este é fundamental à sobrevivência dos seres humanos. Consiste no processo de adaptação que cada indivíduo faz ao seu meio, quer seja laboral, familiar ou social. A resposta adaptativa aos estímulos stressores, adquire significados quer positivos, permitindo a evolução dos indivíduos, quer negativos, que podem provocar danos irreparáveis, sendo esta a dimensão do stresse mais conhecida.

De acordo com a EUROPEAN AGENCY AND HEALTH AT WORK no seu relatório de 2002 <sup>1</sup>, “ ***O stresse no trabalho é actualmente o segundo maior problema de saúde relacionado com o exercício de uma profissão na UE, a seguir às dores lombares. Afecta aproximadamente um em cada três trabalhadores e custa à UE pelo menos 20 mil milhões de euros por ano***”.

LEAL (1998: 19) refere que “***As repercussões fisiológicas e psicológicas do stresse conduzem a uma diminuição da performance dos trabalhadores e da qualidade dos serviços prestados, a um aumento do absentismo, a um aumento do número de acidentes, a problemas de relacionamento social e familiar e a um sentimento generalizado de insatisfação pessoal e profissional. (...) O stresse crónico, mais tarde ou mais cedo, conduz ao Burnout***”.

As profissões de ajuda ou que impliquem relação entre indivíduos, são as mais susceptíveis ao stresse. A Enfermagem e a Medicina tem sido ao longo dos últimos anos alvo de estudos, que comprovam os altos níveis de stresse nestas profissões.

<sup>1</sup> EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK – Agencia Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho – Trabalho Intitulado “**Contra o Stresse no Trabalho, Trabalhe contra o Stresse.** Informação à Imprensa no âmbito da Semana Europeia da Segurança e a da Saúde no Trabalho em 2002. <http://osha.eu.int/ew2002/>

Os serviços hospitalares mais estudados pelos investigadores são as unidades de cuidados intensivos, urgências e blocos operatórios, eventualmente pela sobrecarga física e emocional existente nestes locais.



FONTE: Bloco Operatório do Hospital Pulido Valente E.P.E.

A equipa de saúde, que trabalha em cirurgia no bloco operatório é constituída por indivíduos de vários grupos profissionais, estratos sócio económicos e também diferentes personalidades. Como enfrentam estes profissionais as situações stressantes em continua interdependência de funções? É uma questão a que esta Dissertação poderá dar resposta.

A presente Dissertação de Mestrado aborda o Stresse e (Burnout) Exaustão na Equipa Multidisciplinar Cirúrgica.

A importância deste estudo consiste prioritariamente na consciencialização da equipa de saúde, para a problemática do stresse profissional e também para o desenvolvimento de medidas protectoras dos profissionais, no âmbito da saúde no trabalho.

A revisão bibliográfica, bem como a opinião de peritos tem um papel importante no enquadramento da temática.

Inúmeros foram os autores que estudaram o stresse, no entanto LAZARUS e FOLKMAN (1984) sobressaem ao caracterizarem o modelo transaccional de stresse. Assim, o stresse consiste numa relação entre o indivíduo e o ambiente que o

envolve, cuja relação é percebida como sendo um factor indutor de stresse, o que prejudica o seu bem-estar.

A interacção indivíduo/ ambiente deve proporcionar bem-estar, traduzindo-se numa relação harmoniosa, que confere ao indivíduo sentimentos de confiança e autoeficácia e à instituição qualidade no desempenho, o que resulta, a final, numa imagem reforçada no interior e no exterior da organização.

Na operacionalização da presente investigação, a desenvolver no âmbito da Dissertação do curso de Mestrado de Comunicação em Saúde, é feita uma caracterização do tipo de estudo, participantes, instrumentos de colheita de dados e análise de resultados.

Seguindo esta linha de pensamento o primeiro passo será fazer um diagnóstico da situação, avaliando quais os grupos profissionais mais susceptíveis à exaustão. Assim será aplicado o teste psicométrico MBI a todos os profissionais, utilizadores do Bloco Operatório.

Com o objectivo de complementar os dados obtidos, pelo teste e aprofundando um pouco mais sobre que conjunto de factores induz stresse no grupo e individualmente, bem como quais as estratégias de enfrentamento utilizadas, foram efectuadas entrevistas a profissionais da equipa multidisciplinar. O tipo de entrevista utilizada foi a não estruturada, com o objectivo de obter dados de ordem qualitativa o mais aproximados da realidade possível..

A revisão bibliográfica efectuada, a aplicação dos instrumentos de recolha de dados bem como a sua análise e divulgação serão óptimos veículos para a reflexão das temáticas e quem sabe para a criação de novas estratégias de enfrentamento, a utilizar em situações stressantes, quer pelos indivíduos, quer por grupos profissionais, equipas de trabalho e inclusivé a organização.

## 1 – DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

A perspectiva de HOLMES e RAHE (1967), refere a existência de vários factores indutores de stresse, salientando, as actividades pessoais e sociais e mais especificamente, as mudanças relacionadas com o trabalho. LAZARUS (1993) nas suas investigações mais recentes, conclui que as emoções são reacções psicológicas e fisiológicas, organizadas de informação e conhecimento, sobre o significado de bem-estar pessoal, nas relações com o ambiente. A qualidade e intensidade daquelas depende da avaliação subjectiva, relativa à forma como lidamos com os nossos objectivos.

A equipa do bloco operatório constituída por Enfermeiros, Cirurgiões, Anestesiastas, Internos de especialidade, Auxiliares e Maqueiros, vive diariamente episódios stressantes, relacionados com a fragilidade dos pacientes, os seus níveis de dependência, as relações interdisciplinares, com os doentes e seus problemas sociais, com a gestão do tempo e de recursos. Para além da componente relacional entre profissional e utente, existe também a envolvente organizacional e pessoal. Esta última não deve ser descurada quando um profissional se encontra em stresse crónico pois, como se sabe, os factores extrínsecos ao meio laboral encontram-se associados aos factores indutores de stresse no trabalho, umas vezes potenciando-os, outras mediando-os. Assim mês após mês, ano após ano, a equipa relaciona-se com utentes, histórias de vida e sofrimento perturbadores, sendo submetida a pressões de carácter organizacional e familiar.

É um facto que a actividade diária numa sala de operações é geradora de stresse continuado, na equipa multidisciplinar. O nível de exigência é máximo, o contacto com situações limite é frequente, as condições físicas/ambientais são adversas, os horários alargados, as relações interpessoais e consequentemente a comunicação ocorrem várias vezes em contextos de crise. Estes factos entre outros, constituem alguns dos factores indutores de stresse.

A percepção de uma situação stressante encontra-se relacionada com o nível de maturidade profissional de cada elemento, com as suas experiências de vida, com o clima organizacional ou até mesmo com o papel desempenhado por cada indivíduo no grupo, na organização e na sociedade.

As actividades dos profissionais são interdependentes, ou seja, cada indivíduo é essencial para o alcance do objectivo da equipa. Assim, se um dos elementos se encontra em stresse, esse facto terá influência no desempenho dos restantes elementos. O objectivo último da actividade desta grande equipa é o cuidado de excelência, ao utente, que é submetido a uma intervenção cirúrgica.

Os indivíduos submetidos a actividades stressantes contínuas ao longo do tempo, têm possibilidade acrescida de entrarem em exaustão emocional, vivenciando sentimentos de inadequação profissional, adquirindo comportamentos de isolamento, evitamento e/ou frieza, o denominado (Burnout) desgaste profissional ou esgotamento .

Para (RAMOS 2001: 171), ***“Ainda que não cause de forma imediata um grande número de doenças ou não implique avultados custos directos, o stresse no trabalho pode delapidar a vitalidade das organizações”.***

Em virtude do aceleramento dos ritmos de vida, do fenómeno da globalização e da evolução tecnológica, os indivíduos adoptaram estilos de vida sedentários, comportamentos de risco, como forma de adaptação às crescentes exigências. Simultaneamente surge o stresse ocupacional, e toda a sintomatologia adjacente, o absentismo, a desmotivação e a ausência de realização profissional. O stresse nos profissionais de saúde tem sido alvo de estudos, quer a nível nacional, quer internacional, sendo diversos os contextos onde estes estudos foram desenvolvidos. Existe, no entanto, uma limitação aos estudos já efectuados, pois ou se reduzem apenas a um grupo profissional, médicos ou enfermeiros, ou analisam qual o género mais susceptível. Nos últimos anos, alguns estudos europeus desenvolvidos em empresas, demonstraram a importância da dinâmica da equipa nas vivências de stresse e no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, para fazer face aos agentes stressores<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> HANNAKAISA, Länsisalmi; PEIRÓ, José; KIVIMÄKI, Mika. – Collective stress and coping in the context of organizational culture. In European Journal of Work and Organizational Psychology, 2000, 9 (4), 527-559.

Será o stresse um risco profissional, uma consequência de condições de trabalho deficitárias, organizações dotadas de elementos tensores ou um elemento fundamental à homeostasia dos profissionais?

De acordo com SELYE, ao referir que a libertação total do stresse é a morte, torna claro que este, é essencial à sobrevivência.

Tendo por base esta reflexão, torna-se fundamental o estudo dos agentes stressores e estratégias de enfrentamento na equipa multidisciplinar do bloco operatório, bem como perceber se existem manifestações de desgaste profissional.

A forma como cada profissional interage com o meio (local de trabalho, outros profissionais) e também como a equipa reage às adversidades, revela o que para o grupo e para cada elemento é emocionalmente mais significativo.

As questões seguintes auxiliam na formulação da questão de partida para o estudo.

- Quais serão os factores stressantes para a equipa, sabendo que o nível de stresse percebido é diferente em cada elemento?
- Os factores indutores de stresse estarão relacionados com as situações de crise, com a ambiguidade de papéis, com o tipo de turnos, o clima organizacional, competitividade, relacionamento interpessoal ou com o estilo de liderança?
- Como reage a equipa; quais os mecanismos de resposta face a uma situação stressante?

Partindo da análise das questões supra formuladas e conhecendo o grupo em estudo, pertencente ao bloco operatório do Hospital Pulido Valente, a questão de partida para este estudo será a seguinte:

**QUAIS SÃO OS FACTORES INDUTORES DE STRESSE E ESTRATÉGIAS DE (COPING) ENFRENTAMENTO UTILIZADAS PELA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR, NO BLOCO OPERATÓRIO DO HOSPITAL PULIDO VALENTE E.P.E.?**

## 2 – OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

Os **OBJECTIVOS** deste estudo estão relacionados com a visibilidade do stresse pela equipa multidisciplinar em cirurgia. Assim pretende-se com este estudo:

- **IDENTIFICAR OS FACTORES INDUTORES DE STRESSE PARA A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR;**
- **IDENTIFICAR AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO MAIS UTILIZADAS PELA EQUIPA;**

Ao conhecer a percepção da equipa cirurgica sobre os factores indutores e estrategias de enfrentamento é possível criar recursos formativos para a equipa multidisciplinar sobre:

- **OS FACTORES INDUTORES DE STRESSE**
- **AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO**

O conhecimento dos resultados desta investigação será um contributo para a reflexão individual e colectiva com o objectivo de minimizar os efeitos do stresse na actividade profissional e consequentemente na qualidade de vida e bem estar dos intervenientes na equipa.



### 3 – CONCEPTUALIZAÇÃO DE STRESSE

**“To be alive is to be under stress”**

**Dudley 1986<sup>3</sup>**

A evolução conceptual de stresse passou por várias fases ideológicas e inúmeros autores no decorrer dos dois últimos séculos.

SELYE é considerado unanimemente como o pai da teorização sobre o stresse. RIBEIRO (2007) referencia SELYE, lembrando a sua concepção de stresse, através de uma perspectiva biológica, na qual o stresse é um processo inerente à vida de todos os organismos. Transmite ainda a imagem de stresse, como um termo positivo, sendo o **eustress** aquele que suscita uma resposta adaptativa dos organismos e portanto normal, e o **distress** a dimensão negativa, em que o estímulo é tão forte que é susceptível de provocar danos no organismo.

No entanto, o termo stresse foi banalizado e actualmente adquiriu principalmente a dimensão negativa.

A palavra **“stress”** existe no vocabulário inglês desde o século XIV, tendo naquele tempo um significado de constrição de natureza física. A Academia de Ciências de Lisboa fixou a grafia portuguesa do termo em **“stresse”**.

O stresse não é um termo relacionado, apenas com situações negativas, a sua ocorrência determina alterações mais ou menos importantes, dependendo da capacitação do indivíduo para enfrentar as situações. Estas alterações encontram-se relacionadas com o bem-estar, a saúde física psíquica e sociológica dos indivíduos.

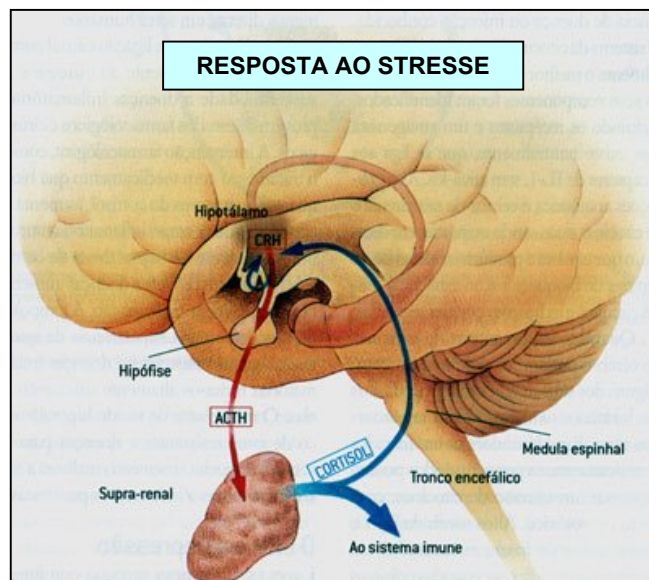
O que provoca stresse nos humanos, ou seja as situações que determinam o surgimento de stresse, quais as respostas induzidas pelo organismo, e como o indivíduo nesta fase se relaciona com o meio ambiente, são alguns dos aspectos essenciais ao processo de conceptualização.

<sup>3</sup> Biografia de Dudley in [http://nobelprize.org/nobel\\_prize/chemistry/laureate/1986](http://nobelprize.org/nobel_prize/chemistry/laureate/1986).

Para CLAUDE BERNARD, fisiologista do século XIX, as ameaças físicas à integridade de um indivíduo, condicionam respostas que contrariam esta ameaça. O equilíbrio entre o meio interno e o externo é a forma ideal para lidar com o stresse. Existe uma resposta biológica do indivíduo, que tem repercussões a nível vegetativo, endócrino, imunitário e de alteração comportamental.

Sob o ponto de vista fitopatológico o stresse é considerado como uma reacção endócrino-metabólica.

De acordo com o equilíbrio entre o estímulo – a alteração – a resposta do organismo, a manifestação de stresse acontece. Assim ao ocorrer uma activação ao nível do hipotálamo, ocorre a libertação da hormona ACTH, a acção desta hormona sobre a supra-renal liberta catecolaminas o que conduz a um aumento da frequência cardíaca, do débito cardíaco bem como alterações metabólicas.

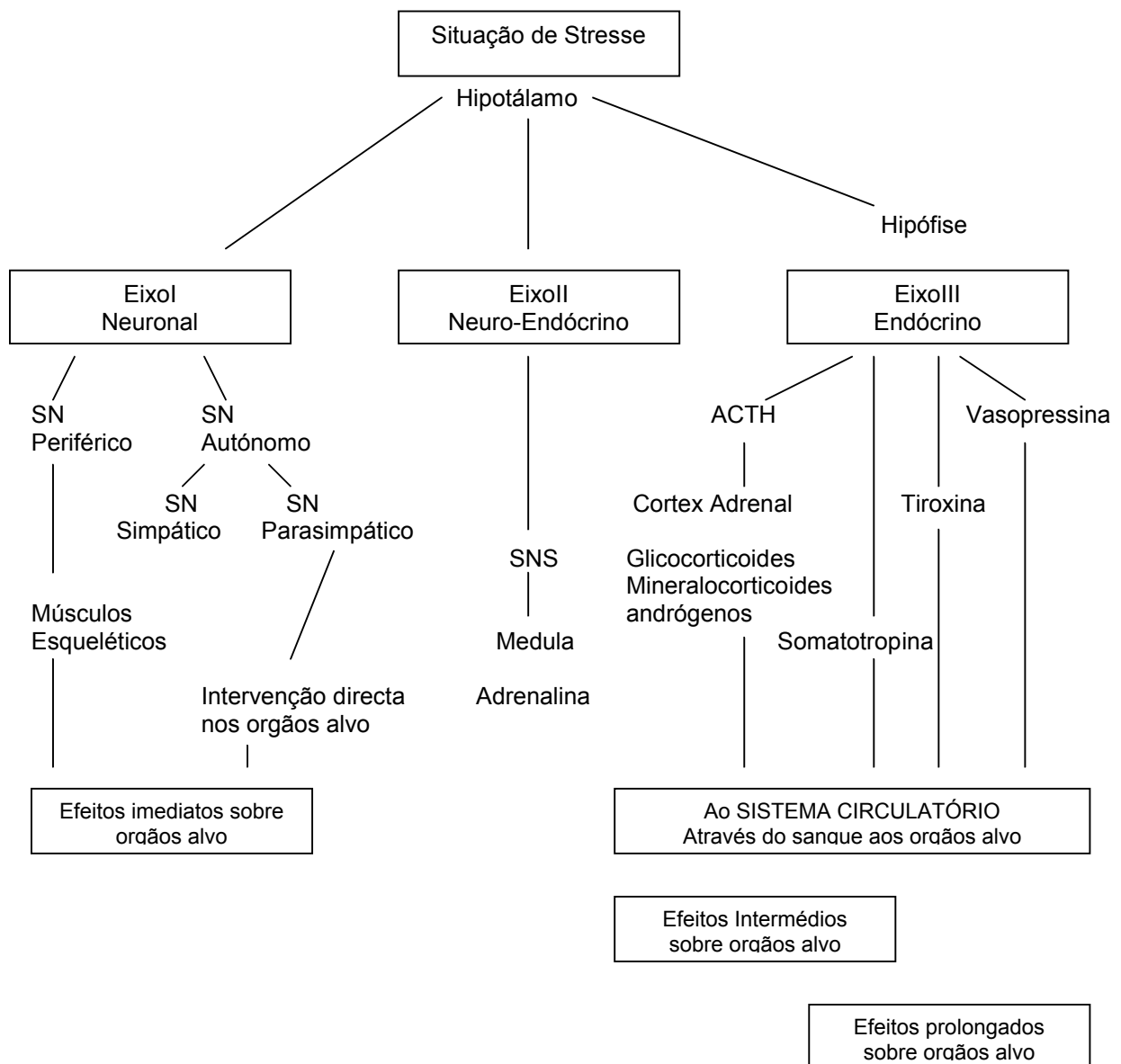


Fonte: [www.psiquiatriageral.com.br](http://www.psiquiatriageral.com.br)

A nível da hipófise ocorre a libertação de ACTH que activará o córtex supra-renal ocorrendo a libertação de noradrenalina, aumento da produção de adrenalina e activação simpática. A relação hipotalâmica com o sistema nervoso dá origem a estados de alerta, activa a atenção, diminui a função sexual e liberta prolactina. Na reacção ao stresse ocorrem a libertação de hormonas e neurotransmissores que tem funções estimuladores, mas também inibidoras.

As alterações no sistema imunitário parecem estar associadas à resposta ao stresse, sendo responsável pela sintomatologia a este associada, como são o mal-estar geral, a fadiga crónica, etc.

No esquema seguinte será efectuada uma síntese, sobre como decorre o processo de activação fisiológica na resposta ao stresse. Pode ocorrer a activação de três eixos: o Neuronal, o Neuro-Endócrino e o Endócrino.



**ESQUEMA 1:** Os três eixos de activação fisiológica da resposta ao stresse. Adaptado de Labrador – Stress, 1995

O Eixo I é o primeiro a responder, quando estamos face a uma situação stressante, estimulando de imediato o sistema nervoso simpático (SNS), conduzindo a um maior gasto de energia e a um conjunto de sintomas como aumento da frequência cardíaca, respiratória, tensão arterial e consequente libertação de glicose. Este eixo também estimula o sistema nervoso periférico (SNP) possibilitando a regulação da tensão muscular e a preparação para a acção.

Quando o estímulo persiste, é activado o segundo eixo Neuro-Endócrino. Aqui ocorre uma activação das glândulas supra-renais, o que conduz à libertação de catecolaminas, as bem conhecidas adrenalina e noradrenalina. A activação excessiva deste eixo pode provocar danos a nível dos vários componentes do sistema cardiovascular.

Quando a situação stressante é permanente, ou seja a situação continua a ser percebida como ameaça, é activado o terceiro eixo Endócrino, onde ocorre para além da estimulação da supra-renal com libertação de cortisol, essencial ao processo de gliconeogénese a libertação de mineralocorticoides (aldosterona), conduzindo à retenção de sódio e líquidos o que pode provocar HTA Hipertensão Arterial. Por último, a libertação de testosterona inibe a libertação das catecolaminas, tendo como efeito o abrandamento do estado de alerta anterior do organismo, conduzindo a estados de depressão, indefesa, falta de controlo, imunodepressão, etc.

***“Em 1910 OSLER identifica stresse com trabalho árduo e preocupações e referia que aqueles que viviam sob tais condições (...) tinham altas probabilidades de ter angina pectoris” (RIBEIRO 2007:274).***

WALTER CANNON, professor de Harvard deu origem ao conceito de homeostase, isto é a capacidade de manter estável o ambiente interno e externo, o que, numa perspectiva biológica significava o equilíbrio entre os sistemas.

Parte dos estudos de SELYE, ainda segundo o ideal biológico, tiveram início na Universidade de Montreal. O investigador dedicou-se à temática do stresse durante várias décadas. SELYE, descreve stresse como a relação entre determinados factores stressantes sendo a resposta provocada inespecífica, ou seja, não é

possível prever um desequilíbrio específico como estando relacionado com determinada situação indutora de stresse.

SELYE desmonta o fenómeno de stresse, nomeando-o de **Síndrome Geral de Adaptação**. Este síndrome é composto por três fases: fase de Alarme, Resistência e Exaustão.

1ª **Reacção de Alarme** que acontece quando o organismo é exposto ao estímulo; esta fase é ainda subdividida em duas fases. A primeira de choque em que se dá a reacção inicial ao agente, sendo caracterizada pela diminuição da resistência. A segunda fase, é constituída pela fase em que se dá a mobilização dos mecanismos de defesa.

2ª **Resistência** é a segunda grande fase, e consiste na adaptação ao agente stressor; aqui pode acontecer uma diminuição ou aumento dos sintomas, dependendo do tipo de estímulo.

3ª **Exaustão** consiste na terceira fase deste modelo e nela ocorre a falha dos mecanismos de adaptação e consequente exaustão.

Para HOLMES e RAHE (1967) existem acontecimentos com maior probabilidade de induzir stresse nos seres humanos que outros e influenciarem ou não a saúde dos indivíduos a eles expostos. Contrapondo LAZARUS (1984) desenvolve **o modelo transaccional de stresse**, considerando que o significado psicológico que o indivíduo constrói sobre um acontecimento, a sua percepção cognitiva, é considerada a principal causa explicativa da reacção de stresse. Assim, em primeiro lugar, não existe nenhuma situação que possa ser reconhecida como indutora; em segundo lugar a avaliação efectuada de uma determinada circunstância, pelo indivíduo é o factor decisivo para que possa ser reconhecida como indutora de stresse. LAZARUS dá uma ênfase especial à relação entre pessoa e ambiente, à avaliação cognitiva e às estratégias desenvolvidas a partir daquela relação, ou seja as estratégias de enfrentamento (coping).

FRENCH (1974) desenvolveu o **Modelo de Ajustamento Pessoa-Ambiente**. Neste modelo é preconizada uma conciliação das exigências do trabalho com as capacidades dos profissionais. Deste modo, quando existe uma discrepância entre os dois termos surge o stresse profissional.

Na década de 80 KARASEK desenvolve um modelo considerado bastante actual nos dias de hoje. O **Modelo Exigências do Trabalho-Controlo** de KARASEK afirma que quando existe um desequilíbrio entre as exigências e o controlo surge o stresse ocupacional, ou seja, ocorre uma discrepância entre o que é exigido pela ocupação profissional e a capacidade de decisão/ controlo do indivíduo. Actividades profissionais com maior propensão ao stresse caracterizam-se pela conjugação entre elevadas exigências e baixa capacidade de decisão / controlo. Por outro lado trabalhos activos são aqueles em que existem elevadas exigências mas os indivíduos têm uma grande capacidade de controlo envolvendo todas as capacidades e recursos na tomada de decisão. Estes indivíduos são multifacetados, participam activamente na comunidade, envolvem-se em actividades de lazer, ou seja são pessoas altamente motivadas em que os acontecimentos negativos são transformados em etapas de resolução possível e que contribuem para a sua maturidade.

Este modelo é interessante quando adaptado aos profissionais de saúde, demonstrando que o trabalho não deve absorver toda a actuação de um indivíduo. Para além do trabalho, existe um manancial de actividades que permitem a sua realização quer profissional quer pessoal.

O facto de os indivíduos sentirem que pertencem a uma rede social forte capacita-os para enfrentar de forma menos stressante os acontecimentos negativos, surgindo como factor atenuante.

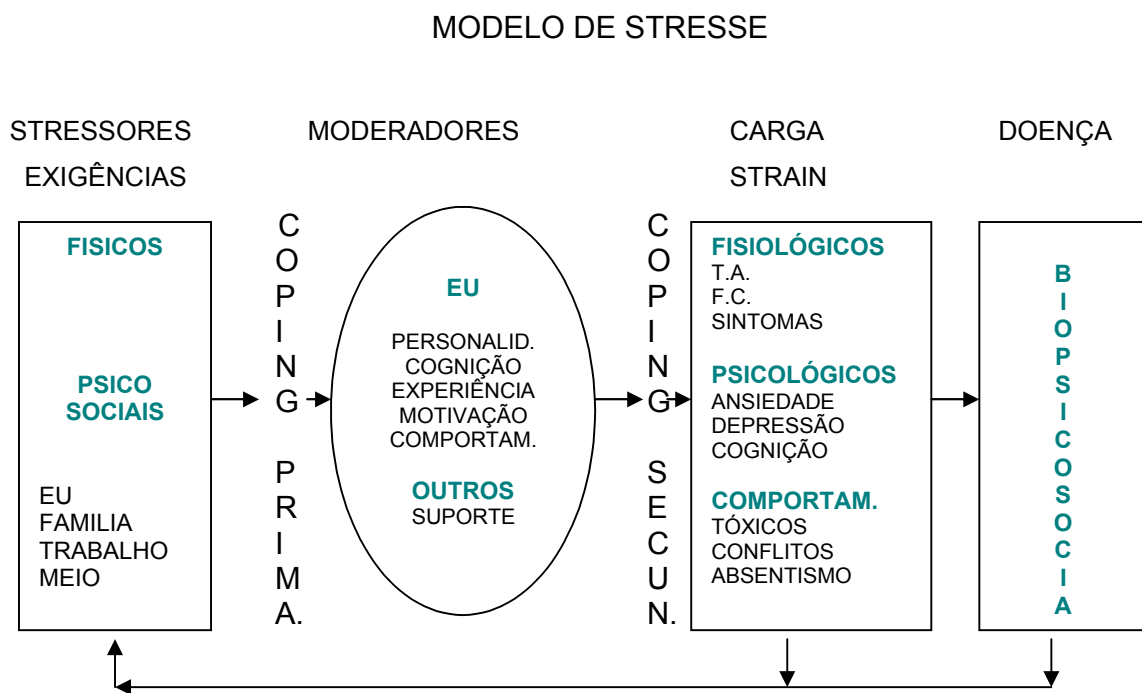
A realização pessoal e profissional encontra na qualidade de vida do trabalho, que é favorecida em particular pelas condições de segurança, higiene e saúde, uma matriz fundamental para o seu desenvolvimento.

Para VAZ SERRA (1998:6) ***“...o tratamento do stress consiste em levar o indivíduo a identificar os acontecimentos que o perturbam e, de seguida, a criar condições para modificar a maneira como se sente, como pensa ou se comporta”***. A identificação dos factores stressantes é fundamental para que se

adaptem mecanismos de enfrentamento, ou se mobilizem recursos emocionais ou até mesmo sociais, para que o sentido seja invertido e não se entre num stresse crónico.

Segundo FRASQUILHO (2005:435) referindo-se ao trabalho desenvolvido em 1995 pelo Grupo Português de Intervenção Comunitária na área do Stresse Psicossocial entendeu o stresse como **“...um conceito inovador que congrega a situação (as pressões), todas as respostas humanas à situação, a vivência da mesma e integra a relação entre o biológico e o social, a saúde e a doença (...) o processo de interacção humana, tanto consciente (voluntária) como fisiológica (involuntária) em que a primeira sobressai numa situação de sujeição a estímulos exigentes”**.

Esquematizando o modelo obtemos as seguintes relações:



ESQUEMA 2 - Modelo de stresse de M.A. Frasquilho de 1987.

Segundo a perspectiva da autora, os stressores ou exigências podem ser de ordem física ou psicossocial, nomeadamente problemas na esfera familiar, no meio laboral e na sociedade.



Alguns dos factores Indutores de Stresse mais identificados pelos estudos efectuados são os seguintes:

**O comportamento tipo A** é considerado por muitos como uma característica que predispõe os indivíduos ao stresse. Caracteriza os indivíduos com comportamentos de hostilidade, agressividade, competitivos, impacientes, discurso rápido, são indivíduos que se envolvem em vários assuntos ao mesmo tempo.

**As condições físicas do trabalho** que em quase tudo se assemelham a riscos profissionais. São exemplo disso:

- Iluminação
- Temperatura / Ventilação
- Ruído
- Espaço

**As características do trabalho** que se referem sobretudo aos conteúdos, ou seja ao modo como as tarefas e as obrigações se processam.

- Características da tarefa
- Sobrecarga/ Subcarga de trabalho
- Gestão do tempo / Horários de Trabalho
- Ritmo de trabalho
- Uso de novas tecnologias

**O Papel na Organização** diz respeito ao modo de funcionamento esperado pelo próprio, pelos outros e pela organização.

- Ambiguidade de Papel
- Conflito de Papeis
- Responsabilidade

**O Clima Organizacional** refere-se ao modo como a empresa conjuga as dimensões social, financeira, técnica e humana.

- Estrutura Organizacional

- Downsing
- Trabalho de Equipa
- Competição
- Fusões e aquisições
- Exigências organizacionais
- Comunicação organizacional
- Liderança
- Violência

**O Relacionamento Interpessoal** constitui um factor indutor de stresse na medida em que todos os indivíduos são diferentes e o relacionamento entre diferentes personalidades pode por vezes ser conflituoso e constituir constrangimentos e ambientes de adversidade.

- Relação com Colegas
- Relação com Superiores
- Relação com Subordinados

**A Carreira Profissional** atravessa períodos descontínuos (altos e baixos) e que actualmente apresenta um significado completamente diferente de há décadas atrás. Uma boa gestão da carreira constitui sem dúvida uma mais valia, para os indivíduos e organizações.

- Início de Carreira
- Avaliação do Desempenho
- Formação
- Perda de Emprego
- Transições de carreira
- Fim de carreira

**Factores Extrínsecos ao Trabalho** influenciam a segurança emocional dos indivíduos e indirectamente refletem-se no desempenho profissional.

- Articulação trabalho-família
- Acontecimentos importantes

- Stressores Crónicos ex: dificuldades financeiras
- Traumas

Face a estes stressores existe um primeiro mecanismo de enfrentamento, assistido por moderadores como a própria personalidade, a experiência, a percepção que se tem face ao problema, a motivação para a resolução e os comportamentos proactivos; eventualmente poderão existir outros moderadores no âmbito do suporte social. Se, ainda assim, a situação continua a stressar, entra em acção um mecanismo de enfrentamento secundário. Este enfrentamento secundário pode sugerir ao indivíduo uma sobrecarga ainda maior, que se irá reflectir a nível fisiológico, com o surgimento de sintomatologia, por exemplo, aumento da tensão arterial ou da frequência cardíaca ou até mesmo a somatização com aumento ou perda de peso por exemplo. A nível psicológico geram-se estados de ansiedade ou depressão e alterações de percepção. Todas estas alterações reflectem-se inevitavelmente no comportamento adoptado, podendo ocorrer o consumo de medicamentos, a deterioração das relações interpessoais e por último aumentando o absentismo. Quando este quadro está instalado, existe patologia, o Burnout, que será referido adiante. Este modelo de stresse não pode ser unidireccional, existe sempre a hipótese de reverter a situação, o indivíduo deve munir-se de recursos e mobiliza-los adequadamente sempre que necessário.

Em concordância uma das definições mais recentes de stresse, de LABRADOR (1990) citada por LEAL (1998:22) define-o de modo operativo, dando-lhe uma perspectiva dinâmica: ***“Uma pessoa está sujeita a stresse quando tem de enfrentar situações que são difíceis de resolver e que provocam um aumento de energia fisiológica do organismo (activação), ocorrendo o processamento da informação, tanto interna como externa, levando a um determinado comportamento”***. Diz-nos também que ***“...a pessoa analisa em que medida os estímulos ambientais constituem um perigo para o seu bem-estar, utilizando os recursos de que dispõe...”***.

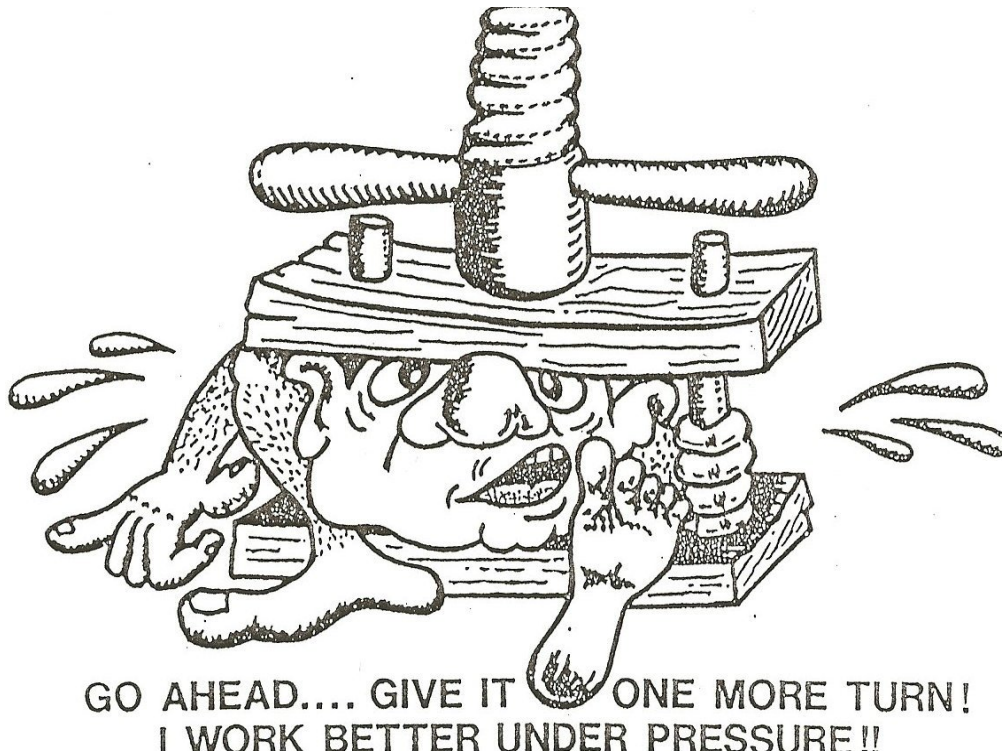
O **stresse** é uma reacção à relação percebida entre as exigências que nos são impostas e da nossa capacidade para as enfrentar.

O trabalho de sensibilização das instituições, chefes e subordinados, é emergente, bem como a identificação do que é stressante. A preparação dos locais de trabalho, as exigências, a relação profissional e a capacitação dos indivíduos são palavras de ordem para a mudança organizacional. Talvez assim se consiga transformar os locais de trabalho em locais de realização, motivação, cooperação e bem-estar.

A referência dos vários modelos na conceptualização do stresse, permite a percepção de diferentes perspectivas, todas elas correctas, mas sem dúvida interdependentes.

A resposta fisiológica acontece sempre face a uma situação de ameaça, a interacção do indivíduo com o seu meio ambiente e a percepção que aquele faz sobre os acontecimentos gera respostas diferentes, em pessoas distintas. No entanto, o objectivo de todos será atingir o equilíbrio homeostático como é referido por WALTER CANNON, mas os desequilíbrios são necessários à sobrevivência conforme afirma SELYE.

#### 4 - ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO



Fonte: Rodrigues, Céu (1994) – Codependência em Enfermagem. Trabalho na Cadeira de Enfermagem III.ESECGL.

Existem alguns factores organizacionais indutores de stresse, já identificados, fruto da investigação existente na presente área e que em muito contribuem para uma melhor gestão de recursos humanos. No entanto, a percepção do que é stressante varia de pessoa para pessoa. Os factores individuais que fazem variar este impacto são vários e contam-se como exemplo a personalidade, o locus de controlo, a auto-estima, as expectativas de autoeficácia, a robustez de carácter, a avaliação cognitiva, o suporte social e os estilos de coping,

Os indivíduos com profissões stressantes desenvolvem um conjunto de mecanismos e/ou estratégias com o objectivo de enfrentar e resolver os problemas existentes, ou seja desenvolvem estratégias de enfrentamento (coping).

Segundo refere RAMOS (2005:132) o enfrentamento “ **...representa o exercício de acção ou inacção das pessoas em relação às suas vivências de stresse; ele define a natureza da sua participação nas transacções de stresse que as afectam, e pode assumir variadíssimas formas: enfrentar a causa de stresse e tentar resolvê-la; afastar-se momentaneamente da situação; regular os próprios sentimentos e pensamentos; procurar conselhos, simpatia, aceitação e apoio dos outros; aceitar e conformar-se com a situação...**”, etc.

Em suma, o Enfrentamento refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais desenvolvidos pelo indivíduo para gerir as exigências da sua relação com o ambiente, avaliada como ameaçadora. Assim, perante um agente perturbador do equilíbrio homeostático, o indivíduo desencadeará mecanismos no sentido de o reencontrar.

A noção de enfrentamento surge quando os investigadores compreendem que existe mediação no processo de stresse, ou seja, existem factores mediadores ainda que o stresse não seja um processo automático de estímulo – resposta.

O conceito tem sido definido como um factor estabilizador, facilitador do ajustamento individual ou da adaptação quando se está perante situações ou em momentos stressantes (HOLAHAN & MOOS 1997). Estes autores apresentam várias definições de enfrentamento, nomeadamente: “**... qualquer esforço de gestão de stresse; coisas que as pessoas fazem para evitarem ser magoadas pelos constrangimentos da vida; comportamentos cobertos ou abertos que as pessoas implementam para eliminar o distress psicológico ou as condições stressantes.**” (RIBEIRO 2007:295).

LAZARUS E FOLKMAN em 1984 definiam o enfrentamento como um conjunto de esforços comportamentais e cognitivos, em mudança constante, que visavam gerir exigências internas ou externas específicas, consideradas como excedendo os recursos pessoais. Um enfrentamento adequado a dada situação conduz a um ajustamento adequado, ao bem-estar, a um funcionamento social, e à saúde em geral. Os autores propõem que as respostas ao stresse possam ser formas acomodativas ou manipulativas.

A acção directa corresponde a uma resposta manipulativa em que o indivíduo tenta alterar a sua relação com o acontecimento stressante. Esta acção poderia consistir em alterar o contexto, afastar-se, ou então, deixar de estar na presença do stressor. A procura de informação acerca da situação de tal modo que possa compreender e prever acontecimentos relacionados com ela, também é uma estratégia de grande eficácia. Pode ainda acontecer a inibição da acção, situação em que o indivíduo não faz nada. Para além destas estratégias a acomodação consistem numa adaptação do indivíduo à situação crítica, aceitando-a e aprendendo a enfrenta-la. De acordo com RIBEIRO ***“A estratégia de acomodação (...) em que o indivíduo (...) aceita a situação stressante através da reavaliação da situação, quer alterando o seu ambiente interno, tal como tomando medicamentos, álcool, aprendendo a relaxar, recorrendo a mecanismos de defesa, praticando meditação etc..”*** (RIBEIRO 2007:296).

Quando uma equipa de saúde se prepara para uma intervenção cirúrgica de urgência que envolva alguns riscos, desenvolve consciente e inconscientemente estratégias que visam minimizar o stresse que aquela situação desencadeia. A percepção que cada indivíduo tem da situação é diferente, envolvendo um nível maior ou menor de stresse. Os profissionais mobilizam os seus conhecimentos sobre a técnica cirúrgica, reúnem o material necessário, e todos os outros recursos necessários, mobilizam o serviço de sangue, laboratório, sala de operados, etc. Os intervenientes podem ainda trocar experiências com a restante equipa multidisciplinar, para que possam prever e reduzir riscos. Essencialmente, o importante é que a equipa esteja coesa, em sintonia e munida de sentimentos proactivos o que minimizará a situação stressante.

De acordo com RAMOS (2005) o enfrentamento adquire uma perspectiva multidimensional, uma vez que o objecto da sua actuação varia de acordo com tipo de factor stressante a que o indivíduo é submetido e como aquele é avaliado.

O enfrentamento é dirigido para o problema e/ou emoção ou não se manifesta, ou não interagindo com aquele, ou recorrendo ao suporte social. Assim, de acordo com o modo de enfrentamento podem observar-se os seguintes comportamentos:

Existe uma tentativa de controlar a origem do problema causador de stresse. Os indivíduos enfrentam as situações para que os problemas possam ser resolvidos.



Também pode acontecer que os indivíduos controlem as emoções resultantes da interacção com o factor stressante, com o objectivo de diminuir o sofrimento emocional.

As estratégias passivas, como a fuga, evitamento, negação, resignação, fatalismo, distração são promotores de uma diminuição da tensão.

Com estratégias de implicação, vigilância e acção, os indivíduos enfrentam as situações com a ajuda de informação, dos meios existentes na comunidade e do suporte social.

Embora todos os mecanismos ilustrados sejam fundamentais para uma boa gestão do stresse, ainda que dependente das situações existentes, a estratégia enfrentamento vigilante é muito importante para os profissionais de saúde, pois são mobilizados todos os recursos ao seu alcance, quer familiares, amizades, hobbies, informação o que reforça a preparação profissional destes técnicos.

## 5 – EXAUSTÃO EMOCIONAL

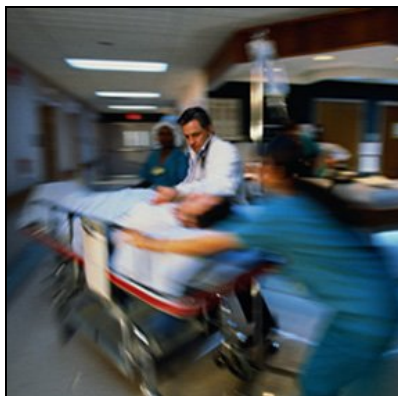
***“...os seus recursos internos consomem-se, como sob acção das chamas, não deixando senão um imenso vazio...”***

**Herbert Freudenberg (1980)**

Quando um profissional apresenta uma manifestação psicossomática, em resultado de uma exposição contínua a um ou mais factores indutores de stresse, adquire uma conotação de vulnerabilidade individual. Esta vulnerabilidade é interpretada como um conjunto de características individuais inadequadas ao processo laboral em questão.

O síndrome de Burnout ou esgotamento deriva de uma interacção, entre o indivíduo e as condições nocivas existentes no trabalho. É senso comum, considerar que o indivíduo não é adequado ao trabalho, ao invés de questionar o que é possível melhorar nas condições ou características laborais, de modo proporcionar bem-estar e realização aos profissionais.

Uma empresa competitiva é aquela que proporciona qualidade de vida no desempenho das funções, o que se pode analisar quando os indicadores como o número de acidentes e o nível de absentismo diminuem e a produtividade e a qualidade dos cuidados aumentam.



FONTE: [www.outsourcestrategies.com](http://www.outsourcestrategies.com)

(Burnout) é um estado de exaustão física emocional e mental, causado por um grande período de envolvimento em situações emocionalmente exigentes. É uma situação em que existe uma crise de identidade, em que são colocadas em causa todas as características da pessoa, a nível físico, psíquico e relacional. O desgaste não é apenas físico e psicológico mas é também social. Os indivíduos sentem que não tem apoio, todos os recursos existentes desaparecem.

Muitos foram os autores que se dedicaram ao estudo desta síndrome, encontrando-se algumas diferenças a nível conceptual.

FREUDENBERG, médico psicanalista, em 1974 define esgotamento como uma experiência esgotante, ou uma sensação de fracasso, resultante de uma sobrecarga laboral, mobilizando grandes recursos de energia física, bem como recursos emocionais. Este autor, inclui, posteriormente, em 1977, na sua definição, as manifestações da síndrome com comportamentos de fadiga, depressão, irritabilidade, aborrecimento, sobrecarga de trabalho, rigidez e inflexibilidade.

CHRISTINA MASLACH, psicóloga social, acresce, em 1976, que o Burnout surgia essencialmente em indivíduos pertencentes a profissões de ajuda ou relação. As excessivas exigências emocionais impossíveis de satisfazer, nestas profissões caracterizavam a vivência de fracasso profissional, atribuindo ao local de trabalho uma alta carga emocional. Em 1986 MASLACH e JACKSON apresentam um conceito baseado numa perspectiva multidimensional que se caracteriza por um estado de esgotamento emocional, alta despersonalização e baixa realização profissional, que ocorrem frequentemente em indivíduos que trabalham com pessoas.

Em 1988 PINES e ARONSON alargam o conceito a toda e qualquer profissão, referem assim que as situações de exigência emocional podem ocorrer em qualquer profissão promovendo um estado de esgotamento mental, físico e emocional.

CHERNISS citado por QUEIRÓS (2005: 27) define (Burnout) exaustão profissional como a existência de ***“...mudanças pessoais negativas que ocorrem em profissionais de ajuda que tem empregos exigentes ou frustrantes...”***.

As profissões de ajuda como é o caso dos profissionais de saúde, que tem que lidar diariamente com o sofrimento e a frustração, após um investimento em recuperações, são o alvo ideal e preferencial para o aparecimento desta síndrome.

Para alguns autores a síndrome de exaustão (Burnout) já é considerada como a doença dos profissionais da relação de ajuda. Para SHAUFELI (2001) (Burnout) é definida como um estado de exaustão físico, emocional e mental que resulta de um longo envolvimento com situações de trabalho altamente exigentes. Surge uma tendência de frequência associada ao género feminino uma vez que existe acumulação do sector laboral com as responsabilidades domésticas. Esta tendência crescente associada ao género feminino também se associa ao facto de os indivíduos do género masculino reprimirem mais as suas emoções, uma vez que associado a este género existe um conjunto de normas de comportamento que sugerem independência, invulnerabilidade e coragem.

MASLACH decompõe a síndrome em três dimensões de análise. A saber: a exaustão ou esgotamento emocional, a despersonalização ou a desumanização face ao outro, a que mais recentemente se denominou cinismo, e a realização pessoal.

O Esgotamento emocional manifesta-se quando os profissionais sentem que já não conseguem dar mais de si mesmos a nível afectivo, manifesta-se tanto de forma física como psíquica. O sujeito apresenta uma fadiga efectiva relativa ao trabalho bem como uma crescente dificuldade na relação mais especificamente em lidar com as emoções.

O desenvolvimento de um conjunto de sentimentos negativos, de atitudes de cinismo, de desvalorização do trabalho dos outros e os tratar como objectos de trabalho são características da dimensão de MASLACH denominada por Despersonalização e ou Cinismo Os elementos desenvolvem uma postura de endurecimento afectivo, não demonstrando os seus sentimentos; são habitualmente caracterizados por apresentarem um exercício profissional desumanizante.

A última dimensão desta perspectiva tridimensional de MASLACH e JACKSON refere uma ocorrência de baixa realização profissional no trabalho. Os profissionais tendem a fazer uma avaliação negativa das suas capacidades e habilidades para o seu desempenho. Esta percepção negativa de si mesmos traduz-se em descontentamento e desmotivação.

Tradicionalmente as profissões da relação como a enfermagem e a médica assumem a expressão de emoções como sinal de fraqueza, adoptando desta forma os profissionais posições de evitamento e até mesmo frieza, desumanizando a relação com o outro, as suas atitudes para com os colegas de trabalho e utentes não são verdadeiras. Em consequência o profissional vive um sentimento de frustração relacionado com a incapacidade percebida de lidar com as situações ou até mesmo de alguma frustração face ao seu desempenho. Curiosamente a literatura americana designa a síndrome por John Wayne Syndrome, o herói insensível e vazio de emoções que resolve todos os problemas.

Para RIBEIRO (2007:290) o burnout ***“Burnout define-se como uma resposta prolongada a stressores emocionais e interpessoais crónicos existentes em contexto de trabalho. Manifesta-se como um cansaço emocional conducente a perda de motivação e a sentimentos de inadequação e fracasso. É uma experiência de stresse individual num contexto de relações sociais complexas. É um modelo multidimensional que inclui três dimensões: exaustão emocional, realização pessoal reduzida e despersonalização”***.

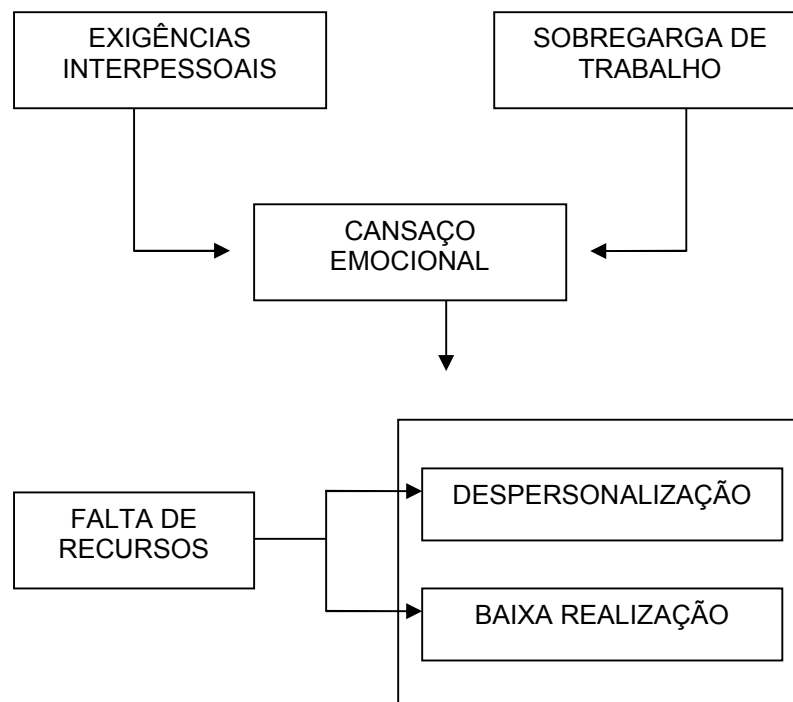
O grupo de Gil-Monte y Peiró de 1997, descreve como modelo explicativo a **Teoria Socio-Cognitiva do Eu**. Esta teoria confere às variáveis do Self como a autoeficiência, autoconfiança e autoconceito um papel central. Quando os indivíduos tem um autoconceito deturpado em virtude da sua percepção ou do feedback recebido entram em processo de burnout.

De certo modo precursor da teoria de PEIRÓ, HARRISON em 1983, desenvolveu o **Modelo de Competência Social**. Aqui a valorização de aspectos como a Eficácia e a Competência percebidas constituem a chave de todo o processo. Indivíduos

altamente motivados e com grandes expectativas de sucesso, quando obtêm factores de ajuda , e desenvolvem a sua actividade em um meio detentor dos recursos essenciais, que lhes permitam obter uma capacitação pessoal, aumentam a eficácia percebida. Ao invés, se os factores não forem facilitadores e os recursos inexistentes, as expectativas não serão correspondidas e o processo de burnout instala-se.

Em suma os vários modelos são equivalentes centrando-se o seu processo mais no indivíduo, ou naquele em interacção com o meio, tendo o seu início sempre numa percepção negativa de uma ou mais situações de stresse ou de frustração.

Seguidamente poder-se-á verificar o modo como o processo de burnout se desenrola através da análise de alguns modelos explicativos.



ESQUEMA 3: Modelo Explicativo de Leiter 1993

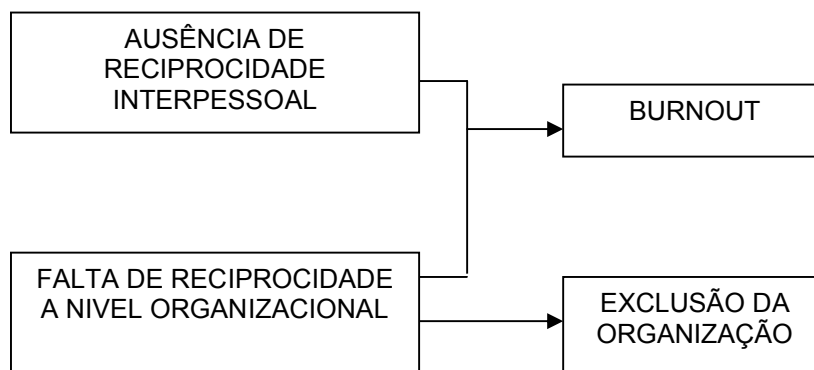
O modelo de LEITER de 1993 (esquema 3) também se assemelha ao modelo de MASLACH de 1986, partindo de uma situação de stresse crónico, que conduz à exaustão e devido à inexistência de recursos o burnout instala-se.

Esta síndrome repercute-se com consequências para o próprio e para a organização, se as estratégias de (coping) enfrentamento não resultarem eficazes.

A forma como os stressores são percebidos depende em larga escala do tipo de personalidade e dos recursos dos indivíduos, pois, se para uns participar numa cirurgia não constitui ameaça, para outros a perspectiva é aterradora.

As consequências para os indivíduos são da mais variada ordem. Podem surgir distúrbios a nível psicossomático, de conduta, emocional e de diminuição da capacidade de trabalho. Como é bem evidente, para as organizações, esta síndrome resulta em diminuição da produtividade e aumento de gastos.

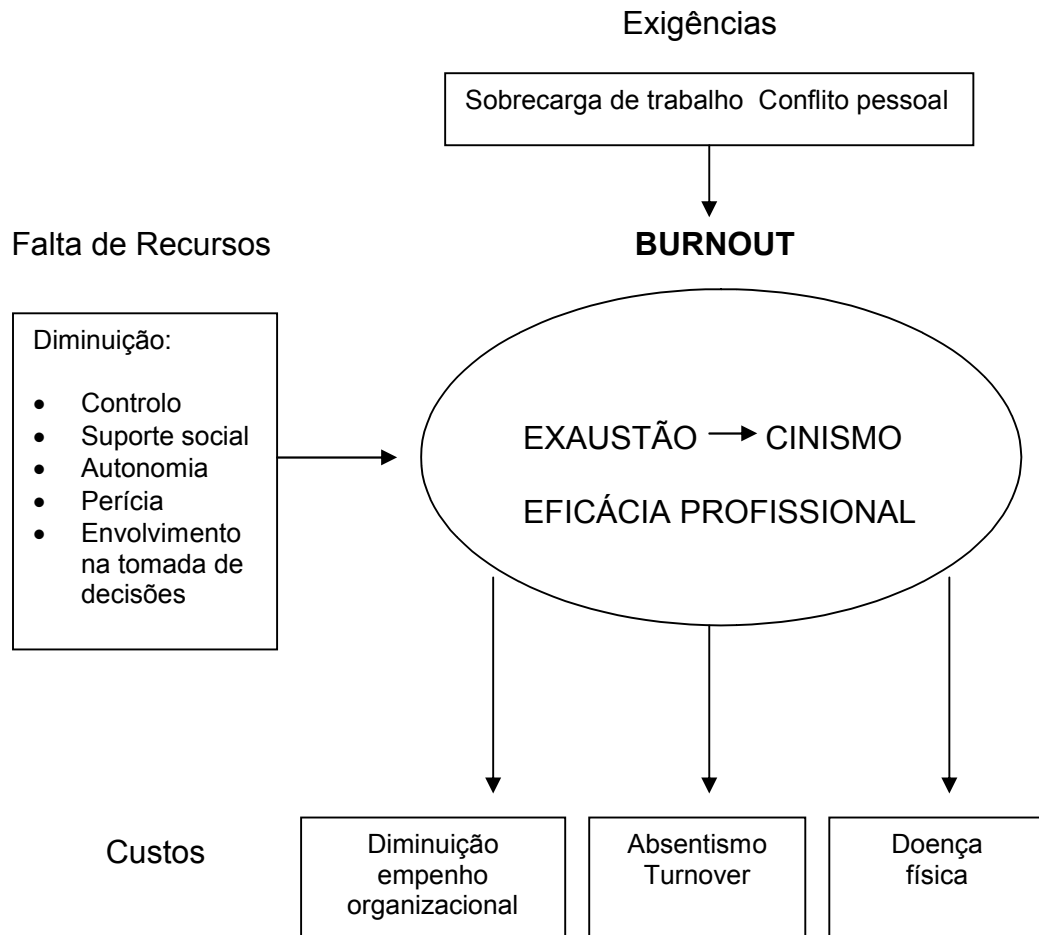
SCHAUFELI em 1996 (esquema 4) também traz um modelo explicativo baseado no intercâmbio social, quando as características das organização são predominantes e as individuais nada podem contra aquelas. A falta de equidade e de controlo são as características mais importantes neste processo.



ESQUEMA 4: Modelo de Intercâmbio Social de Schaufeli 1996.

WINNUBST em 1993 desenvolveu a teoria organizacional, como explicativa do processo de burnout, centrando a problemática, um pouco na sequência do modelo de intercâmbio social, na organização ou seja na sua cultura, estrutura e clima organizacional.

O modelo explicativo de MASLACH, JACKSON e LEITER (esquema 5) de 1996 tem uma visão bastante alargada da envolvente do burnout.



ESQUEMA 5: Modelo Geral de MASLACH de 1996

QUEIRÓZ (2005:70) refere um estudo efectuado em 2004 por CRUZ sobre o desgaste profissional dos enfermeiros no bloco operatório numa região dos Açores. Como conclusões deste estudo ressaltam, que o auto conceito e as estratégias de coping são decisivos para o desenvolvimento de desgaste. Os resultados também indicam que a satisfação profissional surge como factor atenuante do desenvolvimento de burnout.

Alguns autores como RAMOS (1997) defendem a existência de uma alta correlação entre alguns traços da personalidade e a ocorrência da síndrome.

O Neuroticismo é uma das facetas em que os indivíduos apresentam tendências perfeccionistas, são indivíduos hipercríticos sobre tudo o que se passa ao seu redor, em suma, tem um medo enorme de falhar.



Os Pessimistas também são grupo alvo concentrando-se única e exclusivamente em aspectos negativos, esperam sempre o pior e eles próprios são indutores de stresse. Os hiperactivos apresentam uma alta activação, muito emotivos e são capazes de ter altos rendimentos físicos.

A personalidade tipo A é talvez a mais conhecida, caracterizando indivíduos altamente competitivos e hostis.

A baixa resiliência caracteriza os passivos. O estilo de aprendizagem, ou seja a orientação para o detalhe ou para o global também influencia a percepção ao stresse. Todos estes tipos de personalidade são percursos de possível instalação de exaustão emocional.

O burnout pode apresentar sintomatologia múltipla que aparece agrupada de modo diferente de acordo com diferentes autores.

Para o grupo de profissionais de ajuda QUEIRÓZ (2005:33) apresenta um quadro de OLSEN de 1994, onde surgem sintetizados os conjuntos de sintomas mais frequentes na síndrome de exaustão (burnout).

FÍSICOS	COMPORTAMENTAIS	PSICOLÓGICOS	CLÍNICOS
Fadiga Irritabilidade Dores de cabeça Problemas gastrointestinais Insónias Dores nas costas Alterações de peso	Perda de entusiasmo Atrasos no trabalho Alheamento durante horas Frustração e raiva Aumento da rigidez Dificuldade em tomar decisões Resistência à mudança Afastamento dos colegas Irritação face aos colegas	Depressão Diminuição da auto-estima Pessimismo Culpa Sentimento de onipotência Sentimentos de indiferença/afastamento Mudança de valores Perda de objectivo Vazio Diminuição do empenhamento	Cinismo face aos clientes Alheamento durante as sessões Hostilidade face aos clientes Rapidez no diagnóstico Rapidez em medicar Gritar, falar alto aos clientes.

Fonte: BURNOUT In QUEIRÓZ, Paulo. (2005:33)

Esta sintomatologia no âmbito organizacional, também marca presença, a nível familiar e interpessoal. Na síndrome de exaustão o maior erro pode consistir em excluir os factores indutores extrínsecos. Se o bem-estar individual é composto pelo equilíbrio entre o físico, o psíquico e o social, a exaustão quando surge, no âmbito profissional, também tem reflexos ao nível familiar e social.

## 6 – STRESSE OCUPACIONAL

O stresse ocupacional é um problema perceptível, sendo resultado da incapacidade de lidar com as fontes de pressão laboral. Tem como consequências problemas de saúde física, mental e satisfação no trabalho, afectando o indivíduo e as organizações.

RIBEIRO (2007: 289) refere a definição de ROSS e ALTMAYER de 1994, em que por stresse ocupacional ***“...entende-se o que resulta da interacção do trabalhador (com as características que lhe são próprias) com as condições de trabalho, de tal modo que as exigências resultantes desta interacção ultrapassam a capacidade do trabalhador para lidar com a situação”***.

O autor refere ainda as classes de stresse psicossocial, de SHWARTZ 1983, no processo de conceitualização do stresse ocupacional, assim identifica:

- Excesso de trabalho ou estagnação no trabalho;
- Ambiguidade extrema ou rigidez relativamente às tarefas a realizar;
- Conflito grande ou pequeno entre papeis profissionais;
- Muita responsabilidade ou pouca responsabilidade;
- Impedimento de progresso, competição negativa ou ausência de competição;
- Mudanças constantes e variações diárias ou excesso de rotina;
- O contacto continuo com pessoas que são viciadas em trabalho, que fazem da carreira o único projecto de vida ou isolamento social;
- Excessiva identificação com a empresa e dependência emocional dela;
- Interação entre o estágio da carreira e o estilo de gestão;

### 6.1 – RISCO PROFISSIONAL

Todas as profissões trazem simbolismos que correspondem ou não às expectativas dos profissionais. A Enfermagem e a Medicina são profissões de ajuda e que suscitam uma crença no altruísmo, voluntariado, salvação etc..O choque é uma

constante na realidade dos profissionais recém formados. Condições físicas degradadas, situações bio-psico e sociais difíceis dos doentes, uma realidade dura em contraste com o sonho de salvar vidas, de sucesso e realização profissional.

Existem factores organizacionais indutores de stresse sobre os quais nos deveríamos debruçar mais, com o objectivo de resolução na origem. As condições físicas dos serviços hospitalares, a iluminação, o ruído, a temperatura ou a ventilação constituem alguns dos factores de origem física indutores de stresse. As características de tarefa dos profissionais de saúde como o tipo de tarefas desenvolvidas, a sobrecarga de trabalho, o trabalho por turnos, o ritmo de trabalho ou o uso de novas tecnologias, constituem os stressores ligados à tarefa. O profissional de saúde também é alvo de tensões, quando reflecte sobre qual o seu papel na organização. Por vezes os seus objectivos não se encontram na mesma linha dos objectivos organizacionais, existem conflitos de papel ou o papel desempenhado não é o esperado, pelo próprio ou pela organização.

Em sincronia com vários autores, a responsabilidade do papel desempenhado pelos profissionais de saúde, uma vez que tem a seu cargo a vida de outras pessoas emerge como o factor de maior stresse.

Assim é lícito afirmar que o stresse não é por si só um risco, mas sim o seu conjunto de factores indutores. Estes factores indutores são frequentemente manipulados pelas instituições de saúde, promovendo conflitos ou deficiências na comunicação entre os profissionais e assim causando stresse ocupacional, totalmente desnecessário.

Uma instituição hospitalar tem obrigatoriamente que considerar todos os factores stressantes para os profissionais, não esquecendo que indivíduos saudáveis e em equilíbrio são uma força motivadora e progressista, o que resulta em evolução da organização. Para que tal aconteça é fundamental valorizar o stresse ocupacional e criar redes de apoio, para a sua mediação.

## 6.2 – CULTURA ORGANIZACIONAL

Para mediar as fontes de stresse profissional, é importante que ocorra uma mudança organizacional. FELDMAN citado por PACHECO (2007: 34) refere que

***“...a cultura organizacional é uma colecção de meios que se desenvolveram no contexto da organização mas que interagem com os aspectos sociais e culturais”.***

É importante que exista um sentido para aquilo que os profissionais fazem, através da existência de normas e uma distribuição de papéis coerente.

De enorme importância é o clima de trabalho, que é o resultado do conjunto de práticas e procedimentos, relações estabelecidas, quer sejam laborais ou afectivas. PACHECO cita MASLACH 2007: 34) descrevendo o clima de trabalho constituído por ***“... Dimensões como autonomia, degraus da estrutura, sistema de recompensa e o suporte”.***

A existência de coerência entre as dimensões confere ao profissional ferramentas para enfrentar situações stressantes, de forma eficaz.

### 8.3 - LEGISLAÇÃO

A preocupação com as doenças profissionais surgiu na legislação da maioria dos países, incluindo Portugal, intimamente ligada à dos acidentes de trabalho, quer com a dupla designação, quer na formulação integrada de riscos profissionais. Os acidentes de trabalho e as doenças profissionais são, em regra, considerados como uma eventualidade a proteger no âmbito dos instrumentos normativos internacionais de segurança social, como é o caso da Convenção n.º 102 da Organização Internacional do Trabalho e do Código Europeu de Segurança Social.

As bases legais de cobertura dos riscos profissionais encontram-se definidas pela Lei n.º 2127, de 3 de Agosto de 1965, pelo Decreto n.º 360/71, de 21 de Agosto, que a regulamenta, e por numerosa legislação complementar, que se baseiam no tradicional princípio da responsabilidade patronal, com transferência obrigatória do risco para empresas seguradoras, associadas à entidade empregadora. (Ver Anexo VI).

Concordando com a Legislação Portuguesa em vigor no âmbito da saúde no trabalho de 1 de Julho de 1991, no Capítulo I, artigo 4º referente aos princípios gerais, onde se lê que:

- 1 – Todos os trabalhadores têm o direito à prestação de trabalho em condições de segurança, higiene e de protecção da saúde.
- 2 – Deve assegurar-se que o desenvolvimento económico vise também promover a humanização do trabalho em condições de segurança, higiene e saúde.
- 3 – A prevenção dos riscos profissionais deve ser desenvolvida segundo princípios, normas e programas.
- 4 – O desenvolvimento de programas e a aplicação de medidas a que se refere o número anterior devem ser apoiados por uma coordenação dos meios disponíveis, pela avaliação dos resultados quanto à diminuição dos riscos profissionais e dos danos para a saúde dos trabalhadores, e ainda, pela mobilização dos agentes de que depende a sua execução, particularmente os empregadores e os trabalhadores. Indo mais longe existe alguma legislação comunitária pertinente e que se deve ter em conta:

A directiva-quadro (89/391/CEE) diz que ***“A entidade patronal é obrigada a assegurar a segurança e a saúde dos trabalhadores em todos os aspectos relacionados com o trabalho.”***

As directivas 90/270/CEE e 92/85/CEE vão mais longe ao referirem que existe necessidade de ter em consideração o stresse mental.

O guia de 1996 da Comissão Europeia que faz uma avaliação dos riscos no local de trabalho foca a necessidade de analisar os factores psicológicos, sociais e físicos que contribuem para a incidência de stresse no trabalho, a existência de interacção entre eles e a relação com outros factores organizacionais e de ambiente laboral.

Tendo por base a humanização do trabalho em condições de segurança, seria importante a presença da especialidade de Psicologia nos serviços de saúde, pois é fundamental quer para os utentes quer para os profissionais. A sua importância encontra-se relacionada com a necessidade de incidir na prevenção do stresse profissional, colaborando activamente com o serviço de saúde ocupacional da organização. Esta colaboração deve actuar na promoção de ambientes de trabalho saudáveis, desenvolvendo métodos de avaliação de stresse ocupacional. Assim é importante identificar fontes de stresse para os técnicos de diferentes grupos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares) no sentido de criar programas de prevenção.

## 7 - APOIO SOCIAL

Ao núcleo composto por família, amigos, colegas, serviços sociais comunitários de carácter profissional ou de voluntariado denomina-se suporte social.

COBB (1976) referido por MENDES (2002: 41) caracteriza apoio social como a existência de informação que fornece ao indivíduo a percepção de amor, estima, sentindo-se parte integrante da rede social.

O Apoio Social é um conceito multidimensional, que contempla o grau de integração social, a percepção desse apoio social e qual o apoio social fornecido.

Para MENDES (2002: 42) as várias definições de apoio social encontradas têm pontos em comum. Assim realça a importância do **“apoio emocional”**, quando os indivíduos sentem que tem outras pessoas a quem recorrer nalgumas dificuldades. Outra característica é a **“integração social”**, quando as pessoas sentem que fazem parte de um grupo que partilha interesses e preocupações. Proporciona **“apoio perceptivo”**, quando permite corrigir as percepções e ajuda a recontextualizar o acontecimento. Pode ainda oferecer **“apoio instrumental”**, quando responde positivamente aos nossos pedidos de dinheiro, utensílios ou ajuda em tarefas. A quinta característica comum do apoio social é a de poder oferecer **“informação de apoio”**, aconselhando perante algum problema. Por último temos o **“apoio à auto-estima”**, quando as inter-relações pessoais servem para ajudar as pessoas a sentirem-se melhor consigo próprias, com as suas competências e habilidades.

No processo de socialização os indivíduos envolvem-se num processo de identidade e implicação organizacional onde entram em processos de afinidade e aceitação das crenças e valores organizacionais.

Segundo vários autores a implicação organizacional manifesta-se através de uma ligação afectiva entre o indivíduo e a organização e também como crença na responsabilidade de lealdade com a organização.

A existência de Apoio/ Suporte Social tem efeitos positivos, promotores de saúde e bem-estar dos indivíduos sujeitos a factores indutores de stresse. Desta forma uma melhor integração social permite um aumento do controle e eficácia. O aumento da auto-estima conduz a comportamentos proactivos característicos de indivíduos motivados. Este incremento na motivação é gerador de comportamentos promotores de saúde ou seja em estratégias de enfrentamento (coping) que minimizam os efeitos nocivos do stresse.

KAPLAN refere que o ambiente social influencia a saúde e bem-estar, encontrando-se esta relação demonstrada pelo modelo de efeito directo, defendido pelo autor.

Segundo a perspectiva do autor este modelo não relaciona directamente o ambiente stressante com a adopção de comportamentos saudáveis. Tem uma postura mais abrangente segundo a qual, os profissionais devem ter apoio social independentemente de terem ou não um trabalho stressante ou seja o apoio social deve fazer parte integrante dos programas de saúde pública e assim generalizar comportamentos saudáveis.

No entanto KAPLAN (1993) ao referir-se à relação entre stresse e apoio social sobressai o Modelo do Efeito Protector. MENDES ao referir-se aquele modelo diz que “ ***os componentes essenciais para que surja a doença são o stresse elevado e o baixo apoio social; nas situações em que há elevado stresse e também elevado apoio social, o impacto do stresse será absorvido ou amortizado...***”.

A relação entre a forma como os indivíduos percebem e/ou recebem apoio social e a saúde e bem-estar tem variações.

Existem variações de acordo com o género, ou seja, as mulheres mobilizam melhor os recursos ao dispor, mantêm um maior número de relações efectivas de apoio social em relação aos homens. A idade e o nível de maturidade também se encontram relacionados com a forma de percepcionar e receber suporte social.

Uma das teorias interessantes acerca da interação entre apoio social e stresse é denominada por **Teoria de Conservação dos Recursos**, da autoria de HOBFOLL (1993). Segundo esta teoria os indivíduos motivados desenvolvem estratégias com o objectivo de obter, reter e proteger recursos, que incluem bens, características pessoais, profissionais, conhecimentos, etc. Quando ocorre perda, ameaça de perda



de qualquer destes recursos, ou quando o investimento despendido não resulta nos resultados esperados, ocorrem situações de desequilíbrio e consequentemente stresse. Poder-se-á dizer que o apoio/suporte social compreende uma dimensão inteiramente da responsabilidade dos indivíduos. Os indivíduos constroem parte do seu suporte social, responsável pela sua homeostasia.

## 7.1 – SAÚDE OCUPACIONAL

A saúde do trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que tem como objectivo o estudo das relações entre o trabalho e os trabalhadores.

A abordagem em saúde ocupacional deve ter em conta as dimensões psicológica e social e também contemplar as vertentes individual e colectiva.

Os objectivos de um serviço de saúde ocupacional devem englobar várias áreas de actuação:

- Promoção e protecção da saúde do trabalhador.
- Organização e prestação de assistência aos trabalhadores.

A concepção de saúde ocupacional é baseada na multiplicidade ou interação de vários agentes físicos, químicos, mecânicos e biológicos como causadores de acidentes e doenças.

Os determinantes na Saúde do trabalhador englobam condicionantes de ordem Social, Económica, Tecnológica e Organizacional. Da interacção destes factores condicionantes resultam situações stressantes. É objectivo dos programas de saúde ocupacional a acção na origem, ou seja a nível daquelas condicionantes.

É pois essencial uma abordagem multiprofissional desta problemática, envolvendo várias disciplinas como a medicina, sociologia, psicologia, etc e não menos importante deverá ser intersectorial. As dimensões sociais, políticas e técnicas são indissociáveis.

## 8 - ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

As instituições de saúde especialmente os hospitais e centros de saúde, constituem ambientes de trabalho causadores de stresse, como se verificou anteriormente pelos factores indutores e também pela existência de vários níveis de autoridade e especialização profissional, ou seja, grande heterogeneidade nos profissionais e interdependência de responsabilidades.

Na organização os grupos têm um carácter formal, em que as relações estabelecidas entre os profissionais são definidas por normas de comportamento e regras de procedimentos pré-estabelecidas. Assim estes grupos são percebidos pelos seus membros como uma forma de atingir objectivos pessoais, sociais e também profissionais.

A partilha de objectivos pelo grupo também se reflecte no modo como este interage, entre si e com a instituição, tendo em consideração se os objectivos da instituição se adequam aos do grupo e aos de cada indivíduo.

Para CAETANO (2001:337) “*...equipa é mais do que grupo*”. Assim os grupos tornam-se equipas quando ocorrem processos sinérgicos entre si, existindo um sentimento de implicação grupal.

De acordo com SAVOIE e BEAUDIN, CAETANO (2001:338) refere que a interdependência entre os membros e o seu carácter formal distingue um agregado de uma equipa de trabalho funcional dentro da organização.

Na maioria das instituições de saúde, encontramos-nos perante grupos de trabalho, que não funcionam como equipa, não partilham os mesmos objectivos, não tem afinidades entre si, enfim são pessoas completamente diferentes. Na concepção de equipas de trabalho em saúde é importante reunir interesses. As pessoas não devem participar em projectos para os quais não se encontram motivados. Os serviços onde trabalham devem proporcionar realização profissional. Hoje em dia quando um profissional de saúde escolhe um serviço ou especialidade, deve

conhecer a realidade, as dificuldades e as vantagens. O serviço deve ser adequado ao profissional, mas o profissional também deve ser adequado ao serviço.

O trabalho em equipa é essencial para as instituições de saúde. Permite o aumento do rendimento, promove a comunicação interpessoal e interdisciplinar, uma vez que as equipas são compostas por vários grupos profissionais (p.ex: equipa multidisciplinar no bloco operatório), deste modo é valorizada a sinergia dos elementos da equipa.

As organizações estão inseridas dentro de um ambiente e interagem com este ambiente recebendo influências e influenciando.

As pessoas que actuam nas organizações são agentes que contribuem para esse intercâmbio constante. Os valores das pessoas por sua vez conduzem à formação da cultura da organização. Esta é a raiz das decisões estratégicas de uma organização.

A cultura não é uma constante, num mesmo tempo e num contexto isolado.

Segundo Barker citado por CAETANO (2001:174) “ **a cultura é uma manifestação da identidade organizacional, sendo que para qualquer categoria de identidade existe um conjunto de valores correspondente**”.

Identidade e cultura organizacional são conceitos diferentes, mas encontram-se em constante intercâmbio, assentam em perspectivas distintas de atribuição de sentido.

A identidade organizacional diz-nos quem somos e a cultura organizacional reflecte aquilo a que damos valor na organização.

**“ A cultura é apreendida, transmitida e partilhada. Não decorre de uma herança biológica ou genética, porém resulta de uma aprendizagem socialmente condicionada. A cultura organizacional exprime então a identidade de uma organização”** CAETANO (2001:174).

A estrutura da organização hospitalar também é decisiva no bem-estar dos profissionais. Estruturas muito hierarquizadas em que a informação dificilmente chega ao grupo operacional, pode gerar incompreensões e insatisfação. Estruturas em que o centro decisor está mais próximo do operativo, existe mais interacção, troca de informação, maior percepção do feedback e uma compreensão mútua em virtude do maior conhecimento dos profissionais.

Neste sentido para que a decisão estratégica seja eficaz deve compreender a existência de suporte social para os profissionais de saúde, sendo necessário que este conceito faça parte da cultura da organização.

## 8.1 – COMUNICAÇÃO NA EQUIPA DE SAÚDE

O relacionamento interpessoal é o resultado dos fluxos comunicacionais entre pessoas. Uma comunicação deficiente induz a relacionamentos stressantes e vice-versa. Na equipa de saúde ocorrem frequentemente falhas na comunicação uma vez que existem estratos profissionais diferentes, para além das diferenças pessoais. Por outro lado o facto de existir coesão grupal condiciona uma comunicação clara e precisa e ainda alguma afinidade, independentemente das diferenças pessoais que podem mesmo ser uma mais valia, na medida em que trazem experiências de vida diferentes e pressupõem a existência de suporte social.

Em equipas de trabalho a emergência de líderes é parte integrante da dinâmica de grupos. A liderança bem sucedida é aquela que é capaz de atingir os objectivos da instituição e simultaneamente satisfazer os anseios dos profissionais.

A liderança emerge na equipa quando um dos seus elementos tem a capacidade de influenciar os restantes. O tipo de liderança é influenciado de acordo com a maturidade do líder segundo HERSEY e BLANCHARD. Assim quanto maior é a maturidade do líder maior é a partilha da liderança com os seus subordinados.

Numa equipa de saúde multidisciplinar, os líderes emergem de acordo com o estrato profissional e com a área predominante em cada momento. Assim durante uma cirurgia são vários os líderes que emergem: o cirurgião que lidera o acto cirúrgico, o enfermeiro que lidera a equipa de enfermagem, o anestesista que lidera quando executa técnicas anestésicas. No entanto os vários líderes de cada estrato podem emergir em simultâneo uma vez que se tratam de actividades interdependentes. Esta simultaneidade pode trazer consigo conflitos de papel.

O relacionamento entre colegas é importante na definição de um bom clima de trabalho, promovendo um maior envolvimento com a organização e aumentando o rendimento individual e de grupo, sendo uma condição essencial ao bem-estar e segurança no trabalho.

## 8.2 – EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES

O grau de homogeneidade ou heterogeneidade de um grupo, no que se refere às suas características demográficas, sociológicas ou psicológicas, influencia os processos de interacção e finalmente no desempenho da equipa. A heterogeneidade é defendida como característica vantajosa no envolvimento em tarefas intelectuais relacionadas com a resolução de problemas. Equipas com objectivos, características de personalidade comuns e com elevada compatibilidade, dispõem de menor energia às interações de carácter social e afectivo. O nível de satisfação, motivação e consequentemente o desempenho é eficaz e eficiente. No entanto a interacção prolongada de uma determinada equipa resulta em processos de liderança informal. O líder ou líderes emergentes podem condicionar de forma positiva ou negativa a qualidade do desempenho.

Num bloco operatório cada profissional desempenha uma função distinta mas interdependente. Assim temos o Anestesiologista cuja função será realizar todas as técnicas anestésicas necessárias para a anestesia e analgesia do paciente e o Enfermeiro de Anestesia que colabora directamente com o Anestesiologista na realização daquelas técnicas sendo o enfermeiro de referência para o paciente, ou seja, é aquele com quem o doente estabelece uma relação de confiança na véspera da cirurgia, no decorrer da Visita Pré-operatória de Enfermagem. O Cirurgião principal é sobre quem recai a responsabilidade da cirurgia e o 1º Ajudante função de outro cirurgião ou de um Interno da Especialidade. Na equipa de Enfermagem desempenham funções um Enfermeiro Circulante, e um Instrumentista. Estes dois profissionais têm como responsabilidade reunir todo o material necessário para a cirurgia e garantir a sua correcta utilização por forma a que a segurança do paciente não seja colocada em risco. Completando a equipa multidisciplinar temos a Auxiliar de Acção Médica que embora não se encontre em permanência na sala operatória tem sobre aquela a responsabilidade na sua higienização, bem como o transporte e transferência do paciente, no pré e pós-operatório.

### 8.3 – HOSPITAL PULIDO VALENTE E.P.E.

Para contextualizar melhor o presente estudo, é fundamental conhecer a instituição hospitalar e o serviço, onde aquele terá o seu desenvolvimento.

O serviço em estudo é o Bloco Operatório do Hospital de Pulido Valente E.P.E., hospital pertencente à Unidade Setentrional. A Unidade de Saúde Setentrional A é constituída pelo Hospital de Santa Maria EPE, Hospital Pulido Valente EPE e pelos Centros de Saúde de: Alvalade, Benfica, Loures Lumiar, Odivelas e Pontinha desde 2006.

O hospital Pulido Valente é uma instituição com três áreas de acção principais: a vertente pneumológica, a vertente médica e a vertente cirúrgica.

Com o objectivo de conhecer um pouco o clima organizacional, nada melhor que conhecer a história da instituição.

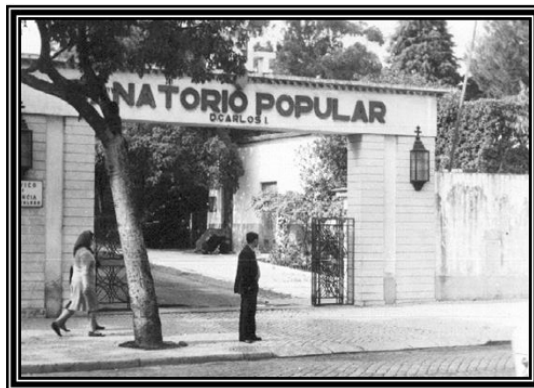
A Rainha D. Amélia, figura impulsionadora da luta contra a tuberculose, cria a Assistência aos Tuberculosos e propõe a construção de um Hospital para tratamento destes doentes. Com a sua contribuição financeira pessoal e a de pessoas influentes da época – nas quais se destacava o grupo das Senhoras de Caridade - inicia-se a construção do Hospital do Repouso, que será inaugurado já depois da Implantação da República (1910).

Apesar da sua já longa existência, a actividade cirúrgica teve o seu início na década de 60 no século XX.



FONTE: Hospital Pulido Valente E.P.E.

O Dr. Décio Ferreira realiza as primeiras intervenções cirúrgicas de “coração aberto”, cria um aparelho para circulação extra-corporal e faz, experimentalmente, transplantações cardíacas em cães.



FONTE: In [fotos.sapo.pt/pslumiarpic/00042/fpd](https://fotos.sapo.pt/pslumiarpic/00042/fpd)

Acompanhando estas transformações, a denominação do Hospital foi sendo alterada passando de Sanatório D. Carlos I, Sanatório Popular de Lisboa, Centro Sanatorial do Lumiar, incluindo os Sanatórios D. Carlos I e Rainha D. Amélia, localizados em edifícios independentes, até em 1975 passar a denominar-se Hospital de Pulido Valente, com o estatuto de Hospital Geral Central.

Embora a Pneumologia continuasse a predominar como especialidade, a Medicina Interna, Gastrenterologia, Cirurgia Geral, Otorrinolaringologia, Cirurgia Torácica, Urologia, Dermatologia, Fisiatria e, mais recentemente, Obesidade Mórbida, Angiologia e Cirurgia Vascular e Oncologia Médica ganharam um peso importante no que se refere ao número de doentes e ocupação de camas.





FONTE: Hospital Pulido Valente E.P.E.

O serviço de bloco operatório já com vários anos e apenas três salas operatórias mudou de instalações há quatro anos para um serviço remodelado para o efeito com 6 salas operatórias. (Ver Anexo V).



FONTE: Hospital Pulido Valente E.P.E.



FONTE: Hospital Pulido Valente E.P.E.

O horário de funcionamento para cirurgia programada ocorre entre as 8:00 e as 21:00, para a cirurgia de urgência o horário é de 24h existindo sala própria para o efeito.



O bloco operatório fica localizado no pavilhão D. Carlos, bem como todos os serviços cirúrgicos.

O surgimento de um novo serviço desde há quatro anos, constituiu um marco há muito desejado pelos profissionais a desempenhar funções naquele serviço, uma vez que as suas condições físicas e ambientais, já há muito que se encontravam ultrapassadas, ou até mesmo obsoletas.



FONTE: Hospital Pulido Valente E.P.E.

## Planta do Hospital<sup>4</sup>

### LOCALIZAÇÃO DAS ESPECIALIDADES E SERVIÇOS NO HOSPITAL



#### Legenda

- 1 Entrada do Hospital – Alameda das Linhas de Torres, 117
- 2 Consultas Externas
- 3 Serviço de Patologia Clínica
- 4 Serviço de Cirurgia Geral e Digestiva
- 5 Serviço de Otorrinolaringologia e Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular
- 6 Serviço de Cirurgia Torácica
- 7 Serviço de Urologia
- 8 Bloco Operatório / Recobro (U.C.A.P.O.) / Serviço de Anestesiologia / Esterilização
- 9 Serviço de Imagiologia / Unidade de Técnicas Invasivas Pneumológicas
- 10 Unidade de Readaptação Funcional Respiratória / Serviço de Psicologia / Salas de Formação
- 11 Parque de Estacionamento
- 12 Unidade de Medicina Física e de Reabilitação / Unidade de Dermatologia
- 13 Serviço Social / Gabinete do Utente
- 14 Serviço de Anatomia Patológica
- 15 Serviço de Imunohemoterapia
- 16 Piso 0 – Hospital de Dia de Insuficientes Respiratórios
- Piso 1 – Unidade de Cuidados Intensivos Pneumológicos / Serviço de Pneumologia I
- Piso 2 – Unidade de Estudo da Função Pulmonar / Unidade de Infeciologia Respiratória
- Piso 3 – Serviço de Pneumologia II / Unidade Imunodeficiência / Hospital de Dia de Imunodeficiência
- Piso 4 – Serviço de Pneumologia III / Unidade de Imunoalergologia / Unidade de Oncologia Pneumológica / Serviço Social
- 17 Farmácia
- 18 Expediente
- 19 Patologia Clínica (Posto de Colheitas)
- 20 Cafeteria
- 21 Centro Comercial
- 22 Armazéns (Consumo Clínico, Papelaria, Drogaria)
- 23 Aprovisionamento
- 24 Consultas Externas (C.A.D.A. - Central Atendimento Doentes Ambulatório)
- 25 Piso 0 – Serviço de Medicina III / Unidade de Gastrenterologia / Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos / Unidade de Oncologia Médica
- Piso 1 – Serviço de Medicina III
- Piso 2 – Serviço de Medicina II / Serviço de Cardiologia

- 26 Capela
- 27 Casa Mortuária
- 28 Anfiteatro
- 29 Jardim
- 30 Centro de Histocompatibilidade do Sul
- 31 Faculdade Ciências Médicas
- 32 Hospital de Dia de Quimioterapia
- 33 Hall Principal Edifício D. Carlos (tesouraria)
- 34 Hall Principal Edifício D. Carlos (Salão Nobre, tesouraria e Secretaria Clínica) / Administração / Serviço de Recursos Humanos / Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão / Serviços Financeiros / Áreas de Gestão Transversal
- 35 Piso 1 – Centro de Formação / Serviço de Saúde Ocupacional / Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar
- 36 Serviço de Instalações e Equipamentos
- 37 Rouparia
- 38 Refeitório

<sup>4</sup> Planta da Hospital Pulido Valente in [www.hpv-min-saude.pt/emergencia](http://www.hpv-min-saude.pt/emergencia).

O bloco operatório é composto por seis salas operatórias, distribuídas por cinco especialidades cirúrgicas.

A equipa que compõe aquele serviço é constituída por cirurgiões, internos de cirurgia, enfermeiros, anestesistas, auxiliares de acção médica, administrativo e maqueiros, perfazendo um total de cento e seis elementos.



FONTE: Hospital Pulido Valente E.P.E.

Todos estes profissionais interagem diariamente, resolvem problemas, enfrentam o desconhecido, entram em conflito, mas **quem cuida estes indivíduos que também são humanos, têm sentimentos e sofrem?**

Os média fornecem ao cidadão, uma imagem errada do trabalho dos profissionais de saúde, através da transmissão de séries televisivas, que dão uma visão exagerada do dia a dia das equipas ou contrariamente minimizam a sua actividade, sobrevalorizando alguns grupos profissionais em detrimento de outros de grande importância.



FONTE: [www.hotnews.worldpress.com](http://www.hotnews.worldpress.com)



FONTE: [www.cheshud.com](http://www.cheshud.com)

A realidade contraria em larga escala a percepção do cidadão comum, menos informado, bem como de alguns pares. Por vezes os profissionais envolvidos no procedimento cirúrgico são adjectivados de insensíveis, frios, intocáveis, desumanos ou até mesmo arrogantes.

O contacto sucessivo com o sofrimento dos utentes traz também sofrimento aos elementos da equipa, associado ao risco, ao erro, ao medo de falhar e à tentativa constante de querer corresponder às expectativas dos outros, doentes, colegas, superiores hierárquicos, etc.

As organizações de saúde **não estarão a exigir demasiado dos seus profissionais sem terem a preocupação de os cuidar?** Actualmente os programas de saúde ocupacional, encontram-se desenvolvidos no sentido de perceber e cuidar dos indivíduos com stresse profissional, no entanto existe uma grande dificuldade em colocá-los em prática. Eventualmente existe uma falta de consciencialização para a problemática. É necessário investigar mais a questão do stresse na equipa de saúde e nos mais variados contextos, alertando para o facto de serem efectivamente, profissões de elevado risco físico, mas também psicológico.

## 9 – METODOLOGIA

### 9.1 – TIPO DE INVESTIGAÇÃO

Para o estudo dos factores indutores de stresse, na equipa multidisciplinar cirúrgica, no bloco operatório, do Hospital Pulido Valente E.P.E. foi efectuado um **Estudo Misto Descritivo e Exploratório**.

A metodologia utilizada foi a **Quantitativa e Qualitativa**.

O método quantitativo é particularista, objectivo e implica uma medição rigorosa, procurando causas para os fenómenos sociais. Neste caso foi o método utilizado para conhecer os índices de exaustão na equipa.

O holismo é característica do método qualitativo, dotado de uma perspectiva exploratória e descritiva que procura compreender a conduta humana a partir da experiência dos actores. Esta metodologia permitiu conhecer os pontos de vista dos profissionais relativamente ao Bem-Estar, Factores Indutores de Stresse, Estratégias de Enfrentamento e Incidentes Críticos.

O facto de utilizar os dois métodos neste estudo, permitiu tirar partido de um maior e melhor conhecimento do fenómeno do stresse profissional, no contexto do bloco operatório.

### 9.2 – PARTICIPANTES

A população em estudo é constituída por todos os profissionais de saúde, utilizadores do serviço de bloco operatório.

A amostra utilizada para o método quantitativo corresponderá à totalidade da população, constituída por cento e seis indivíduos, todos eles profissionais de saúde de diferentes estratos profissionais:

- Cirurgiões – 40

- Internos de cirurgia – 19
- Enfermeiros – 21
- Anestesiastas – 10
- Auxiliares de Acção médica – 9
- Maqueiros – 6
- Secretário de Unidade – 1

Foi aplicada a escala MBI (Maslach Burnout Inventory) a todos os profissionais, pois trata-se de um instrumento de fácil e rápido preenchimento.

A técnica de amostragem utilizada para o método qualitativo foi a **não probabilística intencional ou de conveniência** em que os sujeitos da população alvo são considerados “...**particularmente conhecedores das questões que estão sendo estudadas.**” POLIT (1995:148).

Segundo CARPENTER (2002:66) “...**a lógica e o poder da amostra intencional está na selecção de casos ricos de informação para estudar em profundidade (...) são aqueles de quem se pode aprender muito de assuntos de importância central para a finalidade da investigação...**”.

A trinta por cento 30% da totalidade dos participantes, foi aplicada uma entrevista de acordo com a metodologia qualitativa. (Ver Anexo III).

O facto de existirem diferentes percentagens, para cada estrato, fez com que na selecção dos entrevistados se correspondesse o número de entrevistas em determinada profissão, com a percentagem correspondente na totalidade da amostra.

A vantagem neste tipo de amostragem consiste em obter relatos da realidade de cada grupo profissional; a desvantagem está em que o número de elementos pertencentes em cada estrato é diferente, existindo grupos profissionais francamente numerosos na amostra, como é o caso dos enfermeiros e cirurgiões e grupos menores como o caso das auxiliares e maqueiros.



### 9.3 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

#### 9.3.1 – Observação Participante

Compreender a dinâmica interdisciplinar, identificando episódios stressantes, o que os desencadeou, como foram ultrapassados e qual o contexto em que ocorreram, é o objectivo deste método. Compreender como estes episódios modificaram a actuação da equipa. De acordo com QUIVY (1998:164) a observação participante ***“...é aquela em que o investigador procede directamente à recolha das informações, sem se dirigir aos sujeitos interessados. Apela directamente ao seu sentido de observação.”***

#### 9.3.2 – Escala Maslach Burnout Inventory

A Escala MBI, é uma escala psicométrica de medida de burnout, criada há 20 anos, por Christina Maslach, versão validada para a população portuguesa por CRUZ & MELO em 1996. Com a aplicação desta escala obtém-se a avaliação das três dimensões que constituem a síndrome de burnout; exaustão emocional, despersonalização e realização profissional.

Assim níveis elevados de exaustão emocional e despersonalização significam burnout elevado; níveis baixos de realização profissional também revelam burnout elevado. (Ver Anexo II – Escala MBI).

#### 9.3.3 – Entrevista Exploratória Não-Estruturada

A metodologia qualitativa tem como objectivo, conhecer junto da amostra, qual a sua percepção acerca do bem-estar da equipa, no decorrer das suas funções, quais os factores identificados pelos seus elementos, que induzem stresse e quais os mecanismos de coping utilizados pelo grupo e individualmente.

**A entrevista exploratória não-estruturada ou em profundidade** é caracterizada pelo reduzido número de questões que focam inteiramente o entrevistado, deixando as respostas à inteira responsabilidade daquele. (Ver Anexo II – Guião de Entrevista). Será efectuado o registo áudio e posterior transcrição das entrevistas. Após transcrição é efectuada a validação da entrevista com o entrevistado.

#### 9.4 – ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

Para análise quantitativa dos resultados da aplicação da Escala MBI será utilizado o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). O SPSS é um programa informático que permite efectuar cálculos estatísticos, na análise de dados em ciências sociais.

Na vertente qualitativa deste estudo será efectuada a análise do conteúdo das entrevistas efectuadas. A análise de conteúdo visa analisar as comunicações transcritas das entrevistas áudio, desenvolvendo-se em três fases. Na primeira fase é efectuada a exploração do material e selecção das unidades de significação, de seguida procede-se à inferência de significado e finalmente é interpretado o resultado. Deste modo, é efectuada uma desmontagem do discurso sendo produzido um novo discurso e através de um processo de localização são atribuídos traços de significado. Realizada a categorização ou seja a atribuição de significado a um determinado número de unidades de registo. Estas serão incluídas numa dimensão de análise.

No que se refere à análise de incidentes críticos, relatada pelos entrevistados, foi efectuada a quantificação dos episódios utilizando o programa estatístico Excel 2003, foi desmontado o discurso e feita referência às unidades de registo ilustrativas das conclusões obtidas.

Deste modo foi efectuada uma análise mista quantitativa para facilitar a leitura dos dados principais e qualitativa para se possa conhecer um pouco mais do episódio em questão.



## 10 – ANÁLISE DE DADOS DO QUESTIONÁRIO MBI

As dificuldades sentidas face à aplicação de novas tecnologias, nomeadamente na utilização dos programas estatísticos, resultou numa etapa morosa, uma vez, que foi necessária uma adaptação ao programa estatístico. A análise qualitativa revelou-se mais fácil, uma vez que, embora o processo de categorização necessitasse de mais tempo, a sua metodologia era bastante familiar.

A análise foi efectuada em três partes. Na primeira parte realizou-se a análise quantitativa dos resultados da aplicação da escala psicometrica MBI, Maslach Burnout Inventory, validada para a língua portuguesa por CRUZ & MELO em 1996, neste estudo.

Na segunda parte procedeu-se à categorização do conteúdo das entrevistas não estruturadas. Na terceira e última parte da análise de dados serão apresentados, em primeiro lugar, através de uma quantificação dos incidentes críticos, relatados pelos profissionais entrevistados, onde foram identificados quais os factores indutores de stresse, as estratégias de enfrentamento individuais e colectivas utilizadas e por que grupo profissional e por último se essas estratégias foram ou não eficazes. Finalmente nesta análise também é efectuada uma ilustração dos episódios com as unidades de registo dos intervenientes, de modo a contextualizar o incidente crítico, facilitando o leitor.

Com a aplicação do teste MBI, pretendeu-se criar espaços de reflexão entre os profissionais, bem como a reflexão sobre a temática stresse e burnout na equipa do bloco operatório.

Do universo de (106) cento e seis profissionais frequentadores do serviço de bloco operatório, apenas (6) seis não responderam ao questionário. Destes seis, (1) um recusou responder, (1) um recebeu o questionário mas não o entregou e (4) quatro encontravam-se ausentes do hospital, durante o período de recolha, que ocorreu nos meses de Fevereiro e Março de 2007.

Na entrega dos testes foram esclarecidos o modo de preenchimento, como se poderiam obter os scores referentes às dimensões exaustão, despersonalização e realização. Quando o teste se encontrava preenchido, era entregue ao investigador e arquivado, apenas se conhecendo qual a categoria profissional respectiva.

Os grupos profissionais inquiridos foram os seguintes de acordo com o seguinte gráfico:

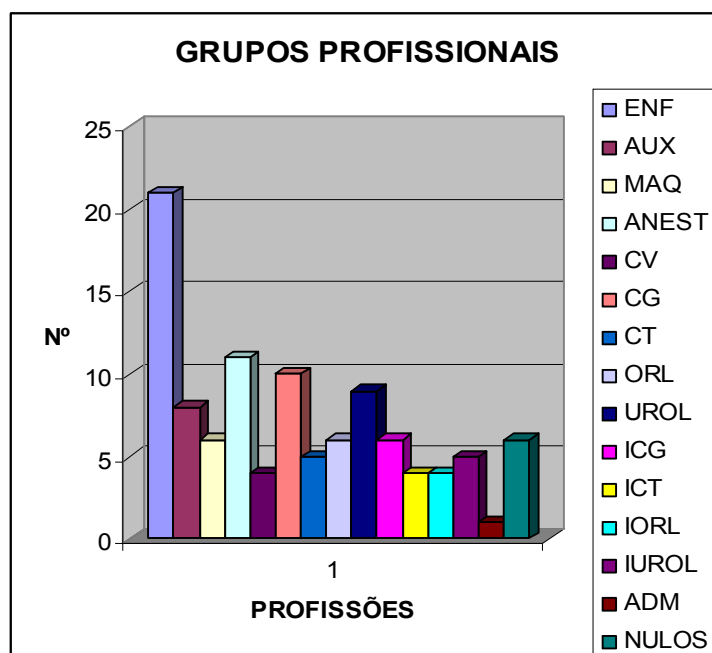


GRAFICO 1: Distribuição dos Grupos Profissionais

ENF	Enfermeiros
AUX	Auxiliares
MAQ	Maqueiros
ANEST	Anestesistas
CV	Cirurgiões Vasculares
CG	Cirurgiões Gerais
CT	Cirurgiões Torácicos
ORL	Otorrinolaringologistas
UROL	Urologistas
ICG	Internos de Cirurgia Geral
ICT	Internos de Cirurgia Torácica
IORL	Internos de Otorrinolaringologia
IUROL	Internos de Urologia
ADM	Administrativos

De acordo com a seguinte tabela pode verificar-se a distribuição por número e em percentagem, referente a cada grupo profissional.

profissão					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	enfermeiro	21	19,8	21,0	21,0
	auxiliar	8	7,5	8,0	29,0
	administrativo	1	,9	1,0	30,0
	maqueiro	6	5,7	6,0	36,0
	anestesista	11	10,4	11,0	47,0
	cirurgião orl	6	5,7	6,0	53,0
	cirurgião cd	10	9,4	10,0	63,0
	cirurgião ct	5	4,7	5,0	68,0
	cirurgião urol	9	8,5	9,0	77,0
	cirurgião vasc	4	3,8	4,0	81,0
	interno orl	4	3,8	4,0	85,0
	interno cd	6	5,7	6,0	91,0
	interno ct	4	3,8	4,0	95,0
	interno urol	5	4,7	5,0	100,0
	Total	100	94,3	100,0	
Missing	não responde	6	5,7		
Total		106	100,0		

**QUADRO 1: Distribuição dos grupos profissionais da amostra.**

Segundo estes dados pode observar-se que os grupos mais representativos são os enfermeiros, anestesistas, cirurgiões gerais e urologistas, por ordem decrescente. Estes dados correspondem efectivamente aos grupos mais presentes no serviço como é o caso dos enfermeiros e anestesistas, exercendo aí a sua actividade diariamente. As especialidades de Cirurgia geral e Urologia pelo número elevado de tempos operatórios que possuem, também se encontram diariamente no bloco operatório, embora os intervenientes alternem segundo a equipa cirúrgica do dia, ou seja, um cirurgião geral ou urologista não se encontra diariamente no bloco como os enfermeiros e anestesistas.

Este gráfico analisa a distribuição dos grupos profissionais de acordo com as faixas etárias definidas para este estudo.

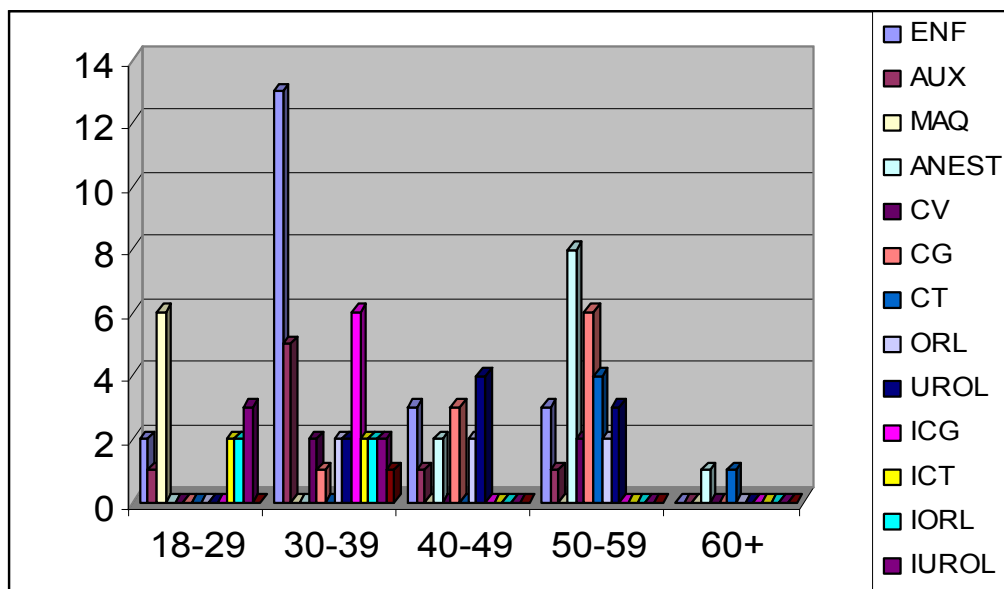


GRAFICO 2: Distribuição dos Grupos Profissionais por faixa etária.

Pode-se observar que existem dois grandes grupos etários, um na faixa dos (30) trinta anos e outro bem representativo na faixa dos (50) anos. Na faixa dos trinta anos destacam-se o grupo dos enfermeiros, auxiliares e internos de cirurgia geral e na faixa etária dos cinquenta anos sobressaem os anestesistas, cirurgiões gerais e cirurgiões torácicos.

Salienta-se ainda o grupo mais jovem dos maqueiros que se situa na faixa etária referente aos (20) vinte anos e na faixa dos (40) quarenta anos o grupo que sobressai refere-se aos urologistas.

idade					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-29	16	15,1	16,0	16,0
	30-39	38	35,8	38,0	54,0
	40-49	15	14,2	15,0	69,0
	50-59	29	27,4	29,0	98,0
	60+	2	1,9	2,0	100,0
	Total	100	94,3	100,0	
Missing	não responde	6	5,7		
Total		106	100,0		

QUADRO 2: Distribuição dos Grupos Profissionais da amostra por faixa etária.

Ao analisar a totalidade do grupo pode verificar-se a polarização entre as faixas etárias dos trinta e cinquenta anos.

Quanto ao género a distribuição surge de acordo com o seguinte gráfico:

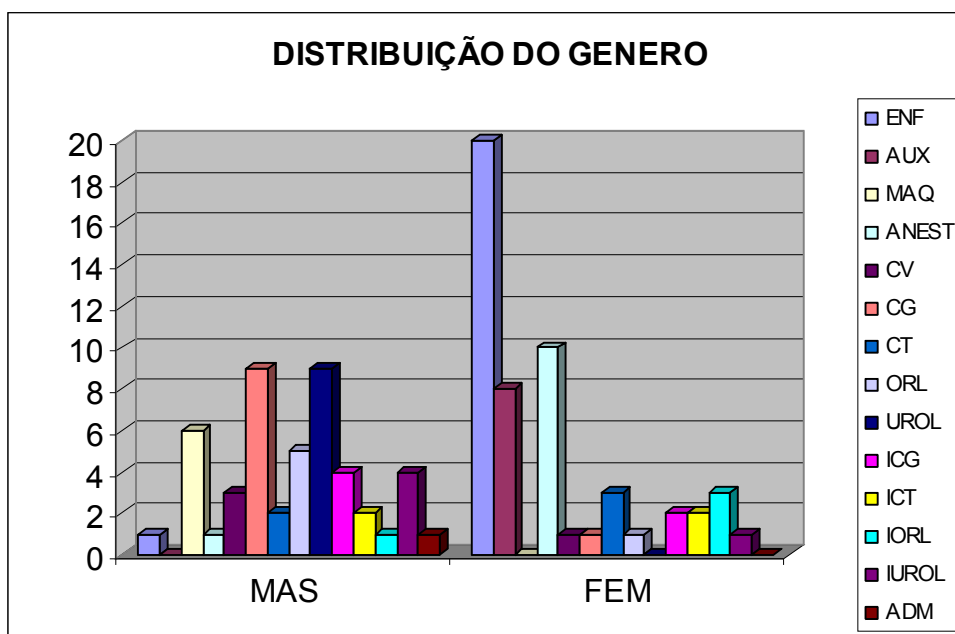


GRAFICO 3: Distribuição dos Grupos Profissionais por Género.

Existe uma predominância do sexo feminino em determinadas actividades como a enfermagem, anestesia, auxiliares. Quanto às actividades mais desempenhadas pelo sexo masculino na amostra correspondem a de cirurgião geral, urologista e maqueiro.

género					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	masculino	48	45,3	48,0	48,0
	feminino	52	49,1	52,0	100,0
	Total	100	94,3	100,0	
Missing	não responde	6	5,7		
Total		106	100,0		

**QUADRO 3: Distribuição dos Grupos Profissionais da amostra por género.**

Segundo este quadro a distribuição da amostra é equitativa ocorrendo um ligeiro predomínio do sexo feminino.

De acordo com esta caracterização da população verifica-se que embora exista a predominância de alguns grupos, trata-se de uma população diversificada quanto às profissões e idades, mas equilibrada, não existindo predomínio de sexos se considerarmos a população global da amostra.

# Stresse e Burnout na Equipa Multidisciplinar Cirúrgica

		idade					Total
		18-29	30-39	40-49	50-59	60+	
enfermeiro	Count	2	13	3	3	0	21
	% within profissão	9,5%	61,9%	14,3%	14,3%	,0%	100,0%
	% within idade	12,5%	34,2%	20,0%	10,3%	,0%	21,0%
auxiliar	Count	1	5	1	1	0	8
	% within profissão	12,5%	62,5%	12,5%	12,5%	,0%	100,0%
	% within idade	6,2%	13,2%	6,7%	3,4%	,0%	8,0%
administrativo	Count	0	1	0	0	0	1
	% within profissão	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within idade	,0%	2,6%	,0%	,0%	,0%	1,0%
maqueiro	Count	6	0	0	0	0	6
	% within profissão	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within idade	37,5%	,0%	,0%	,0%	,0%	6,0%
anestesista	Count	0	0	2	8	1	11
	% within profissão	,0%	,0%	18,2%	72,7%	9,1%	100,0%
	% within idade	,0%	,0%	13,3%	27,6%	50,0%	11,0%
cirurgião orl	Count	0	2	2	2	0	6
	% within profissão	,0%	33,3%	33,3%	33,3%	,0%	100,0%
	% within idade	,0%	5,3%	13,3%	6,9%	,0%	6,0%
cirurgião cd	Count	0	1	3	6	0	10
	% within profissão	,0%	10,0%	30,0%	60,0%	,0%	100,0%
	% within idade	,0%	2,6%	20,0%	20,7%	,0%	10,0%
cirurgião ct	Count	0	0	0	4	1	5
	% within profissão	,0%	,0%	,0%	80,0%	20,0%	100,0%
	% within idade	,0%	,0%	,0%	13,8%	50,0%	5,0%
cirurgião urol	Count	0	2	4	3	0	9
	% within profissão	,0%	22,2%	44,4%	33,3%	,0%	100,0%
	% within idade	,0%	5,3%	26,7%	10,3%	,0%	9,0%
cirurgião vasc	Count	0	2	0	2	0	4
	% within profissão	,0%	50,0%	,0%	50,0%	,0%	100,0%
	% within idade	,0%	5,3%	,0%	6,9%	,0%	4,0%
interno orl	Count	2	2	0	0	0	4
	% within profissão	50,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within idade	12,5%	5,3%	,0%	,0%	,0%	4,0%
interno cd	Count	0	6	0	0	0	6
	% within profissão	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within idade	,0%	15,8%	,0%	,0%	,0%	6,0%
interno ct	Count	2	2	0	0	0	4
	% within profissão	50,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within idade	12,5%	5,3%	,0%	,0%	,0%	4,0%
interno urol	Count	3	2	0	0	0	5
	% within profissão	60,0%	40,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within idade	18,8%	5,3%	,0%	,0%	,0%	5,0%
Total	Count	16	38	15	29	2	100
	% within profissão	16,0%	38,0%	15,0%	29,0%	2,0%	100,0%
	% within idade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

QUADRO 4: Distribuição das variáveis idade e profissão.

Neste quadro pode analisar-se em pormenor a percentagem de profissionais com determinada idade o que vem comprovar o que atrás foi dito quanto à polarização das idades em determinadas profissões como a enfermagem, por exemplo, prioritariamente feminina e numa escala etária nos trinta anos.

		N	%
Cases	Valid	86	81,1
	Excluded <sup>a</sup>	20	18,9
	Total	106	100,0
a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.			

**QUADRO 5: Percentagem de questionários respondidos pela amostra.**

Como também já foi referido, da amostra inicial de cento e seis profissionais utilizadores, apenas seis não responderam, existindo assim cem respostas válidas aos testes MBI, embora como se pode verificar adiante, alguns testes são excluídos por falta de resposta a alguns itens, perfazendo um total de 86 questionários.

Das questões presentes no instrumento MBI de Maslach aplicado à amostra houve algumas que não foram respondidas, isto porque citando alguns dos elementos questionados, as questões suscitavam algumas dúvidas relativamente à compreensibilidade. Isto pode eventualmente ficar a dever-se à origem anglo-saxónica do instrumento, ou ao receio de o indivíduo que respondeu seja identificado, ou ainda pelo facto de não admitirem possuir “fragilidades” emocionais no seu desempenho.



As questões não respondidas, com até quatro não respostas são as seguintes:

- 4- Compreendo facilmente o que sentem as pessoas com quem tenho de me relacionar no meu trabalho.
- 6- Trabalhar com pessoas todo o dia esgota-me.
- 7- Sou capaz de lidar de forma eficaz com os problemas dos clientes/utentes da organização onde trabalho.
- 11- Preocupo-me que as funções que exerço me estejam a transformar numa pessoa mais dura.
- 14- Sinto que estou a trabalhar em excesso no meu emprego.
- 15- Na verdade não me preocupo com o que possa suceder aos clientes/utentes da organização onde trabalho.
- 16- Trabalhar directamente com pessoas causa-me muito stresse.
- 17- Consigo criar facilmente um ambiente descontraído com as pessoas a quem presto serviço.
- 19- No meu trabalho tenho conseguido fazer coisas com valor.
- 20- Sinto-me como uma corda esticada até ao fim.

De salientar que a resposta que mais dúvidas levantou foi a nº15, embora não corresponda aquela que maior número de não respostas obteve.

Pode verificar-se que a distribuição das não respostas distribui-se equitativamente pelas dimensões de análise, não se verificando uma distribuição acrescida em nenhuma delas. (ver anexo VII)

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,725
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	620,774
	df	231
	Sig.	,000

**QUADRO 6: Aplicação do teste KMO à amostra.**

O teste de validade da análise factorial KMO revelou uma boa análise dos componentes, com um valor de adequação de 0,725.

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,713	,701	22

**QUADRO 7: Cálculo do Alfa de Cronbach para avaliação da consistência interna do teste.**

A análise factorial com o cálculo do alfa de Cronbach's aplicado ao teste conclui da boa consistência interna do teste.

Para CARLOTTO (2004) citando CORREIA (1996) , sobre a análise factorial do MBI, os valores do alfa de cronbach para a população portuguesa são de 0,82 para a Exaustão Emocional, de 0,94 para a Realização Profissional e de 0,67 para a Despersonalização. Assim e de acordo com o preconizado foram avaliados os alfas para cada dimensão que compõe o MBI e verificaram-se os seguintes resultados:

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	Exaustão
,837	,840	8

**QUADRO 8: Calculo do Alfa de Cronbach para os itens da dimensão exaustão emocional.**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	Despersonalização
,558	,570	5

**QUADRO 9: Calculo do Alfa de Cronbach para os Itens da dimensão despersonalização.**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	Realização
,632	,642	7

**QUADRO 10: Calculo do Alfa de Cronbach para os Itens da dimensão realização profissional.**

Ao comparar com os valores indicados para a população portuguesa verificam-se valores mais baixos, no entanto e de acordo com CARLOTTO (2004) o baixo valor referente à Despersonalização possui fidedignidade mais baixa em vários países, à excepção da população norte americana, ou seja, a população com o idioma original da escala.

Embora se tratem de valores mais baixos, por ventura relacionados com a heterogeneidade do grupo, encontram-se enquadrados nos valores observados para a população portuguesa.

	Mean	Std. Deviation
exaustão emocional	14,75	9,247
despersonalização	4,77	5,094
realização profissional	30,02	9,467

**QUADRO 11: Cálculo da Média e Desvio Padrão para as três dimensões de análise.**

A média de scores identificada para as dimensões encontra-se dentro da normalidade, ou seja, presencia uma ausência de síndrome, no entanto os valores do desvio padrão são elevados o que identifica uma grande variedade de respostas, ou seja uma alta dispersão de resultados.

Comparando os scores médios para cada profissão e o desvio padrão correspondente (Ver Anexo VIII) pode verificar-se que os valores da dispersão variam com a dimensão de cada grupo, obtendo valores mais altos em grupos maiores.

O grupo onde os valores do desvio padrão são inferiores é o grupo dos internos da especialidade de urologia, o que poderá sugerir uma maior identificação de todos os elementos com o score médio obtido.

Também foi analisada a relação entre os profissionais, idades e género com a média de scores obtidos (Ver Anexo IX) e curiosamente pode observar-se que para o total da população masculina a média na despersonalização é de 6.92, superior à população feminina com 3.35. Os scores para a exaustão e para a realização são semelhantes em ambos os sexos.

Para ter um termo de comparação com uma tabela de scores que referisse quais os valores normais; foi estabelecido como referência a média para a profissão médica de MASLACH (1998: 06).

MEDICINA	Baixo	Médio	Alto
Exaustão	$\leq 18$	19-26	$\geq 27$
Despersonalização	$\leq 5$	6-9	$\geq 10$
Realização	$\geq 40$	34-39	$\leq 33$

FONTE: MASLACH, Christina (1996). Maslach Burnout Inventory Manual. Pag. 6.

Na análise da escala MBI aplicada à população do bloco operatório, foi efectuada uma distribuição por grupos profissionais, género e faixa etária.

Assim podemos observar que o maior grupo profissional da amostra é constituído pelos Enfermeiros, cerca de 21% da amostra, onde 1% é composta pelo género masculino e 20% pelo feminino, revelando scores muito semelhantes. No entanto verificam-se níveis altos de exaustão  $\geq 28$  na faixa etária 18-29, eventualmente relacionada com a pouca experiência profissional ou o nível de maturidade. A realização profissional encontra o seu score mais elevado  $\geq 36$  na faixa etária 40-49, eventualmente associada a uma estabilização profissional e o alcance dos objectivos que se propunham atingir. O grupo de enfermeiros com maior índice de despersonalização constituindo 2% é o grupo feminino pertencente à faixa etária 18-29 com um score  $\geq 6$ . Este valor poderá estar associado a uma falta de confiança, associada a inexperiência resultando em um afastamento dos outros com o objectivo de demonstrar segurança e domínio dos saberes (fazer, ser, estar). Geralmente é nesta faixa etária que se dá o início da carreira e exercício profissional, e nesta fase de integração existe alguma dificuldade no relacionamento interdisciplinar o que pode justificar este score na despersonalização.

O grupo de auxiliares de acção médica do serviço de bloco operatório constitui 8% da amostra, onde a totalidade pertence ao sexo feminino. A faixa etária com maior realização profissional é a 40-49 com um score de 35 e a faixa onde se verifica maior despersonalização é a 50-59 associada possivelmente à proximidade da idade

da reforma. O grupo etário onde se verifica um score mais elevado de exaustão é o de 18-29 devido à sobrecarga de trabalho e a fase de integração profissional.

No grupo dos maqueiros que representam 6% da amostra e pertencentes à faixa etária dos 18-29 evidenciam uma tendência despersonalizante com um score  $\geq 8$ . Esta tendência encontra-se relacionada com exigências variadas de todos os grupos profissionais. Constituem um grupo profissional que mantém relacionamento com todos os serviços cirúrgicos e por conseguinte é alvo de todos os contratempos e limitações na interligação de serviços. A gestão do tempo e a relação com superiores parece ser como se pode verificar adiante as grandes fontes desta despersonalização.

11% da amostra é constituída pelo grupo de anestesistas tendencialmente feminino e maioritariamente agrupado na faixa etária 50-59 apresenta scores normais ou seja  $\geq 16$  para a exaustão,  $\geq 2$  para a despersonalização e  $\geq 33$  para a realização profissional.

No grupo dos cirurgiões composto por 34% da amostra total é subdividido em subgrupos relativos às especialidades cirúrgicas existentes.

Deste modo temos cirurgiões otorrinolaringologistas que representam 6% da amostra tendencialmente do sexo masculino. Neste grupo embora os scores de exaustão sejam baixos, os níveis de despersonalização encontram-se elevados na faixa etária 50-59 do sexo masculino e os scores da realização profissional são baixos com valores  $\leq 27$ .

Também no grupo dos cirurgiões gerais composto por 10% da amostra se verificam valores normais nas três dimensões de análise. O score mais elevado de exaustão verifica-se no sexo feminino  $\geq 25$ , bem como a despersonalização  $\geq 6$ . Embora a percentagem do grupo feminino seja apenas de um por cento e não seja possível comparar equitativamente devido à dimensão do subgrupo, é curioso observar uma elevada tendência despersonalizante no sexo feminino, eventualmente associada à necessidade de sobressair num grupo predominantemente masculino.

No grupo de cirurgiões torácicos constituído por 5% da amostra verifica-se a tendência masculina para a despersonalização  $\geq 6$  e uma maior realização profissional no sexo feminino com um score  $\geq 30$ .

O grupo dos Urologistas apresenta os níveis mais elevados de despersonalização  $\geq 7$ . Este grupo representa cerca de 9% da amostra e é integralmente masculina. A faixa etária com maior score de despersonalização  $\geq 11$  é a 30-39 e o grupo com maior índice de realização profissional é o 50-59 com um score  $\geq 36$ .

Os cirurgiões vasculares que constituem 4% da população também evidenciam altos scores de despersonalização  $\geq 13$ , associados a exaustão com valores  $\geq 20$ , no sexo masculino e na faixa etária dos 30-39. A realização profissional é mais elevada no sexo masculino  $\geq 33$ , que no feminino que apresenta um score de 28.

Os internos constituem 19% do total da amostra e à semelhança do grupo de cirurgiões também estão subdivididos em grupos de acordo com as especialidades a que pertencem.

Os internos de otorrinolaringologia constituem 4%, são prioritariamente do sexo feminino apresentando altos níveis de realização profissional tendo como média o score de 39. Na amostra do sexo masculino verifica-se também um aumento da despersonalização no sexo masculino  $\geq 13$  e scores de exaustão com média de 40.

Na especialidade de cirurgia geral existe 6% de internos referentes à amostra total, onde a tendência para a despersonalização se inverte para o sexo feminino com um score  $\geq 8$ , associado a uma realização profissional acima de 35, encontrando-se todos na faixa etária 30-39.

Os internos de cirurgia torácica compõem 4% da população, aqui tanto o grupo do sexo masculino como feminino apresentam scores semelhantes na despersonalização  $\geq 8$  e altos níveis de exaustão emocional  $\geq 25$ .

Ao invés os internos de urologia que representam 5% da amostra apresentam baixos níveis de exaustão e despersonalização embora com uma tendência masculina na última dimensão e uma alta realização profissional com um score  $\geq 37$ .

Em suma e analisando a totalidade da amostra, a realização profissional surge com o seu maior valor para os grupos de ambos os sexos da faixa etária dos 18–29, com um score superior a 33. Nesta faixa etária trinta e oito por cento (38%) da amostra, onde 24% pertence ao sexo feminino e 14% ao sexo masculino, mantêm a tendência masculina para a despersonalização com um valor médio de 6.6.

Correlations					
		profissão	exaustão emocional	despersonalização	realização profissional
profissão	Pearson Correlation	1	-,014	,153	,177
	Sig. (2-tailed)		,888	,129	,078
	Sum of Squares and Cross-products	1698,240	-51,360	319,560	442,320
	Covariance	17,154	-,519	3,228	4,468
	N	100	100	100	100
exaustão emocional	Pearson Correlation	-,014	1	,450**	,185
	Sig. (2-tailed)	,888		,000	,058
	Sum of Squares and Cross-products	-51,360	8977,623	2225,113	1697,491
	Covariance	-,519	85,501	21,192	16,167
	N	100	106	106	106
despersonalização	Pearson Correlation	,153	,450**	1	,163
	Sig. (2-tailed)	,129	,000		,095
	Sum of Squares and Cross-products	319,560	2225,113	2724,566	826,453
	Covariance	3,228	21,192	25,948	7,871
	N	100	106	106	106
realização profissional	Pearson Correlation	,177	,185	,163	1
	Sig. (2-tailed)	,078	,058	,095	
	Sum of Squares and Cross-products	442,320	1697,491	826,453	9409,962
	Covariance	4,468	16,167	7,871	89,619
	N	100	106	106	106
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).					

QUADRO 12: Análise das correlações entre as dimensões de análise.

De acordo com o quadro anterior relativo à correlação entre variáveis pode observar-se uma alta correlação entre exaustão e despersonalização. Esta correlação é significativa em 99% da amostra.

Embora os resultados sejam muito variáveis existem alguns grupos com resultados curiosos a nível dos seus scores de exaustão. Os maqueiros, os internos de cirurgia torácica, digestiva e otorrinolaringologia bem como os anestesistas são os grupos profissionais com um score de exaustão emocional situado acima de (17) dezassete. A despersonalização também é uma dimensão observada com índice elevado nos maqueiros, nos internos de cirurgia torácica e nos urologistas com scores acima do (7) sete. Quanto à realização profissional os grupos que se destacam são curiosamente os maqueiros, os cirurgiões de cirurgia geral, urologia e os internos de otorrinolaringologia e urologia cujo score se situa acima dos (33) trinta e três.

idade		exaustão emocional	despersonalização	realização profissional
18-29	Mean	17,81	5,56	34,06
	N	16	16	16
	Std. Deviation	8,848	4,802	5,397
30-39	Mean	16,74	5,18	30,66
	N	38	38	38
	Std. Deviation	8,576	5,109	6,519
40-49	Mean	13,67	4,73	31,67
	N	15	15	15
	Std. Deviation	7,603	2,314	6,608
50-59	Mean	14,55	5,14	32,17
	N	29	29	29
	Std. Deviation	9,463	6,368	5,714
60+	Mean	8,00	,00	32,00
	N	2	2	2
	Std. Deviation	7,071	,000	2,828

**QUADRO 13: Relação entre faixa etária e dimensões de análise com cálculo da média e desvio padrão.**

Quanto à idade apresentada, é curioso verificar que a faixa etária mais baixa apresenta altos níveis de realização profissional associados ao nível mais alto dos quatro grupos etários no que se refere à despersonalização.

Todavia, a idade, nesta análise, não parece ter influência nos resultados das três dimensões. Os resultados sugerem um equilíbrio entre as dimensões.



género		exaustão emocional	despersonalização	realização profissional
masculino	Mean	15,35	6,92	32,77
	N	48	48	48
	Std. Deviation	9,096	5,753	6,309
feminino	Mean	15,90	3,35	30,94
	N	52	52	52
	Std. Deviation	8,514	3,720	5,816

QUADRO 14: Relação entre género e dimensões de análise com cálculo da média e desvio padrão.

O género, bem como, a idade, também não sugerem alterações no equilíbrio das dimensões. Como se tratava de um teste anónimo apenas se pode analisar a idade e o género numa perspectiva global da amostra e não agrupadas aos estratos profissionais. No entanto pode verificar-se uma tendência descrita na bibliografia para um aumento da despersonalização no género masculino.

Uma das limitações na aplicação deste teste reside no facto de a percentagem de cada subgrupo, correspondente a cada grupo profissional”, ser pequena, ou seja não é representativa na totalidade da amostra. Por outro lado e a título de curiosidade dá a conhecer que existem diferenças entre grupos e que as características profissionais influenciam a resposta dos indivíduos ao stresse. Existem diferenças significativas entre subgrupos de dimensão semelhante como é o caso dos Anestesiastas e Urologistas, ou entre Auxiliares de Acção Médica e os Maqueiros por exemplo e é aqui que o estudo se revela curioso, despertando o interesse para entender quais os factores que induzem cada grupo ao stresse e quais as estratégias de enfrentamento desenvolvidas.

Com base nestas dimensões de análise foi criado um guião de entrevista não estruturada (ver anexo II) cujos resultados da sua aplicação serão analisados adiante.

## 11 - ANÁLISE DE CONTEUDO DAS ENTREVISTAS

As entrevistas efectuadas junto dos profissionais da equipa multidisciplinar constituíram uma mais valia para este estudo porque permitem obter uma melhor compreensão sobre a actividade de cada grupo, quais as dificuldades sentidas e como são ultrapassadas. Utilizando o processo de categorização das unidades de registo que foram extraídas das entrevistas semi estruturadas, foram identificadas várias dimensões de análise. Estas dimensões permitem conhecer melhor a realidade desta equipa, qual o seu conceito de bem-estar, quais os factores indutores de stresse para os vários grupos, bem como, quais as estratégias utilizadas de enfrentamento (coping).

Para uma análise facilitada dos resultados são apresentados os quadros referentes ao processo de categorização, onde as unidades de registo são identificadas de acordo com o grupo profissional que as proferiu (Ver Anexo X). Desta forma e de acordo com a seguinte legenda, os grupos profissionais são identificados como:

E-Enfermeiro; C-Cirurgião; A- Anestesista; I- Interno; Ax- Auxiliar; M – Maqueiro.

Nas entrevistas não são identificadas as especialidades cirúrgicas, quer dos cirurgiões, quer dos internos, de modo a não identificar os entrevistados, respeitando assim o princípio ético do anonimato.

Relembrando que o número de entrevistas por cada subgrupo é proporcional à dimensão da amostra para que os resultados se aproximem o mais possível à totalidade daquela.

Através da metodologia de incidentes críticos, foi pedido aos entrevistados que relatassem um episódio crítico onde identificassem os factores indutores de stresse, quais as estratégias individuais e colectivas de enfrentamento (coping) e qual o resultado do incidente no que se refere à eficácia das estratégias utilizadas.

Nesta análise será efectuada uma desmontagem do episódio e efectuada uma análise quantitativa do tipo de episódio, quais os factores indutores e as estratégias de enfrentamento.

## 11.1 – DIMENSÃO BEM-ESTAR

O concepção de Bem-estar para a equipa multidisciplinar constitui a primeira dimensão de análise.

Para MEIRELES (1976:18) o bem-estar social é “ *...o bem comum, o bem da maioria, expresso sob todas as formas de satisfação das necessidades colectivas. Nele se incluem as exigências naturais e espirituais dos indivíduos colectivamente considerados; são as necessidades vitais da comunidade, dos grupos e das classes que compõem a sociedade*”.

O bem-estar resulta da contribuição de toda a envolvente física, sócio económica, na satisfação das necessidades de cada indivíduo.

Para que exista bem-estar é necessário que as necessidades individuais se encontrem satisfeitas.

Neste grupo de entrevistados, as necessidades evidenciadas pelas unidades de registo são identificadas pelas categorias **Respeito, Responsabilidade, Humor, Conflito, Harmonia, Satisfação, Equilíbrio, Execução Técnica, Objectivos, Equipa, Feedback Positivo, Recursos, Liderança, Relações Interpessoais, Colaboração, Articulação, Motivação e Qualidade.**

Nos quadros seguintes podemos observar como os profissionais definem o bem-estar no contexto de trabalho, no bloco operatório do hospital Pulido valente E.P.E.

<b>BEM-ESTAR</b>	
CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
RESPEITO	<p>E1" ...quando, dentro de uma sala operatória, as pessoas se respeitam..."</p> <p>E7" ...respeito mútuo entre os profissionais..."</p> <p>C10" ...sinto-me considerado e respeitado..."</p> <p>Ax1" ...é importante que haja respeito(...)Quando não existe respeito pelo meu desempenho fico stressada, irritada, mas tenho que muitas vezes aceitar."</p> <p>M2" ...cumprir todas as regras não só éticas e profissionais do hospital mas como digamos da vida de cada um."</p>
RESPONSABILIDADE	<p>E1" ... haver responsabilidade no trabalho..."</p> <p>C3" ...quando sabem o que estão a fazer..."</p> <p>C6" ...a gente parte do princípio que está a trabalhar com um conjunto de profissionais em que as pessoas sabem o que tem a fazer..."</p>
HUMOR	<p>E1" ... haver espaço para rir-mos..."</p> <p>E7" ...bom humor dos intervenientes..."</p> <p>C5" ...não quer dizer que não diga umas palermices no meio da cirurgia..."</p>
CONFLITO	<p>E1" ... que não haja conflito entre os profissionais..."</p> <p>E2" ... desempenharem as suas funções sem azedumes uns para os outros."</p> <p>E6" ...quando surge algum conflito as pessoas tenham a confiança e educação e serem frontais e dizerem olhe fez isto ou não gostei da sua atitude..."</p> <p>C7" Quando não há conflitos..."</p> <p>I5" ...sem haver confusão entre os vários elementos..."</p>
HARMONIA	<p>E1" ... cada um exerce as suas funções..."</p> <p>E2 " ...tudo estivesse em harmonia;"</p> <p>E7" ...todos os profissionais se encontram em sintonia..."</p> <p>C1" ...quando há harmonia ..."</p> <p>C8" ...funcionar com tranquilidade..."</p> <p>I5" ...quando todos(...)conseguem harmoniosamente fazer o trabalho..."</p>

QUADRO 15: Categorização na dimensão de análise Bem-estar.

<b>BEM-ESTAR</b>	
<b>CATEGORIAS</b>	<b>UNIDADES DE REGISTO</b>
SATISFAÇÃO	<p>E2" Olha para mim bem-estar é as pessoas estarem contentes, estarem felizes..."</p> <p>E4"... gosto de trabalhar aqui, gosto da equipa de Enfermagem e também Médica e de Auxiliares na generalidade..."</p> <p>E7"...satisfação com que as pessoas desempenham as suas actividades."</p> <p>C2 "...o ambiente de trabalho com as pessoas está bem..."</p> <p>C7"...quando as pessoas estão bem dispostas..."</p> <p>C10"...o gozo com que eu estou no bloco operatório..."</p> <p>I1"... trabalhar com alegria, com boa disposição..."</p> <p>I4"...quando sinto que há um bom ambiente..."</p> <p>Ax1 "...quando há bom ambiente..."</p> <p>Ax2 "Quando há um bom ambiente..."</p>
EQUILIBRIO	<p>E5"...implica que eu esteja bem que haja um bem-estar pessoal também, psicológico físico, emocional porque estas condicionantes podem estar todas a concretizar-se mas se eu não estiver bem dificilmente vou sentir esse bem-estar.</p> <p>C6"...conforto do cirurgião em todas as circunstâncias..."</p> <p>A1"Bem-estar é primeiro quando estou bem comigo mesmo (...) com a família, (...) com os meus objectivos, com os meus desejos, com as outras pessoas que me rodeiam, com as técnicas que faço, com os doentes que anestesio"</p>
OBJECTIVOS	<p>E7"...tem os mesmos objectivos..."</p> <p>C1"...cada uma das pessoas que estão dentro da sala estão a funcionar para o mesmo objectivo que é o doente."</p> <p>C4"...quando o pessoal está preocupado em fazer a mesma coisa que é tratar os doentes..."</p> <p>C10"...todos rumamos no mesmo sentido."</p> <p>I4"...todos a trabalhar para o mesmo..."</p> <p>A2"...todos a trabalhar para o mesmo fim..."</p>

**QUADRO 16: Categorização na dimensão de análise Bem-estar.**

<b>BEM-ESTAR</b>	
CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
EQUIPA	<p>C4"...estão todos empenhados cada um no seu ramo..."</p> <p>C5"...ter um anestesista no qual eu tenha confiança(...)uma equipa de enfermagem com a qual eu me identifique..."</p> <p>C6"Estar numa equipa em que eu sei o valor das pessoas..."</p> <p>C10"...sentir que há um trabalho de equipa(...)sinto que estamos sempre a trabalhar em equipa"</p> <p>I4"...todos estão a tentar ajudar..."</p>
RECURSOS	<p>E5"...recursos(...) de tempo..."</p> <p>E5"...tem uma série de condicionantes como(...) recursos humanos..."</p> <p>E7"...existência de recursos físicos e humanos adequados à situação em questão."</p> <p>C1"...ter uma boa temperatura (...) não haver perdas de tempo (...)ter o doente anestesiado (...)ter o material adequado a funcionar..."</p> <p>C3"...música é boa..."</p> <p>C4"...quando as coisas correm a horas..."</p> <p>C5"...ter o material suficiente e necessário para a cirurgia..."</p> <p>C6"...música ambiente suave(...)temperatura ambiente(...)pouca confusão..."</p> <p>C8"...alguma rapidez de procedimento..."</p> <p>I2"...sem demora..."</p> <p>I3"...todo o material disponível(...) silêncio na sala(...) sem pressas..."</p> <p>I6"...ter as coisas no momento certo e à hora certa..."</p>
EXECUÇÃO TÉCNICA	<p>C3"...quando a cirurgia não é muito difícil."</p> <p>C9"...doentes favoráveis(...)se é que isso pode ser possível."</p> <p>I2"...sem alguns percalços."</p>
FEEDBACK POSITIVO	<p>E6"... deve haver reforço positivo entre os vários elementos da equipa salientando que a pessoa x ou y fez um bom procedimento, e acho que o bem-estar profissional é isto".</p>
LIDERANÇA	<p>C6"...a minha autoridade nunca é contestada."</p>

QUADRO 17: Categorização na dimensão de análise Bem-estar.

<b>BEM-ESTAR</b>	
<b>CATEGORIAS</b>	<b>UNIDADES DE REGISTO</b>
RELAÇÕES INTERPESSOAIS	<p>E6"...o bem-estar define que haja uma facilidade na comunicação entre todos os elementos..."</p> <p>E7"...quando normalmente estou com pessoas com quem me sinto bem, com cirurgiões e anestesistas, colegas(...)com quem gosto de trabalhar..."</p> <p>C2"...há pessoas com quem nos entendemos melhor, que já sabem como é que nós funcionamos..."</p> <p>C5"...ter uma equipa de enfermagem com a qual eu me identifique..."</p> <p>C9"...um bom relacionamento com todas as pessoas da equipa..."</p> <p>I1"É a equipa dar-se bem(...) o essencial é as pessoas darem-se bem..."</p> <p>I2"...deve haver um bom relacionamento para que se sintam bem, profissional e de companheirismo..."</p> <p>I3"...tendo alguém que me inspire confiança..."</p> <p>A1"...é um conjunto de relações interpares (...) Relativamente à equipa há pessoas com quem eu gosto mais de estar do que outras..."</p> <p>M1"...desde que não haja guerras entre colegas e outras pessoas..."</p>
COLABORAÇÃO	<p>C7"...com vontade de colaborar..."</p> <p>A2"...desde que haja colaboração já dá bem-estar..."</p> <p>Ax2"...há mais inter ajuda, portanto as coisas funcionam muito melhor..."</p>
ARTICULAÇÃO	<p>E4"...tem de haver articulação..."</p> <p>C1"...este tipo de interrelação em que não é preciso chamar, gritar, chamar à atenção..."</p>
MOTIVAÇÃO	<p>C7"...quando as pessoas estão(...)motivadas..."</p> <p>I4"...motivação da pessoa que está a operar..."</p>
QUALIDADE	<p>C8"...que as coisas corram com eficiência, com qualidade(...)o procedimento tem de ser bom com qualidade..."</p> <p>I2"...quando as coisas funcionam como deve ser..."</p>

**QUADRO 18: Categorização na dimensão de análise Bem-estar.**

O respeito é identificado por alguns dos entrevistados como um factor essencial ao bem-estar. O respeito pelas actividades de cada membro da equipa, pela individualidade são motivos suficientes para obter bem-estar através da actividade profissional.

O grupo de Enfermagem do Bloco Operatório foi o único a valorizar a responsabilidade para com a profissão. THOMPSON (2005:63) refere que em profissões como a Enfermagem, os profissionais desenvolvem formas de garantir que a sociedade será protegida de qualquer consequência indesejável. Assim para manter os padrões de qualidade são emitidas normas de exercício profissional.

Num serviço tão específico como um bloco operatório em que as exigências são contínuas e por vezes inesperadas é essencial para o grupo, a responsabilidade profissional e o cumprimento das normas e protocolos desenvolvidos, é um dado adquirido, considerado essencial ao bem estar do grupo.

O Humor também é identificado pelos profissionais como forma de alívio das pressões externas ou intrapsíquicas. Para além dos efeitos já conhecidos junto dos utentes de saúde nomeadamente no alívio da dor, para a equipa multidisciplinar é condição para criar um ambiente mais descontraído e consequentemente menos stressante. GUERREIRO (2002:36) refere um estudo de NELSON onde ***“...demonstra como o departamento de emergência pode ser um local fértil de humor e reconhece que a sua utilização ajuda a diminuir o stresse do exercício profissional e do trabalho nestes serviços.”***

A existência de vários grupos profissionais a funcionar em interdependência propicia o surgimento de conflitos. Os conflitos emergem tendo por base vários factores indutores de stresse, como poderemos ver mais adiante nesta análise. O conflito pode ocorrer a vários níveis: a nível intrapessoal, o profissional se pode encontrar em desequilíbrio emocional, não conseguindo dar resposta adequada às exigências diárias; a nível interpessoal o conflito surge muitas vezes pelas diferenças de personalidade, por dificuldades comunicacionais, etc. Ainda, a nível intragrupal, o conflito surge quando existem cisões do grupo por exemplo geradas pela ausência de oportunidades iguais para todos; os conflitos intergrupais surgem inevitavelmente pela diferença de status profissional entre os grupos, e a consequente manifestação



de superioridade de alguns grupos face a outros. Os conflitos intraorganizacionais também são sentidos em virtude da falta de informação por parte do núcleo funcional.

CUNHA (2003: 436) cita a definição de conflito de PUTMAN & POOLE (1987) bastante adequada à realidade do bloco operatório, como a **“...interacção de pessoas interdependentes que percebem a existência de objectivos, desejos e valores opostos, e que encaram a outra parte como potencialmente capaz de interferir na realização...”**; o autor também cita THOMAS (1992) complementando a definição, ao referir conflito como **“...o processo que se inicia quando uma parte percebe que a outra tem afectado negativamente, ou se presta a fazê-lo, algo que é importante para si”**. A percepção do conflito como algo negativo é geral, sendo muito importante saber qual a estratégia utilizada na gestão do mesmo, uma vez que a sua gestão adequada pode conduzir à mudança. Como nos diz SERRANO (2001:12) **“O progresso é impossível sem a mudança e por trás de toda a mudança sempre há um conflito, mais ou menos explícito, mais ou menos percebido como tal...”**.

A Harmonia também é identificada pelos profissionais na caracterização do bem-estar. De acordo com o dicionário de língua portuguesa harmonia é o acordo perfeito entre as partes de um todo, coerência, simetria, paz entre as pessoas, entendimento e concordância, conformidade. Era inevitável o surgimento desta categoria embora alguns entrevistados considerem ser muito difícil atingir este patamar de bem-estar.

A Satisfação é uma categoria multidimensional, relacionada com a qualidade dos cuidados prestados, com o reconhecimento, com a alegria no trabalho e as boas relações interprofissionais. Segundo GRAÇA (1999)<sup>5</sup> **“É hoje reconhecido que a satisfação profissional é um importante indicador do clima organizacional e, mais do que isso, um elemento determinante da avaliação da qualidade das empresas e demais organizações, a par da satisfação dos clientes. Em todo o caso, a relação entre a satisfação e os resultados do desempenho individual e organizacional não é linear, embora muitos estudos apontem para uma associação ou correlação entre a satisfação, certas variáveis sociodemográficas (por ex., profissão, antiguidade, cargo ou função) e certos**

<sup>5</sup> Luis Graça, Texto 26: Satisfação Profissional no SNS

***comportamentos ou intenções comportamentais (por ex., desempenho, rotação ou turnover do pessoal, absentismo, stresse)”.***

A existência de Recursos, quer ambientais, materiais, humanos e de tempo também compõem a dimensão bem-estar. RAMOS (2001:73) aborda a questão da importância dos recursos na existência de bem estar e minimização do stresse ocupacional, ao referir que ***“ É inegável a influência das condições físicas do local de trabalho no bem estar das pessoas e no seu rendimento”***. No entanto para além das condições físicas o tempo também é condicionante embora por vezes surja com diferentes perspectivas, por exemplo, enquanto uma auxiliar necessita de tempo para efectuar a higienização da sala operatória, para um cirurgião, é não haver perdas de tempo.

Para existir harmonia é essencial que as relações interpessoais tenham por base uma comunicação eficaz. Para que a comunicação seja um factor qualificante a colaboração, a articulação nas relações entre os profissionais são imprescindíveis para o grupo de entrevistados.

Para RAMOS (2001:96) ***“O que cada pessoa deseja de um relacionamento interpessoal, além dos objectivos particulares que o motivam, é sentir-se bem, confortável e segura”***. A colaboração e articulação transmitem sentimentos de interdependência imprescindível ao trabalho em equipa. A colaboração entre pares e interpares e a articulação entre serviços por exemplo são factores relevantes para a eficiência e eficácia de uma equipa, revelando a sua qualidade.

O equilíbrio entre o bem-estar bio-psico-social revela um conhecimento profundo da equipa acerca das várias dimensões do bem-estar. Se alguma das vertentes se encontrar em deficit existirá desequilíbrio, e a resposta às exigências diárias será mais difícil.

Há também a referência a que o bem-estar também é reforço positivo. O feedback é uma constante das relações interpessoais, quer seja positivo ou negativo, nomeadamente em meio profissional. Saber gerir o feedback é uma competência útil pois permite a melhoria de desempenho e um incremento da satisfação, motivando os profissionais a práticas qualificantes.

A liderança associada ao bem-estar surge num contexto de elevado comportamento de tarefa e baixo comportamento de relacionamento. Para o cirurgião que refere que

o bem-estar é equivalente a que a sua autoridade não seja contestada, associa-a a um estilo de liderança directivo, orientado para a tarefa e predominantemente utilizado em situações de crise. De acordo com o modelo de HERSEY e BLANCHARD, trata-se de um estilo que busca resultados rápidos. O líder decide, informa e mostra confiança, factores que associados a um correcto entendimento e subserviência dos subordinados conduz a resultados satisfatórios embora nem sempre gratificantes para os últimos.

As unidades de registo identificadas pelos entrevistados, referentes à categoria relações interpessoais refere que uma das condicionantes do bem-estar diz respeito às preferências pessoais. Um dos objectivos dos profissionais consiste em funcionar bem com todos os profissionais, que sejam pessoas de confiança e principalmente que sejam elementos com quem se gosta de trabalhar. A ausência de conflitos relacionais é minimizada quando a equipa é composta por pessoas que se dão bem. A colaboração é identificada no sentido de interajuda na tarefa entre estratos profissionais, enquanto a articulação adquire um sentido mais abrangente de actividade profissional em que a interrelação das várias actividades condiciona um cuidado global do utente.

Em suma para estes profissionais o bem-estar é uma dimensão cuja presença é importante na dinâmica diária. Embora seja difícil para o grupo definir bem-estar, estes profissionais conseguem, no entanto, verbalizar que sentem a sua falta e em que situações, abordando, por vezes, a questão pelo sentido negativo.

Como se trata de um grupo habituado a lidar com situações críticas e por vezes de difícil resolução, é natural que o sentimento de bem-estar seja oscilante no tempo, não se observando em permanência, daí a referência à sua ausência.

## 11.2 – DIMENSÃO FACTORES INDUTORES DE STRESSE

A segunda dimensão de análise refere-se à Identificação dos Factores de Stresse, percebidos pelos entrevistados. Esta percepção refere-se a tudo o que gera stresse na equipa multidisciplinar. Assim, as respostas serão referentes aos factores que geram stresse no grupo, independentemente do estrato profissional a que o grupo pertença.

<b>FACTORES INDUTORES DE STRESSE</b>		
CATEGORIAS	SUB CATEG.	UNIDADES DE REGISTO
CONDIÇÕES DE TRABALHO	FÍSICAS	<p>E1" ...o espaço ser muito fechado(...)artificial(...) com pouca iluminação..."</p> <p>E2" ...ou o ar da sala está frio ou quente..."</p> <p>"O ambiente físico porque é a luz artificial, porque é uma temperatura fora daquilo que é comportável..."</p> <p>E3" ... é ficar muito tempo fechada dentro da sala, causa-me um bocado stresse pronto."</p> <p>E4" ...é não haver luz natural no bloco, nós passamos aqui dias fechados sem ter contacto com o exterior..."</p> <p>E6" Há físicos e ambientais o facto de estarmos a trabalhar numa sala fechada que não tem luz natural que não tem ventilação natural..."</p> <p>E7" ...o facto de estarmos sempre fechados, descaracterizados com o uniforme do bloco, com calor ou frio excessivo, o ruído das pessoas e dos equipamentos..."</p> <p>C2" Se estiver por exemplo muito calor na sala naturalmente que as pessoas se sentem desconfortáveis(...)muito barulho na sala..."</p> <p>I3" No outro dia estava muito calor na sala, estava suado e isso desconcentra-me."</p> <p>A1" Pela dimensão (do Bloco) (...) muitas vezes a gente aqui não se encontra..."</p> <p>A3" ...o ruído na sala (...) que me deixa muito em stresse (...) às tantas está desvairada e não sabe porque."</p> <p>Ax2" O ambiente ser fechado, nem toda a gente sai à hora de almoço(...)passo aqui um dia inteiro..."</p>

QUADRO 19: Categorização na dimensão Factores Indutores de Stresse.

## FACTORES INDUTORES DE STRESSE

CATEGORIAS	SUB CATEG.	UNIDADES DE REGISTO
CONDIÇÕES DE TRABALHO	RECURSOS MATERIAIS	<p>E2"...não existe aquilo mais indicado para aquela técnica (...) e isso gera nas pessoas, stresse..."</p> <p>E3" ... é o facto de queres algum material de que precisas que até tinhas visto e que até havia e quando chega a altura não há e depois ter de dizer ao cirurgião que não há esse material."</p> <p>E4"...pequenas alterações que existem em aparelhos, em máquinas, em coisas que talvez não sejam tão usadas (...) perdeu-se uma peça e ninguém sabia e isso também é gerador de stresse."</p> <p>C1"... quando o material não existe(...)quando temos que ir à procura de um material que substitua..."</p> <p>C2"... há um certo desconforto quando nós não temos o material para realizar as coisas da maneira que seria desejável ..."</p> <p>C3"A inadequação do equipamento ou a falta dele pode gerar stresse."</p> <p>C5"...a falta de material para uma determinada cirurgia..."</p> <p>C6"...se houver algum equipamento que não funciona..."</p> <p>C9"...nem sempre há os materiais que nós queremos, nem são da melhor qualidade."</p> <p>A1"... ter os materiais que achamos ser importantes para o desempenho correcto. ... às vezes a ruptura vem por as pessoas não terem determinado tipo de materiais com que gostem de trabalhar... "</p> <p>A3"...ter o material que eu considero adequado..."</p>

QUADRO 20: Categorização na dimensão Factores Indutores de Stresse.

<b>FACTORES INDUTORES DE STRESSE</b>		
CATEGORIAS	SUB CATEG.	UNIDADES DE REGISTO
CONDIÇÕES DE TRABALHO	RECURSOS HUMANOS	<p>E1" ...somos muitas pessoas no mesmo sítio..."</p> <p>C1" ...em que há substituição de pessoas..."</p> <p>"... em que falta um elemento e é preciso fazer uma ginástica de substituição que às vezes se torna complicado..."</p> <p>I1" ...é obvio que a equipa(...)é muito importante para aquilo que nós estamos a fazer..."</p> <p>Ax1" ...convivermos sempre com as mesmas pessoas..."</p>
CONDIÇÕES DE TRABALHO	GESTÃO DO TEMPO	<p>E3" ... uma cirurgia muito parada, demora muitas horas e estás parada aí stresso porque me começa a enervar estar ali."</p> <p>E4" ... não temos hora para a refeição (...) tanto podemos ir ao meio-dia como podemos ir às três da tarde, não nos dá muita estabilidade..."</p> <p>E5" ...porque acabo por não ter tempo para fazer as coisas como gostaria..."</p> <p>E7" ... o tempo a demora ou a rapidez de determinadas técnicas cirúrgicas e anestésicas..."</p> <p>C1" ... subaproveitamento dos tempos, também são outro factor de stress."</p> <p>C2" ...quando nós não estamos a aproveitar o tempo para fazer aquilo que deveríamos estar a fazer(...) demoramos muito tempo entre cada doente para operar..."</p> <p>I1" ...os horários..."</p> <p>I4" O que pode induzir stress por um lado é o horário, os tempos a cumprir ..."</p> <p>A3" ...estar muito tempo sem comer..."</p> <p>Ax1" ..estarmos fechados aqui horas e horas..."</p>

QUADRO 21: Categorização na dimensão Factores Indutores de Stresse.

## FACTORES INDUTORES DE STRESSE

CATEGORIAS	SUB CATEG.	UNIDADES DE REGISTO
CARACTERISTICAS DO TRABALHO	SOBRECARGA	<p>E5 "A organização (...) nesta tentativa de produzir ao máximo no mais curto espaço de tempo (...) não tem em conta as necessidades efectivas das pessoas a desempenhar as funções."</p> <p>E7"...existe sempre uma dose de desconhecimento, o imprevisível espreita sempre por detrás da porta."</p> <p>E5" ...se determinada pessoa está mais desmotivada nas suas funções e não acompanha o ritmo..."</p> <p>C1" ... a entrada de uma urgência, parece que as pessoas todas se desorganizam e deixa de haver a mínima harmonia e isso é stressante..."</p> <p>C3"Quando há qualquer emergência cirúrgica, ou qualquer dificuldade a resolver numa situação logo de imediato..."</p> <p>C8"...o doente não está preparado, falta de qualquer coisa que aconteça (...) situações que são imprevistas (...) procedimentos que se encontrem fora do protocolo habitual..."</p> <p>C10"...há impacto (...) quando sinto que tenho de trabalhar fora do meu ritmo..."</p> <p>I2"...é mais a carga de trabalho e o grau de exigência..."</p> <p>I3"A pressa, o stress, as bocas."</p> <p>I4"...porque há x doentes marcados e (...) tem de ser feito rapidamente..."</p> <p>I5"...a questão dos números a prioridade dos doentes, nesse sentido gerava stress, tínhamos de ser mais rápidos."</p> <p>I6"...as situações de stress (...) quando estou sozinho."</p> <p>Ax1" É sempre o mesmo ritmo, aquele ritmo todos os dias que provoca o stress."</p> <p>Ax2"...é complicado passado um mês, dois, acontecer sempre a mesma coisa (...) não ser stressante, este ambiente fechado, sempre igual, todos os dias, isto torna-se mecânico, e rotineiro o que vai desencadear o stress"</p>

QUADRO 22: Categorização na dimensão Factores Indutores de Stress.

<b>FACTORES INDUTORES DE STRESSE</b>		
CATEGORIAS	SUB CATEG.	UNIDADES DE REGISTO
CARACTERISTICAS DO TRABALHO	COMPLEXIDADE TECNICA	<p>E1"...situações de cirurgias complicadas (...) patologias associadas"</p> <p>E3" Eu não vou dizer que não fique em stresse numa cirurgia complicada, mas é um stresse controlado."</p> <p>E7"...factores relacionados com a própria actividade, doentes de risco, cirurgias e técnicas anestésicas mais exigentes..."</p> <p>Int1"O stresse está relacionado com a complexidade das operações que fazemos..."</p> <p>C2" ... é quando se tem a sensação de que não estamos a dominar as coisas, e quando temos a sensação que as coisas não estão a sair de uma forma mais ou menos natural."</p> <p>C4"Há a questão estritamente técnica..."</p> <p>C5"...uma determinada cirurgia ou (...) abordagem (...) determinados tipos de cirurgias, determinados tipos de patologia..."</p> <p>C8"...o doente que é urgente que já por si é um stresse..."</p> <p>C9"São as dificuldades técnicas..."</p> <p>I3"A própria cirurgia portanto, nós temos cirurgia muito arriscada..."</p> <p>A3"...é a situação clínica do doente..."</p>
	COMPLICAÇÕES	<p>E1"...doentes a sangrar..."</p> <p>C7"Para já há o risco da vida humana..."</p> <p>C8"...o stresse está muito relacionado com a hemorragia, e com a capacidade que o cirurgião poderá ter para controlar..."</p> <p>I1" O que me faz entrar em stresse é se as coisas não correm bem com um doente..."</p> <p>A2"Às vezes uma alteração cardíaca, uma alteração tensional, mas isso já é normal acontecer."</p>

QUADRO 23: Categorização na dimensão Factores Indutores de Stresse.



<b>FACTORES INDUTORES DE STRESSE</b>		
CATEGORIAS	SUB CATEG.	UNIDADES DE REGISTO
CARACTERISTICAS DO TRABALHO	DEPENDÊNCIA DOS DOENTES	<p>C1" ... a actividade cirurgia é stressante porque só pelo facto de teres a vida de uma pessoa nas mãos e nas mãos de toda a equipa é stressante..."</p> <p>E4" ... temos um doente aqui a ser operado que depende completamente de nós ..."</p> <p>E6"...por estar a vida do outro nas nossas mãos..."</p> <p>C7"...é o não poder corresponder (...) aquilo que as pessoas esperam do resultado da intervenção..."</p> <p>I5"O factor de estarmos a lidar com a vida das pessoas ou seja o factor de stresse nº1..."</p>
CARACTERISTICAS DE TRABALHO	ERRO	<p>E5"... ... uma das coisas mais stressantes para mim é estarem a pedir-me mil e quinhentas coisas ao mesmo tempo e eu ter a plena consciência de que o risco de engano estar a aumentar..."</p> <p>C1" ... um erro de um décimo de segundo (...) pode ser um erro para o resto da vida do doente e nós sentimos isso logicamente, todos nós."</p> <p>C1"... um erro de má vontade, um erro que às vezes até se calhar por desleixo, quer dizer está a ver-se que vai cometer o erro mas deixa andar esses é que irritam..."</p> <p>C7"...poder causar mal a outras pessoas..."</p> <p>C7"...os insucessos médicos e cirúrgicos, isso para mim é o maior factor de stresse..."</p> <p>A3"...a falta de atenção dos profissionais..."</p>

**QUADRO 24: Categorização na dimensão Factores Indutores de Stresse.**

## FACTORES INDUTORES DE STRESSE

CATEGORIAS	SUB CATEG.	UNIDADES DE REGISTO
RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	INTERDISCIPLINAR	<p>E2" ... a parte relacional que por vezes não é gerível, (...) as pessoas são todas diferentes, e os grupos profissionais também são todos diferentes..."</p> <p>E3"...é às vezes os anestesistas (...) que querem tudo e mais alguma coisa e depois não querem e depois vão fazer um tipo de anestesia que acham que é essa a anestesia e depois a seguir resolvem que já não é essa a anestesia que já é outra coisa pronto."</p> <p>E4" Com a equipa multidisciplinar (...) a falta de articulação a desorganização a falta de comunicação..."</p> <p>C2" ... é quando nós temos a sensação de que não estão a entender o que nós queremos ..."</p> <p>C4"...há a questão também das relações com as pessoas, que condiciona o meu desempenho..."</p> <p>C6"...há colegas que culpam as senhoras enfermeiras quando as coisas não correm bem..."</p> <p>C10"Há pessoas com quem gosto mais de trabalhar do que outras..."</p> <p>I3"Sinto-me em stresse quando estou face a algumas pessoas, não só por aquilo que são mas também pelo que fazem."</p> <p>A1" ... as pessoas querem dar resposta independentemente das condições ou das razões que assistem aos outros."</p> <p>A2"Há colegas suas que me causam mais stresse que outras porque às vezes embirram por eu estar sempre a pedir coisas..."</p> <p>A3"...a relação entre os vários profissionais (...)a relação com o cirurgião (...) com o pessoal de enfermagem."</p> <p>Ax1"...o diálogo também é sempre com as mesmas pessoas..."</p>

QUADRO 25: Categorização na dimensão Factores Indutores de Stresse.

<b>FACTORES INDUTORES DE STRESSE</b>		
CATEGORIAS	SUB CATEG.	UNIDADES DE REGISTO
RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	INTERDISCIPLINAR	<p>M1" Acho que há falhas de comunicação".</p> <p>M2"... o grande problema de todos os locais é se não houver comunicação entre as pessoas torna-se bastante difícil.."</p>
RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	CONFLITO	<p>E1"... conflitos entre pares e entre os outros elementos da equipa..."</p> <p>E5" Também me causa stresse conflitos interpessoais..."</p> <p>E5" Outro factor de stresse é que por exemplo nem todos estejam com os mesmos objectivos a realizar as mesmas coisas..."</p> <p>C7"...a situação de conflito é inevitável, isto é como na bola, enquanto estamos lá dentro anda-se à porrada, chamam-se nomes ao ar e depois cá fora é tudo passado."</p> <p>C7"...às vezes há mal entendidos que são causados..."</p> <p>C9"...a competição que se estabelece entre as pessoas, é um dos principais factores de stresse."</p> <p>A1 "... não vêem os problemas da equipa no conjunto mas cada um vê os seus problemas pessoais e este é um dos responsáveis pelas grandes rupturas... "</p> <p>Ax1" Ficamos irritados tanto uns como os outros, apesar de entrarmos bem, mas depois gera-se aquele ambiente de stresse, um irritado, provoca o outro irritado e fica tudo irritado."</p> <p>Ax1" A relação com as outras pessoas também é causa de stresse..."</p>

QUADRO 26: Categorização na dimensão Factores Indutores de Stresse.

<b>FACTORES INDUTORES DE STRESSE</b>		
CATEGORIAS	SUB CATEG.	UNIDADES DE REGISTO
RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	RELAÇÃO COM SUPERIORES	<p>I2"...há uma falha e há sempre alguém que se responsabiliza e aparentemente parece que é sempre o mais novo."</p> <p>I5"O facto de ser interno e ser avaliado permanentemente</p> <p>I6"...na minha posição como interno ainda estou com as costas muito quentes..."</p> <p>M1" As guerras que há entre as pessoas, que muitas não sabem dar as ordens devidas, ou muitas dão as ordens que não deviam dar."</p> <p>M2 "Se continuarmos com este tipo de guerras e sobretudo se os líderes souberem ouvir as pessoas só atacam entre aspas atacam as pessoas não as ouvem não vamos resolver os problemas..."</p>
RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	CONTÁGIO	<p>E1"... acredito que às vezes eu também provooco algum stresse nas pessoas ..."</p> <p>E2"...o anestesista vem mal disposto, ou o cirurgião não gosta do canivete (...) ou não dormiu bem ou afinal já lhe disseram qualquer coisa e ficou mal disposto (...) os grupos profissionais também são todos diferentes (...) e portanto isso tudo dá um choque em cadeia (...) que vai interferir em toda a equipa."</p> <p>E3" Se o cirurgião entra em stresse ou se a anestesista entra em stresse então os outros profissionais são envolvidos."</p> <p>E4 "Se houver um elemento na equipa que não esteja tão confiante (...) condiciona o comportamento das outras pessoas..."</p> <p>E6 "...o mau feitio ou a má educação ou as características pessoais de cada um (...) também geram stresse nos outros elementos da equipa."</p>

QUADRO 27: Categorização na dimensão Factores Indutores de Stresse.

<b>FACTORES INDUTORES DE STRESSE</b>		
CATEGORIAS	SUB CATEG.	UNIDADES DE REGISTO
RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	CONTÁGIO	<p>E7"... as equipas com quem trabalhamos quer entre pares quer a multidisciplinar que podem gerar stresse (...) inevitavelmente condiciona o meu comportamento..."</p> <p>C3"Nós influenciarmo-nos uns aos outros completamente, se um está em stresse consegue influenciar o outro."</p> <p>C8"O stresse quando influencia o cirurgião pode atingir os restantes(...)pessoas externas ao bloco podem induzir stresse..."</p> <p>C10"As pessoas também se influenciam mutuamente quando uma se encontra em stresse como se condicionasse o comportamento de terceiros."</p> <p>I3"...algumas anestesistas (risos)."</p> <p>I5"...a equipa atenua ou promove o stresse dependendo dos dias, lá está, como são vários factores envolventes..."</p> <p>I5"Algumas pessoas induzem stresse umas nas outras, acho que há pessoas que tem mais tendência para induzir stresse por forma a descarregar o seu próprio stresse..."</p> <p>I6"As pessoas influenciam-se mutuamente quando estão em stresse..."</p> <p>A2" Outras vezes é eles começarem a mandar bocas, isso já causa stresse, para mim já."</p> <p>A1 "... não vêem os problemas da equipa no conjunto mas cada um vê os seus problemas pessoais e este é um dos responsáveis pelas grandes rupturas..."</p> <p>Ax2" Portanto isto pode estar muito calminho e de repente surge por exemplo um cirurgião stressado, uma anestesista stressada, e pronto vai em cadeia, vai por aí abaixo, médicos, enfermeiras e por sua vez chega até nós não é."</p>

**QUADRO 28: Categorização na dimensão Factores Indutores de Stresse.**

<b>FACTORES INDUTORES DE STRESSE</b>		
CATEGORIAS	SUB CATEG.	UNIDADES DE REGISTO
RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	CONTÁGIO	<p>M1" O meu trabalho por si só não me causa stresse mas este é causado pelos outros profissionais."</p> <p>M2" ... não só entre nós colegas maqueiros mas por exemplo com enfermeiras.</p>
DIFERENÇAS DE PERCEPÇÃO	PERSONALIDADE	<p>C3"...cada pessoa sente o stresse da sua maneira."</p> <p>C6"...acho que o cirurgião não se deve descontrolar."</p> <p>C8"...há situações de stresse que tem a ver com o cirurgião e com o temperamento do cirurgião..."</p> <p>I3"As pessoas causam-me stresse mas não é só aqui no bloco, sou um tipo anti-social."</p>
CLIMA ORGANIZACIONAL	QUALIDADE	<p>C5"...a velocidade e o número não se coaduna com a eficiência e a eficácia."</p> <p>C8"...se esse stresse for para bem do cirurgião, for para bem do doente, para a qualidade de uma intervenção(...)aí é um stresse aceitável..."</p>
CLIMA ORGANIZACIONAL	INFORMAÇÃO	<p>E6" Acho que a organização apesar de não estar directamente e de não nos dar directivas directas, acho que a informação que às vezes nos passa, acho que é mesmo falta de informação, nós estamos aqui muito fechados e passam-se coisas lá fora que não nos dizem directamente mas que nós ouvimos assim por a+b sei lá aconteceu isto, vai acontecer aquilo, de certa maneira é ingrato para nós e gera às vezes um mau ambiente."</p> <p>E7"A organização hospitalar pelas informações que nos faz chegar muitas vezes contraditórias o que gera nos indivíduos sentimentos de incerteza quanto ao futuro."</p>

**QUADRO 29: Categorização na dimensão Factores Indutores de Stresse.**

<b>FACTORES INDUTORES DE STRESSE</b>		
CATEGORIAS	SUB CATEG.	UNIDADES DE REGISTO
CLIMA ORGANIZACIONAL	PRODUTIVIDADE	<p>E5"O factor tempo/produtividade..."</p> <p>C1"A organização existente gera stresse de várias maneiras, aquela que é mais visível actualmente é a pressão que todos os profissionais sentem em relação (...) a produtividade..."</p> <p>C5"...o stresse vem porque tem de operar mais..."</p> <p>I1"A organização pressiona quer directa quer indirectamente os profissionais, (...) quando há regras que nos condicionam (...) as alterações todas que vai haver na saúde e que de forma indirecta me estão a causar muito stresse..."</p> <p>A1"...muita pressão pela resposta dos números..."</p>

QUADRO 30: Categorização na dimensão Factores Indutores de Stresse.

Ao analisar quais os factores indutores de stresse identificados pelos profissionais, podemos agrupá-los em cinco grandes grupos: **condições de trabalho, características de trabalho, relacionamento interpessoal, diferenças de percepção e clima organizacional**. Todos estes grandes grupos encontram-se subdivididos em subcategorias que serão analisadas pormenorizadamente.

Quando os entrevistados se referem as condições de trabalho como indutoras de stresse sublinham varias perspectivas. São exemplo disso, as características físicas do Bloco Operatório, nomeadamente da sala operatória onde se desenrola o teatro cirúrgico. Essas características afectam todos os profissionais intervenientes à excepção daqueles cuja actividade se desenrola no exterior da sala, como são disso exemplo os maqueiros.

Assim, aspectos, como a luz artificial, a temperatura, o isolamento, o uso de fardamento despersonalizante, a ventilação forçada, bem como o excesso de

peças na sala e o ruído dos indivíduos e equipamentos são considerados factores stressantes.

A gestão do tempo também é indutora de stresse nos profissionais. O tempo, surge aqui, adquirindo várias vertentes; assim temos o sub aproveitamento dos tempos operatórios, em resultado da inexistência de todos os intervenientes, pela falta de articulação entre os profissionais dos serviços cirúrgicos, bloco operatório, UCAPO, farmácia e aprovisionamento, bem como entre os membros da equipa anestésico cirúrgica, auxiliares e maqueiros. Nesta sequência é também dado enfoque aos horários numa alusão à sobrecarga, a demora entre cirurgias, a demora ou rapidez de determinados procedimentos imprescindíveis à realização de uma cirurgia e que garantam a qualidade do procedimento. Também é referida a falta de tempo para a alimentação dos profissionais como factor indutor de stresse.

A gestão de recursos materiais é um dos factores indutores de stresse de maior relevância. Acabando por não personalizar ou identificar nenhum material ou equipamento, os profissionais generalizam e conferem importância ao facto de ter o equipamento adequado à técnica a desenvolver. A gestão de recursos materiais é um processo stressante que envolve essencialmente cirurgiões, anestesistas e enfermeiros. A falta de uma selecção dos materiais e equipamentos por parte dos cirurgiões e anestesistas quando a programação cirúrgica é efectuada, e isto sem querer sobrevalorizar o grupo de enfermagem, é conferido, a este último, uma sobrerresponsabilização na tentativa de adequar os recursos materiais existentes. A estes profissionais é solicitada a requisição ao serviço de aprovisionamento de todos os materiais necessários às intervenções cirúrgicas que se encontram agendadas no plano operatório. Para cada doente, que é incluído no plano operatório, é enviada uma proposta cirúrgica, que deveria contemplar todos os materiais e equipamentos imprescindíveis ao procedimento cirúrgico, mas tal não acontece. Ao acontecer aqui uma falha na comunicação interdisciplinar a bola de neve inicia o seu processo evolutivo. A falta de correspondência entre aquilo que se julga ser necessário e aquilo que efectivamente será necessário, associado à ocorrência de avarias em equipamentos situação sobre a qual é difícil estimar uma previsão de ocorrência, geram situações de stresse e consequente conflito pela impossibilidade ou dificuldade de resolução.



BEAUDIN citado por CAETANO (2001:338) refere-se à interdependência como **“...conceito chave da equipa de trabalho (...) o carácter formal desta interdependência entre os membros pode ajudar-nos a distinguir um simples agregado de indivíduos de uma equipa de trabalho no contexto organizacional”**. Diz-nos ainda o autor (2001:337) que **“...a equipa constitui ela própria um sistema social, no sentido em que tem fronteiras bem definidas, membros com funções diferenciadas, mas simultaneamente interdependentes na concretização de objectivos”**. Segundo JOHNSON citado por CAETANO (2001:344) **“...o desempenho do grupo depende da forma como aqueles elementos estão estruturados.”** Assim um grupo com um elevado desempenho reúne um determinado número de parâmetros, como serem detentores de um objectivo mútuo, funcionarem em alta interdependência, existir uma interacção que promova a eficácia, ser um grupo de forte identidade e com um relacionamento positivo.

Quanto às características do trabalho foram identificadas subcategorias interessantes para esta análise como a sobrecarga, a dependência dos doentes, a complexidade técnica, as complicações e o erro.

O profissional que trabalha em cirurgia vive diariamente um ritmo de trabalho alucinante, que embora, para alguns, seja considerado rotineiro, como para o grupo das auxiliares de acção médica, em que o grau de envolvimento e de complexidade técnica é inferior, para os enfermeiros e cirurgiões, tal não sucede uma vez que existe sempre uma dose de desconhecimento e incerteza que pode acelerar o ritmo ainda mais. A dependência dos doentes constitui um aspecto responsabilizante para os profissionais. O facto de terem um doente completamente dependente onde há que decidir o que é melhor para aquele durante a sua inconsciência/dependência constitui uma sobrecarga para os profissionais.

A maior complexidade técnica das intervenções efectuadas é proporcional ao aumento do stresse nos profissionais. A cirurgia de urgência, bem como as dificuldades técnicas ou uma técnica mais arrojada fazem com que os profissionais se adaptem a uma situação nova e que mobilizem conhecimentos com o objectivo de minimizar e resolver as etapas ou níveis. Comparando funciona como num jogo

em que existem vários níveis que inevitavelmente temos de resolver para passar ao nível seguinte, e finalmente terminar com segurança, para o doente e profissionais.

O inesperado ou seja as complicações ou o erro são o grande temor dos profissionais de saúde. No bloco operatório um dos factores que minimiza o erro é a interdependência de funções ou seja o facto de várias pessoas confirmarem várias vezes os passos efectuados de cada um. O trabalho em equipa, a existência de confiança e respeito interprofissional faz com que cada um conheça bem o outro que trabalha ao seu lado. O esclarecimento de dúvidas e o diálogo diminuem a possibilidade de erro. Por outro lado as complicações são situações com elevado grau de imprevisibilidade o que faz com cada um se questione quanto à capacidade de as resolver quando surgem.

Todas estas características do trabalho constituem uma forma de sobrecarga individual muito bem caracterizada pelo grupo de profissionais. Embora todos os grupos sejam afectados de uma forma ou outra pela sobrecarga é o grupo profissional dos internos de cirurgia que a referencia mais. A constante exigência da profissão e da especialidade de cada um, o apoio percebido dos tutores, o nº de horas de trabalho ou o stresse sentido quando estão sozinhos constitui a sobrecarga.

Em cirurgia, o trabalho em equipa é fundamental para que se fale em sucesso cirúrgico. Numa equipa a qualidade da relação existente reflecte-se no desempenho e dilui ou não o stresse sentido. O relacionamento interpessoal constitui um dos factores determinantes no surgimento de stresse para a equipa segundo os profissionais do bloco operatório.

Se verificarmos as unidades de registo referentes ao relacionamento interpessoal, mais concretamente interdisciplinar, existem factores de stresse quando um destes parâmetros se encontra em desequilíbrio, o que condiciona o tipo de grupo, que passará de grupo de elevado desempenho a um grupo tradicional ou pseudogrupo em que os relacionamentos são fracos, não existe identidade grupal e a interdependência é inexistente, ou seja os objectivos dos elementos do grupo são díspares.

Os conflitos e a incompreensão entre profissionais associada à falta de determinado equipamento na altura certa é o factor de stresse mais presente num bloco

operatório. Existe aqui sempre o receio de não existir ou avariar um equipamento no decurso de uma intervenção e de não haver possibilidade de adquirir ou substituir num curto espaço de tempo, e a intervenção cirúrgica ficar irremediavelmente comprometida.

No que se refere aos recursos humanos também existe várias vertentes de análise, a escassez, a substituição, o excesso de pessoas numa cirurgia, bem como o convívio continuado com as mesmas pessoas são factores de stresse.

Com efeito um dos factores stressantes da equipa é o conflito. A equipa atribui-lhe várias perspectivas de análise de acordo com o tipo de conflito vivenciado. Assim encontramos conflitos interpessoais, entre líderes e subordinados e de condicionamento, ou seja o comportamento de uns é influenciado pelo de outros propiciando o conflito.

De acordo com a escola da visão de relações humanas, em que há a convicção de que, o conflito é uma consequência naturalmente inevitável em qualquer grupo, o grupo de entrevistados enquadra as suas unidades de registo nesta perspectiva.

Parafraseando EISNER in ROBBINS (2002:372) ***“Alguma coisa está errada quando não há conflitos”***. Esta perspectiva interacionista realça a necessidade de conflito na dinamização de um grupo promovendo o seu crescimento.

No entanto, é importante caracterizar o tipo de conflitos em dois grupos, de modo a compreender melhor os resultados obtidos. Assim temos conflitos funcionais que optimizam o grupo e disfuncionais que impossibilitam o desempenho grupal.

A equipa de entrevistados considera que os conflitos existentes, tem por base o relacionamento entre grupos. Confirmam que o condicionamento no conflito é naturalmente emergente, eventualmente relacionado com a interdependência de funções, ou seja os diferentes grupos com todas as características inerentes, a proximidade dos profissionais e os grupos de poder actantes condicionam os comportamentos de todos.

Assim, os grupos que se encontram posicionados num patamar inferior da linha hierárquica como são o caso dos internos, auxiliares e maqueiros identificam como causa de stresse o relacionamento com os superiores hierárquicos também aqui associado a sobrecarga a que são submetidos.

Ainda relativamente a categoria de relacionamento interpessoal surge a subcategoria mais representativa de todo o grupo multidisciplinar que diz respeito ao Contágio. Todos os profissionais se sentem contagiados pelos comportamentos e atitudes uns dos outros. Se um elemento da equipa multidisciplinar entra em stresse, inevitavelmente os outros elementos também entrarão, embora, de acordo com alguns depoimentos existam características de alguns profissionais que amortecem esse stresse. Essas características dizem respeito a maturidade, experiência de vida ou profissional e posicionamento hierárquico dentro da equipa.

O contágio é uma subcategoria de grande representatividade entre todos os estratos profissionais. O modo como as situações são percebidas pelos diferentes elementos gera comportamentos e atitudes díspares. Uma situação desconhecida ou um acontecimento imprevisto será percebido de forma diferente segundo as experiências, a maturidade e o modo como cada um é ou não susceptível à influência mútua.

O stresse é vivenciado de maneira diferente, ou seja de acordo com a personalidade de cada indivíduo. A percepção que cada indivíduo obtém da realidade é diferente e assim, temos profissionais mais competitivos, agressivos, com elevado índice de impaciência e hostilidade, são dotados de elevada ambição por atingir os objectivos predefinidos (personalidade tipo A) e por outro lado temos indivíduos (personalidade tipo B) passivos, cooperativos e submissos. Com estas diferenças de personalidade também o modo de lidar com situações stressantes é diferente.

Outra categoria identificada diz respeito ao clima organizacional que interfere directa e indirectamente na actividade dos elementos conferindo-lhes maior ou menor stresse. A qualidade, a informação e a produtividade são as subcategorias identificadas como indutoras de stresse. A qualidade pode induzir stresse quando é exigido que os profissionais efectuem um número de cirurgias elevado para o tempo que dispõem, ou quando para efectuarem um procedimento cirúrgico de qualidade tem de dispendir de maior energia e tempo, o que pode suceder quando aquele já se encontra com elevada exaustão após um longo dia de trabalho.

O grupo de enfermeiros refere a informação que obtém quer formal, quer informal como geradora de stresse da hierarquia organizacional.

A produtividade é sentida pelo grupo de um modo geral como uma imposição organizacional que os condiciona no sentido de dar resposta às exigências da organização quando aos números a atingir e que se encontram definidos nos objectivos traçados pela organização. Esses objectivos não tem em linha de conta o bem-estar dos profissionais, ou seja, o desempenho da sua actividade respeitando altos níveis de qualidade o que dificilmente será atingido tendo em linha de conta o factor tempo, que surge aqui como obstáculo. Esta pressão do tempo leva os profissionais a dispenderem de um esforço acrescido para atenderem às necessidades dos seus doentes, encontrando-se muitas vezes as suas necessidades na linha final de prioridades.

Sintetizando os factores indutores de stresse para estes profissionais encontram-se intimamente associados às características do trabalho de onde se destaca a sobrecarga. No que se refere às condições de trabalho sobressaem as condições físicas que no bloco operatório são artificiais, ou seja a inexistência de luz natural ou uma temperatura ambiente independentemente da estação do ano condiciona o ritmo interno dos indivíduos. A nível do relacionamento interpessoal o destaque vai para o conflito e para o contágio entre profissionais da equipa multidisciplinar. A informação ou produtividade são exemplo de factores indutores para os profissionais do bloco operatório.

## 11.3 – DIMENSÃO SITUAÇÕES PARTICULARMENTE STRESSANTES

As situações particularmente stressantes para cada profissional pertencente ao grupo de entrevistados revelam uma divergência na tendência de resposta comparativamente à questão anterior.

<b>SITUAÇÕES PARTICULARMENTE STRESSANTES</b>		
CATEGORIAS	SUB CATEG.	UNIDADES DE REGISTO
CONDIÇÕES DE TRABALHO	FÍSICAS	C5"...condições de trabalho que não são de facto as ideais..." I1"...o espaço físico e o ambiente..."
CONDIÇÕES DE TRABALHO	RECURSOS MATERIAIS	C6"...as coisas não existem..."
CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO	GESTÃO DO TEMPO	C6"...o doente chega atrasado à sala..." Ax1"O que me tira do sério é as pressas..."
CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO	COMPLEXIDADE TÉCNICA	E5"O desconhecimento, se me pedem alguma coisa que eu não conheça à partida é mais stressante e estão sempre na nossa actividade a surgir coisas que desconhecemos." C5"...uma patologia que me escapa mais ao meu vulgar..." I1"...uma cirurgia em que esteja próximo do coração e em que não podemos falhar." A1"...o momento da indução anestésica que até tudo correr bem (...) é um momento (...) stressante..."
CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO	COMPLICAÇÕES	E1"...quando a (...) parte cirúrgica ou(...) anestésica se complicam e põem em risco a vida do doente..." E6"...situações de risco com os doentes..." A1"E naqueles doentes de urgência, muito mal ou hemorrágicos em que é preciso resolver um problema rapidamente."

**QUADRO 31: Categorização na dimensão Situações Particularmente Stressantes.**

<b>SITUAÇÕES PARTICULARMENTE STRESSANTES</b>		
<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUB CATEG.</b>	<b>UNIDADES DE REGISTO</b>
CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO	ERRO	C8"...situações em que eu vejo que há erros gritantes de procedimento (...) coisas que se estão a fazer fora daquilo que estava estabelecido (...) são as coisas que mais me irritam e enervam."
CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO	DEPENDÊNCIA DOS DOENTES	A1"...quando vejo gente que tem filhos pequenos e que tem doenças difíceis..."
RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	INTERDISCIPLINAR	<p>E4"...é saber que vou ter de trabalhar com uma ou outra pessoa pontualmente (...) que vai ser gerador de stresse..."</p> <p>E4"...a perspectiva de ter de trabalhar um dia com aquela pessoa pode ser stressante por vários motivos, não só por ser (...) mais exigente ou mais refilona mas pelo tipo de abordagem que faz."</p> <p>E6"...o relacionamento (...) com outras classes profissionais (...) com alguns cirurgiões, com algumas anestesistas..."</p> <p>E7"... não respeitam a minha actividade quando eu estou a dar o máximo e estou com toda a atenção do mundo e ainda assim falam comigo como se tivesse cinco anos e não como uma profissional..."</p> <p>E7"... não trabalhar em equipa é o mais grave para mim..."</p> <p>C5"...uma equipa de enfermagem demasiado desatenta..."</p> <p>C10"...quando eu sinto que ao meu lado seja enfermeiro, auxiliar ou anestesista é uma pessoa que não está ali como fazendo parte da equipa..."</p> <p>I3"...está tudo desconcentrado do que se está a fazer..."</p> <p>I4"...as pessoas não estarem empenhadas..."</p> <p>A2"A falta de colaboração."</p>

**QUADRO 32: Categorização na dimensão Situações Particularmente Stressantes.**

<b>SITUAÇÕES PARTICULARMENTE STRESSANTES</b>		
<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUB CATEG.</b>	<b>UNIDADES DE REGISTO</b>
RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	CONFLITO	<p>E1"...o desrespeito de alguns elementos (...) também pares, mas principalmente de outras equipas cirúrgicas (...) e anestésicas..."</p> <p>E7"... eu vejo alguém ou participo num conflito fico com o dia estragado..."</p> <p>C2"...ter de trabalhar com certas pessoas que eu sei que à partida não vão ter uma atitude tão construtiva (...) postura de bloqueio..."</p> <p>C7"...nós lidamos com pessoas muito variadas, de estratos sociais (...) e há que haver respeito entre as pessoas..."</p> <p>C10"...a má vontade ostensiva ..."</p> <p>I4"...haver mau ambiente..."</p> <p>A3"A falta de respeito que os meus colegas cirurgiões tem (...) pelo doente (...) na altura sinto-a como se fosse por mim..."</p>
RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	RELAÇÃO COM SUPERIORES	<p>I3"Sobretudo falta de confiança, o excesso de crítica e o excesso de pressa."</p> <p>I4"...fico triste se às vezes não posso fazer uma determinada coisa..."</p> <p>Ax1"...tentam culpabilizar o auxiliar (...) o doente não é operado porque o auxiliar demorou x tempo..."</p> <p>Ax2"Pressionadas nós estamos a ser todo o momento, médicos, cirurgiões, anestesistas, às vezes até colegas seus (...) que na brincadeira vão dando uma piadinha..."</p> <p>M2"...o mais pequenino é que apanha sempre por tabela..."</p> <p>M2"...falta de comunicação (...) nós não temos culpa que não hajam camas (...) que não transferem os doentes..."</p>

**QUADRO 33: Categorização na dimensão Situações Particularmente Stressantes.**



<b>SITUAÇÕES PARTICULARMENTE STRESSANTES</b>		
<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUB CATEG.</b>	<b>UNIDADES DE REGISTO</b>
RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	RELAÇÃO COM SUBORDINADOS	<p>E1"Com os auxiliares também temos alguns problemas mas são coisas que eu consigo gerir muito mais facilmente..."</p> <p>E6"...algumas auxiliares (...) causam alguns stresses..."</p>
PAPEL NA ORGANIZAÇÃO	AMBIGUIDADE DE PAPEL	<p>E2"...situações que não dependem de mim para serem resolvidas..."</p> <p>E3"...chega um doente que não quer fazer um tipo de anestesia e que o obrigam a fazer, (...) não sabe (...) o que vai fazer e que depois vou dar uma explicação esfarrapada ao doente..."</p> <p>E7"... chamadas para urgências que não são mais que cirurgias programadas, e os enfermeiros são tratados como marionetas que alguém manipula a seu belo prazer."</p> <p>C1"...não ser tratado de igual maneira que outras pessoas noutras situações..."</p> <p>Ax1"Se vir o doente atrapalhado também fico aflita mas não sinto que tenha essa responsabilidade..."</p>
PAPEL NA ORGANIZAÇÃO	CONFLITO DE PAPEIS	<p>E2"Eu sei que tenho de tentar tudo para tentar resolver mas a decisão final não sou eu que a tenho nas mãos..."</p> <p>C2"...a pessoa também responde pelos seus actos não é e tem responsabilidades."</p> <p>C4"...sobrar tudo para cima do mesmo..."</p> <p>C3"...quando dizem determinadas coisas que não são verdade (...) sobretudo por pessoas que não tem conhecimentos para o dizer."</p> <p>C9"O que me gera mais stresse são as questões com os colegas médicos."</p>

QUADRO 34: Categorização na dimensão Situações Particularmente Stressantes.

Ao passar de uma questão onde é valorizada a percepção do grupo para outra em que é solicitada a percepção individual, é curioso observar, alguma discrepância nos resultados.

Assim, relativamente aos factores indutores de stresse é dado grande ênfase às **condições e características do trabalho**, nas situações particularmente stressantes, estas são praticamente anuladas, surgindo poucas referências. Mantém-se especial predomínio face à **relação interpessoal** e surge uma nova categoria, o **papel na organização**, desaparecendo o clima organizacional.

A valorização da relação interdisciplinar, do conflito, da relação com superiores hierárquicos ou com subordinados, caracterizam bem a influência destes no bem-estar dos profissionais. Estas, constituem, de facto, as subcategorias dentro da relação interpessoal que efectivamente induzem mais stresse nos profissionais.

A relação interdisciplinar para estes elementos é particularmente stressante quando os seguintes comportamentos são observados: quando não existe compreensão entre os profissionais, quando é necessário trabalhar com determinados profissionais, que pelo seu modo de estar são indutores de stresse, a falta de colaboração ou a desatenção de alguns indivíduos no seu desempenho.

O relacionamento com os superiores hierárquicos é sentido de forma negativa pelos internos, auxiliares e maqueiros. Os primeiros sentem-se vítimas de falta de confiança, de crítica uma vez que estão constantemente a ser avaliados pelos outros grupos profissionais, e noutro sentido sentem que a corrida pelos números os afecta na medida em que se torna difícil efectuarem determinadas técnicas porque o seu ritmo não é claramente o ritmo de um especialista. As auxiliares sentem sobretudo a pressão do tempo, pressão esta que vai descendo a escala hierárquica até chegar ao seu patamar. Por último, os maqueiros tem de gerir várias solicitações, não só do bloco operatório mas também do serviço de UCAPO. A gestão de camas no pós operatório é uma tarefa que requer alguma flexibilidade e adaptabilidade, pois é fundamental que respeite vários requisitos, como o tipo de doente, a sua estabilidade hemodinâmica e mais importante saber se o serviço de destino tem condições para os receber. Esta reflexão não é efectuada pelos maqueiros. A equipa do bloco operatório pede os doentes das várias especialidades, quando chegam ao

bloco são intervencionados e após a cirurgia permanecem no serviço de UCAPO até terem condições para serem transferidos para o serviço de origem. Toda esta passagem entre serviços é acompanhada pelo maqueiro. A incompreensão dos restantes profissionais sobre as funções dos maqueiros que tem de sujeitar-se às ordens de vinda para o bloco, à ordem de transferências ou à impossibilidade dos enfermeiros dos serviços para as transferências do serviço de UCAPO, geram faltas de articulação entre serviços. Estas falhas muitas vezes são atribuídas aos maqueiros, embora não seja das suas funções dar uma alta ou decidir quando o enfermeiro deve acompanhar o doente. As relações com subordinados são essencialmente valorizadas pelos enfermeiros relativamente aos auxiliares de acção médica, embora não contextualizem as problemáticas existentes. No entanto alguns dos conflitos observáveis no bloco operatório dizem respeito à incompreensão entre os dois grupos sobre as funções de cada um deles, associada à falta de comunicação.

Quanto ao papel na organização registaram-se duas vertentes de análise: a ambiguidade de papel e o conflito de papéis.

ROBBINS 1998 citado por RAMOS (2001:82) diz-nos que o papel ***“...define o padrão comportamental esperado pelos outros, atribuído a alguém de acordo com a sua posição na organização”***. Quando existe uma situação de interdependência de funções, embora as funções de cada grupo profissional se encontrem bem definidas, torna-se difícil saber onde começa e termina o papel a desempenhar de cada profissional, de diferentes grupos. Esta zona de incerteza pode criar algum desconforto aos profissionais, como se pode observar nas unidades de registo identificadas.

A esta indefinição do papel a desempenhar, gera ambiguidade ou seja existe uma incorrecta representação dos objectivos no trabalho ou uma má correspondência entre as expectativas geradas em redor do indivíduo e as suas reais capacidades.

O conflito de papéis é efectivamente gerador de stresse e no caso dos entrevistados assume uma vertente relacionada com os papéis desempenhados por diferentes pessoas. Também aqui se pode percepção a sobrecarga uma vez que em algumas respostas o sujeito se vitimiza revelando que toda a sobrecarga de trabalho recai sobre si.

Segundo RAMOS (2001:84) ***“Uma pessoa pode percepcionar expectativas conflituais ou incompatíveis sobre o seu papel a partir do papel desempenhado por uma outra pessoa (conflito intra-emissor), ou a partir dos papéis de mais do que uma pessoa (conflito inter-emissores)”***.

A responsabilidade também surge associada ao conflito de papel, mediando este desequilíbrio como que lembrando o sujeito de que tem responsabilidades sobre os doentes que estão dependentes de si.

Em suma, nesta dimensão de análise sobre as situações particularmente stressantes verifica-se uma desvalorização ou melhor dizendo, uma menor referência às condições e características de trabalho e uma centralização em situações que envolvam a relação interpessoal e o papel organizacional.

## 11.4 – DIMENSÃO ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

As estratégias de enfrentamento (coping) adoptadas pelo pelos entrevistados dividem-se em estratégias individuais e colectivas.

<b>ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO (COPING)</b>		
<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUB CATEG.</b>	<b>UNIDADES DE REGISTO</b>
ESTRATEGIAS INDIVIDUAIS	DESCONTROLE	<p>E1"Ás vezes descompenso mesmo (...) estravazo dá para gritar e discutir, e dizer o que tenho a dizer na altura..."</p> <p>C9" É passar-me completamente dos carretos, descompensar completamente em última linha..."</p> <p>I5"...em função de como a coisa evolui eu expludo ou não."</p> <p>A1"...quando as coisas tocam as pessoas é preciso pô-las cá fora e estravazar..."</p> <p>A3"...outros dias em que se calhar ao mínimo pormenor (...) ia fazer despoletar uma crise de raiva em mim e naquele dia aquilo faz-me saltar a tampa."</p> <p>Ax1"...quando me pressionam muito eu não aguento e tenho de dizer alguma coisa."</p>
ESTRATÉGIAS INDIVIDUAIS	AUTOCONTROLE	<p>E1"...muitas vezes faço uma contagem decrescente, só para mim..."</p> <p>E4"...procuro ter algum autocontrole..."</p> <p>E5"...a minha estratégia pessoal em momentos de stresse é o silêncio (...) a tentativa de concentração (...) não ouvir nada (...) que não seja necessário para a situação."</p> <p>E7"... concentrar-me tentando abstrair-me das conversas acessórias e de tudo o que não tem interesse para mim no momento, preciso de silêncio e solicito-o sempre que acho que me está a perturbar o ruído..."</p>

QUADRO 35: Categorização na dimensão Estratégias de Enfrentamento.

<b>ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO (COPING)</b>		
<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUB CATEG.</b>	<b>UNIDADES DE REGISTO</b>
ESTRATÉGIAS INDIVIDUAIS	AUTOCONTROLE	<p>C2"...às vezes é preferível a pessoa parar um bocadinho racionalizar e não querer resolver logo as coisas à pressa."</p> <p>C3"...muitas vezes parar como se costuma dizer, pensar no que se está a passar e recomeçar outra vez o acto."</p> <p>C4"Geralmente é continuar a persistir e a trabalhar (...) de uma maneira não muito diferente do que faria se não houvesse crise mas pronto com mais paciência"</p> <p>C7"...aprender a desvalorizar as coisas desvalorizáveis e a valorizar as coisas importantes..."</p> <p>C8"Acho que é uma tentativa de autocontrolo..."</p> <p>C10"É concentrar-me no importante..."</p> <p>I2"...temos de ser profissionais e devemos tentar não ser influenciados por esses factores (...) sem mostrar zangas..."</p> <p>I3"Negação, tento desvalorizar o problema."</p> <p>I5"Calo-me é a primeira coisa (...) a fase prévia para controlar a situação é calar-me e respirar duas vezes..."</p> <p>A1"Muita tolerância, muita responsabilidade com o doente..."</p> <p>A3"...não valorizar certos pormenores..."</p> <p>Ax2"...tentar não me deixar levar ou pelo mau humor ou pelos problemas que vão aqui..."</p> <p>M2"...tento-me controlar e nunca perder a calma..."</p> <p>E3"Individualmente fumo o meu cigarro e tento destressar."</p> <p>A2"...venho cá para fora fumar um cigarrinho."</p>

QUADRO 36: Categorização na dimensão Estratégias de Enfrentamento.

<b>ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO (COPING)</b>		
<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUB CATEG.</b>	<b>UNIDADES DE REGISTO</b>
ESTRATÉGIAS INDIVIDUAIS	TOMADA DE DECISÃO	<p>E2"...pensar nos eventuais problemas que eu possa ir ter para tentar arranjar soluções..."</p> <p>E3"Considero que a maior parte dos factores de stresse são falhas de comunicação e aí tento clarificar a situação."</p> <p>E7"... em situações de stresse em que a vida do doente está em risco ou em situações com alguma gravidade ai os esforços são unidos e direccionados para o objectivo comum e as pessoas tornam-se mais tolerantes."</p> <p>C1"...tenta-se argumentar da forma (...) que se ache mais correcta para o momento..."</p> <p>I1" ...rapidamente e independente da situação tentar solucionar o problema."</p> <p>Ax1"...as vezes tentam solucionar alguma situação."</p>
ESTRATÉGIAS INDIVIDUAIS	ACTIVIDADE FÍSICA	<p>C6"...eu faço a minha actividade desportiva, eu acho que o desporto ajuda bastante a gente a eliminar o stresse como toxinas lá para fora."</p> <p>I1"...ajudava ter um ginásio no hospital..."</p>
ESTRATÉGIAS INDIVIDUAIS	TECNICAS DE RELAXAMENTO	<p>E6"...comecei com as minhas aulas de yoga..."</p> <p>Ax1"Eu tirei aquele curso (...) é tipo Yoga e acho que relaxa muito..."</p>
ESTRATÉGIAS COLECTIVAS	AUSENCIA DE ESTRATÉGIAS	<p>E1"Colectivamente aqui no bloco acho que é praticamente impensável, pelo menos na equipa multidisciplinar..."</p> <p>E3"Neste momento penso que cada um tenta resolver as suas situações, não há uma mobilização de grupo."</p>

**QUADRO 37: Categorização na dimensão Estratégias de Enfrentamento.**

<b>ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO (COPING)</b>		
<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUB CATEG.</b>	<b>UNIDADES DE REGISTO</b>
ESTRATÉGIAS COLECTIVAS	AUSENCIA DE ESTRATÉGIAS	<p>E5"...as estratégias desenvolvidas são mais individuais que colectivas..."</p> <p>E6"Em relação à equipa multidisciplinar não vejo que utilize alguma estratégia para destressar..."</p> <p>A2"Penso que o grupo às vezes não faz esse esforço..."</p> <p>Ax1"A equipa é passiva..."</p> <p>Ax2"Portanto em grupos se existem estratégias eu nunca as vi, cada um resolve por si."</p>
ESTRATEGIAS COLECTIVAS	COOPERAÇÃO	<p>E7"... funcionar como equipa, só desta forma se podem minimizar os factores indutores."</p> <p>C5"Eu não sei se existe uma estratégia de grupo que eu veja que há determinadas equipas no bloco (...) funcionam mais em equipa..."</p> <p>C7"A nível de equipa nós temos bons profissionais e tentam sempre arranjar alternativas um pouco à portuguesa às vezes, como desenrascanço de última hora e tentam melhorar as condições que temos."</p> <p>C7"Às vezes as coisas falham e tentam contornar-se, tentam sempre que se resolva a bem."</p> <p>C9"O grupo também desenvolve estratégias de compensação que a meu ver são as mais eficazes."</p> <p>C10"...habitualmente o grupo tenta não através de uma estratégia concertada (...) defender-se e portanto isso protege o grupo."</p> <p>I3"...se alguma coisa estiver a correr mal eu passo para a mão do especialista."</p>

QUADRO 38: Categorização na dimensão Estratégias de Enfrentamento.



<b>ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO (COPING)</b>		
<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUB CATEG.</b>	<b>UNIDADES DE REGISTO</b>
ESTRATEGIAS COLECTIVAS	COOPERAÇÃO	<p>I6"...existem elementos que são chave aos quais nós transportamos o nosso stresse (...) cirurgiões mais velhos (...) anestesia(...) alguns enfermeiros que coordenam mais as coisas (...) quem tem mais experiência que canaliza mais esse stresse."</p> <p>A3" ...a equipa de enfermagem tenta minimizar (...) não acho que os cirurgiões tentem..."</p> <p>C1"...aceitando pura e simplesmente a tomada de posição das outras pessoas..."</p> <p>I4"...tento ter uma atitude de... não é submissão, de não ser arrogante e portanto quero respeitar toda a gente..."</p> <p>E5"...a estratégia colectiva que mais se utiliza (...) é o desabafo entre pessoas não na própria situação mas no pós (...) é uma forma de procurar apoio e bengalas, não é noutras pessoas."</p>
ESTRATEGIAS COLECTIVAS	SUPORTE SOCIAL	<p>E1"... com a equipa de enfermagem (...) aproveitarmos para sair depois das 16:30 e irmos dar uma voltinha, beber um café (...) dá para nos conhecermos melhor..."</p> <p>E2"...se houvesse a prática de falar abertamente em grupo e nos expormos mais..."</p> <p>E2"...termos um apoio até periodicamente de uma pessoa preparada (...) porque há alguns focos de stresse não resolvidos que ficam na equipa (...) há problemas que tocam as várias equipas."</p> <p>E3"A instituição devia criar espaços e medidas de protecção dos profissionais (...) poderia haver sessões de terapia de stresse (...) incluindo a equipa multidisciplinar, porque não funcionamos isolados..."</p>

**QUADRO 39: Categorização na dimensão Estratégias de Enfrentamento.**

<b>ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO (COPING)</b>		
<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUB CATEG.</b>	<b>UNIDADES DE REGISTO</b>
ESTRATEGIAS COLECTIVAS	SUPORTE SOCIAL	<p>E4"...nos pudéssemos reunir para conversar (...) um momento mais descontraído em que pudéssemos debater não só questões que nos tivessem ocorrido (...) mas também para descomprimir..."</p> <p>E4"...só lucraríamos em ter um tempo para nós para estarmos como colegas não só executantes mas também em confraternização."</p> <p>E6"...fazemos reuniões regulares e tentamos expor os nossos problemas e de certa maneira tentamos resolve-los..."</p> <p>C1"...nos intervalos há alguma descompressão com uma forma de contacto entre todos..."</p> <p>C6"Interessa de facto também conhecer as pessoas fora do ambiente de trabalho..."</p> <p>A3"...conhecimentos científicos e as técnicas (...) de lidar com o outro de ultrapassar dificuldades de relacionamento."</p> <p>Ax1"O hospital podia criar momentos de descompressão pelo menos para nós que estamos sempre aqui fechados."</p>
ESTRATEGIAS COLECTIVAS	TEAMBUILDING	<p>E4"...não me importo numa ou noutra situação que eu sei que poderá ser geradora de stresse para outra colega (...) de ficar no lugar dela (...) Por exemplo (...) há imensas pessoas que não gostam de ajudar a anestesiari crianças..."</p> <p>C3"...uma das medidas (...) para diminuir os níveis de stresse numa equipa operatória é as pessoas estarem habituadas a trabalhar em conjunto (...) saberem quando um entra em stresse (...) esse conhecimento mais profundo é facilitador."</p>

**QUADRO 40: Categorização na dimensão Estratégias de Enfrentamento.**

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO (COPING)**

CATEGORIAS	SUB CATEG.	UNIDADES DE REGISTO
ESTRATEGIAS COLECTIVAS	HUMOR	C9"...é criar um ambiente de boa disposição, brincadeira, umas piadas, anedotas em cirurgia é fundamental, para conseguir vencer várias horas de intervenção." I6"...é o humor desviar a conversa para outro sítio..."

**QUADRO 41: Categorização na dimensão Estratégias de Enfrentamento.**

Os estilos de enfrentamento (coping) são considerados estáveis quando os indivíduos tem a capacidade de modificar as estratégias de acordo com as situações que enfrenta. No entanto, de acordo com as respostas dadas pelos intervenientes no estudo verificamos a existência de uma tendência para o autocontrolo como estratégia individual predominante. Por outro lado as estratégias colectivas mais significativas referem-se à cooperação e ao suporte social.

Numa análise mais detalhada das estratégias individuais pode observar-se a ocorrência de duas estratégias antagónicas, por um lado ocorre descontrolo e por outro o autocontrolo.

O descontrolo, surge na maioria dos grupos profissionais. Esta situação surge quando os indivíduos atingem o seu limite e extravasam a carga negativa, como forma de aliviar o sofrimento sentido.

A maior incidência de respostas distribuídas por todo o grupo refere-se ao autocontrolo. Como o bloco operatório e a actividade cirúrgica pressupõem um ambiente controlado em que todos sabem o que devem fazer e cada um dá o máximo de si, o autocontrolo é essencial. Um ambiente em que os profissionais necessitam de silêncio, de se abstrair de conversas acessórias, desvalorizar pormenores desnecessários e inevitavelmente não perder a calma.

Como um dos entrevistados refere ***"...aprender a desvalorizar as coisas desvalorizáveis e valorizar as coisas importantes..."***. Mais uma vez a responsabilidade e a dependência do doente fala mais alto apelando ao

profissionalismo dos indivíduos que com o objectivo de cuidar e tratar do doente esquecem rivalidades, e conflitos concentrando-se no essencial.

A solução de problemas faz parte do dia de qualquer profissional no bloco operatório. A tomada de decisão também é uma estratégia que permite ultrapassar algumas situações de stresse. A argumentação, a programação ou a resolução de problemas constituem tomadas de decisão que permitem minimizar o stresse que pode advir numa situação de risco, indutora de potencial stresse, por exemplo.

Estão ainda contempladas como estratégias individuais a actividade física e as técnicas de relaxamento.

Embora alguns elementos considerem que não existem estratégias de grupo, de salientar, que são os enfermeiros e os auxiliares a referirem este facto, vários são os profissionais a realçar a sua existência. Assim, a cooperação, o suporte social, o teambuilding e o humor são as subcategorias identificadas.

A cooperação existe sempre que a equipa é funcional, quando o objectivo do exercício consiste no bem-estar do grupo e do doente.

O grupo, predominantemente os enfermeiros salienta o suporte social como estratégia. Os momentos de relaxamento, de diálogo, de convívio são importantes na decompressão do stresse acumulado na actividade. O facto de se conviver com os colegas fora do meio laboral, onde se encontram descaracterizados, permite um maior conhecimento do outro e por conseguinte, é inerente um aumento da tolerância em situações de stresse em que estes profissionais se encontrem. Já é habitual após um almoço, ou saída do grupo, todas as situações críticas serem enfrentadas com mais calma e eficácia.

Como refere GORE 1987 citado por RAMOS (2001:135) ***“O suporte social é a principal variável “amortecedora” dos efeitos negativos do stresse”***.

O teambuilding constitui uma estratégia que, embora não seja adoptada formalmente, funciona na perfeição, uma vez que, as equipas são constituídas por pessoas que se conhecem bem profissionalmente e que minimizam as situações críticas, que são ultrapassadas naturalmente.

BALLONE (2003) afirma que ***“ A pessoa que tem sentido de humor, não só é mais descontraída perante situações potencialmente stressantes, como também as compreende de forma mais flexível”***.

O mesmo autor, ao referir-se a pesquisas de HASSED em 2001 associa o riso à diminuição das hormonas envolvidas na fisiologia do stresse, invertendo assim o sentido negativo das respostas de determinados órgãos alvo. ***“As pessoas que sabem se divertir e rir são, geralmente, mais saudáveis e mais capazes de sair de situações de stresse com mais facilidade”.***

Criar um ambiente onde reine a boa disposição não significa que exista desconcentração mas ajuda a enfrentar várias horas de cirurgia e permite reunir a equipa de uma forma positiva.

Curiosamente, as estratégias colectivas à excepção da cooperação, são estratégias esperadas, ou seja os profissionais falam delas como se ainda não existissem. Estas estratégias de enfrentamento são consideradas medidas a adoptar, não podendo ser consideradas estratégias existentes e generalizáveis a todo o grupo.

## 12 – ANÁLISE DE INCIDENTES CRÍTICOS

Para ter a percepção de como os intervenientes lidam com o stresse, numa perspectiva mais prática, próxima da realidade, nomeadamente, em situações stressantes, será efectuada uma análise dos incidentes críticos, de uma forma quantitativa, primeiro para conhecer quais os factores indutores mais intervenientes, e posteriormente para identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas.

Das trinta entrevistas efectuadas, foram relatados trinta e cinco incidentes críticos.

Os incidentes foram caracterizados quanto ao grupo profissional que a eles se referiu, aos factores indutores de stresse existentes, estratégias individuais e colectivas de enfrentamento. Os incidentes foram também categorizados como positivos e negativos.

Para ter uma perspectiva quantitativa do tipo de episódio estratégias e factores indutores de stresse utilizou-se o programa Excel 2003 na quantificação e cruzamento dos dados conferindo-lhe uma apresentação em gráfico para melhor perceber a relação entre os dados.

O grupo profissional que relatou incidentes onde constavam mais factores de stresse foi o grupo dos internos.

## 12.1 – RELAÇÃO ENTRE PROFISSÃO E FACTORES INDUTORES DE STRESSE

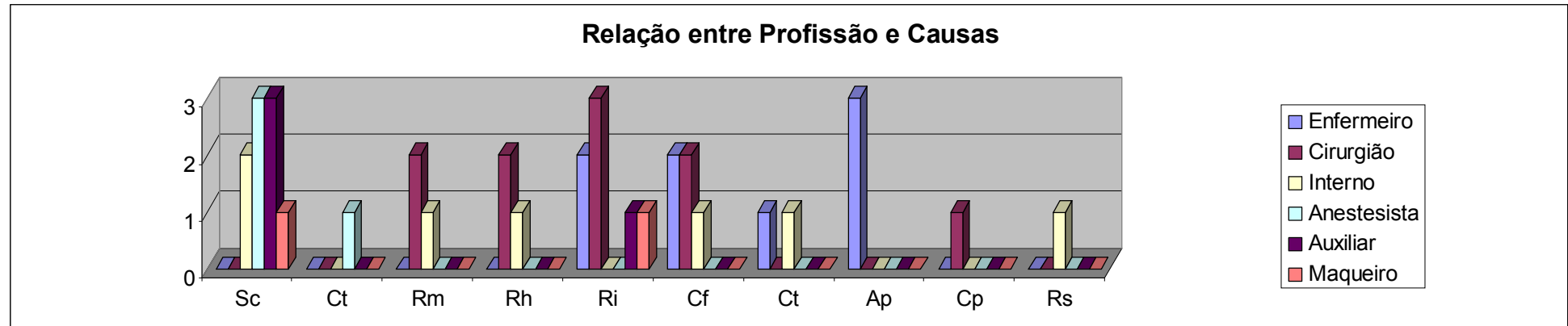


GRAFICO 4: Distribuição dos Factores Indutores de Stresse por Grupo Profissional.

Sc – Sobrecarga  
 Ct – Complexidade técnica  
 Rm – Recursos Materiais  
 Rh – Recursos Humanos  
 Ri – Relação Interdisciplinar  
 Cf – Conflito  
 Co – Contágio  
 Ap – Ambiguidade Papel  
 Cp – Conflito Papel  
 Rs – Relação com Superiores Hierarquicos

O factor de stresse predominante entre os vários grupos profissionais, como os internos, anestesistas, auxiliares e maqueiros, é a sobrecarga.

Para o grupo dos enfermeiros os factores indutores de stresse mais frequentes nestes relatos são relativos a ambiguidade de papel, às relações interdisciplinares e conflito.

O grupo dos cirurgiões relata essencialmente incidentes críticos onde predominam questões relacionadas com relações interdisciplinares, recursos materiais, humanos e conflitos.

Pode verificar-se a partir das seguintes unidades de registo que efectivamente são a sobrecarga, as relações interdisciplinares e os recursos os factores indutores de stresse a que os profissionais se mostram mais sensíveis. De salientar também que alguns dos incidentes críticos relatados, não apontam directamente para o profissional entrevistado, no entanto, foram considerados como factores indutores de stresse para a profissão representada por este uma vez que, ao relatar o incidente, mostrou que se sentiu sensibilizado pela situação.

Alguns exemplos de sobrecarga em excertos dos incidentes críticos:

E1 “...uma doente que acabou por morrer na sala (...) eu estava de enfermeira de anestesia (...) eu disse-lhe: garanto-lhe (...) que vai acordar...”

C8 “...as situações de morte na sala são as que mais marcam (...) lembro-me de passar 3 a 4 horas numa cirurgia e no final ter de deixar o doente morrer.”

I5 “... a pessoa com quem trabalhei estava numa situação de stresse (...) uma situação de risco de vida...”

A2 “... numa cirurgia que sangrou imenso e que não tinha sangue...”

A3 “...tive um rapaz de 19 anos que chegou em paragem (...) e que se conseguiu (...) trazê-lo para a vida e ele está vivo...”



Ax1 “...uma criança de 4 anos em que falhou a rampa de oxigénio e entrou tudo em pânico (...) eu estava há pouco tempo no bloco (...) subi a um banco para segurar a mangueira de oxigénio (...) comecei a chorar...”

M2 “...fiquei sozinho numa manhã em que tinha não sei quantos doentes para ir buscar, doentes para transferir (...) não sabia o que fazer...”

Alguns dos incidentes evidenciam relações interdisciplinares complicadas:

E2”...chegar um doente e chegar a equipa multidisciplinar e haver uma discussão em cima do acontecimento (...) aquele doente (...) vinha com certas expectativas em relação à sua cirurgia, acaba por ver (...) modificado o dia da sua cirurgia...”

E7”Ocorreu uma paragem (interrupção) na cirurgia e o cirurgião ao sair disse-me nunca mais me ponha esta enfermeira na mesa ao que ela começa a chorar...”

C7 “ A teimosia das pessoas tira-me do sério, eu sou muito teimoso mas quando uma pessoa não tem competências ou formação, quando existe alguma coisa que está errada isso tira-me do sério...”

C10” ...com um ajudante que nesse dia particular estava instável e senti que não estava ali para me ajudar (...) senti que estava com uma atitude proactiva para prejudicar...”

Ax2 “...estava a terminar de limpar a sala (...) entra o cirurgião e diz-me que não estava para estar uma hora à espera que limpem a sala e eu tinha limpo (...) a sala em 15’ se tanto porque a sala estava em péssimo estado...”

M1 “...mandaram-me fazer um recado e depois (...) (perguntaram) onde foi o maqueiro!? e depois anda tudo a procura do maqueiro e se calhar alguém sabe onde está (...) e ninguém passa a informação e criam-se mal-entendidos.”

No que se refere aos conflitos como indutores de stresse também aconteceram vários depoimentos:

E6 "... eu estava a instrumentar para um cirurgião que resolveu no final da cirurgia quando estava a encerrar, a mandar com todos, (...) os picantes as agulhas não protegidas (...) cima da mesa da instrumentista (...) Eu avisei uma vez, avisei segunda vez, à terceira vez por acaso o porta agulhas saltou da mesa da instrumentista e caiu com a agulha para o meio do chão, por acaso não houve nenhum acidente porque por acaso a auxiliar desviou-se a tempo, comentei e disse que não achava correcto, passado dois ou três dias, (...) o mesmo cirurgião tinha um doente HIV +, para operar e não era eu a instrumentista, mas depois da instrumentista ter dito, olhe vamos ter cuidado com os picantes, eu disse: não vai voltar a acontecer aquilo que aconteceu na véspera que é os picantes andarem a saltar, o cirurgião não gostou, levou a mal levantou a voz, o que é que eu estava a dizer, como é que eu achava que ele devia entregar os picantes. (...) aquilo gerou um conflito entre mim e esse cirurgião, entre o colega dele, entre a instrumentista do dia porque ficou tudo um bocadinho alterado..."

C2 "...alguém estava a criticar o meu desempenho e eu respondi a essa pessoa..."

C6 "...eu tenho colegas com quem eu não falo no meu serviço."

A ambiguidade de papel é um factor exclusivo do grupo de enfermagem neste relato de incidentes críticos:

E2 "...eu ter uma pessoa na minha frente, um profissional (...) que tem um problema pessoal e que precisa resolver e eu tenho do outro lado a necessidade de resolução de um problema de serviço e portanto eu fico entre duas situações, uma que eu tenho obrigação de resolver (...) e outra que eu tenho obrigação de ajudar..."

E3 "...chegou um doente (...) disse que não queria fazer Raqui (Raquianestesia). E a anestesista pura e simplesmente disse que ele não tinha querer (...) ela é que era a médica (...) eu fiquei (...) pasmada a olhar para o senhor e a olhar para a médica..."

E3"...quando são anestésias locais eu ver que o doente está a ter dor (...) hoje em dia isso não se justifica (...) o doente estar a chorar e continuar-se a fazer o procedimento."

Os existência de recursos materiais e humanos também constituem situações de stresse nomeadamente para os cirurgiões e internos:

C3"...uma urgência (hemorragia), (...) era uma cirurgia sem dificuldade, consistia em fazer passar apenas dois pontos para fazer hemostase do vaso que estava a sangrar (...) estávamos limitados pelo material que era inadequado..."

C9"...um doente de altíssimo risco (...) e em que tudo estava a correr mal, o material necessário não apareceu..."

I1"...um monitor deixou de ter linha, mas eram os eléctrodos que não estavam bem colocados e entrou-se muito em pânico..."

C5"...Temos uma doente para fazer uma intervenção (...) a patologia associada envolve algum risco cirúrgico e a hipótese é fazer hoje ou na próxima semana (...) o director não está cá, ou só com o interno da especialidade e eu protelo para 2ª feira uma vez que aí terei o apoio do director e da cirurgia geral se necessário."

C9"...o anestesista não estava na sala, as enfermeiras estavam reduzidas..."

I6"...foi com um cirurgião, eu estava a ajudá-lo numa cirurgia e estavam poucos elementos de enfermagem, estavam a almoçar, e o cirurgião que estava comigo ficou um bocado nervoso (...) uma cirurgia que não estava a correr lá muito bem (...) alterou-se um bocado..."

O contágio apenas foi descrito por enfermeiros e internos:

E7”Quando o cirurgião chegou à sala questionou porque aquela enfermeira estava a instrumentar para ele ao que lhe respondi que se tratava de uma enfermeira com a experiência necessária para a cirurgia. Face a este comentário a enfermeira ficou logo em stresse.”

I5”...já tive episódios em que tive pessoas stressadas ao meu lado (...) e há alturas em que a mim me foi inculido o stresse (...) e há alturas em que eu não soube resolver a projecção de stresse de outra pessoa.”

## 12.2 – ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

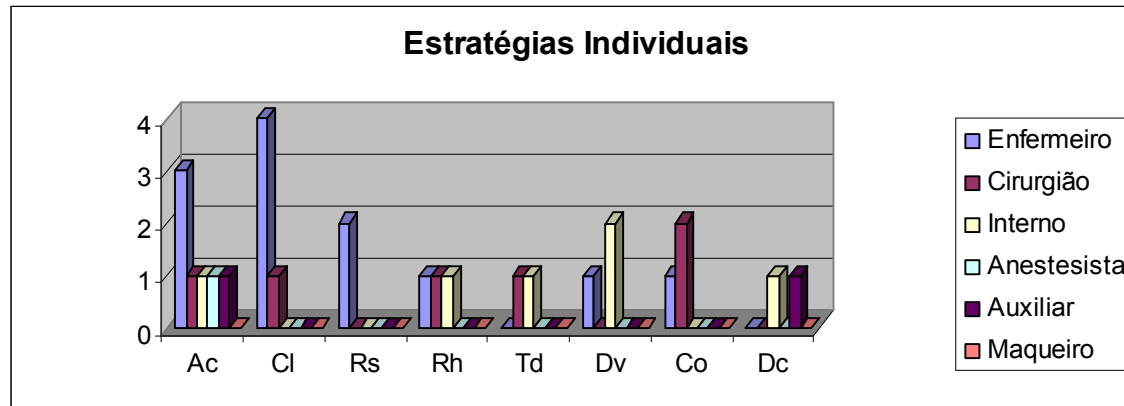


GRAFICO 5: Distribuição das Estratégias Individuais por Grupo Profissional.

Ac – Autocontrolo  
 Cl – Clarificação  
 Rs – Relação com Subordinados  
 Rh – Relação com Superiores Hierarquicos  
 Td – Tomada de Decisão  
 Dv – Desvalorização  
 Co – Confronto  
 Dc - Descontrolo

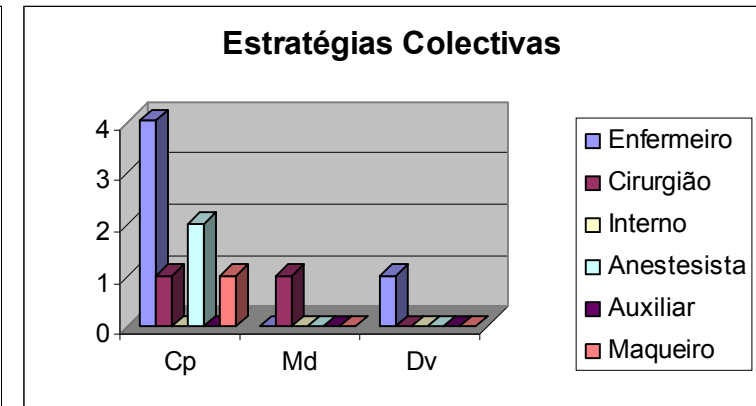


GRAFICO 6: Distribuição das Estratégias Colectivas por Grupo Profissional

Cp – Cooperação  
 Md – Existência de Moderador  
 Dv -Desvalorização

Curiosamente quando os entrevistados se referem às estratégias individuais utilizadas na resolução do incidente crítico as mais utilizadas pelos enfermeiros são a clarificação, o autocontrole e estratégias relacionadas com a relação com os subordinados por outro lado as estratégias utilizadas pelos cirurgiões centram-se no confronto existindo também alguns casos em que o descontrole, a tomada de decisão e até o autocontrole são utilizadas mas em menor incidência. Os internos adoptam uma postura de não intromissão desvalorizando as questões.

O autocontrole surge então como estratégias partilhada pelo grupo mas de grande utilização pelos enfermeiros:

E1” A estratégia foi uma mentalização individual, eu quero ficar, devo isto à senhora...”

E5”...o silêncio...”

C10”... o que eu pensei para ultrapassar foi, estou aqui sozinho, só posso contar comigo (...) tentei concentrar-me...”

I5”...é saber aguentar a crítica e ir fazendo...”

Ax2”...tentei contar até mil porque até dez não chegava e fui-me embora...”

A clarificação como se pode verificar é uma estratégia adoptada quase exclusivamente pelos enfermeiros:

E3"...dar atenção ao senhor explicar que não ia ter dores, que achava que era o melhor para ele..."

E4"A instrumentista disse que (...) era contra as normas de higiene e segurança em bloco operatório..."

E5"...tentar diminuir o desconhecimento..."

E6"Eu disse que se calhar era melhor aprender que os picantes devem passar para a mão da instrumentista protegidos nomeadamente numa situação destas, e que a maneira como ele tinha agido no dia anterior causaria muito stresse naquele dia..."

C7"Tento que aquela situação não volte a acontecer, esclarecendo o meu ponto de vista.

Os cirurgiões optam pelo confronto como estratégia de enfrentamento:

C2"... que não era por essa pessoa estar a falar comigo de forma mais ríspida que eu ia fazer melhor e mais depressa."

C4"...se for preciso vou mesmo um bocadinho mais longe e digo que não faço."

A desvalorização encontra-se bem ilustrada pelos internos:

I3"...tento desvalorizar."

I6"...eu da minha parte tentei fazer o oposto, não dizer absolutamente nada..."

As estratégias colectivas referidas pelos profissionais surgem, ainda, em menor número, que as individuais, existindo muitos episódios em que são inexistentes.

Assim, os enfermeiros surgem como o grupo com maior consciência da necessidade de estratégias colectivas referindo a cooperação como a mais utilizada seguidos pelo grupo de anestesistas, e por último pelos cirurgiões e maqueiros.

A existência de moderador, é referida pelos cirurgiões e a desvalorização surge aqui nas estratégias colectivas para os enfermeiros. Estranhamente, os internos e auxiliares, desvalorizam, isto é não referem qualquer estratégia colectiva na resolução dos episódios.

Para a cooperação encontramos os seguintes registos:

E1”...toda a gente estava sob stresse (...) tentou-se fazer tudo, houve ali uma grande cooperação entre toda a equipa (...) tudo funcionou até muito bem, mas realmente, não se pode fazer nada...”

E2”...nós enfermeiros somos um grupo que temos pouca intervenção nesse tipo de decisão...”

E2”O que eu tento fazer nesse momento é apelar à boa vontade de todos e solucionar o problema dessa pessoa (...) se calhar sobrando sempre para os que ficam...”

E5”...tentativa de remediar à medida que os problemas foram surgindo...”

C3”A equipa reuniu todos os esforços era apenas uma dificuldade anatómica.”

A2”Em situações limite as pessoas reúnem esforços sim.”

A3”...com a colaboração de toda a gente...”



M2”...tive o apoio do pessoal do bloco, da UCAPO que me ajudaram (...) era normal que não conhecesse muitos serviços...”

A existência de moderador é uma necessidade para os cirurgiões:

C1”...normalmente quando aparece alguém que não está envolvido naquela discussão (...) acaba digamos por dar razão à situação que está em discussão e essa razão às vezes está do meu lado...”

A desvalorização é em algumas situações a única estratégia como refere este enfermeiro:

E7 ”A restante equipa permaneceu em silêncio, não fez um comentário...”

### 12.3 - EFICÁCIA DAS ESTRATÉGIAS

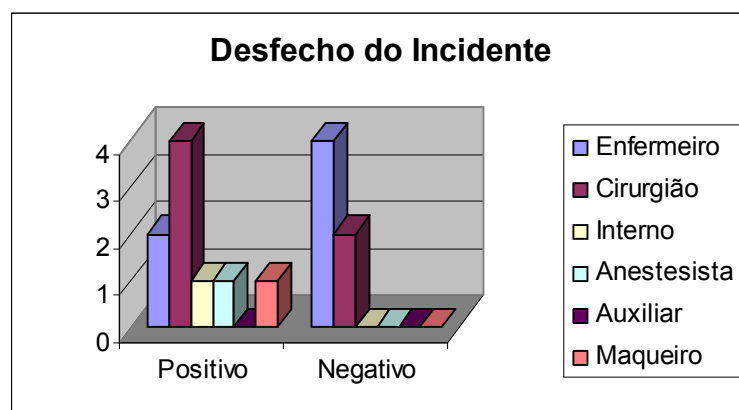


GRAFICO 7: Distribuição do Tipo de Episódio por Grupo Profissional.

Também aqui se verificaram diferenças quanto à eficácia das estratégias de enfrentamento. As estratégias revelaram-se eficazes para o grupo dos cirurgiões e predominantemente ineficazes para o grupo dos enfermeiros.

C1”...e fico digamos com aquilo que eu queria resolvido.”

C5"Trata-se de uma situação em que não podemos prever o resultado e todos os recursos disponíveis serão importantes."

C9"...acho que diminuiu os tempos de espera em relação a refazer os equipamentos, haver mais pessoas na sala (...) acho que ajudou..."

C10"... e a cirurgia correu, enfim correu bem mas com uma tensão maior..."

I6"...o cirurgião pediu desculpa no final (...) mas foi uma coisa que passou e que acho que depois se resolveu."

A3"...até posso dizer que era um cirurgião que na rotina era às vezes factor de stresse, mas naquele dia as coisas proporcionaram-se assim."

M2"...no final toda a gente me veio dar os parabéns, claro que foi bom..."

O desfecho do incidente foi negativo nos casos seguintes:

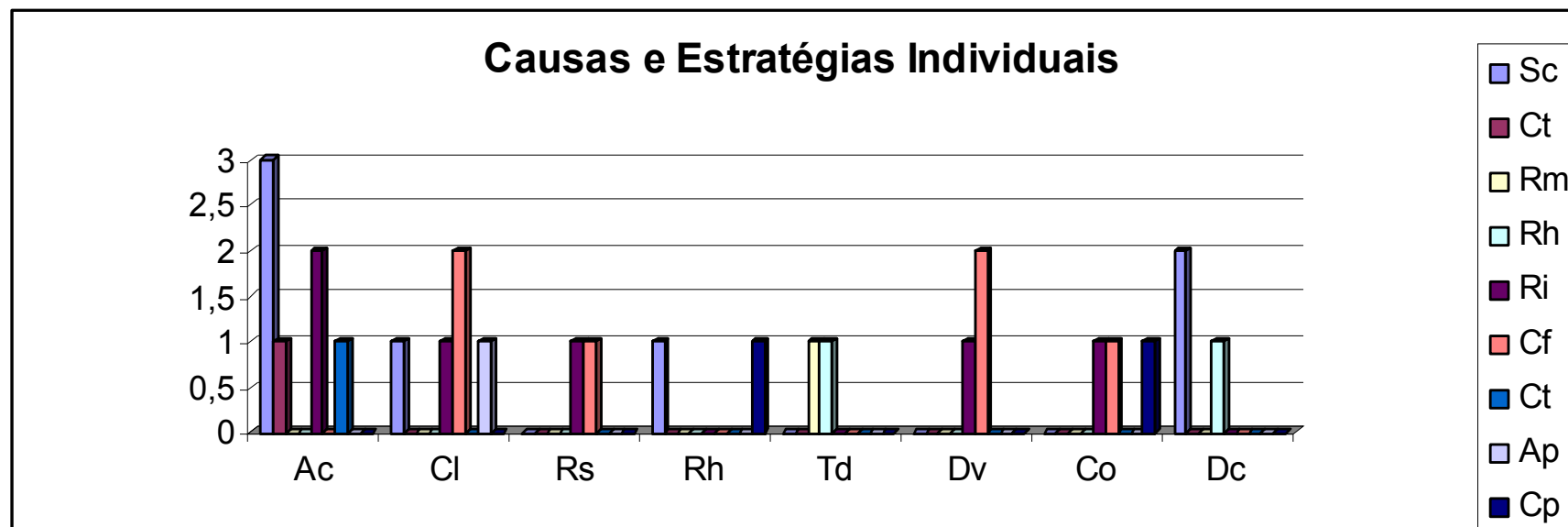
E3"...sei que no fim o doente estava danado comigo e com a anestesista pronto e eu acho que é muito chato. Acho que o doente tem o direito a escolher."

E4"...não existiu consenso..."

E5"...não houve uma paragem a meio do dia para dizer assim ok então vamos lá parar um bocadinho cinco minutos, organizemo-nos..."

E6"...quando nós alertamos para este tipo de situações (...) os cirurgiões não relevam tanto como nós..."

## 12.4 - RELAÇÃO ENTRE CAUSAS E ESTRATÉGIAS



### CAUSAS

Sc – Sobrecarga

Ct – Complexidade técnica

Rm – Recursos Materiais

Rh – Recursos Humanos

Ri – Relação Interdisciplinar

Cf – Conflito

Co – Contágio

Ap – Ambiguidade Papel

Cp – Conflito Papel

Rs – Relação com Superiores Hierarquicos

### ESTRATEGIAS

Ac – Autocontrolo

Cl – Clarificação

Rs – Relação com Subordinados

Rh – Relação com Superiores Hierarquicos

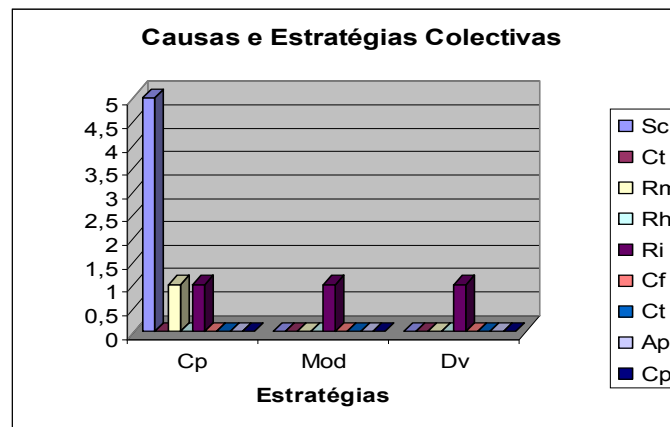
Td – Tomada de Decisão

Dv – Desvalorização

Co – Confronto

Dc - Descontrolo

GRAFICO 8: Distribuição das Estratégias Individuais por Factor Indutor de Stresse.



#### CAUSAS

Sc – Sobrecarga  
 Ct – Complexidade técnica  
 Rm – Recursos Materiais  
 Rh – Recursos Humanos  
 Ri – Relação Interdisciplinar  
 Cf – Conflito  
 Co – Contágio  
 Ap – Ambiguidade Papel  
 Cp – Conflito Papel  
 Rs – Relação com Superiores Hierarquicos

#### ESTRATEGIAS

Cp - Cooperação  
 Mod – Existência de moderador  
 Dv - Desvalorização

GRAFICO 9: Distribuição das Estratégias Colectivas por Factor Indutor de Stresse.

Numa tentativa de ir mais longe, foram cruzadas as causas e estratégias com o objectivo de perceber quais as estratégias individuais e colectivas utilizadas em cada causa de stresse.

Mais uma vez, os resultados são curiosos. Assim, no que se refere a estratégia mais utilizada em casos de sobrecarga, complexidade técnica, relações interdisciplinares e situações de contágio surge, o autocontrolo. A clarificação é predominantemente utilizada em situações de conflito, bem como a desvalorização seguida da cooperação. O descontrole também se evidencia na sobrecarga.

Quanto às estratégias colectivas não existe dúvida que a cooperação é a estratégia utilizada para a sobrecarga laboral.

Em suma, muitas das situações stressantes no dia a dia de cada profissional não são analisadas desta forma e muitas das estratégias que se poderiam aplicar ou utilizar pelos profissionais em conjunto ou individualmente não são efectuadas. Se existisse este exercício de análise e desmontagem dos episódios por parte dos superiores hierarquicos, por exemplo, não com um sentido sancionatório mas de ajuda para melhor enfrentar as situações ou episódios futuros poder-se-ia estar presente uma mais valia nas instituições de saúde.

## 13 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foram vários os princípios éticos a ter em conta neste estudo. Garantir o anonimato quer no questionário, quer na entrevista, para que, ao se conhecerem os resultados seja impossível identificar os participantes, este aspecto é essencial na investigação. Este estudo assegura o princípio da beneficência, ou seja, não pode ocorrer dano, ou colocação dos sujeitos em posições desvantajosas. Assim, toda a informação fornecida para este trabalho, não será utilizada contra eles em qualquer circunstância.

A cada sujeito da amostra foi reservado o direito à autodeterminação, ou seja, cada um, decidiu de forma livre, a sua participação.

Foi solicitado, em requerimento, um pedido de autorização do presente estudo, com os seus objectivos, bem como os instrumentos de colheita de dados a utilizar, para a Direcção de Enfermagem do Hospital Pulido Valente E.P.E. O pedido em causa foi encaminhado para a comissão de ética da referida instituição, que deliberou pela aprovação do estudo. Foi dado conhecimento e solicitada a autorização ao Director do Bloco Operatório e enviadas cópias do consentimento autorizado aos directores de serviço dos profissionais envolvidos, bem como à chefe do bloco operatório, para que fosse conhecido o teor do projecto bem como o parecer da comissão de ética. (Ver Anexo IV).

## 14 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A primeira grande limitação deste estudo foi o tempo. Trata-se de uma área muito abrangente, surgindo associada a outras temáticas, e que merecem ser analisadas. A existência de uma vasta bibliografia na área faz com que ocorra alguma dispersão. Assim, uma delimitação correcta da temática, foi fundamental. A segunda limitação esteve relacionada com a inexperiência do investigador nomeadamente em tratamento estatístico de dados, tendo dificultado a análise dos resultados do teste psicométrico, o que levou a um maior gasto de tempo. Se, por um lado, a proximidade do investigador à amostra faz com que aquele conheça bem o ambiente envolvente e os profissionais que constituem a amostra, por outro, o facto de o investigador fazer parte de um dos grupos profissionais, pode de alguma forma, induzir a amostra a um determinado tipo de respostas; esta constitui a terceira grande limitação ao estudo. A tentativa de sintetizar o que é efectivamente pertinente para o estudo revelou-se a grande dificuldade.

## 15 – IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Os resultados deste estudo terão inevitavelmente implicações a vários níveis, da Gestão Organizacional, nomeadamente a nível da gestão de recursos humanos, à Prestação de Cuidados, Formação adaptada às necessidades dos profissionais, envolvendo equipas interdisciplinares e sobretudo privilegiando áreas como o stresse profissional e Investigação. Este estudo poderá constituir uma base para que se analisem outros contextos em saúde e noutras instituições.

A consciencialização do grupo de profissionais para a temática, é sem dúvida, uma etapa, que, a ser transposta constitui uma mais valia. A divulgação de resultados bem como o conhecimento do que constitui factor de stresse para cada subgrupo profissional pode influenciar o comportamento do grupo, facilitando a comunicação entre estratos profissionais

## 16 – CONCLUSÃO

Citando MARCOS (2001: 59) ***“... o stresse é o desafio capital da vida (...) viver implica enfrentar, superar e vencer todo o possível espectro de situações de stresse, elas mesmas desafios da própria vida à nossa capacidade de resistência e renovação pessoal, com vista ao usufruto de uma existência com qualidade de vida, pleno bem-estar e felicidade.”***

O homem adquire qualidade como ser social, ao desempenhar a sua actividade laboral, mobilizando todas as suas potencialidades físicas, psíquicas e sociais. Quer actue em grupo, ou individualmente, o profissional necessita de agir em segurança e com saúde. Saúde e segurança constituem um binómio indissociável, ou seja, uma condição básica para o desenvolvimento e crescimento equilibrado do trabalhador.

O homem é um ser bio, psico e social. A preocupação com a segurança física constitui a base da satisfação das necessidades humanas. Em países civilizados, como Portugal, ainda existe um longo caminho a percorrer quanto á segurança física. Então e para quando uma actuação mais objectiva com a saúde psicológica? A saúde psicológica é aquela que interfere com a personalidade individual. Um profissional que não se encontre em equilíbrio a nível psicológico, não pode executar um trabalho seguro, nem pode inspirar confiança e segurança aos seus colegas de trabalho. A segurança psicossocial refere-se aos sentimentos de um grupo relacionados com algumas variáveis relativas à dinâmica de grupos como o relacionamento interpessoal, liderança, comunicação, cultura, etc. O bem-estar implica o equilíbrio destes três níveis de segurança o que sugere que a nível de segurança e saúde no trabalho a actuação dos grupos de saúde ocupacional deve reflectir sobre estas três dimensões, de modo a manter o equilíbrio.

O enfoque no apoio/suporte social nos grupos de trabalhadores de saúde é emergente. A qualidade dos cuidados é posta em causa, quando um enfermeiro ou um médico que seja vítima de stresse ocupacional não é cuidado. É fundamental desenvolver projectos a nível de saúde ocupacional que visem a prevenção, o



diagnóstico e o tratamento do stresse que constitui um risco para os profissionais de saúde.

Uma das mensagens deste trabalho consiste em alertar os profissionais para a importância do suporte social, como mediador do stresse ocupacional. Para as organizações, a importância da gestão de recursos humanos não só com o objectivo da rentabilidade e qualidade dos cuidados mas também o bem-estar dos trabalhadores, oferecendo suporte social, quer através de atitudes compreensivas, falando sobre os assuntos; em vez de determinar, por que não, partilhar, ou efectuando uma delegação apoiada. Estas atitudes motivam e concebem satisfação aos profissionais. Esta comunicação com a hierarquia em que a tomada de decisões é participada pelos trabalhadores, confere autonomia e é um recurso de suporte social.

É momento de dar voz ao trabalhador e não abafar as suas ideias e problemas.

A integração institucional é o primeiro passo para uma actuação participante, motivante e coesa com os outros profissionais, factores que por si só minimizam o stresse ocupacional. Esta integração institucional deve desenvolver nos novos profissionais um sentimento de compromisso onde as dimensões a desenvolver devem ser o **Vigor** com altos níveis de energia e resiliência na realização da tarefa, é realizado um investimento no trabalho e, por conseguinte, uma maior disponibilidade para enfrentar dificuldades. A **Dedicação** também é uma dimensão a desenvolver onde a significância, o orgulho e o desafio são os pontos fortes. Por último, a **Absorção** onde a concentração é centrada em emoções positivas, desenvolve-se o gosto pela actividade laboral. Estas três dimensões compõem a **Teoria do Compromisso** de SHAUFELI de 2004. Esta teoria permite o desenvolvimento das competências dos indivíduos realçando os traços de personalidade mais adequados a estas dimensões.

O desenvolvimento da dissertação permitiu sintetizar ideias que se encontravam dispersas, após a revisão bibliográfica, e rever conceitos sobre a metodologia científica em ciências sociais, permitiu, também, um conhecimento mais profundo da equipa multidisciplinar cirúrgica e de como os processos de stresse se manifestam no grupo.

O bem estar é uma dimensão necessária na realidade da actividade profissional dos indivíduos. Infelizmente, a sobreposição constante de factores indutores de stresse afasta esta dimensão. Os factores indutores de stresse bem como as estratégias de enfrentamento identificados pela amostra deste estudo encontram-se em sintonia com os factores e estratégias identificados pela literatura consultada. A avaliação dos índices de exaustão nos profissionais revelou-se uma actividade necessária. Curiosamente, decorridos vários meses sobre a recolha de dados através do teste MBI foram vários os profissionais que o solicitaram a fim de poderem fazer um autodiagnóstico. Fazendo uma análise, pode afirmar-se que, no futuro, existe um grande caminho a percorrer, no âmbito da prevenção do stresse profissional nos profissionais de saúde. As primeiras abordagens à temática foram efectuadas, a identificação dos factores indutores de stresse bem como as estratégias de enfrentamento, permitirão aos profissionais conhecer melhor fenómenos como o contágio ou a sobrecarga e quais os recursos que é possível mobilizar. A matéria resultante deste estudo permitirá o desenvolvimento de programas adequados às necessidades sentidas pelos profissionais.

É importante conhecer os fenómenos associados ao stresse e quais as suas manifestações, mas é emergente desenvolver medidas proactivas que visem a promoção da saúde psicológica dos trabalhadores que diariamente desenvolvem a sua actividade em equipas interdependentes, em serviços, como o bloco operatório, onde a vida e a morte se cruzam.

## 17 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTUNES, João Lobo (2005). **Sobre a Mão e Outros Ensaios**. Edições Gradiva.
- ARAUJO, Tânia (2003). **Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control**. In Ciência e Saúde Coletiva nº 8, 991-1003.
- BALLONE, GJ (2003) – **O impacto do (bom) humor sobre o estresse e a saúde**. In [www.gballone.sites.uol.com.br/psicossomática/bomhumor.html](http://www.gballone.sites.uol.com.br/psicossomática/bomhumor.html) Internet, em 22 de Outubro de 2007.
- BURKE, Ronald; GREENGLASS, Esther (2001). **Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff**. In Psychology and Health, vol16, 583-594.
- CAETANO, António et al. (2001). **Manual de Psicossociologia das Organizações**. Editora Macgraw Hill.
- CARDOSO, Silvia (2001). **O poder do riso**. Site: [www.cerebromente.org.br/n15/mente/laughter2/info-ciencia.html](http://www.cerebromente.org.br/n15/mente/laughter2/info-ciencia.html) em 01/10/2007.
- CARLOTTO, Mary (2004). **Análise factorial do MBI**. In Psicologia em Estudo, Maringá, Vol 9, Nº 3, p. 499-505.
- CARLOTTO, Mary (2005). **Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar**. Consultado em: [Http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php) em 28/07/2007.

- CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela (1998) **Metodologia da Investigação**. Universidade Aberta.
- CARPENTER, Dona (2002). **Investigação Qualitativa em Enfermagem**. Lisboa, 2ª Edição. Lusociência, Edições Técnico-Ciêntíficas.
- CHIAVENATO, Idalberto (2004). **Comportamento Organizacional**. São Paulo. Pioneira Thomson Learning.
- CRUZ , J.F., MELO, B.M. (1996). **Stresse e Burnout nos Psicólogos. Desenvolvimento e Características Psicométrico de Instrumentos de Avaliação**. Braga: Universidade do Minho.
- DELBROUCH, Michel (2006). **Síndrome de Exaustão (Burnout)**. Lisboa, 1ª Edição, Climepsi Editores.
- DIAS, António Madureira (1999). **Personalidade e Coronariopatia**. In Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Site: [www.ipv.pt/Millenium30/15.pdf](http://www.ipv.pt/Millenium30/15.pdf). consultada a 28/07/2007.
- EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK (2002). **Stresse no Trabalho**. In Pacote de Informações para a Imprensa. Consultado em [www.osha.eu.int/ew2002](http://www.osha.eu.int/ew2002) em 18/07/2007.
- FREITAS, Fidalgo (1999). **O esgotamento (burnout) nos professores**. In Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Site: [www.ipv.pt/millenium/15\\_spec1.htm](http://www.ipv.pt/millenium/15_spec1.htm) em 05/03/2007.
- FOLKMAN, Susan (2000). **Positive Affect and the Other Side of Coping**. In American Psychologist, Vol 55, Nº 6, 647-654.

- FOLKMAN, Susan (2004). **Coping: Pitfalls and Promise**. In Annual Reviews. Nº 55, 745-774.
  
- FRAGATA, José. (2006). **Risco Clínico Complexidade e Performance**. Edições Almedina.
  
- FRASQUILHO, Maria Antónia (2005). **Medicina, Médicos e Pessoas. Compreender o Stresse para prevenir o Burnout**. In Acta Médica Portuguesa, nº18, 433-444.
  
- GRAÇA, Luis (1999). **Satisfação profissional no SNS**. In Texto 26 consultado em: [www.ensp.unl.pt/l.graca/textos26.html](http://www.ensp.unl.pt/l.graca/textos26.html) em 26/07/2007.
  
- HANNAKAISA, Länsisalmi; PEIRÓ, José; KIVIMÄKI, Mika. – **Collective stress and coping in the context of organizational culture**. In European Journal of Work and Organizational Psychology, 2000, 9 (4), 527-559.
  
- JESUINO, Jorge (1988). **Liderança e Stress. Efeitos de Atenuação**. Psiquiatria Clínica, 9, (4), 219-229.
  
- JESUÍNO, Jorge (2005). **Processos de Liderança**. Livros horizonte, 4ª Edição.
  
- LEAL, Maria (1998). **Stress e Burnout**. Edição Bial, Porto p. 133.
  
- LEITER, Michael (2001). **Abusive interactions and burnout: examining occupation, gender, and the mediating role of community**. In Psychology and Health vol16, 547-563.

- MARTINS, Maria (2003). **Situações Indutoras de Stress no Trabalho dos Enfermeiros em Ambiente Hospitalar.** Consultado em: [www.ipv.pt/millennium/millennium28/18.htm](http://www.ipv.pt/millennium/millennium28/18.htm) em 30/08/2007.
- MASLACH, Christina (1996). **Maslach Burnout Inventory Manual.** Palo Alto, California Third Edition.
- MASLACH, Christina (2001). **Job Burnout.** In Annual Revue of Psychology. N°52, pg 397-422.
- MASLACH, Christina (2001). **What have we learned about burnout and health?** Psychology and Health, vol16, 607-611.
- MENDES, Aida (2002). **Stress e Imunidade.** Edições Formasau.
- MONTE, Pedro (2003). **El Síndrome de Quemarse por el Trabajo en Profesionales de Enfermería.** In Revista Eletronica Inter Acção Psycologica. Ano 1, nº1, pg. 19-33.
- NOGUEIRA, Luiz (2003). **Saúde mental dos profissionais de saúde.** Revista Brasileira de Medicina no Trabalho, Belo Horizonte. Vol 1, nº1, jul-Set, 56-68.
- PARREIRA, Artur (2006). **Gestão do stress e qualidade de vida.** Edição Monitor.
- PEIRÓ, José (1999). **Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo.** Anales de psicologia, vol15,nº2261-268.

- PEIRÓ, José (2001). **El Estrés Laboral: Una perspectiva individual y colectiva**. In Revista Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Nº13, pg. 18-38.
- PEREIRA, Orlindo (2004). **Fundamentos de Comportamento Organizacional**. Edição da Fundação Calouste Gulbenkian. 2ª Edição.
- QUEIRÓS, Paulo (2005). **BURNOUT**. Sinais Vitais, Coimbra.
- PACHECO, José (2007). **Burnout e coping em profissionais de saúde**. In Revista Investigação em Enfermagem. Sinais Vitais. Nº 16, Agosto, p32-41.
- POLIT, Denise (1995). **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre, 3ª Edição, Artes Médicas.
- QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van. (2005) Manual **de Investigação em Ciências Sociais**. Gradiva.
- RAMOS, Marco (2001) **Desafiar o Desafio**.- Prevenção de Stress no Trabalho. Editora RH, Lisboa, 379.
- RAMOS, Natália (2004). **Psicologia Clínica e da Saúde**. Universidade Aberta. Textos de Base, nº283.
- RAMOS, Rui (2006). **Relação entre a Síndrome de Exaustão Emocional e a Personalidade**. In 1º Congresso Nacional de Serviços de Urgência e Emergência de Medicina e Enfermagem.
- REGO, Arménio; CUNHA Miguel (2004). **A Essência da Liderança**. RH Editora. 2ª Edição.

- RIBEIRO, José Pais (2007). **Introdução à Psicologia da Saúde**. Quarteto Editora. 2ª Edição.
- SANTOS, Neusa et al (2007). **Estratégia de Coping dos Enfermeiros face ao Stresse**. In Revista Portuguesa de Enfermeiros. IFE (Instituto de Formação em Enfermagem).
- SERRA, Adriano Vaz (1998). **O Stress na Vida de Todos Os Dias**. Universidade de Coimbra.
- SERRA, Adriano Vaz (2003). **O Distúrbio de Stress Pós-Traumático**. Vale & Vale Editores, Lda. 1ª Edição, Coimbra.
- SHAUFELI, Wilmar (2001). **Introduction to special issue on burnout and health**. In Psychology and Health, vol16, 501-510.
- STUMM, Eniva et al (2006). **Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um cetro cirúrgico**. In texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, Jul-Set; nº15(3)464-471.
- VALA, Jorge; MONTEIRO, Benedita (2004). **Psicologia Social**. Edição da Fundação Calouste Gulbenkian. 6ª Edição.
- WESTMAN, Mina; ETZION, Dalia (2001). **The impact of vacation and job stress on burnout and absenteeism**. In Psychology and Health, vol16, 595-606.
- WETZEL, Cordula (2006). **The effects of stress on surgical performance**. In the American Journal of Surgery 191, 5-10.



- ZALAUQUETT, Carlos; WOOD, Richard (1997). **Evaluating Stress**. The Scarecrow Press, Inc. Lanham, Md., & London.
- FRASQUILHO, M<sup>a</sup> Antónia (2005). **Medicina, Médicos e pessoas. Compreender o stresse para prevenir o burnout.** In Acta Médica Portuguesa; nº18, 433-444.
- Vala, J., & Monteiro, M. B. (2003). **Psicologia Social** ( 5<sup>a</sup> Edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- VAGUEIRO, M<sup>a</sup> Celeste (1999) – **Lidar com o “stress” na vida profissional.** In [www.indice.pt/artigos.lasso?id=6](http://www.indice.pt/artigos.lasso?id=6), Internet , em 30 de Setembro de 2007.

## 18 – ANEXOS



## ANEXO I – ESCALA MBI

**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 o descreve (de 1 a 6).

SENTIMENTOS	NUNCA	ALGUMAS VEZES POR ANO	UMA VEZ POR MÊS	ALGUMAS VEZES POR MÊS	UMA VEZ POR SEMANA	ALGUMAS VEZES POR SEMANA	TODOS OS DIAS
1 . Sinto-me emocionalmente esgotado(a) com o meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
2 . Sinto-me exausto(a) no fim de um dia de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
3. Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia no meu emprego	0	1	2	3	4	5	6
4 . Compreendo facilmente o que sentem as pessoas com quem tenho de me relacionar no meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
5 . Sinto que trato algumas pessoas das minhas relações profissionais como se fossem objectos impessoais	0	1	2	3	4	5	6
6 . Trabalhar com pessoas todo o dia esgota-me	0	1	2	3	4	5	6
7 . Sou capaz de lidar de forma eficaz com os problemas dos clientes/utentes da organização onde trabalho	0	1	2	3	4	5	6
8 . O meu trabalho deixa-me completamente exausto	0	1	2	3	4	5	6
9 . Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida das outras pessoas	0	1	2	3	4	5	6
10 . Tornei-me mais indiferente para com as pessoas desde que comecei a exercer as funções que actualmente desempenho	0	1	2	3	4	5	6
11 . Preocupo-me que as funções que exerço me estejam a transformar numa pessoa mais dura	0	1	2	3	4	5	6

## Stresse e Burnout na Equipa Multidisciplinar Cirúrgica

SENTIMENTOS	NUNCA	ALGUMAS VEZES POR ANO	UMA VEZ POR MÊS	ALGUMAS VEZES POR MÊS	UMA VEZ POR SEMANA	ALGUMAS VEZES POR SEMANA	TODOS OS DIAS
12 . Sinto-me cheio(a) de energia	0	1	2	3	4	5	6
13 . Sinto-me frustrado(a) no trabalho	0	1	2	3	4	5	6
14. Sinto que estou a trabalhar em excesso no meu emprego	0	1	2	3	4	5	6
15 . Na verdade não me preocupo com o que possa suceder aos clientes/utentes da organização onde trabalho	0	1	2	3	4	5	6
16 . Trabalhar directamente com pessoas causa-me muito stresse	0	1	2	3	4	5	6
17 . Consigo criar facilmente um ambiente descontraído com as pessoas a quem presto serviço	0	1	2	3	4	5	6
18 . Sinto-me entusiasmado(a) após sessões de trabalho com as pessoas a quem presto serviço	0	1	2	3	4	5	6
19 . No meu trabalho tenho conseguido fazer coisas com valor	0	1	2	3	4	5	6
20 . Sinto-me como uma corda esticada até ao fim	0	1	2	3	4	5	6
21 . No meu trabalho enfrento calmamente os problemas emocionais	0	1	2	3	4	5	6
22 . Sinto que os clientes/utentes da organização me culpam por alguns dos seus problemas	0	1	2	3	4	5	6

EXAUSTÃO EMOCIONAL 1 2 3 6 8 13 14 20  
 DESPERSONALIZAÇÃO 5 10 11 15 22  
 REALIZAÇÃO PESSOAL 4 7 9 17 18 19 21  
 SUPRIMIR 12 16

**NÍVEIS ELEVADOS** EM EXAUSTÃO EMOCIONAL E EM DESPERSONALIZAÇÃO SIGNIFICAM BURNOUT ELEVADO  
**NÍVEIS BAIXOS** EM REALIZAÇÃO PESSOAL SIGNIFICAM BURNOUT ELEVADO

## ANEXO II – GUIÃO PARA ENTREVISTA

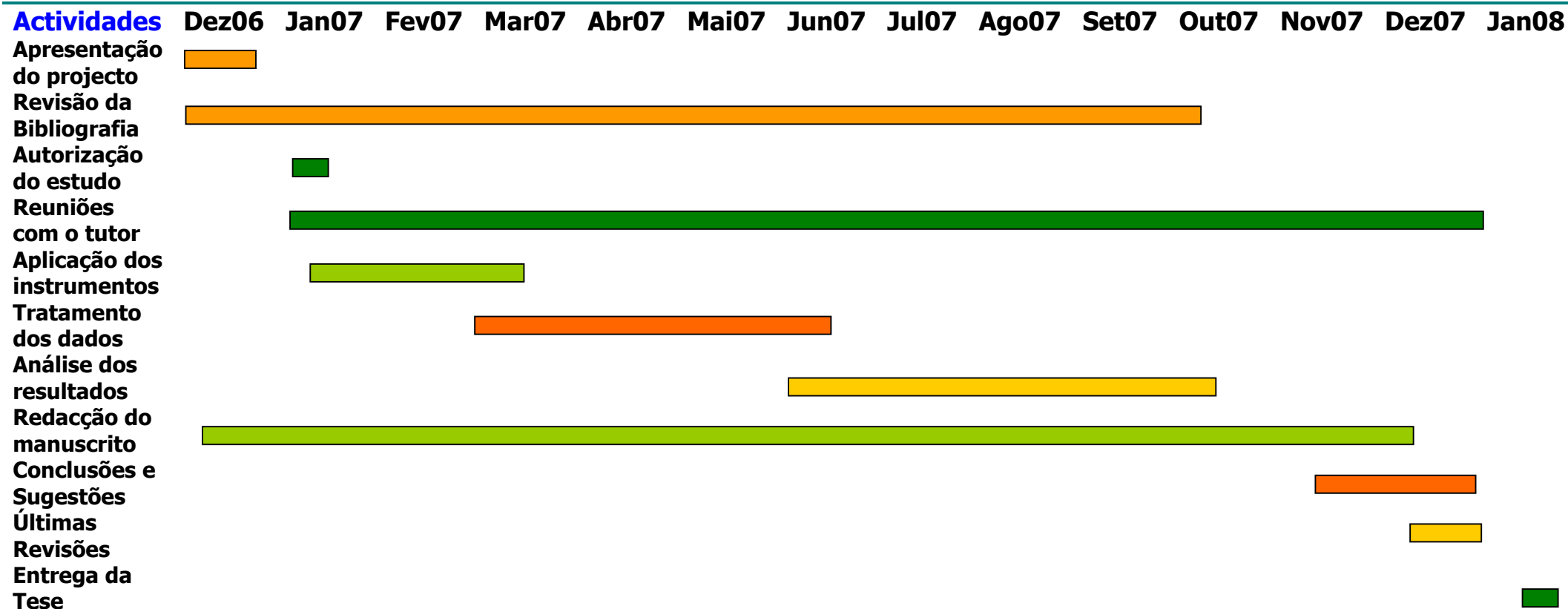
### GUIÃO DE ENTREVISTA

Identificação da Entrevista: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Anos de Profissão: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_ Local da Entrevista: \_\_\_\_\_  
Habilitações Profissionais: \_\_\_\_\_

- 1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?
- 2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?  
Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.
- 3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?
- 4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?
- 5 - Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?

## ANEXO III - CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

### Dissertação de Mestrado Stresse e Burnout na Equipa Cirúrgica



#### ANEXO IV - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA O ESTUDO

À Exma. Sr<sup>a</sup> Enfermeira Directora do Hospital Pulido Valente E.P.E.

Maria do Céu Assis Rodrigues, Enfermeira Graduada, a exercer funções no serviço de Bloco Operatório, a frequentar o VII Mestrado em Comunicação em saúde, da Universidade Aberta, vem por este meio solicitar o consentimento autorizado para a recolha, tratamento e divulgação de resultados do trabalho de investigação a realizar, no âmbito da tese de mestrado, intitulada “ **Stresse e Burnout na Equipa Multidisciplinar Cirúrgica**”.

Os **objectivos** deste estudo estão relacionados com a visibilidade do problema do stresse na equipa multidisciplinar em cirurgia.

**Conhecer os factores indutores de stress;**

**Saber quais as estratégias de coping mais utilizadas pela equipa;**

**Delinear estratégias que permitam minimizar os efeitos adversos do stress no trabalho;**

Para o estudo do stresse na equipa multidisciplinar no bloco operatório será efectuado um **Estudo Misto Descritivo e Exploratório**.

Deste modo será utilizada a metodologia **Quantitativa e Qualitativa**.

A população em estudo é constituída por todos os profissionais de saúde, utilizadores do serviço de bloco operatório.

Para a colheita de dados serão utilizados os seguintes instrumentos:

**Observação Participante**

**Escala Maslach Burnout Inventory**

**Entrevista Exploratória Não-Estruturada**

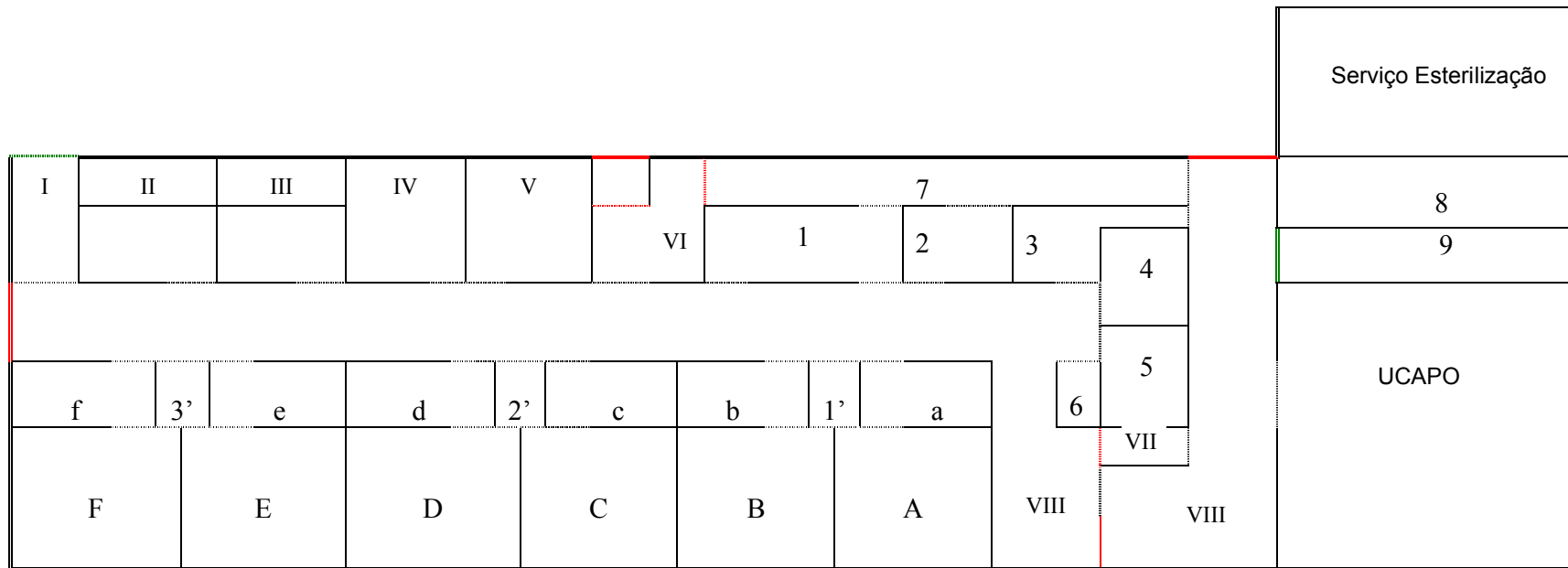
Sem outro assunto, grata pela atenção

Pede deferimento

Lisboa, 2 de Janeiro de 2007

(Maria do Céu Assis Rodrigues)

ANEXO V - PLANTA DO SERVIÇO DE BLOCO OPERATÓRIO DO HOSPITAL PULIDO VALENTE



LEGENDA:

A – Suite operatória A  
B – Suite operatória B  
C – Suite operatória C  
D – Suite operatória D  
E – Suite operatória E  
F – Suite operatória F

a – Sala de Indução A  
b – Sala de Indução B  
c – Sala de Indução C  
d – Sala de Indução D  
e – Sala de Indução E  
f – Sala de Indução F

1' – Zona Desinfecção 1  
2' – Zona Desinfecção 2  
3' – Zona Desinfecção 3

I – Armaz. Consumo Clínico 1  
II – Armaz. Consumo Clínico 2  
III – Armaz. Esterilizados  
IV – Farmácia  
V – Sala pausa  
VI – Zona Suja  
VII – Exame Extemporâneo  
VIII – Zona de Tranfer + Circuito limpos

1 – Vestiários ♀  
2 – Vestiários ♂  
3 – Vestiário Ambulatório  
4 – Gab. Secretária Unidade  
5 – Gab. Enfermeira Chefe  
6 – Gab. Director Bloco  
7 – Acesso Vestiários + Circuito material contaminado Serv. Est.  
8 – Gabs. Anestesia + Sala Espera Familiares  
9 – Acesso ao Serviço BO

— - Acesso ao Exterior    - Porta de acesso    - Janela c/ acesso exterior    - Porta acesso ao BO    - Tranfer doentes    - Janela de Transferência



ANEXO VI – LEGISLAÇÃO

# Regulamentação das Doenças Profissionais

DL 248/99, de 2/7

1 - A reparação das doenças profissionais apareceu na legislação da maioria dos países, incluindo Portugal, intimamente ligada à dos acidentes de trabalho, quer com a dupla designação, quer na formulação integrada de riscos profissionais. Os acidentes de trabalho e as doenças profissionais são, em regra, considerados como uma eventualidade a proteger no âmbito dos instrumentos normativos internacionais de segurança social, como é o caso da Convenção n.º 102 da Organização Internacional do Trabalho e do Código Europeu de Segurança Social.

As bases legais de cobertura dos riscos profissionais são actualmente fixadas pela Lei n.º 2127, de 3 de Agosto de 1965, pelo Decreto n.º 360/71, de 21 de Agosto, que a regulamenta, e por numerosa legislação complementar, que se baseiam no tradicional princípio de responsabilidade patronal, com transferência obrigatória da cobertura do risco para empresas seguradoras.

Porém, ainda antes da publicação daquela lei, ou seja, na vigência da Lei n.º 1942, de 27 de Julho de 1936, foi publicado o Decreto-Lei n.º 44 307, de 27 de Abril de 1962, que, atendendo à extrema gravidade do problema da silicose, considerou, como refere no preâmbulo, que se deveria, com vantagens para todos os sectores interessados, confiar a gestão do seguro daquela doença profissional a um organismo de fins não lucrativos integrado no então sistema de previdência social.

O movimento que então se iniciou, no sentido da progressiva responsabilização da segurança social pela cobertura deste risco de natureza eminentemente social, ficou logo assumido no artigo 3.º do diploma, ao referir que a Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais abrangeria, de início, a cobertura do risco da silicose e, progressivamente, se estenderia às demais pneumoconioses e outras doenças profissionais.

Esta evolução, faseada ao longo dos anos, culminou com a publicação do Decreto-Lei n.º 478/73, de 27 de Setembro, que estendeu o âmbito da Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais à generalidade das entidades patronais das actividades de comércio, indústria e serviços, e teve o seu termo com o Decreto-Lei n.º 200/81, de 9 de Julho.

Com efeito, este diploma determinou, por assim dizer, a integração no regime geral de segurança social da protecção do risco de doença profissional, que ficou desligada da actividade seguradora, mas, ao mesmo tempo, não se operou qualquer dissociação do regime legal de protecção da mesma, face ao estabelecido pela Lei n.º 2127 e pelo Decreto n.º 360/71.

2 - A natural desactualização de uma legislação que remonta há mais de 30 anos, a nova

filosofia da protecção social, bem como as próprias alterações dos factos sociais, impuseram a revisão da legislação que a aprovação da Lei n.º 100/97, de 13 de Setembro, veio concretizar. Essa lei, que manteve a unidade do regime dos riscos profissionais, exige, contudo, uma regulamentação autonomizada.

Com efeito, enquanto a cobertura por acidente de trabalho se mantém na responsabilidade da entidade empregadora, embora constituída na obrigação de a transferir para as empresas seguradoras, outro tanto não acontece com a protecção das doenças profissionais.

Este risco, além de gerido, como acima se referiu, por uma instituição de segurança social - o Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais, que sucedeu à Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais -, foi integrado como eventualidade coberta pelo regime geral de segurança social, devendo a respectiva regulamentação não apenas ter em conta o instituído na Lei n.º 100/97, mas consubstanciar o desenvolvimento jurídico do ponto de vista substantivo e formal, decorrente do disposto na Lei n.º 28/84, de 14 de Agosto, lei de bases da segurança social.

3 - Neste quadro de referências, este diploma, ao regulamentar a protecção consagrada na Lei n.º 100/97, que introduziu novas prestações e melhorou o cálculo das existentes, adoptou a sistematização própria da legislação da segurança social, adequou as regras substantivas ao funcionamento das instituições e aos princípios inerentes ao seu quadro normativo, para além, naturalmente, de ter presente outros benefícios, designadamente já consagrados no âmbito da legislação de segurança social, como a pensão provisória por morte e o montante provisório da pensão.

No tocante à actualização das pensões, dispõe-se que a mesma terá lugar quando tal circunstância se verificar para as demais pensões do regime geral.

Por sua vez, uma eventual adequação da taxa contributiva à incidência das doenças profissionais nas empresas será objecto de ponderação para previsão em sede própria.

Assim, no desenvolvimento do regime jurídico da Lei n.º 28/84, de 14 de Agosto, e da Lei n.º 100/97, de 13 de Setembro, e nos termos das alíneas a) e c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta, para valer como lei geral da República, o seguinte:

## CAPÍTULO I - Protecção nas doenças profissionais

### SECÇÃO I - Natureza e protecção da eventualidade

#### Art. 1.º - Objecto

1 - O presente diploma regulamenta a Lei n.º 100/97, de 13 de Setembro, relativamente à protecção da eventualidade de doenças profissionais.

2 - A protecção da eventualidade, referida no número anterior, integra-se no âmbito material do regime geral de segurança social dos trabalhadores por conta de outrem e dos independentes.

#### Art. 2.º - Caracterização da eventualidade

1 - São doenças profissionais as doenças constantes da lista das doenças profissionais.

2 - São ainda consideradas doenças profissionais, para efeitos deste diploma, as lesões, perturbações funcionais ou doenças, não incluídas na lista a que se refere o número anterior, desde que sejam consequência necessária e directa da actividade exercida pelos trabalhadores e não representem normal desgaste do organismo.

Art. 3.º - Lista das doenças profissionais

A elaboração e actualização da lista das doenças profissionais é realizada por uma comissão nacional, cuja composição, competência e funcionamento são fixados em diploma próprio.

Art. 4.º - Natureza da incapacidade

- 1 - As doenças profissionais podem determinar incapacidades temporárias ou permanentes para o trabalho.
- 2 - As incapacidades temporárias podem ser parciais ou absolutas.
- 3 - As incapacidades permanentes podem ser parciais, absolutas para o trabalho habitual e absolutas para todo e qualquer trabalho.
- 4 - As incapacidades temporárias de duração superior a 18 meses consideram-se como permanentes, devendo ser fixado o respectivo grau de incapacidade, salvo parecer clínico em contrário, não podendo, no entanto, aquelas incapacidades ultrapassar os 30 meses.
- 5 - O parecer clínico referido no número anterior pode propor a continuidade da incapacidade temporária ou a atribuição de pensão provisória.

Art. 5.º - Tabela Nacional de Incapacidades

A determinação das incapacidades é efectuada de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, elaborada e actualizada por uma comissão permanente, cuja composição, competência e modo de funcionamento são fixados em diploma próprio.

Art. 6.º - Protecção da eventualidade

- 1 - A protecção nas doenças profissionais é assegurada pelo desenvolvimento articulado e sistemático das actuações no campo da prevenção, pela atribuição de prestações pecuniárias e em espécie tendo em vista, em conjunto com as intervenções de reabilitação e recuperação profissional, a reparação dos danos emergentes da eventualidade.
- 2 - As prestações pecuniárias e em espécie revestem as modalidades referidas nos artigos seguintes.

Art. 7.º Modalidades das prestações pecuniárias

- 1 - São prestações pecuniárias:
  - a) A indemnização por incapacidade temporária para o trabalho;
  - b) A pensão provisória;
  - c) A indemnização em capital e as pensões por incapacidade permanente para o trabalho;
  - d) O subsídio por situação de elevada incapacidade permanente;
  - e) Os subsídios por morte e por despesas de funeral;
  - f) As pensões por morte;
  - g) A prestação suplementar à pensão;
  - h) As prestações adicionais nos meses de Julho e Dezembro;
  - i) O subsídio para readaptação de habitação;
  - j) O subsídio para a frequência de cursos de formação profissional.
- 2 - A indemnização em capital, o subsídio por situação de elevada incapacidade permanente,

os subsídios por morte e despesas de funeral e o subsídio para readaptação de habitação são prestações de atribuição única, sendo de atribuição continuada ou periódica todas as restantes prestações previstas no presente artigo.

3 - As prestações previstas no presente artigo, salvo as referidas nas alíneas g), i) e j), têm natureza indemnizatória.

#### Art. 8.º - Modalidades das prestações em espécie

1 - São prestações em espécie:

- a) A assistência médica e cirúrgica, geral ou especializada, incluindo os elementos de diagnóstico e de tratamento que forem necessários, bem como as visitas domiciliárias;
- b) A assistência medicamentosa e farmacêutica;
- c) Os cuidados de enfermagem;
- d) A hospitalização e os tratamentos termais;
- e) O fornecimento de próteses e ortóteses, bem como a sua renovação e reparação;
- f) Os serviços de recuperação e reabilitação profissional ou de formação profissional.

2 - São ainda prestações em espécie o reembolso das despesas de deslocação, de alimentação e de alojamento indispensáveis à concretização das prestações previstas no número anterior, bem como quaisquer outras, seja qual for a forma que revistam, desde que necessárias e adequadas ao restabelecimento do estado de saúde e da capacidade de trabalho ou de ganho do trabalhador e à sua recuperação para a vida activa.

#### Art. 9.º - Reabilitação

1 - Aos trabalhadores afectados de lesão ou doença que lhes reduza a capacidade de trabalho ou de ganho em consequência de doença profissional será assegurada, na empresa ao serviço da qual ocorreu a doença, a ocupação e função compatíveis com o respectivo estado e a respectiva capacidade residual.

2 - Aos trabalhadores referidos no número anterior é assegurada, pela entidade empregadora, a formação profissional, a adaptação do posto de trabalho, o trabalho a tempo parcial e a licença para formação ou novo emprego.

3 - A inviabilidade prática das soluções previstas nos números anteriores, verificada por comissão técnica a constituir localmente, determina a criação de instrumentos substitutivos das mesmas, em condições a regulamentar, de modo a garantir aos trabalhadores os respectivos direitos.

### SECÇÃO II - Âmbito pessoal

#### Art. 10.º - Disposição geral

1 - O regime previsto no presente diploma abrange obrigatoriamente os trabalhadores enquadrados pelo regime geral dos trabalhadores por conta de outrem e dos independentes e os que não o estando, ou sendo apenas cobertos em algumas eventualidades, exerçam actividade profissional no sector privado.

2 - A adequação do regime geral dos trabalhadores independentes à obrigatoriedade de protecção é objecto de diploma próprio.

#### Art. 11.º - Titulares do direito às prestações por doença profissional

- 1 - O direito às prestações é reconhecido aos beneficiários que sejam portadores de doença profissional.
- 2 - O direito às prestações por morte de beneficiário que seja portador de doença profissional é reconhecido aos familiares ou pessoas equiparadas referidas no artigo seguinte.

Art. 12.º - Titulares do direito às prestações por morte

- 1 - O direito às pensões por morte é reconhecido aos seguintes familiares e equiparados do beneficiário:
  - a) Cônjuges ou pessoas em união de facto;
  - b) Ex-cônjuges ou cônjuge judicialmente separado à data da morte e com direito a alimentos;
  - c) Filhos, ainda que nascituros, e os adoptados restritamente;
  - d) Ascendentes, ou outros parentes sucessíveis à data da morte do beneficiário.
- 2 - O direito ao subsídio por morte é reconhecido aos familiares e equiparados abrangidos pelas alíneas a), b) e c).
- 3 - O direito ao subsídio por despesas de funeral pode ser reconhecido a pessoas distintas dos familiares e equiparados do beneficiário.
- 4 - Para efeitos de reconhecimento do direito são equiparados a filhos os afins do 1.º grau na linha recta descendente dos beneficiários falecidos que, em função daqueles, estivessem obrigados à prestação de alimentos, nos termos da alínea f) do n.º 1 do artigo 2009.º do Código Civil.
- 5 - Consideram-se em união de facto, para efeitos do presente diploma, as pessoas não casadas ou separadas judicialmente de pessoas e bens que tenham vivido há mais de dois anos em condições análogas às dos cônjuges à data do evento determinante do benefício atribuível.

Art. 13.º - Situações excluídas por nulidade, anulabilidade, indignidade e deserção

- 1 - Em caso de casamento declarado nulo ou anulado, tem direito às prestações por morte a pessoa que tenha celebrado o casamento de boa fé com o beneficiário e, à data da sua morte, receba pensão de alimentos decretada ou homologada judicialmente, salvo se esta não lhe tiver sido atribuída pelo tribunal por falta de capacidade económica do falecido para a prestar.
- 2 - Não tem direito às prestações por morte a pessoa que se encontre nas situações previstas no artigo 2034.º do Código Civil, salvo se tiver sido reabilitada pelo beneficiário falecido, que se considera autor da sucessão, nos termos do artigo 2038.º do mesmo diploma.
- 3 - Não tem igualmente direito às prestações a pessoa que carecer de capacidade sucessória por motivo de deserção, nos termos do artigo 2166.º do Código Civil.

Art. 14.º - Familiar a cargo

Sempre que, nos termos deste diploma, se faça depender a titularidade das prestações ou o respectivo montante da existência de familiar a cargo, considera-se preenchida esta situação quando se derem por verificados os requisitos previstos para o efeito no âmbito da protecção da eventualidade morte do regime geral.

CAPÍTULO II - Objectivos das prestações

SECÇÃO I - Objectivo das prestações pecuniárias

Art. 15.º - Indemnizações por incapacidade temporária

As indemnizações por incapacidade temporária para o trabalho destinam-se a compensar os beneficiários, durante um período de tempo limitado, pela perda da capacidade de trabalho ou de ganho, resultante de doença profissional.

Art. 16.º - Pensão provisória

A pensão provisória destina-se a garantir uma protecção atempada e adequada nos casos de incapacidade permanente ou morte, sempre que haja razões clínicas ou técnicas determinantes do retardamento da atribuição das pensões.

Art. 17.º - Indemnização em capital e pensões por incapacidade permanente

A indemnização em capital e as pensões por incapacidade permanente são prestações destinadas a compensar o beneficiário pela perda ou redução permanente da sua capacidade de trabalho ou de ganho resultantes de doença profissional.

Art. 18.º - Subsídio por situações de elevada incapacidade permanente

O subsídio por situações de elevada incapacidade permanente destina-se a compensar o beneficiário, com incapacidade permanente absoluta ou incapacidade permanente parcial igual ou superior a 70%, pela perda ou elevada redução permanente da sua capacidade de trabalho ou de ganho resultante de doença profissional.

Art. 19.º - Subsídios por morte e por despesas de funeral

1 - O subsídio por morte destina-se a compensar os encargos decorrentes do falecimento do beneficiário.

2 - O subsídio por despesas de funeral destina-se a compensar as despesas efectuadas com o funeral do beneficiário.

3 - Para efeitos do presente diploma considera-se o falecimento que decorra de doença profissional.

Art. 20.º - Pensões por morte

1 - As pensões por morte são prestações destinadas a compensar os familiares do beneficiário da perda de rendimentos resultante do falecimento deste, ocasionado por doença profissional.

2 - As pensões por morte são ainda, excepcionalmente, destinadas a compensar os familiares do beneficiário portador de doença profissional em caso de falecimento deste decorrente de causa natural, nos termos prescritos no presente diploma.

Art. 21.º - Prestação suplementar à pensão

A prestação suplementar à pensão destina-se a compensar os encargos com assistência de terceira pessoa resultantes da situação de dependência em que se encontrem ou venham a encontrar os pensionistas por incapacidade permanente para o trabalho.

Art. 22.º - Prestações adicionais

Nos meses de Julho e Dezembro de cada ano, os titulares de pensões têm direito a receber,

além da prestação mensal que lhes corresponda, um montante adicional de igual quantitativo, que se destina a compensar a perda de rendimentos de trabalho suplementares.

**Art. 23.º - Subsídio para readaptação de habitação**

O subsídio para readaptação de habitação destina-se ao pagamento das despesas suportadas com a readaptação da habitação dos pensionistas por incapacidade permanente absoluta para o trabalho que dela comprovadamente necessitem, em função da sua incapacidade.

**Art. 24.º - Subsídio para frequência de cursos de formação profissional**

O subsídio para frequência de cursos de formação profissional tem por objectivo proporcionar a reconversão profissional dos beneficiários sempre que a gravidade das lesões ou outras circunstâncias especiais o justifiquem.

**SECÇÃO II - Objectivos das prestações em espécie**

**Art. 25.º - Prestações em espécie**

1 - As prestações em espécie previstas no artigo 8.º destinam-se ao restabelecimento do estado de saúde e da capacidade de trabalho ou de ganho do beneficiário e à sua recuperação para a vida activa e são asseguradas, fundamentalmente, através de reembolsos das respectivas despesas, nos termos dos números seguintes.

2 - Os reembolsos das despesas com cuidados de saúde destinam-se a compensar, na totalidade, os gastos efectuados pelo beneficiário com assistência médica, cirúrgica, de enfermagem, medicamentosa e farmacêutica, decorrentes de doença profissional.

3 - Os reembolsos das despesas com deslocações destinam-se a compensar, nos termos prescritos, as despesas de deslocação efectuadas pelo beneficiário resultantes de recurso a cuidados de saúde, a exames de avaliação de incapacidade e a serviços de recuperação e reabilitação profissional, bem como de frequência de cursos de formação profissional.

4 - Os reembolsos das despesas com alojamento e alimentação destinam-se a compensar, nos termos prescritos, os gastos efectuados pelo beneficiário decorrentes do recurso a prestações em espécie que impliquem deslocação do local da residência.

**CAPÍTULO III - Condições de atribuição das prestações**

**SECÇÃO I - Condições gerais de atribuição das prestações**

**Art. 26.º - Condições relativas à doença profissional**

1 - A atribuição das prestações depende de o beneficiário reunir, cumulativamente, as seguintes condições:

- a) Estar afectado por doença profissional;
- b) Ter estado exposto ao respectivo risco pela natureza da indústria, actividade ou condições, ambiente e técnicas do trabalho habitual.

2 - Para efeitos da alínea b) do número anterior são tomadas em conta, na medida do necessário, as actividades susceptíveis de provocarem o risco em causa, exercidas nos termos da legislação de outro Estado, se tal estiver previsto em instrumento internacional de



segurança social a que Portugal se encontre vinculado.

3 - Se o interessado tiver estado exposto ao mesmo risco nos termos do regime geral e da legislação de outro Estado ao qual Portugal se encontre vinculado por instrumento internacional, as prestações são concedidas de acordo com o disposto neste instrumento.

Art. 27.º - Prazo de garantia

As prestações são atribuídas independentemente da verificação de qualquer prazo de garantia.

## SECÇÃO II - Condições especiais

Art. 28.º - Pensão provisória

1 - A atribuição da pensão provisória por incapacidade permanente depende de parecer clínico, nos casos previstos pelos n.ºs 4 e 5 do artigo 4.º

2 - A atribuição da pensão provisória por morte depende ainda de não se considerar caracterizada a causa da morte, bem como de os respectivos interessados reunirem os condicionalismos legalmente previstos para o reconhecimento do respectivo direito e não se encontrarem em qualquer das seguintes situações:

- a) Exercício de actividade profissional remunerada;
- b) Pré-reforma;
- c) Pensionista de qualquer sistema de protecção social.

3 - Pode ser atribuído um montante provisório de pensão por incapacidade permanente ou morte sempre que, verificadas as condições determinantes do direito, por razões de ordem administrativa ou técnica, não imputáveis aos beneficiários, seja inviável a atribuição de pensão definitiva no prazo de três meses a partir da data de entrada do requerimento.

Art. 29.º - Prestações por morte aos filhos

A atribuição das prestações por morte aos filhos depende de estes se encontrarem nas seguintes condições:

- a) Idade inferior a 18 anos;
- b) Idade compreendida entre 18 e 22 anos, se frequentarem ensino secundário ou equiparado;
- c) Idade compreendida entre 22 e 25 anos, se frequentarem curso de nível superior ou equiparado;
- d) Sem limite de idade, se estiverem afectados de doença física ou mental determinante de situação que legitime a concessão de prestações familiares a deficientes.

Art. 30.º - Prestações por morte a ascendentes e outros parentes sucessíveis

1 - A atribuição das prestações por morte a ascendentes depende de estes, à data da morte, se encontrarem a cargo do beneficiário

2 - A atribuição das prestações por morte a outros parentes sucessíveis depende da circunstância mencionada no número anterior e de estes se encontrarem, à data da morte do beneficiário, nas condições previstas no artigo 29.º deste diploma.

Art. 31.º - Prestações por morte em caso de falecimento por causa natural



A atribuição das pensões por morte e do subsídio por despesas de funeral, em caso de falecimento por causa natural do beneficiário que seja portador de doença profissional, depende de os seus familiares ou terceiros não terem direito a pensões de sobrevivência ou subsídio por despesas de funeral, respectivamente, por qualquer regime de protecção social obrigatório.

Art. 32.º - Subsídio por despesas de funeral

É condição de atribuição do subsídio por despesas de funeral o efectivo pagamento destas por quem requerer a prestação.

Art. 33.º - Prestação suplementar à pensão

1 - A atribuição da prestação suplementar à pensão depende de o interessado não poder, por si só, prover à satisfação das suas necessidades básicas diárias, carecendo de assistência permanente de terceira pessoa.

2 - O familiar do dependente que lhe preste assistência permanente é equiparado a terceira pessoa.

3 - Não pode ser considerada terceira pessoa quem se encontre igualmente carecido de autonomia para a realização dos actos básicos da vida diária.

4 - Para efeitos do n.º 1 são considerados, nomeadamente, os actos relativos a cuidados de higiene pessoal, alimentação e locomoção.

5 - A assistência pode ser assegurada através da participação sucessiva e conjugada de várias pessoas, incluindo a prestação no âmbito do apoio domiciliário, durante o período mínimo de seis horas diárias.

6 - A prestação suplementar da pensão suspende-se sempre que se verifique o internamento em hospital ou estabelecimento similar que não determine encargos para o beneficiário por período de tempo superior a 30 dias.

7 - Na situação prevista no número anterior, e caso o beneficiário comprove a necessidade de manter o encargo com assistência com terceira pessoa, mantém-se o pagamento da prestação suplementar.

Art. 34.º - Subsídio para a frequência de cursos de formação profissional

1 - A atribuição do subsídio para a frequência de cursos de formação profissional depende de os beneficiários reunirem, cumulativamente, os seguintes condicionalismos:

a) Terem idade inferior a 55 anos e capacidade remanescente adequada à sua reconversão profissional;

b) Terem direito a indemnização por incapacidade temporária ou pensão por incapacidade permanente parcial ou absoluta para o trabalho habitual;

c) Terem requerido a frequência de curso ou aceite proposta do Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais, a seguir designado por CNPCRP;

d) Obterem parecer favorável dos serviços médicos responsáveis pela avaliação das incapacidades por doenças profissionais.

2 - Constan de regulamentação própria as normas relativas à organização e funcionamento dos cursos de formação profissional, bem como as respeitantes ao acesso dos interessados.

Art. 35.º - Prestações em espécie

O reembolso das despesas com prestações em espécie, previsto no artigo 8.º, depende, conforme o caso:

- a) De prova da impossibilidade de recurso aos serviços oficiais e de autorização do CNPCRP para acesso a serviços privados;
- b) Da necessidade de deslocação e permanência fora do local habitual da residência do beneficiário;
- c) De parecer de junta médica, quanto à necessidade de cuidados de saúde e da sua impossibilidade de tratamento no território nacional.

#### CAPÍTULO IV - Montante das prestações

##### SECÇÃO I - Determinação dos montantes

###### Art. 36.º - Disposição geral

- 1 - Os montantes das prestações de natureza indemnizatória são determinados pela aplicação da percentagem legalmente fixada à remuneração de referência.
- 2 - Os montantes das demais prestações são determinados em função das despesas realizadas ou por indexação a determinados valores.

###### Art. 37.º - Determinação da remuneração de referência

- 1 - Na reparação emergente das doenças profissionais, a remuneração de referência a considerar no cálculo das indemnizações e pensões consubstancia-se na retribuição auferida pelo beneficiário no ano anterior à cessação da exposição ao risco, ou à data da certificação da doença que determine incapacidade, se esta a preceder.
- 2 - Entende-se por retribuição todas as atribuições pecuniárias recebidas mensalmente que a lei considere seu elemento integrante e sejam base de incidência contributiva para a segurança social.
- 3 - Entende-se por retribuição auferida no ano anterior a que se obtiver no cômputo dos 12 meses que antecedem imediatamente o mês de referência.
- 4 - Se o trabalhador for praticante, aprendiz ou estagiário, a remuneração de referência corresponde à retribuição anual média ilíquida de um trabalhador da mesma empresa ou empresa similar e categoria profissional correspondente à formação, aprendizagem ou estágio.
- 5 - No caso de trabalho não regular e trabalho a tempo parcial com vinculação a mais de uma entidade empregadora, bem como nos demais casos em que não seja aplicável o n.º 1, a remuneração de referência é calculada pela média tomada com base nos dias de trabalho e correspondentes retribuições auferidas pelo beneficiário no período de um ano anterior à certificação da doença profissional, ou no período em que houve efectiva prestação de trabalho.
- 6 - Na falta dos elementos referidos no número anterior, e tendo em atenção a natureza dos serviços prestados, a categoria profissional do beneficiário e os usos, é a retribuição definida pelo CNPCRP.
- 7 - Para a determinação da remuneração de referência considera-se como:
  - a) Retribuição anual, o produto de 12 vezes a retribuição mensal acrescida dos subsídios de Natal e de férias e outras retribuições anuais a que o trabalhador tenha direito com carácter de regularidade;

b) Retribuição diária, a que se obtém pela divisão da retribuição anual pelo número de dias com registo de remunerações.

#### Art. 38.º - Limites mínimos da retribuição

1 - A remuneração de referência para efeito de cálculo das prestações não pode ser de valor inferior ao da remuneração mínima garantida que lhe corresponde à data da certificação da incapacidade ou da morte.

2 - Em nenhum caso a remuneração de referência pode resultar da consideração de valor inferior ao da retribuição que resulte da lei ou de instrumento de regulamentação colectiva de trabalho aplicável.

#### Art. 39.º - Remunerações convencionais

Quando a base de incidência contributiva tiver em conta remunerações convencionais, a remuneração de referência corresponde ao valor que serve de base à incidência contributiva, sem prejuízo do disposto no n.º 1 do artigo anterior.

#### Art. 40.º - Remuneração de referência no caso de alteração de grau de incapacidade

1 - No caso de o beneficiário, ao contrair uma doença profissional, estar já afectado de incapacidade permanente resultante de acidente de trabalho ou outra doença profissional, a reparação é apenas a correspondente à diferença entre a incapacidade anterior e a que for calculada como se toda a incapacidade fosse imputada à última doença profissional.

2 - São tomadas em conta para efeitos do n.º 1 as incapacidades profissionais anteriores verificadas nos termos da legislação de outro Estado ao qual Portugal se encontre vinculado por instrumento internacional de segurança social.

3 - Na reparação prevista nos termos do n.º 1 é considerada a retribuição correspondente à última doença profissional, salvo se a anterior incapacidade igualmente decorrer de doença profissional e a correspondente prestação tiver por base retribuição superior, caso em que é esta a considerada.

4 - Para efeitos de aplicação deste artigo e nos casos de incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual deverá ser determinado um grau de incapacidade.

5 - O disposto no n.º 3 aplica-se também aos casos de revisão em que haja agravamento de incapacidade.

### SECÇÃO II - Montantes das prestações por incapacidade

#### SUBSECÇÃO I - Prestações por incapacidade temporária

#### Art. 41.º - Montante da indemnização por incapacidade temporária

1 - O montante diário da indemnização por incapacidade temporária absoluta é igual a 70% do valor da remuneração de referência, nos primeiros 12 meses de incapacidade, e de 75%, no período subsequente.

2 - O montante diário da indemnização por incapacidade temporária parcial é de 70% do valor correspondente à redução sofrida na capacidade geral de ganho.

3 - A indemnização é reduzida a 45% durante o período de internamento hospitalar, se o

beneficiário for solteiro, não viver em união de facto ou não tiver filhos ou outras pessoas a seu cargo.

Art. 42.º - Montante da indemnização por pneumoconiose associada à tuberculose

1 - O montante diário da indemnização por incapacidade temporária dos beneficiários portadores de pneumoconioses associadas à tuberculose é igual a 80% da remuneração de referência acrescida de 10% por cada familiar a cargo, com o limite de 100% da retribuição.

2 - O disposto no n.º 1 é aplicável independentemente das datas de diagnóstico da pneumoconiose e da tuberculose.

3 - Após a alta por tuberculose, o beneficiário é sujeito a exame médico para efeitos de determinação do grau de incapacidade por doença profissional.

SUBSECÇÃO II - Prestações por incapacidade permanente

Art. 43.º - Montante da pensão provisória por incapacidade permanente

A pensão provisória mensal por incapacidade permanente é de montante igual ao valor mensal da indemnização por incapacidade temporária absoluta que estava a ser atribuída ou seria atribuível.

Art. 44.º - Montante da pensão por incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho

Na incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho o montante da pensão mensal é igual a 80% da remuneração de referência acrescida de 10% por cada familiar a cargo, com o limite de 100% da referida remuneração.

Art. 45.º - Montante da pensão por incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual

Na incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual o montante da pensão mensal é fixado entre 50% e 70% da remuneração de referência, conforme a maior ou menor capacidade funcional residual para o exercício de outra profissão compatível.

Art. 46.º - Montante da pensão por incapacidade permanente parcial

1 - Na incapacidade permanente parcial igual ou superior a 30%, o montante da pensão mensal é de 70% da redução sofrida na capacidade geral de ganho.

2 - Na incapacidade permanente parcial inferior a 30%, é atribuído um capital de remição de uma pensão anual e vitalícia correspondente a 70% da redução sofrida na capacidade geral de ganho, calculado nos termos regulamentados para o risco de acidentes de trabalho.

3 - Podem igualmente ser parcialmente remidas as pensões vitalícias correspondentes a incapacidade igual ou superior a 30% nos termos regulamentados para o risco de acidentes de trabalho, desde que a pensão sobranse seja igual ou superior a 50% do valor da remuneração mínima mensal garantida mais elevada.

Art. 47.º - Subsídio por situação de elevada incapacidade permanente

1 - A incapacidade permanente absoluta ou a incapacidade permanente parcial igual ou superior a 70% confere direito a um subsídio, pago de uma só vez, cujo valor é proporcional a 12 vezes a remuneração mínima mensal garantida, em vigor à data da certificação da doença, ponderado pelo grau de incapacidade fixado.

2 - Nos casos em que se verifique cumulação de incapacidades, serve de base à ponderação o grau de incapacidade global fixado nos termos legais.

#### Art. 48.º - Bonificação das pensões por incapacidade permanente

1 - As pensões por incapacidade permanente são bonificadas em 20% do seu valor relativamente aos pensionistas que, cessando a sua actividade profissional, se encontrem afectados por:

- a) Pneumoconiose com grau de incapacidade permanente não inferior a 50% e em que o coeficiente de desvalorização referido nos elementos radiográficos seja 10%, desde que já tenham, ou logo que completem, 50 anos de idade;
- b) Doença profissional com um grau de incapacidade permanente não inferior a 70%, desde que já tenham completado, ou logo que completem, 50 anos de idade;
- c) Doença profissional com um grau de incapacidade permanente não inferior a 80%, independentemente da sua idade.

2 - Os montantes das pensões bonificadas não podem exceder o valor da remuneração de referência que serve de base ao cálculo da pensão.

#### Art. 49.º - Montante do subsídio para readaptação de habitação

A incapacidade permanente absoluta confere direito ao pagamento das despesas suportadas com a readaptação de habitação, até ao limite de 12 vezes a remuneração mínima mensal garantida mais elevada em vigor à data da certificação da incapacidade.

### SECÇÃO III - Montante das prestações por morte

#### SUBSECÇÃO I - Pensões

#### Art. 50.º - Montante das pensões do cônjuge, ex-cônjuge ou pessoa em união de facto

Montante das pensões do cônjuge, ex-cônjuge ou pessoa em união de facto

1 - Se da doença profissional resultar a morte, o montante mensal das pensões é calculado nos termos seguintes:

- a) No caso de atribuição ao cônjuge ou pessoa em união de facto, 30% da remuneração de referência do beneficiário até perfazer a idade de reforma por velhice e 40% a partir daquela idade ou da verificação de doença física ou mental que afecte sensivelmente a sua capacidade de trabalho;
- b) No caso de atribuição ao ex-cônjuge ou cônjuge judicialmente separado à data da morte e com direito a alimentos, nos termos estabelecidos na alínea anterior, até ao limite do montante dos alimentos fixados judicialmente.

2 - Qualquer das pessoas referidas nas alíneas a) e b) do n.º 1 que contraia casamento ou passe a viver em união de facto receberá, por uma só vez, o triplo do valor da pensão anual, excepto se já tiver ocorrido a remição total da pensão.

3 - Se por morte do beneficiário houver concorrência entre os beneficiários referidos nas alíneas a) e b) do n.º 1, é a pensão repartida na proporção dos respectivos direitos.

Art. 51.º - Montante das pensões a filhos

O montante das pensões por morte a atribuir aos filhos, incluindo os nascituros, e adoptados restritamente à data da morte é de 20% da remuneração de referência se for apenas um, 40% se forem dois, 50% se forem três ou mais, recebendo o dobro destes montantes, até ao limite de 80% da retribuição do beneficiário, se forem órfãos de pai e mãe.

Art. 52.º - Montante das pensões a ascendentes e outros parentes sucessíveis

1 - O montante das pensões a ascendentes e quaisquer outros parentes sucessíveis à data da morte do beneficiário é, para cada um, 10% da remuneração de referência, não podendo o total das pensões exceder 30% desta.

2 - Na ausência de titulares referidos nas alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 12.º, os parentes previstos no número anterior recebem, cada um, 15% da retribuição do beneficiário, até perfazerem a idade de reforma por velhice, e 20% a partir desta idade ou no caso de doença física ou mental que os incapacite sensivelmente para o trabalho, não podendo o total das pensões exceder 80% da remuneração do beneficiário, para o que se procederá a rateio, se necessário.

Art. 53.º - Montante da pensão provisória por morte

O montante da pensão provisória por morte é igual ao que resulta da aplicação das percentagens de cálculo das pensões por morte ao valor definido no artigo 43.º

Art. 54.º - Montante global das pensões por morte

1 - O montante global das pensões referidas nos artigos anteriores não pode exceder 80% da remuneração de referência do beneficiário, caso em que são sujeitas a rateio enquanto aquele montante se mostrar excedido.

2 - Se o cônjuge sobrevivente falecer durante o período em que a pensão é devida aos filhos, é esta aumentada nos termos da parte final do artigo 51.º

SUBSECÇÃO II - Subsídios por morte e por despesas de funeral

Art. 55.º - Subsídio por morte

1 - O subsídio por morte é igual a 12 vezes a remuneração mínima mensal garantida mais elevada, sendo atribuído:

- a) Metade ao cônjuge ou à pessoa em união de facto e metade aos filhos que tiverem direito a pensão;
- b) Por inteiro ao cônjuge ou pessoa em união de facto, ou aos filhos, quando concorrem isoladamente.

2 - Se o beneficiário não deixar pessoas referidas no número anterior com direito às prestações, o montante do subsídio por morte reverte para o Fundo de Assistência do CNPCRP.

**Art. 56.º - Subsídio por despesas de funeral**

O subsídio por despesas de funeral é igual ao montante das referidas despesas, com o limite de quatro vezes a remuneração mínima mensal garantida mais elevada, aumentada para o dobro, se houver trasladação.

**SECÇÃO IV - Montante das prestações comuns às pensões**

**Art. 57.º - Montante da prestação suplementar à pensão**

1 - O montante da prestação suplementar à pensão prevista no artigo 21.º corresponde ao valor da remuneração paga à pessoa que presta assistência, com o limite do salário mínimo nacional garantido para os trabalhadores do serviço doméstico.

2 - Na falta de prova da remuneração, o montante da prestação corresponde ao valor estabelecido para prestação idêntica, no âmbito do regime geral e, no caso de haver vários, ao mais elevado.

**Art. 58.º - Montante das prestações adicionais**

As prestações adicionais são de montante igual ao das pensões respeitantes aos meses de Julho e Dezembro, respectivamente, incluindo o valor da prestação suplementar à pensão, quando a esta haja lugar.

**Art. 59.º - Montante do subsídio para frequência de cursos de formação profissional**

1 - O montante do subsídio para a frequência de cursos de formação profissional é igual a 50% do montante da pensão, até ao limite do valor da remuneração mínima mensal de valor mais elevado.

2 - Em casos especiais, em que a prestação seja atribuída a trabalhadores com incapacidade temporária, o valor da prestação corresponde a 50% da indemnização, sem prejuízo do limite estabelecido no número anterior.

**Art. 60.º - Montante provisório de pensões**

1 - O montante provisório de pensão por incapacidade permanente é igual ao montante da pensão provisória prevista no artigo 43.º

2 - O montante provisório de pensão por morte é igual ao que resulta da aplicação das percentagens de cálculo das pensões por morte ao valor da remuneração de referência definido no artigo 37.º

3 - Atribuída a pensão definitiva há lugar ao acerto de contas entre esta e o montante provisório de pensão.

**SECÇÃO V - Montante das prestações em espécie**

**Art. 61.º - Montante dos reembolsos**



- 1 - Os reembolsos relativos às despesas de cuidados de saúde a que haja lugar correspondem à totalidade das mesmas.
- 2 - Os reembolsos relativos às despesas de deslocação, alojamento e alimentação são efectuados nos termos a regulamentar.

#### **SECÇÃO VI - Actualização e revisão das pensões**

##### **Art. 62.º - Actualização das pensões**

Os valores das pensões reguladas neste diploma são periodicamente actualizados nos termos fixados no diploma de actualização das demais pensões do regime geral.

##### **Art. 63.º - Revisão das pensões**

- 1 - Quando se verifique modificação da capacidade de ganho do beneficiário proveniente de agravamento, recidiva, recaída ou melhoria da lesão ou doença que deu origem à reparação, ou de intervenção clínica ou aplicação de prótese ou ortótese, ou ainda de formação ou reconversão profissional, as prestações poderão ser revistas e harmonia com a alteração verificada.
- 2 - As pensões podem ser revistas oficiosamente ou a requerimento do beneficiário, podendo a revisão ser requerida a qualquer tempo, salvo nos dois primeiros anos, em que só poderá ser requerida uma vez no fim de cada ano.

#### **CAPÍTULO V - Duração das prestações**

##### **SECÇÃO I - Início do direito às prestações**

##### **Art. 64.º - Início da indemnização por incapacidade temporária**

- 1 - A indemnização por incapacidade temporária absoluta é devida a partir do primeiro dia de incapacidade sem prestação de trabalho.
- 2 - A indemnização por incapacidade temporária parcial é devida a partir da data da redução do trabalho e da correspondente certificação.

##### **Art. 65.º - Início da pensão provisória**

- 1 - A pensão provisória é devida a partir do dia seguinte àquele em que deixou de haver lugar à indemnização por incapacidade temporária.
- 2 - O montante provisório da pensão é devido a partir da data do requerimento, da participação obrigatória ou da morte do beneficiário, conforme o caso.

##### **Art. 66.º - Pensão por incapacidade permanente**

- 1 - A pensão por incapacidade permanente é devida a partir da data a que se reporta a certificação da respectiva situação, não podendo ser anterior à data do requerimento ou da participação obrigatória, salvo se, comprovadamente, se confirmar que a doença se reporta a data anterior.



2 - A pensão por incapacidade permanente é devida a partir do mês seguinte ao do requerimento, nos seguintes casos:

- a) Na impossibilidade de a certificação médica reportar a incapacidade a essa data, caso em que a mesma se considera presumida;
- b) Se o beneficiário não instruiu o processo com o respectivo requerimento para avaliação de incapacidade permanente por doença profissional no prazo de um ano a contar da data da comunicação do CNPCRP, para esse mesmo efeito.

3 - Nos casos da alínea a) do número anterior, a incapacidade é considerada a partir da data da participação obrigatória, se anterior ao requerimento.

4 - A pensão por incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho sequencial à incapacidade temporária sem prestação de trabalho é devida a partir do primeiro dia em relação ao qual a mesma é certificada, não podendo, contudo, ser anterior ao primeiro dia de incapacidade temporária.

5 - Tratando-se de pensão bonificada, a bonificação é devida a partir do mês seguinte ao da apresentação da documentação exigida para o efeito.

6 - O subsídio por situações de elevada incapacidade permanente é devido a partir da data da fixação da incapacidade.

#### Art. 67.º - Pensão por morte

1 - A pensão por morte é devida a partir do mês seguinte ao do falecimento do beneficiário no caso de ser requerida nos seis meses imediatos ao do evento, e a partir do mês seguinte ao do requerimento, em caso contrário.

2 - A alteração dos montantes das pensões resultante da modificação do número de titulares tem lugar no mês seguinte ao da verificação do facto que a determinou.

#### Art. 68.º - Prestação suplementar à pensão

A prestação suplementar à pensão reporta-se à data do respectivo requerimento, se for feita prova de que o requerente já necessitava de assistência de terceira pessoa e dela dispunha ou, caso contrário, à data em que se verificar esse condicionalismo.

#### Art. 69.º - Subsídio para frequência de cursos de formação profissional

O subsídio para frequência de cursos de formação profissional é devido a partir da data do início efectivo da frequência.

### SECÇÃO II - Suspensão das prestações

#### Art. 70.º - Suspensão da bonificação das pensões

A bonificação da pensão é suspensa enquanto o pensionista exercer actividade sujeita ao risco da doença ou doenças profissionais em relação às quais é pensionista.

### SECÇÃO III - Cessação das prestações

#### Art. 71.º - Cessação do direito à indemnização por incapacidade temporária

O direito à indemnização por incapacidade temporária cessa com a cura clínica do beneficiário ou com a certificação da incapacidade permanente.

Art. 72.º - Cessação da pensão provisória

1 - A pensão provisória cessa na data da fixação definitiva da pensão ou da não verificação dos condicionalismos da atribuição desta prestação.

2 - A não verificação dos condicionalismos de atribuição da pensão não dá lugar à restituição das pensões provisórias pagas.

Art. 73.º - Cessação do direito às pensões

1 - O direito às pensões cessa nos termos gerais de cessação das correspondentes pensões do regime geral.

2 - O direito às pensões por morte cessa, em especial, com:

a) O casamento ou a união de facto do cônjuge sobrevivente, do ex-cônjuge do beneficiário falecido ou da pessoa que vivia com o beneficiário em união de facto;

b) O trânsito em julgado de sentença de condenação do pensionista como autor, cúmplice ou encobridor do crime de homicídio voluntário, ainda que não consumado, na pessoa do beneficiário ou em outrem que concorra na respectiva pensão de sobrevivência, salvo se o ofendido o tiver reabilitado nos termos da lei civil;

c) A declaração judicial de indignidade do pensionista, nos casos previstos no artigo 2034.º do Código Civil, salvo se o beneficiário o tiver reabilitado e, nos casos do artigo 2166.º do mesmo Código, quando o pensionista não obtenha sentença que o reabilite mediante acção de impugnação da deserdação.

## CAPÍTULO VI - Acumulabilidade e coordenação de prestações

Art. 74.º - Acumulabilidade das prestações com rendimentos de trabalho

1 - Não são acumuláveis com remuneração resultante de actividade profissional as seguintes prestações:

a) As indemnizações por incapacidade temporária absoluta;

b) As bonificações das pensões, caso se verifique a situação prevista na parte final do artigo 70.º;

c) As pensões por incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho e as pensões por incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual, desde que, quanto a estas, a retribuição decorra do exercício do mesmo trabalho ou actividade sujeita ao risco da doença profissional em relação à qual é pensionista.

2 - A acumulação da pensão com o subsídio para a frequência de cursos de formação profissional é objecto de regulamentação própria.

Art. 75.º - Acumulação de compensação financeira com prestações

A compensação financeira prevista no n.º 3 do artigo 9.º do presente diploma é cumulável com incapacidade temporária parcial até ao limite da retribuição a que o trabalhador teria direito.

**Art. 76.º - Acumulação de pensões por doença profissional com outras pensões**

As pensões por incapacidade permanente por doença profissional são acumuláveis com as pensões atribuídas por invalidez ou velhice, no âmbito de regimes de protecção social obrigatória, sem prejuízo das regras de acumulação próprias destes regimes.

**CAPÍTULO VII - Certificação das incapacidades**

**Art. 77.º - Princípios gerais**

1 - A certificação das incapacidades abrange o diagnóstico da doença, a sua caracterização como doença profissional e a graduação da incapacidade, bem como, se for o caso, a declaração da necessidade de assistência permanente de terceira pessoa para efeitos de prestação suplementar.

2 - A caracterização das doenças profissionais e graduação das incapacidades permanentes pode ser revista pelo CNPCRP, oficiosamente, ou a requerimento do beneficiário, independentemente da entidade que a tenha fixado.

3 - A certificação e a revisão das incapacidades é da exclusiva responsabilidade do CNPCRP, sem prejuízo do diagnóstico presuntivo pelos médicos dos serviços de saúde, para efeitos da atribuição da indemnização por incapacidade temporária.

**Art. 78.º - Graduação da incapacidade**

1 - O grau de incapacidade define-se, em todos os casos, incluindo as situações de incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual, por coeficientes expressos em percentagens e determinados em função da natureza e da gravidade da lesão, do estado geral do beneficiário, da sua idade e profissão, bem como da maior ou menor capacidade funcional residual para o exercício de outra profissão compatível e das demais circunstâncias que possam influir na sua capacidade de ganho, sendo expresso pela unidade quando se verifique disfunção total com incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho.

2 - O coeficiente de incapacidade é fixado por aplicação das regras definidas na Tabela Nacional de Incapacidades.

**Art. 79.º - Equiparação da qualidade de pensionista**

1 - A qualidade de pensionista por doença profissional com grau de incapacidade permanente igual ou superior a 50% é equiparada à qualidade de pensionista por invalidez do regime geral.

2 - É criado o cartão para uso dos pensionistas do CNPCRP de modelo a aprovar por portaria do Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

**CAPÍTULO VIII - Deveres e contra-ordenações**

**Art. 80.º - Deveres**

1 - O titular de pensão bonificada que exerça actividade sujeita ao risco de doença ou doenças profissionais determinantes da sua situação de pensionista é obrigado a dar, do facto, conhecimento ao CNPCRP, no prazo de 10 dias subsequentes ao respectivo início.

2 - O pensionista por morte que celebre casamento ou inicie união de facto é obrigado a dar conhecimento ao CNPCRP, nos 30 dias subsequentes à respectiva verificação.

**Art. 81.º - Contra-ordenações**

O incumprimento das obrigações previstas no artigo anterior, as falsas declarações e a utilização de qualquer outro meio de que resulte concessão indevida de prestações ou do respectivo montante constituem contra-ordenação punível com coima de 50000\$00 a 100 000\$00.

**CAPÍTULO IX - Processamento e administração**

**SECÇÃO I - Gestão do regime**

**Art. 82.º - Atribuições do Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais**

- 1 - A aplicação do regime previsto no presente diploma é atribuição do CNPCRP.
- 2 - As demais instituições de segurança social, no âmbito das respectivas funções, colaboram com o CNPCRP no desenvolvimento da atribuição prevista no número anterior.

**Art. 83.º - Articulação entre instituições e serviços**

- 1 - O CNPCRP deve estabelecer adequadas formas de articulação com outros organismos, designadamente instituições de segurança social, serviços de saúde, emprego e formação profissional, relações laborais e tutela das várias áreas de actividade, tendo em vista assegurar a máxima eficiência e eficácia na prevenção e reparação das doenças profissionais.
- 2 - As medidas de reconversão profissional e reabilitação que se mostrem convenientes podem ser asseguradas pelos serviços competentes de emprego e formação profissional, mediante a celebração de acordos de cooperação, nos termos e condições prescritos em regulamentação própria.

**Art. 84.º - Participação obrigatória**

- 1 - Os médicos devem participar ao CNPCRP todos os casos clínicos em que seja de presumir a existência de doença profissional.
- 2 - O diagnóstico presuntivo de doença profissional pelos serviços a que se refere o n.º 3 do artigo 77.º e o eventual reconhecimento de incapacidade temporária por doença profissional não dispensam os médicos dos respectivos serviços da participação obrigatória prevista no presente artigo.

**Art. 85.º - Comunicação obrigatória**

- 1 - O CNPCRP deve comunicar os casos confirmados de doença profissional à Direcção-Geral das Condições de Trabalho, à Direcção-Geral da Saúde e, consoante o local onde, presumivelmente, se tenha originado ou agravado a doença, às delegações da Inspecção do Trabalho, aos serviços regionais de saúde, aos centros regionais de segurança social e à respectiva empresa.
- 2 - A comunicação a que se refere o número anterior deve ser antecipada, a fim de poder

determinar as correspondentes medidas de prevenção, nos casos em que concorram indícios inequívocos de especial gravidade da situação laboral.

## SECÇÃO II - Organização dos processos

### Art. 86.º - Requerimento das prestações

- 1 - As prestações pecuniárias previstas no presente diploma são objecto de requerimento, salvo no que se refere às prestações previstas nas alíneas a) e h) do n.º 1 do artigo 7.º
- 2 - As prestações em espécie que dêem lugar a reembolso são igualmente requeridas.
- 3 - Os requerimentos previstos nos números anteriores são dirigidos ao CNPCRP.

### Art. 87.º - Requerentes

- 1 - As prestações são requeridas pelos interessados ou seus representantes legais.
- 2 - As prestações por morte a favor de menores ou incapazes podem ainda ser requeridas pelas pessoas que provem tê-los a seu cargo ou que aguardem decisão judicial de suprimimento de interdição ou inabilitação.

### Art. 88.º - Instrução do requerimento das pensões

- 1 - As pensões por incapacidade permanente são requeridas ao CNPCRP em impresso próprio, entregue nesta instituição ou nos centros regionais de segurança social.
- 2 - O requerimento do trabalhador deve ser acompanhado de informação médica, designadamente dos serviços oficiais de saúde e do médico do serviço de medicina do trabalho da respectiva entidade empregadora.
- 3 - No caso de impossibilidade de os requerentes disporem dos elementos comprovativos devem os respectivos exames médicos ser efectuados no CNPCRP ou requisitados por este à entidade competente.

### Art. 89.º - Instrução do requerimento de pensão bonificada

A bonificação da pensão depende de requerimento do beneficiário instruído com declaração de cessação do exercício da actividade ou actividades profissionais determinantes da incapacidade permanente.

### Art. 90.º - Instrução do requerimento das prestações por morte

- 1 - As prestações por morte são atribuídas a requerimento dos interessados, ou dos seus representantes legais, o qual deve ser instruído com os documentos comprovativos dos factos condicionantes da sua atribuição.
- 2 - No caso de união de facto, o requerimento da pensão deve ser instruído com certidão de sentença judicial proferida em acção de alimentos interposta contra a herança do falecido, nos termos do disposto no artigo 2020.º do Código Civil, ou em acção declarativa contra a instituição de segurança social, da qual resulte o reconhecimento de que o requerente reúne as condições de facto legalmente exigidas para a atribuição dos alimentos.

### Art. 91.º - Instrução do requerimento por despesas de funeral

O requerimento do subsídio por despesas de funeral é instruído com documento comprovativo de o requerente ter efectuado o respectivo pagamento.

Art. 92.º - Requerimento da prestação suplementar

1 - A prestação suplementar é requerida pelo beneficiário, sendo o processo instruído com os seguintes documentos:

- a) Declaração do requerente da qual conste a existência da pessoa que presta ou se dispõe a prestar assistência, com especificação das condições em que a mesma é ou vai ser prestada;
- b) Parecer dos serviços médicos do CNPCRP que ateste a situação de dependência.

2 - O CNPCRP pode desencadear os procedimentos que julgue adequados à comprovação da veracidade da declaração referida na alínea a) do número anterior, directamente ou através de outras instituições.

Art. 93.º - Prazo de requerimento

1 - O prazo para requerer o subsídio por despesas de funeral e as prestações em espécie, na forma de reembolso, é de um ano a partir da realização da respectiva despesa.

2 - O prazo para requerer a pensão e o subsídio por morte é de cinco anos a partir da data do falecimento do beneficiário.

SECÇÃO III - Pagamento das prestações

Art. 94.º - Lugar do pagamento das prestações

1 - O pagamento das prestações, previstas neste diploma, é efectuado no lugar da residência do beneficiário ou dos seus familiares, se outro não for acordado.

2 - Se o titular das prestações se ausentar para o estrangeiro, o pagamento será efectuado em local do território nacional por ele indicado, se outro lugar não tiver sido acordado, e sem prejuízo do disposto em instrumentos internacionais.

Art. 95.º - Contagem do prazo de prescrição

1 - Para efeitos de prescrição do direito às prestações, a contagem do respectivo prazo inicia-se no dia seguinte àquele em que a prestação foi posta a pagamento.

2 - Relativamente a menores e incapazes é aplicável o disposto no artigo 320.º do Código Civil quanto à suspensão da prescrição.

CAPÍTULO X - Disposições transitórias e finais

Art. 96.º - Actualização das pensões unificadas

As pensões unificadas atribuídas ao abrigo da Portaria n.º 642/83, de 1 de Junho, são actualizadas no diploma que proceda à actualização das demais pensões do regime geral de segurança social.

Art. 97.º - Fundo de Garantia e Actualização de Pensões

1 - No período máximo de seis meses após a criação do fundo autónomo, previsto no artigo 39.º da Lei n.º 100/97, cessam as responsabilidades do Fundo de Garantia e Actualização de Pensões constantes da base XLV da Lei n.º 2127, de 3 de Agosto de 1965.

2 - Os pensionistas do Fundo de Garantia e Actualização de Pensões transitam para o novo fundo autónomo que assumirá o saldo à data existente.

#### Art. 98.º - Produção de efeitos

1 - O disposto no presente diploma não se aplica aos direitos adquiridos ao abrigo da legislação anterior.

2 - Para efeito do disposto na alínea b) do n.º 1 do artigo 41.º da Lei n.º 100/97, considera-se como doença profissional cujo diagnóstico final se faça após a data de entrada em vigor do presente diploma:

a) A doença profissional futuramente diagnosticada;

b) A alteração da graduação de incapacidade, relativamente a doenças profissionais já diagnosticadas.

#### Art. 99.º - Contagem de prazos

Os prazos de natureza adjectiva, previstos no presente diploma, são contados nos termos do Código do Procedimento Administrativo.

#### Art. 100.º - Legislação subsidiária

Em tudo o que não estiver previsto neste diploma aplica-se, subsidiariamente, de acordo com a respectiva natureza e devidas adaptações, a legislação referente aos acidentes de trabalho e ao regime geral de segurança social.

#### Art. 101.º - Remissão legislativa

Sempre que as disposições legais remetam para preceitos de diplomas revogados pelo novo regime de protecção, entende-se que a remissão é feita para as disposições correspondentes do novo regime.

#### Art. 102.º - Revogação

1 - O presente diploma revoga as disposições especiais que confirmam a empresas o direito de assumir directamente a protecção dos seus trabalhadores, na eventualidade de doença profissional, em conformidade com o estabelecido no artigo 29.º da Lei n.º 100/97.

2 - Considera-se derrogado pelo disposto no n.º 1 do artigo 79.º, o n.º 4 do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 133-B/97, de 30 de Maio, na parte respeitante ao grau de incapacidade no mesmo estabelecido.

3 - Exceptuam-se da revogação prevista no artigo 42.º da Lei n.º 100/97, de 13 de Setembro, relativamente ao regime das doenças profissionais, as disposições legais que, inserindo-se no âmbito do estatuído no presente diploma, sejam necessárias à respectiva aplicação.

4 - Na sequência do disposto no n.º 1, os pensionistas por doença profissional, bem como as reservas matemáticas constituídas pelas empresas a quem foi autorizada, nos termos da lei, a não transferência da responsabilidade por cobertura do risco de doenças profissionais são



transferidos para o CNPCRP mediante acordo a celebrar entre as partes.

5 - O acordo a que se refere o número anterior é celebrado no prazo máximo de seis meses e inclui, nomeadamente, a definição da parte das reservas matemáticas a transferir e o calendário dessa transferência.

Art. 103.º - Garantia do pagamento das pensões

1 - É suportado pelo CNPCRP o pagamento das pensões por incapacidade permanente ou morte e das indemnizações por incapacidade temporária que não possam ser pagas pela entidade legalmente autorizada a não transferir a responsabilidade da cobertura do risco por motivo de incapacidade económica objectivamente caracterizada em processo judicial de falência ou processo equivalente, ou processo de recuperação de empresa, ou por motivo de ausência, desaparecimento ou impossibilidade de identificação.

2 - O CNPCRP fica constituído credor da entidade economicamente incapaz ou da respectiva massa falida, cabendo aos seus créditos, caso a entidade incapaz seja uma empresa de seguros, graduação idêntica à dos credores específicos de seguros.

Art. 104.º - Regiões Autónomas

O presente diploma é aplicável às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira de harmonia com o disposto no artigo 84.º da Lei n.º 28/84, de 14 de Agosto.

Art. 105.º - Entrada em vigor

O presente diploma entra em vigor no 1.º dia do 6.º mês seguinte à data da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 1 de Abril de 1999.

- António Manuel de Oliveira Guterres  
- João Carlos da Costa Ferreira da Silva  
- Francisco Ventura Ramos  
- Eduardo Luís Barreto Ferro Rodrigues.

Promulgado em 11 de Junho de 1999.

Publique-se.

O Presidente da República, JORGE SAMPAIO.

Referendado em 21 de Junho de 1999.

O Primeiro-Ministro, António Manuel de Oliveira Guterres.



## ANEXO VII – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS PELA ESCALA DE LIKERT

**mbi1**

	Observed N	Expected N	Residual
nunca	21	14,3	6,7
algumas vezes por ano	41	14,3	26,7
uma vez por mês	1	14,3	-13,3
algumas vezes por mês	21	14,3	6,7
uma vez por semana	10	14,3	-4,3
algumas vezes por semana	5	14,3	-9,3
todos os dias	1	14,3	-13,3
Total	100		

**mbi2**

	Observed N	Expected N	Residual
nunca	5	14,3	-9,3
algumas vezes por ano	30	14,3	15,7
uma vez por mês	7	14,3	-7,3
algumas vezes por mês	25	14,3	10,7
uma vez por semana	10	14,3	-4,3
algumas vezes por semana	21	14,3	6,7
todos os dias	2	14,3	-12,3
Total	100		

**mbi3**

	Observed N	Expected N	Residual
nunca	11	14,3	-3,3
algumas vezes por ano	45	14,3	30,7
uma vez por mês	7	14,3	-7,3
algumas vezes por mês	19	14,3	4,7
uma vez por semana	8	14,3	-6,3
algumas vezes por semana	6	14,3	-8,3
todos os dias	4	14,3	-10,3
Total	100		

mbi4

	Observed N	Expected N	Residual
nunca	2	14,0	-12,0
algumas vezes por ano	6	14,0	-8,0
uma vez por mês	3	14,0	-11,0
algumas vezes por mês	11	14,0	-3,0
uma vez por semana	5	14,0	-9,0
algumas vezes por semana	36	14,0	22,0
todos os dias	35	14,0	21,0
Total	98		

mbi5

	Observed N	Expected N	Residual
nunca	63	14,3	48,7
algumas vezes por ano	21	14,3	6,7
uma vez por mês	4	14,3	-10,3
algumas vezes por mês	7	14,3	-7,3
uma vez por semana	1	14,3	-13,3
algumas vezes por semana	3	14,3	-11,3
todos os dias	1	14,3	-13,3
Total	100		

mbi6

	Observed N	Expected N	Residual
nunca	41	14,1	26,9
algumas vezes por ano	35	14,1	20,9
uma vez por mês	10	14,1	-4,1
algumas vezes por mês	8	14,1	-6,1
uma vez por semana	2	14,1	-12,1
algumas vezes por semana	1	14,1	-13,1
todos os dias	2	14,1	-12,1
Total	99		

mbi7

	Observed N	Expected N	Residual
nunca	2	14,1	-12,1
algumas vezes por ano	6	14,1	-8,1
uma vez por mês	1	14,1	-13,1
algumas vezes por mês	6	14,1	-8,1
uma vez por semana	2	14,1	-12,1
algumas vezes por semana	38	14,1	23,9
todos os dias	44	14,1	29,9
Total	99		

mbi8

	Observed N	Expected N	Residual
nunca	21	14,3	6,7
algumas vezes por ano	39	14,3	24,7
uma vez por mês	10	14,3	-4,3
algumas vezes por mês	16	14,3	1,7
uma vez por semana	3	14,3	-11,3
algumas vezes por semana	9	14,3	-5,3
todos os dias	2	14,3	-12,3
Total	100		

mbi9

	Observed N	Expected N	Residual
nunca	1	14,3	-13,3
algumas vezes por ano	6	14,3	-8,3
uma vez por mês	1	14,3	-13,3
algumas vezes por mês	15	14,3	,7
uma vez por semana	3	14,3	-11,3
algumas vezes por semana	37	14,3	22,7
todos os dias	37	14,3	22,7
Total	100		

mbi10

	Observed N	Expected N	Residual
nunca	53	14,3	38,7
algumas vezes por ano	25	14,3	10,7
uma vez por mês	7	14,3	-7,3
algumas vezes por mês	4	14,3	-10,3
uma vez por semana	3	14,3	-11,3
algumas vezes por semana	4	14,3	-10,3
todos os dias	4	14,3	-10,3
Total	100		

mbi11

	Observed N	Expected N	Residual
nunca	39	14,0	25,0
algumas vezes por ano	28	14,0	14,0
uma vez por mês	4	14,0	-10,0
algumas vezes por mês	8	14,0	-6,0
uma vez por semana	3	14,0	-11,0
algumas vezes por semana	8	14,0	-6,0
todos os dias	8	14,0	-6,0
Total	98		

mbi12

	Observed N	Expected N	Residual
algumas vezes por ano	6	20,0	-14,0
algumas vezes por mês	15	20,0	-5,0
uma vez por semana	5	20,0	-15,0
algumas vezes por semana	59	20,0	39,0
todos os dias	15	20,0	-5,0
Total	100		

mbi13

	Observed N	Expected N	Residual
nunca	19	14,3	4,7
algumas vezes por ano	41	14,3	26,7
uma vez por mês	6	14,3	-8,3
algumas vezes por mês	13	14,3	-1,3
uma vez por semana	10	14,3	-4,3
algumas vezes por semana	9	14,3	-5,3
todos os dias	2	14,3	-12,3
Total	100		

mbi14

	Observed N	Expected N	Residual
nunca	3	14,0	-11,0
algumas vezes por ano	23	14,0	9,0
uma vez por mês	10	14,0	-4,0
algumas vezes por mês	23	14,0	9,0
uma vez por semana	7	14,0	-7,0
algumas vezes por semana	21	14,0	7,0
todos os dias	11	14,0	-3,0
Total	98		

mbi15

	Observed N	Expected N	Residual
nunca	79	19,6	59,4
algumas vezes por ano	13	19,6	-6,6
uma vez por semana	1	19,6	-18,6
algumas vezes por semana	2	19,6	-17,6
todos os dias	3	19,6	-16,6
Total	98		

mbi16

	Observed N	Expected N	Residual
nunca	37	13,7	23,3
algumas vezes por ano	33	13,7	19,3
uma vez por mês	6	13,7	-7,7
algumas vezes por mês	11	13,7	-2,7
uma vez por semana	3	13,7	-10,7
algumas vezes por semana	4	13,7	-9,7
todos os dias	2	13,7	-11,7
Total	96		

mbi17

	Observed N	Expected N	Residual
nunca	1	14,1	-13,1
algumas vezes por ano	3	14,1	-11,1
uma vez por mês	1	14,1	-13,1
algumas vezes por mês	5	14,1	-9,1
uma vez por semana	6	14,1	-8,1
algumas vezes por semana	49	14,1	34,9
todos os dias	34	14,1	19,9
Total	99		

mbi18

	Observed N	Expected N	Residual
nunca	1	14,3	-13,3
algumas vezes por ano	4	14,3	-10,3
uma vez por mês	6	14,3	-8,3
algumas vezes por mês	17	14,3	2,7
uma vez por semana	10	14,3	-4,3
algumas vezes por semana	47	14,3	32,7
todos os dias	15	14,3	,7
Total	100		

mbi19

	Observed N	Expected N	Residual
nunca	1	14,1	-13,1
algumas vezes por ano	7	14,1	-7,1
uma vez por mês	1	14,1	-13,1
algumas vezes por mês	15	14,1	,9
uma vez por semana	7	14,1	-7,1
algumas vezes por semana	47	14,1	32,9
todos os dias	21	14,1	6,9
Total	99		

mbi20

	Observed N	Expected N	Residual
nunca	32	14,0	18,0
algumas vezes por ano	37	14,0	23,0
uma vez por mês	9	14,0	-5,0
algumas vezes por mês	10	14,0	-4,0
uma vez por semana	2	14,0	-12,0
algumas vezes por semana	7	14,0	-7,0
todos os dias	1	14,0	-13,0
Total	98		

mbi21

	Observed N	Expected N	Residual
algumas vezes por ano	12	16,7	-4,7
uma vez por mês	5	16,7	-11,7
algumas vezes por mês	20	16,7	3,3
uma vez por semana	3	16,7	-13,7
algumas vezes por semana	42	16,7	25,3
todos os dias	18	16,7	1,3
Total	100		

mbi22

	Observed N	Expected N	Residual
nunca	47	16,7	30,3
algumas vezes por ano	26	16,7	9,3
uma vez por mês	11	16,7	-5,7
algumas vezes por mês	9	16,7	-7,7
uma vez por semana	4	16,7	-12,7
algumas vezes por semana	3	16,7	-13,7
Total	100		



## ANEXO VIII – DISTRIBUIÇÃO DAS DIMENSÕES POR GRUPO PROFISSIONAL E CALCULO DO DESVIO PADRÃO

profissão		exaustão emocional	despersonalização	realização profissional
enfermeiro	Mean	15,57	3,33	30,76
	N	21	21	21
	Std. Deviation	7,131	3,088	5,504
auxiliar	Mean	14,50	2,88	27,00
	N	8	8	8
	Std. Deviation	8,880	3,603	5,855
administrativo	Mean	5,00	9,00	38,00
	N	1	1	1
	Std. Deviation	.	.	.
maqueiro	Mean	21,83	8,83	35,83
	N	6	6	6
	Std. Deviation	7,055	6,113	4,446
anestesista	Mean	17,45	4,73	31,91
	N	11	11	11
	Std. Deviation	10,690	8,730	5,907
cirurgião orl	Mean	13,50	6,33	27,33
	N	6	6	6
	Std. Deviation	9,225	3,830	8,756
cirurgião cd	Mean	14,40	4,50	33,90
	N	10	10	10
	Std. Deviation	7,457	3,064	5,343
cirurgião ct	Mean	14,80	3,00	30,00
	N	5	5	5
	Std. Deviation	15,498	4,583	2,550
cirurgião urol	Mean	12,33	7,56	33,78
	N	9	9	9
	Std. Deviation	5,454	6,747	6,261
cirurgião vasc	Mean	16,75	6,50	32,00
	N	4	4	4
	Std. Deviation	2,754	4,359	3,651
interno orl	Mean	18,00	5,00	37,75
	N	4	4	4
	Std. Deviation	15,384	5,944	3,304
interno cd	Mean	17,33	6,33	28,33
	N	6	6	6
	Std. Deviation	7,230	5,428	8,477
interno ct	Mean	26,25	8,75	30,75
	N	4	4	4
	Std. Deviation	4,031	2,986	3,403
interno urol	Mean	7,00	2,80	37,40
	N	5	5	5
	Std. Deviation	3,937	1,924	1,140

ANEXO IX – DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DAS DIMENSÕES PELA AMOSTRA DE ACORDO COM O GRUPO PROFISSIONAL, IDADE E GÉNERO

profissão	idade	género		exaustão emocional	desperson alização	realização profissional
enfermeiro	18-29	masculino	Media	13,00	3,00	31,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
		feminino	Media	28,00	6,00	25,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
	30-39	Total	Media	20,50	4,50	28,00
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
		feminino	Media	16,31	3,31	29,46
			N	13	13	13
			% de N total	13,0%	13,0%	13,0%
	40-49	Total	Media	16,31	3,31	29,46
			N	13	13	13
			% de N total	13,0%	13,0%	13,0%
		feminino	Media	13,67	4,67	36,67
			N	3	3	3
			% de N total	3,0%	3,0%	3,0%
	50-59	Total	Media	13,67	4,67	36,67
			N	3	3	3
			% de N total	3,0%	3,0%	3,0%
		feminino	Media	11,00	1,33	32,33
			N	3	3	3
			% de N total	3,0%	3,0%	3,0%
	Total	masculino	Media	13,00	3,00	31,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
		feminino	Media	15,70	3,35	30,75
			N	20	20	20
			% de N total	20,0%	20,0%	20,0%
	Total	Total	Media	15,57	3,33	30,76
			N	21	21	21
			% de N total	21,0%	21,0%	21,0%

profissão	idade	género		exaustão emocional	desperson alização	realização profissional
auxiliar	18-29	feminino	Media	25,00	1,00	27,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
	30-39	feminino	Total Media	25,00	1,00	27,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
	40-49	feminino	Media	14,60	1,80	27,00
			N	5	5	5
			% de N total	5,0%	5,0%	5,0%
	50-59	feminino	Total Media	14,60	1,80	27,00
			N	5	5	5
			% de N total	5,0%	5,0%	5,0%
	Total	feminino	Media	6,00	2,00	35,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
	Total	feminino	Media	12,00	11,00	19,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
	Total	feminino	Media	14,50	2,88	27,00
			N	8	8	8
			% de N total	8,0%	8,0%	8,0%
	Total	feminino	Media	14,50	2,88	27,00
			N	8	8	8
			% de N total	8,0%	8,0%	8,0%
	Total	feminino	Media	12,00	11,00	19,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%

profissão	idade	género		exaustão emocional	desperson alização	realização profissional
administrativo	30-39	masculino	Media	5,00	9,00	38,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
maqueiro	18-29	masculino	Media	21,83	8,83	35,83
			N	6	6	6
			% de N total	6,0%	6,0%	6,0%
	Total		Media	21,83	8,83	35,83
			N	6	6	6
anestesista	40-49	feminino	Media	17,00	2,00	26,50
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
	Total		Media	17,00	2,00	26,50
			N	2	2	2
	50-59	masculino	% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
			Media	31,00	29,00	31,00
			N	1	1	1
		feminino	% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
			Media	16,29	2,71	33,29
			N	7	7	7
	Total		% de N total	7,0%	7,0%	7,0%
			Media	18,13	6,00	33,00
			N	8	8	8
	60+	feminino	% de N total	8,0%	8,0%	8,0%
			Media	13,00	,00	34,00
			N	1	1	1
	Total		% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
			Media	13,00	,00	34,00
			N	1	1	1
	Total	masculino	% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
			Media	31,00	29,00	31,00
			N	1	1	1
		feminino	% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
			Media	16,10	2,30	32,00
			N	10	10	10
	Total		% de N total	10,0%	10,0%	10,0%
			Media	17,45	4,73	31,91
			N	11	11	11
			% de N total	11,0%	11,0%	11,0%

profissão	idade	género		exaustão emocional	desperson alização	realização profissional
cirurgião orl	30-39	masculino	Media	5,00	4,00	42,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
		feminino	Media	27,00	5,00	29,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
	40-49	masculino	Total	16,00	4,50	35,50
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
		Total	Media	11,00	5,00	22,00
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
	50-59	masculino	Media	13,50	9,50	24,50
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
		Total	Media	13,50	9,50	24,50
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
	Total	masculino	Media	10,80	6,60	27,00
			N	5	5	5
			% de N total	5,0%	5,0%	5,0%
		feminino	Media	27,00	5,00	29,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
		Total	Media	13,50	6,33	27,33
			N	6	6	6
			% de N total	6,0%	6,0%	6,0%

profissão	idade	género		exaustão emocional	desperson alização	realização profissional
cirurgião cd	30-39	masculino	Media	17,00	5,00	39,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
		Total	Media	17,00	5,00	39,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
	40-49	masculino	Media	22,00	6,00	34,00
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
		feminino	Media	25,00	6,00	22,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
		Total	Media	23,00	6,00	30,00
			N	3	3	3
			% de N total	3,0%	3,0%	3,0%
	50-59	masculino	Media	9,67	3,67	35,00
			N	6	6	6
			% de N total	6,0%	6,0%	6,0%
		Total	Media	9,67	3,67	35,00
			N	6	6	6
			% de N total	6,0%	6,0%	6,0%
	Total	masculino	Media	13,22	4,33	35,22
			N	9	9	9
			% de N total	9,0%	9,0%	9,0%
		feminino	Media	25,00	6,00	22,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
		Total	Media	14,40	4,50	33,90
			N	10	10	10
			% de N total	10,0%	10,0%	10,0%

profissão	idade	género		exaustão emocional	desperson alização	realização profissional
cirurgião ct	50-59	masculino	Media	17,50	6,50	28,00
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
		feminino	Media	18,00	1,00	32,00
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
	60+	Total	Media	17,75	3,75	30,00
			N	4	4	4
			% de N total	4,0%	4,0%	4,0%
		feminino	Media	3,00	,00	30,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
		Total	Media	3,00	,00	30,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
		Total	Media	17,50	6,50	28,00
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
		feminino	Media	13,00	,67	31,33
			N	3	3	3
			% de N total	3,0%	3,0%	3,0%
		Total	Media	14,80	3,00	30,00
			N	5	5	5
			% de N total	5,0%	5,0%	5,0%
cirurgião urol	30-39	masculino	Media	15,50	11,50	26,50
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
		Total	Media	15,50	11,50	26,50
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
	40-49	masculino	Media	8,25	5,75	35,75
			N	4	4	4
			% de N total	4,0%	4,0%	4,0%
		Total	Media	8,25	5,75	35,75
			N	4	4	4
			% de N total	4,0%	4,0%	4,0%
	50-59	masculino	Media	15,67	7,33	36,00
			N	3	3	3
			% de N total	3,0%	3,0%	3,0%
		Total	Media	15,67	7,33	36,00
			N	3	3	3
			% de N total	3,0%	3,0%	3,0%
	Total	masculino	Media	12,33	7,56	33,78
			N	9	9	9
			% de N total	9,0%	9,0%	9,0%
		Total	Media	12,33	7,56	33,78
			N	9	9	9
			% de N total	9,0%	9,0%	9,0%

profissão	idade	género		exaustão emocional	desperson alização	realização profissional
cirurgião vasc	30-39	masculino	Media	20,00	13,00	34,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
		feminino	Media	18,00	5,00	28,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
	50-59	masculino	Total Media	19,00	9,00	31,00
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
		Total	Media	14,50	4,00	33,00
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
	Total	masculino	Media	16,33	7,00	33,33
			N	3	3	3
			% de N total	3,0%	3,0%	3,0%
		feminino	Media	18,00	5,00	28,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
		Total	Media	16,75	6,50	32,00
			N	4	4	4
			% de N total	4,0%	4,0%	4,0%



profissão	idade	género		exaustão emocional	desperson alização	realização profissional
interno ori	18-29	feminino	Media	13,00	3,50	40,50
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
		Total	Media	13,00	3,50	40,50
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
	30-39	masculino	Media	40,00	13,00	34,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
		feminino	Media	6,00	,00	36,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
		Total	Media	23,00	6,50	35,00
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
		Total	Media	40,00	13,00	34,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
		feminino	Media	10,67	2,33	39,00
			N	3	3	3
			% de N total	3,0%	3,0%	3,0%
		Total	Media	18,00	5,00	37,75
			N	4	4	4
			% de N total	4,0%	4,0%	4,0%
interno cd	30-39	masculino	Media	17,75	5,25	24,75
			N	4	4	4
			% de N total	4,0%	4,0%	4,0%
		feminino	Media	16,50	8,50	35,50
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
		Total	Media	17,33	6,33	28,33
			N	6	6	6
			% de N total	6,0%	6,0%	6,0%
		Total	Media	17,75	5,25	24,75
			N	4	4	4
			% de N total	4,0%	4,0%	4,0%
		feminino	Media	16,50	8,50	35,50
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
		Total	Media	17,33	6,33	28,33
			N	6	6	6
			% de N total	6,0%	6,0%	6,0%

profissão	idade	género		exaustão emocional	desperson alização	realização profissional
interno ct	18-29	masculino	Media	24,00	5,00	28,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
		feminino	Media	23,00	8,00	28,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
	30-39	Total	Media	23,50	6,50	28,00
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
		masculino	Media	26,00	12,00	35,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
		feminino	Media	32,00	10,00	32,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
		Total	Media	29,00	11,00	33,50
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
		Total	Media	25,00	8,50	31,50
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
		feminino	Media	27,50	9,00	30,00
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
		Total	Media	26,25	8,75	30,75
			N	4	4	4
			% de N total	4,0%	4,0%	4,0%

profissão	idade	género		exaustão emocional	desperson alização	realização profissional
interno urol	18-29	masculino	Media	4,00	2,50	36,50
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
		feminino	Media	7,00	1,00	37,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
	30-39	Total	Media	5,00	2,00	36,67
			N	3	3	3
			% de N total	3,0%	3,0%	3,0%
		masculino	Media	10,00	4,00	38,50
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
	Total	Total	Media	10,00	4,00	38,50
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
		masculino	Media	7,00	3,25	37,50
			N	4	4	4
			% de N total	4,0%	4,0%	4,0%
		feminino	Media	7,00	1,00	37,00
			N	1	1	1
			% de N total	1,0%	1,0%	1,0%
		Total	Media	7,00	2,80	37,40
			N	5	5	5
			% de N total	5,0%	5,0%	5,0%

profissão	idade	género		exaustão emocional	desperson alização	realização profissional
Total	18-29	masculino	Media	17,60	6,60	34,70
			N	10	10	10
			% de N total	10,0%	10,0%	10,0%
		feminino	Media	18,17	3,83	33,00
			N	6	6	6
			% de N total	6,0%	6,0%	6,0%
		Total	Media	17,81	5,56	34,06
			N	16	16	16
			% de N total	16,0%	16,0%	16,0%
	30-39	masculino	Media	16,79	7,71	32,21
			N	14	14	14
			% de N total	14,0%	14,0%	14,0%
		feminino	Media	16,71	3,71	29,75
			N	24	24	24
			% de N total	24,0%	24,0%	24,0%
		Total	Media	16,74	5,18	30,66
			N	38	38	38
			% de N total	38,0%	38,0%	38,0%
	40-49	masculino	Media	12,38	5,63	31,88
			N	8	8	8
			% de N total	8,0%	8,0%	8,0%
		feminino	Media	15,14	3,71	31,43
			N	7	7	7
			% de N total	7,0%	7,0%	7,0%
		Total	Media	13,67	4,73	31,67
			N	15	15	15
			% de N total	15,0%	15,0%	15,0%
	50-59	masculino	Media	14,19	7,06	32,50
			N	16	16	16
			% de N total	16,0%	16,0%	16,0%
		feminino	Media	15,00	2,77	31,77
			N	13	13	13
			% de N total	13,0%	13,0%	13,0%
		Total	Media	14,55	5,14	32,17
			N	29	29	29
			% de N total	29,0%	29,0%	29,0%
	60+	feminino	Media	8,00	,00	32,00
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
		Total	Media	8,00	,00	32,00
			N	2	2	2
			% de N total	2,0%	2,0%	2,0%
	Total	masculino	Media	15,35	6,92	32,77

## ANEXO X - ENTREVISTAS

### ENTREVISTA 1

Identificação da Entrevista: **E1**

#### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Sinto-me bem quando dentro de uma sala operatória (ah) as pessoas se respeitam, cada um exerce as suas funções (ah, mais quê) que não haja conflitos, que há muitos conflitos (ah) entre os vários profissionais, como tu sabes, (ah) muitas vezes impaciência dos cirurgiões, das anestesistas. O bem estar para mim é nós conseguirmos conviver e respeitarmo-nos mutuamente enquanto equipa e respeitar as funções de cada um, não se meter no seu trabalho, no trabalho de... pronto cada profissional, para mim no fundo é isso, é poder estar numa sala, sentir-me bem haver brincadeira, haver espaço para nos rir-mos, mas haver responsabilidade, no trabalho, no fundo acho que é isso bem-estar.

#### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

É sem dúvidas, e temos vários factores.

#### **Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

Uma delas é exactamente a equipa multidisciplinar entrar em conflitos, de variadíssimas espécies, outras vezes tem também a ver com as situações de cirurgias complicadas, de doentes a sangrar ou patologias associadas, doentes novos, isso também dá algum stresse, doentes novos com patologias como neoplasias e situações muito complicadas, também é um factor de stresse. O facto de não termos... o espaço ser muito fechado, é assim é muito artificial, estamos numa sala e isso para mim provoca um bocado de stresse, por isso é que eu às vezes tenho necessidade de sair um bocadinho à hora do almoço para espairecer

por ser um sítio muito fechado, depois somos muitas pessoas do mesmo sítio, principalmente mulheres e isso é sem dúvida um factor de stresse. O facto de ser um sítio artificial com pouca iluminação, entre outras características físicas do bloco. Os conflitos como te disse provocam-me stresse, conflitos entre os pares e entre os outros elementos da equipa, os cirurgiões e acredito que às vezes eu também provoço algum stresse nas pessoas, também às vezes devido à minha personalidade também stresso um bocadinho (ah) assim facilmente.

Factores organizacionais que provocam stresse também existem olha por exemplo vamos dar aqui o exemplo dos sigic, com isto lá por causa da administração e desta confusão toda, isto provoca-nos stresse no dia a dia. A nível organizacional há aí algumas desorganizações que nos provocam algum stresse, coisas mal organizadas e que não tem a ver propriamente com o teu desempenho.

### **3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

Olha há duas coisas, uma delas é quando a cirurgia por exemplo a parte cirúrgica ou a parte anestésica se complicam e põem em risco a vida do doente, quando o doente está em hemorragia e não se consegue, provoca-me muito stresse e já passei por uma experiência de uma doente que acabou por falecer, que teve que ficar... foi na cirurgia torácica, acabou por ter de vir cá a cirurgia vascular, e pronto isso é uma situação de a gente stressar, quando as coisas a nível anestésico ou cirúrgico não se conseguem controlar, isso é uma das coisas que me stressa, a outra às vezes é o desrespeito de alguns elementos que não é... também pares, mas principalmente de outras equipas cirúrgicas nomeadamente e anestésicas deixa-me às vezes um bocado stressada com certos comentários. Com os auxiliares também temos alguns problemas mas são coisas que eu consigo gerir, consigo gerir muito mais facilmente do que por exemplo com um cirurgião, e sabes como é que são as personalidades que temos cá, mas consigo gerir melhor algum problema ou alguma situação com as auxiliares ou com os maqueiros do que com os cirurgiões ou anestesistas.

#### **4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

Às vezes descompenso mesmo, começo assim, olha ainda à pouco tempo, estravazo e dá para gritar e para discutir, e dizer o que tenho a dizer na altura, pronto e depois passa, mas como isso nem sempre é possível, não é, por que temos que...., muitas vezes faço uma contagem decrescente, só para mim, pronto tenho me acalmar e dizer isto vai passar e não posso, muitas vezes tu sabes estás numa cirurgia e tens o cirurgião que é exigente, tu estás a fazer o melhor e as coisas não estão a correr bem e é sobre o enfermeiro que descarrega, às vezes ficamos em stresse e eu tento me acalmar e dizer isto vai passar, tenta fazer o teu melhor porque se tu ficas ainda mais stressada e enervada as coisas vão correr pior. Ainda há pouco tempo tivemos um problema de conflito entre colegas e a chefia solicitou uma reunião entre as pessoas envolvidas e esclareceu-se algumas coisas e viu-se que foi tudo um bocado mal interpretado de uma parte e de outra e esclareceu-se. Pessoalmente eu na altura não posso falar muito com o stresse, eu dá-me é logo para discutir e portanto eu tenho que me acalmar, sou capaz de depois falar com a pessoa no dia a seguir.

Colectivamente aqui no bloco acho que é praticamente impensável pelo menos na equipa multidisciplinar, com a equipa de enfermagem acho que uma coisa que é possível se fazer é por exemplo na nossa primeira sexta feira do mês, quando existe manutenção aproveitarmos para sair depois das quatro e meia e irmos dar uma voltinha beber um café, desanuviar um bocadinho, conversarmos o grupo todo, nos estamos sempre aqui em trabalho, e pronto sair daqui do ambiente de bloco, beber um cafezinho, dar um passeio no verão, sei lá acho que isso é possível pronto acho que isso era uma forma de aliviar o stresse, também dá para nos conhecermos melhor sem ser no meio do bloco. Uma actividade lúdica era possível a nível da enfermagem, agora incluindo outros grupos era muito complicado. Pessoalmente tento interiorizar para mim própria que tenho que fazer o melhor, porque se eu ficar stressada aí é que as coisas correm mal, e vou demorar muito mais tempo, portanto eu mentalizo-me antes de ir para uma situação, uma cirurgia com um determinado

cirurgião, uma cirurgia muito complicada mentalizo-me que tenho que me manter calma que as coisas vão correr melhor porque se eu descombo se eu me enervo aí as coisas aí vão ser muito mais stressantes.

**5 - Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

Olha situação que desde que eu cá estou que foi para mim, muito stressante, e eu já fiz menção a ela há bocado foi naquela situação de uma doente que acabou por morrer na sala (pausa) que eu estava de enfermeira de anestesia, que tinha me envolvido, que tinha feito a visita pré operatória com a senhora, o filho vinha de França no próprio dia, no dia da cirurgia estava a chegar para ver a mãe e eu lembro-me que ela tinha imenso medo, e dizia eu quero é acordar, e eu disse-lhe garanto-lhe, aí isso garanto-lhe que vai acordar, (ah) e depois no decorrer da cirurgia as coisas não foram bem assim, ah e depois a senhora era muito católica, fez menção a que vai correr tudo bem, nossa senhora de Fátima, foi a nossa senhora de Fátima, e envolvi-me de tal maneira que depois durante a cirurgia me apercebi que as coisas estavam a correr muito mal, e que aconteceu, que ia acontecer aquilo que acabou por acontecer, para mim foi uma situação muito stressante, pois eu estava grávida nessa altura, quem lá estava os anestesistas e colegas queriam que eu saísse, pois era uma situação que me estava a deixar emocionalmente desgastada, só que eu fiz questão de ficar até ao fim, foi sem dúvida uma das situações mais stressantes para mim, porque houve uma parte de envolvimento emocional com o doente, a relação que se estabeleceu com a doente e eu não estava à espera, foi a primeira vez que me aconteceu numa cirurgia morrer um doente, mas ali aquela situação mexeu muito comigo, provocou um stresse imenso. A estratégia foi uma mentalização individual, eu quero ficar, devo isto à senhora, e quero ficar até ao fim, foi tipo uma mentalização e tento ultrapassar este medo, porque queriam que eu saísse e tudo, e eu disse não eu quero ficar até ao fim. As estratégias colectivas, realmente toda a gente estava sob stresse, mas os esforços, tentou-se fazer tudo, houve ali uma grande cooperação entre toda a equipa cirurgiões, anestesistas, enfermeiros, auxiliares, ali tudo, tudo funcionou até muito bem, mas realmente, não



se pode fazer nada, para mim foi das situações mais stressantes que eu tive cá no bloco.

## **ENTREVISTA 2**

Identificação da Entrevista: **E2**

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Olha para mim bem-estar é as pessoas estarem contentes, estarem felizes, desempenharem as suas funções sem azedumes uns para os outros, portanto as pessoas sentirem-se bem uns com os outros sem pressões, sem ... agora é assim eu nunca vi esse momento, até hoje já trabalho há 20 anos no bloco, nunca senti que houvesse um momento desses dentro da equipa multidisciplinar, um momento pleno dentro do bloco operatório no exercício de funções, nunca senti esse momento; é assim acho que é um momento muito difícil de atingir, porque há sempre alguém que não está bem para alguma coisa, há sempre alguma coisa que não é aquela coisa que nós queríamos, não é aquilo que estávamos à espera, há sempre alguma coisa que tira o bem-estar às pessoas, pleno bem-estar. O pleno bem-estar para mim seria que as coisas corressem sem... sem, que as pessoas dissessem ai não era isto que eu queria, este material não funciona, eu sinto-me bem fisicamente, gosto de trabalhar com essa pessoa, tudo estivesse em harmonia; nunca está tudo em harmonia ou porque o doente é complicado, ou o anestesista vem mal disposto, ou o cirurgião não gosta do canivete, ou o ar da sala está frio ou está quente, ou o enfermeiro está constipado, ou não era bem...., ou não dormiu bem ou afinal já lhe disseram qualquer coisa e ficou mal disposto, há sempre qualquer coisa, à volta do nosso dia a dia no nosso desempenho que não nos deixa estar bem. Para estar bem, bem, bem eu nunca ouvi ninguém dizer que estava plenamente bem.

### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

Considero.

**Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

Os factores são múltiplos e podem ser de origem pessoal, individual, pronto e embora as pessoas tenham conhecimentos para evitar que isso aconteça, não podemos dissociar as coisas umas das outras, quando uma pessoa não está bem pessoalmente, também não pode estar do ponto de vista profissional e isso eu acho que são factores com alguma relevância e que acontecem sistematicamente, todos os dias nos vários grupos profissionais.

São factores de ordem logística do próprio serviço e que por razões várias não existe aquilo mais indicado para aquela técnica, falta não sei o quê, e isso gera nas pessoas, stresse, porque as pessoas gostavam de ter as coisas apropriadas para aquilo que vão fazer e isso não é possível. Muitas vezes temos que substituir coisas, por vezes não há coisas, e isso penso que a parte logística do próprio serviço tem falhas que geram muito stresse.

O ambiente físico porque é a luz artificial, porque é uma temperatura fora daquilo que é confortável, portanto também acho que isso é gerador de stresse, e depois a parte relacional que por vezes não é gerível, não é fácil porque as pessoas são todas diferentes, e os grupos profissionais também são todos diferentes, e portanto isso tudo dá um choque em cadeia de alguma dessa maneira de estar que vai interferir em toda a equipa.

Se um grupo estiver mal isso transmite-se rapidamente como um rastilho.

**3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

Para mim pessoalmente, o que me causa maior stresse é situações que não dependem de mim para serem resolvidas, portanto. Eu sei que tenho de fazer tudo para tentar resolver mas a decisão final não sou eu que a tenho nas mãos, não depende de mim, portanto isso causa-me stresse porque muitas vezes acaba por não conseguir passar mensagem, não conseguir que as pessoas estejam na mesma onda de pensamento, é difícil resolver algumas situações e a decisão não passa por mim portanto isso cria-me muito stresse.

#### **4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

É assim individualmente eu faço quase todos os dias, que é, pensar nos eventuais problemas que eu possa ir ter para tentar arranjar soluções só que não sei se é normal sentir isto mas o que eu acho ao final do dia é que houve sempre situações para as quais eu não tinha equacionado e para as quais eu não tinha solução, porque há sempre novos problemas que acontecem diariamente que não tinham sido equacionados.

Sob o ponto de vista grupal eu acho que há uma coisa que nós ainda não conseguimos fazer e que eu acho que seria importante e se calhar termos um apoio até periodicamente de uma pessoa preparada para isso porque há alguns focos de problemas não resolvidos que ficam na equipa e que causa depois um stresse acumulado e eu acho que se houvesse essa ajuda, se houvesse a prática de falar abertamente em grupo e nos expormos mais, se bem que se nos expomos as vezes criamos mais um problema que é não resolvermos os problemas que estão e as pessoas ainda acham que aquilo é uma acusação individual. Portanto acho que nós não temos esse hábito, não temos essa cultura, não temos essa ajuda e eu acho que é falha. Essa prática a nível multidisciplinar era mais, eu acho que seria mais eficaz, porque há problemas que tocam as várias equipas.

#### **5 - Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

Eu já tive muitas situações que me marcaram, tanto positiva como negativamente, mas acho que me marcaram mais situações negativas do que positivas, por acaso positiva não me lembro de nenhuma. Negativas lembro-me de muitas e penso mais (pausa) é assim as situações de ordem logística e de gestão eu acho que consigo resolvê-las melhor e não penso tanto nisso. Agora em relação aos doentes há situações que me criam muito stresse por exemplo chegar um doente e chegar a equipa multidisciplinar e haver uma discussão em cima do acontecimento sobre esse doente e essa discussão não ter sido já pensada, não ter sido já discutida e portanto ficam ali envolvidas vários grupos profissionais com o doente no meio e há

uma avaliação um bocado feita em cima e portanto aquele doente muitas vezes que já foi preparado e que já vinha com certas expectativas em relação à sua cirurgia acaba por ver agravada ou ver modificado o dia da sua cirurgia, porque às vezes até é adiada, por não ter sido devidamente estudado ou falado, as situações todas equacionadas, e eu isso até hoje no bloco é as situações que me causam mais stresse, para já porque nós enfermeiros somos um grupo que temos pouca intervenção nesse tipo de decisão e depois porque não conseguimos mudar algum tipo de atitude de alguns profissionais que acabam por expor-se na frente e o doente apercebe-se disso, e isso eu acho que hoje com a preparação que todos os grupos profissionais tem não deveria acontecer, e isso são situações que me causam muito stresse e que eu não sei como resolver, se calhar há muitas estratégias para resolver mas fica-se um bocado impotente como enfermeira, perante uma situação dessas. Em relação às funções que desempenho (gestão)os problemas que me causam mais stresse por exemplo eu ter uma pessoa na minha frente, um profissional que depende de mim que tem um problema pessoal e que precisa resolver e eu tenho do outro lado a necessidade da resolução de um problema do serviço e portanto eu fico entre duas situações uma que eu tenho obrigação de resolver (como responsável do serviço) de resolver e outra que tenho obrigação de ajudar porque é uma pessoa e precisa de ajuda naquele momento e portanto nós também estamos cá para fazer isso e isso também é uma situação que eu lido mal. O que eu tento fazer nesse momento é apelar à boa vontade de todos e solucionar o problema dessa pessoa da maneira que eu posso e depois se calhar sobrando sempre para os que ficam e tentando pedir ajuda aos outros que ficam mas sempre solucionar em favor da pessoa, porque eu acho quando a pessoa está numa situação dessas também precisa de ajuda e assim acabo sempre por ir por esse lado. Mas é uma situação que mexe comigo e causa muito stresse.

### ENTREVISTA 3

Identificação da Entrevista: **C1**

#### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Sinto-me bem quando há harmonia, o que é que isso quer dizer, quer dizer que cada uma das pessoas que estão dentro da sala estão a funcionar para o mesmo objectivo que é o doente. Sinto-me confortável portanto com este tipo de interrelação em que não é preciso chamar, gritar, chamar à atenção, de umas pessoas para as outras, ou seja de mim para os outros ou dos outros para qualquer outra pessoa. É bem estar ter uma boa temperatura, é bem estar ter o doente anestesiado (risos) e pronto é ter um bom ambiente..., não haver perdas de tempo, e acho que basicamente é isto o resto é intercorrências, por tudo isto que me esteja a ser proporcionado se me estiver a correr mal..... Para além disto ter o material adequado a funcionar, talvez onde falhe mais naquilo que temos, não sei se vais perguntar ..., o nosso de todos ou de alguns desconhecimento dos materiais que estão sempre a variar e portanto funcionam de maneiras diferentes e de pois “ai como é que isto funciona e tal”, e isto perturba o bom funcionamento.

#### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

Sim

##### **Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

Eu acho que é exactamente o contrário do que eu disse, quando não há harmonia, quando há disfuncionamento, quando o material não existe, quando temos que ir à procura de um material que substitua, naqueles tempos inevitáveis do dia em que há substituição de pessoas, em que falta um elemento e é preciso fazer uma ginástica de substituição que às vezes se torna complicado, quando penso que pela actividade de um bloco operatório, logicamente que a cirurgia não é uma actividade monótona no sentido de que é sempre igual é sempre, da mesma maneira, tudo aquilo que faça alterar um pouco isto, por exemplo, a entrada de uma urgência, parece que as pessoas todas se desorganizam e deixa de haver a mínima harmonia

e isso é stressante, isso é muito stressante, enfim mas é assim pode ser poético ou não mas a actividade cirurgia é stressante porque só pelo facto de teres a vida de uma pessoa nas mãos e nas mãos de toda a equipa é stressante, porque um erro que pode ser um erro de um décimo de segundo, mas pode ser um erro para o resto da vida do doente e nós sentimos isso logicamente, todos nós.

Existem erros de actividade normal, e todos nós erramos, e isso é um erro que é compensado e é por isso que trabalhamos em equipa, qualquer um outro compensa, quando há um erro de má vontade, um erro que às vezes até se calhar por desleixo, quer dizer está a ver-se que vai cometer o erro mas deixa andar esses é que irritam, agora se alguém falhar por qualquer motivo, qualquer coisa que até nem queria e estava a tentar fazer o melhor possível, isso não me stressa, isso corrige-se e pronto, agora o que me stressa sei lá não vale a pena dar exemplo se calhar. Planos operatórios não concretizáveis muitas vezes relacionados com o subaproveitamento dos tempos, também são outro factor de stresse.

### **3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

Isso deve haver, não me estou agora a lembrar, dessas assim daquelas de ficar piurso (risos), mas há, há, o não haver paridade o não ser tratado de igual maneira, como outras pessoas noutras ocasiões, é evidente que tudo isto tem outros factores é outro, é outra ocasião, outra disponibilidade, se calhar outras pessoas, todas em vez de ser só uma, e tudo isto faz a diferença, mas isso stressa-me imenso, e fico piurso (risos).

### **4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

Bem a grande dificuldade é controlar as nossas próprias emoções, se as controlarmos de uma maneira ou de outra ultrapassa-se, ou com, aceitando, pura e simplesmente, a tomada de posição das outras pessoas e aceita-se e pronto, ou tenta-se argumentar da forma mais que se ache mais correcta para o momento e ou infelizmente mas isso também acontece é disparatando às vezes, é claro que esta não costuma resultar (risos), mas as outras às vezes resultam outras vezes não. Os anos a vivência destas situações também nos diz que muitas das vezes temos de

fazer um bocado como o macaco sentar um bocado no canto e esperar que passe porque normalmente passa a favor.

Quando as situações surgem acho que de facto qualquer coisa como a reunião de grupo, não estou a falar de nada formal porque de uma forma muito formal não funcionava, mas que fosse possível até de uma forma mais ou menos lúdica, não quer dizer que a gente até não faça isso, aquele ambiente que acho que é particular dos blocos operatórios tem a ver com isso, muito stresse e depois nos intervalos há alguma descompressão com uma forma de contacto entre todos, entre as pessoas, eu acho que sim, e acho que isso dirigido aquelas situações geradoras de mal estar, acho que sim que era capaz de ser benéfico.

A organização existente gera stresse de várias maneiras, aquela que é mais visível actualmente é a pressão que todos os profissionais são, sentem em relação a n coisas, e que tem como cerne do objectivo os números, a produtividade, o fazer para ter algum benefício, daí resultante.

##### **5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

Essa parte agora é que é chata, e eu não me lembro, há concerteza alguma coisa. Sendo o bloco um sitio de stresse por excelência há volta não volta dessas situações, é assim a minha dificuldade neste momento de me lembrar é porque eu encaro essas situações e até as posso viver intensamente no momento, mas depois também acho que fizeram parte do normal da vivência das pessoas e portanto, se alguém me der uma dica lembras-te daquela situação, se calhar vou recordar tudo, mas uma que me tenha marcado e que se calhar me tenha alterado comportamentos e assim, particularmente não me lembro de nenhuma. Mas houve durante uma grande parte, num determinado tempo, e que foi longo, em que tentei alterar a minha maneira de estar no bloco, sendo o mais digamos, só profissional possível, a propósito precisamente desse tratamento que eu acho que às vezes não é igual para toda a gente, e isso às vezes marcava-me, e isso é uma das coisas que mais me marca é porque eu acho isto se há pessoas que conseguem tirar vantagem, a vantagem para o doente, não é para eles, mas tirar vantagem porque

utilizam argumentos que eu acho que não são válidos numa sociedade actual, isto é, são malcriados, são brutos, e conseguem com isso, tirar benefícios aliás logo à partida, aliás neste momento já nem precisam de ser exactamente isso basta dizer é o fulano tal, então “ai que ele pode ser assim é melhor já fazer”, e se nós não utilizamos esse tipo de argumentação somos prejudicados, no sentido de quando queremos.....; ser malcriado não resulta, porque a pessoa fica descontente com ele próprio e acaba por não resultar fica assim, e os meios termos não costumam resultar, tenta-se que pela evidência, e normalmente quando aparece alguém que não está envolvido naquela discussão picardia e que vem de fora e que acaba digamos por dar razão à situação que está em discussão e essa razão às vezes está do meu lado e fico digamos com aquilo que eu queria resolvido.

#### **ENTREVISTA 4**

Identificação da Entrevista: I1

##### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Sinto-me sempre bem no bloco operatório, quer dizer tenho tido a sorte de me sentir bem, raras as vezes em que não o senti. É a equipa dar-se bem. Estar no bloco operatório é óptimo mas se as coisas correrem bem entre as pessoas, se não correrem é pavoroso. O essencial é as pessoas darem-se bem, funcionarem bem, haver boa disposição, trabalhar com alegria, com boa disposição, com vontade de estar aqui.

##### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

Sim e não ou seja sim obviamente que não vou dizer que não mas não acho que seja o stresse de que as vezes as pessoas falam, ou então nós também acabamos por minimizar esse stresse de outra maneira.

##### **Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

O stresse está relacionado com a complexidade das operações que fazemos e a maior parte das operações que nós fazemos não são operações stressantes,



felizmente não é não são, é claro que esse stresse se vai alterando com os anos de trabalho, não é, quer dizer uma coisa que para mim aqui há alguns anos era stressante agora não é e outras são e se calhar para o meu chefe não são. Pronto no entanto acho que esse stresse é, mesmo quando existe se as pessoas funcionarem bem, confiarem umas nas outras, se houver um bom funcionamento. O que me faz entrar em stresse é se as coisas não correm bem com um doente, quer dizer se as pessoas se estão a dar mal, a irritar-se ou a chatear-se umas com as outras independentemente seja quem for isso não me faz entrar em stresse, posso ficar em ansiedade, se calhar fico chateada, mal disposta, irritada, mas não tem a ver com o stresse de estar no bloco, agora é obvio que a equipa lá está é muito importante para aquilo que nós estamos a fazer.

A organização pressiona quer directa quer indirectamente os profissionais, somos quando há regras que nos condicionam e somos quando, vocês também devem estar a passar por isso, mas eu sinto muito isso, as alterações todas que vai haver na saúde e que de forma indirecta me estão a causar muito stresse, os horários.

### **3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

O stresse para mim não é as pessoas estarem a discutir umas com as outras, tem a ver com a cirurgia em si, por exemplo uma cirurgia em que esteja próximo do coração e em que não podemos falhar.

É claro que o espaço físico e o ambiente e tudo isso concorre para que as coisas funcionem bem, para que a pessoa se sinta bem, é óbvio se eu fique irritada se calhar a minha tolerância depois ao resto das coisas é menor certo. Imagine que há uma paragem cardio-respiratória isso causa-me stresse, se alguém dá um berro a outra pessoa isso não me causa stresse.

### **4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

Eu acho que reajo mais ou menos bem ao stresse (risos), porque a minha estratégia, é rapidamente e independente da situação tentar solucionar o problema. Nunca assisti a nenhuma situação tipo catástrofe na sala, já houve algumas ameaças e as pessoas reagiram bem, há pessoas que ficam mais paradas, que se

afastam um bocadinho, mas acho que de uma maneira geral as pessoas tentam solucionar.

Eu acho que ajudava ter um ginásio no hospital porque é uma das coisas que alivia mais a tensão, depois de tantas horas, tantas horas aqui, e às vezes temos tempos mortos, eu estou cá o dia todo e não estou o dia todo a trabalhar a 100, e garanto-lhe que há alturas em que eu estou cá de urgência interna e me dá vontade de calçar um ténis e correr aqui. E há outras coisas por exemplo para quem tem filhos e olha para o relógio e tem de sair que seriam importantes para aliviar em termos de família.

**5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

A única coisa que eu me lembro, foi um monitor que deixou de ter linha, mas eram os eléctrodos que não estavam bem colocados e entrou-se muito em pânico e a primeira coisa a fazer é verificar os eléctrodos.

## ENTREVISTA 5

Identificação da Entrevista: C2

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Eu sinto-me bem quando, quando o ambiente está, o ambiente de trabalho com as pessoas está bem, quando o doente está estável.

A maior parte das vezes sinto-me bem com a minha equipa. Naturalmente que há pessoas com quem nos entendemos melhor, que já sabem como é que nós funcionamos, que não temos que pedir tudo o que queremos.

### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

Na maior parte das vezes não é stressante. É um stresse controlado.

#### **Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

Ah essa é fácil responder, é quando nós temos a sensação de que não estão a entender o que nós queremos, quando nós não estamos a aproveitar o tempo para fazer aquilo que deveríamos estar a fazer, quando demoramos muito tempo entre cada doente para operar. Eu acho que uma das coisas mais stressantes, é quando se tem a sensação de que não estamos a dominar as coisas, e quando temos a sensação que as coisas não estão a sair de uma forma mais ou menos natural.

Se estiver por exemplo muito calor na sala naturalmente que as pessoas se sentem desconfortáveis, se estiver muito barulho na sala isso também acaba por interferir.

Às vezes há um certo desconforto quando nós não temos o material para realizar as coisas da maneira que seria desejável, temos que improvisar ou...

### **3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

A mim stressa-me por exemplo ter de trabalhar com certas pessoas que eu sei que á partida não vão ter uma atitude tão construtiva como isso, e que vão condicionar o nosso trabalho e quando nós às vezes até podemos acabar o nosso trabalho mais cedo vão fazer com que vamos acabar invariavelmente tarde e há pessoas que tem

uma postura um bocado de bloqueio, e isso é uma coisa que me cria ansiedade por acaso. E cria ansiedade porque a pessoa também responde pelos seus actos não é e tem responsabilidades.

#### **4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

Sei lá eu tenho um vaso a sangrar, primeiro eu tento fazer algum tipo de compressão de algum controle e depois penso qual é a forma definitiva de resolver aquele problema, as vezes é preferível a pessoa parar um bocadinho racionalizar e não querer logo resolver as coisas à pressa.

Se ocorrer um conflito na sala é diferente se a pessoa estiver ou não a operar, se estiver a operar normalmente tenta que essas coisas não interfiram com o que está a fazer e se tiver alguma coisa para resolver que resolve mais tarde, porque naturalmente o doente não tem de estar a sofrer qualquer consequência da situação que está a acontecer.

#### **5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

(Risos) há uma situação que até você conhece, pelo menos de ouvir falar, que alguém estava a criticar o meu desempenho e eu respondi a essa pessoa que não era por essa pessoa estar a falar comigo de forma mais ríspida que eu ia fazer melhor ou mais depressa. Eu estava já com uma carga de desgaste em cima e já não estava pleno das minhas capacidades, mas pronto foi a forma de resolver. Os outros profissionais podem influenciar o meu desempenho e vice-versa

## ENTREVISTA 6

Identificação da Entrevista: **AX1**

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Quando há bom ambiente, é importante que haja respeito, respeito principalmente e acho que basicamente é isso.

Quando não existe respeito pelo meu desempenho fico stressada, irritada, mas tenho que muitas vezes aceitar.

### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

É muito.

**Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

É por estarmos fechados aqui horas e horas, convivermos sempre com as mesmas pessoas, o diálogo também é sempre com as mesmas pessoas, porque falar com os doentes é impossível, não dá, o doente entra e acabou fica a dormir. É sempre o mesmo ritmo, aquele ritmo todos os dias que provoca o stresse.

A relação com as outras pessoas também é causa de stresse, ou seja o ambiente que vivemos aqui dentro provoca isso mesmo não são só as outras pessoas. Ficamos irritados tanto uns como os outros, apesar de entrarmos bem, mas depois gera-se aquele ambiente de stresse, um irritado, provoca o outro irritado e fica tudo irritado.

### **3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

O que me tira do sério é as pressas, as pressas é todos os dias, e depois tentam culpabilizar o auxiliar, que o doente não é operado porque o auxiliar demorou x tempo, porque não limpou porque demorou, quando o auxiliar tenta fazer as coisas para bem do doente, para bem de todos, não é? E não demora aquele tempo que exigem de nós, nunca.

Se vir o doente atrapalhado também fico aflita mas não sinto que tenha essa responsabilidade, sei que não é do meu âmbito. Não stresso muito com essas coisas a não ser que o doente claro, se estiver quase a ter uma paragem aí, sim fico stressada como todos ficam.

#### **4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

A equipa é passiva, as vezes tentam resolver alguma situação.

(Risos) eu normalmente respondo sempre sei que não devo responder mas é dessa maneira que eu muitas vezes combato o meu stresse, é a responder porque acho que quando me pressionam muito eu não aguento e tenho de dizer alguma coisa.

O hospital podia criar momentos de descompressão pelo menos para nós que estamos sempre aqui fechados. Eu tirei aquele curso (...) que também tinha a ver com isso, é tipo Yoga, e acho que relaxa muito e que pelo menos nós precisávamos muito. Mas que envolvesse a equipa toda.

#### **5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

A mim o que me marcou mais foi lá em baixo no bloco velho que uma criança, de 4 anos que falhou a rampa de oxigénio e entrou tudo em pânico e tudo pedia as coisas ao mesmo tempo, eu estava à pouco tempo no bloco, sei que subi a um banco para segurar na mangueira do oxigénio, e depois pediram o âmbu e eu entrei em stresse ao ver aquela criança a ficar de outra cor e comecei a chorar, chorei mas felizmente conseguiram resolver a situação e a criança pronto, foi o que me marcou mais porque senti como se fosse...

Depois sai lá de cima porque já tinha vindo o oxigénio mas ninguém me tinha dito que já havia oxigénio e como eu me aliviei foi chorar, chorei muito porque não aguentei. Falei com as enfermeiras que estavam ao pé de mim que admirei a calma de algumas, que foi por causa que elas tiveram que conseguiram e conversei com elas e desabafei com elas, não aguentei, não aguentei, não estava preparada para principalmente para ver uma criança assim.

## ENTREVISTA 7

Identificação da Entrevista: **E3**

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Sinto-me bem quando estou bem disposta, quando normalmente estou com pessoas com quem me sinto bem, com cirurgiões e anestesistas e colegas com quem me sinto bem a trabalhar e com quem gosto de trabalhar, mesmo que não sejam aqueles com quem eu gosto muito de trabalhar mas desde que estejamos enquadrados todos eu sinto-me bem.

### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

Considero, mas nem sempre.

#### **Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

Quando os doentes vem trocados, dizem que são uma coisa uma cirurgia e sai outro tipo de cirurgia, portanto há as coisas planeadas, nós planeamos as coisas todas arranjamos tudo e depois chega outro tipo de doente que não é esse, isso é um factor de stresse, é querer ter as coisas organizadas e não as ter organizadas. É o facto de chegar aqui e dever haver um plano e não há um plano porque não mandaram o plano e nós não sabemos pura e simplesmente o que vamos ter; é o facto de queres algum material de que precisas que até tinhas visto e que até havia e quando chega a altura não há e depois ter de dizer ao cirurgião que não há esse material. Mais, é às vezes os anestesistas, muitas vezes, que querem tudo e mais alguma coisa e depois não querem e depois vão fazer um tipo de anestesia que acham que é essa a anestesia e depois a seguir resolvem que já não é essa a anestesia que já é outra coisa pronto. O que me causa stresse é ficar muito tempo fechada dentro da sala, causa-me um bocado stresse pronto. Ficar uma manhã inteira... se estiver a instrumentar uma cirurgia grande, não, não me causa stresse tudo bem e a cirurgia até é.... se a cirurgia até é uma cirurgia grande e que cause até um certo ritmo stressante até me dá prazer, pronto sou sincera. Agora se for uma

cirurgia muito parada, demora muitas horas e estás parada aí stressso porque me começa a enervar estar ali.

Se o cirurgião entra em stresse ou se a anestesista entra em stresse então os outros profissionais são envolvidos.

Eu não vou dizer que não fique em stresse numa cirurgia complicada, mas é um stresse controlado.

### **3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

Há, há quando chega o doente que não quer um tipo de anestesia e que o obrigam a fazer um tipo de anestesia ou o doente que chega e que não sabe propriamente o que vai fazer e que depois vou dar uma explicação esfarrapada ao doente, aí causa-me stresse porque acho que é injusto porque se eu fosse o doente certamente não gostava que me fizessem isso.

### **4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

È assim normalmente eu tento falar com doente na visita pré operatória antes da anestesista falar com o doente. Se sei que o doente não sabe de nada tento falar com o médico para tentar acalmar o doente e explicar o procedimento não muito específico mas pelo menos para explicar o que vai fazer, para o doente ter uma noção do que será a sua cirurgia.

Considero que a maior parte dos factores de stresse são falhas de comunicação e aí tento clarificar a situação.

Os outros grupos profissionais não tem essa preocupação, salvo algumas excepções que também as há, mas maioritariamente não tem.

Principalmente quando o doente não é operado por variadíssimas causas, ou porque falta um medicamento custa-me imenso andar atrás do médico para solucionar esse tipo de situações.

A instituição devia criar espaços e medidas de protecção dos profissionais agora nesta instituição eu não acredito que isso aconteça. Poderia haver sessões de terapia de stresse ou outro tipo, incluindo a equipa multidisciplinar, porque não funcionamos isolados, com todo o pessoal incluído.



Neste momento penso que cada um tenta resolver as suas situações, não há uma mobilização do grupo.

Individualmente fumo o meu cigarro e tento destressar.

**5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

Houve uma que me irritou imenso mas acho que não fiz nada para resolver isso, falei com (superior hierárquico), disse o que achava, mas foi por acaso não foi premeditado. Uma anestesista, chegou um doente, e o doente disse que não queria fazer Raqui. E a anestesista pura e simplesmente disse que ele não tinha que querer ou deixar de querer ela é que era a médica e se ela disse que era Raqui era Raqui que ele ia ter. A única coisa que eu pude fazer, eu fiquei sinceramente assim um bocado pasmada, a olhar para o senhor e a olhar para a médica e fiquei um bocado aparvalhada na altura. Até que depois tive de dar atenção ao senhor explicar que não ia ter dores, que achava que era o melhor para ele e ele estava preocupado, pronto tentei acalmar o senhor. Mas sei que no fim o doente estava danado comigo e com a anestesista pronto e eu acho que é muito chato. Acho que o doente tem o direito a escolher.

Acho que o doente deve ter autonomia ele até podia fazer a Raqui se lhe explicassem as coisas de uma maneira com calma não era porque não era, porque é que era melhor para ele. Agora obrigarem é assim porque é assim, impor causa-me imenso stresse.

Outro stresse é quando são anestésias locais eu ver que o doente está a ter dor, dizer que o doente tem dor e não fazerem o suficiente para que o doente não tenha dor porque acho que ninguém tem de ter dor, hoje em dia isso não se justifica, e isso é uma causa de stresse, porque sem querer ponho-me na pele do doente, o doente estar a chorar e continuar-se a fazer o procedimento.

## ENTREVISTA 8

Identificação da Entrevista: **E4**

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Normalmente sinto-me bem no bloco operatório, gosto de trabalhar aqui, gosto da equipa de Enfermagem e também Médica e de Auxiliares na generalidade, porque considero que problemas pontuais que hajam com uma ou outra pessoa que não sejam demasiado valorizados por mim pelo menos para condicionar o facto de eu gostar de trabalhar neste local. O que eu gosto mais além do ambiente inerente é o tratar do doente, fazer que todos e falo mais pela classe de enfermagem, damos o nosso melhor para tratar bem o doente e que muitas vezes isso é recompensado porque sabemos que os doentes recuperaram de situações difíceis para eles. Apesar de não termos muitas vezes esse feedback do próprio doente, e o próprio doente muitas vezes não nos reconhecer quanto mais reconhecer a nossa actuação na situação deles mas de toda a maneira é sempre gratificante saber que ajudamos um doente e penso que isso é o melhor. Claro que há dias em que não saímos tão satisfeitos não só porque não demos se calhar até o nosso melhor, há dias que eu até saio daqui e penso que se calhar podia ter feito melhor ou falado melhor com o doente, ter dado mais atenção ou até tecnicamente poderia ter estado mais bem preparada e tenho essa autoanálise e faço essa autocrítica e algumas vezes não sei se fico tão satisfeita quanto isso.

Eu sinto-me bem quando a equipa funciona bem (risos) porque muitas vezes... eu penso que para desenvolvermos um bom trabalho tem de haver articulação e aí está a base de tudo o resto tendo em conta que todos somos profissionais e tecnicamente estamos bem preparados e sabendo também que dependemos todos uns dos outros, se soubermos o que é que vamos operar, especificidades para aquela operação, para aquele doente podemos nos preparar melhor e isso diminui logo o stresse da pessoa enquanto profissional. Muitas vezes essa articulação é que não existe na perfeição e claro que há equipas ou especialidades ainda pior do que outras e nesse sentido pode trazer algum mau estar.

## **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

Considero mas não tem só a ver com essa interligação com outros grupos profissionais., mesmo entre nós, também entre nós algumas vezes há situações de conflito que eu acho que são facilmente resolvidas, é uma equipa bastante jovem eu acho que somos na generalidade abertas ao diálogo e à discussão e acho que superamos com alguma inteligência , realmente as situações pontuais de cada dia. Algumas de damos mais importância que outras mas penso que as coisas se resolvem.

### **Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

Na equipa multidisciplinar tem a ver com este aspecto que eu falei em relação à nossa equipa. Eu sinceramente centro-me mais na situação do doente porque há de facto situações que se prendem com o doente e que temos um doente aqui a ser operado que depende completamente de nós não só de nós enfermeiros, mas também dos médicos, ainda que a operação corra bem e felizmente temos bastantes que correm bem é sempre stressante ter aquela pessoa, aquela vida depende de nós e está nas nossas mãos, só por si isso já é um factor gerador de stresse.

Com a equipa multidisciplinar acho que entra mais uma vez a falta de articulação a desorganização a falta de comunicação, não sei honestamente o que é que se pode fazer pelo menos em relação à equipa médica onde é que nós podemos intervir de maneira a facilitar essa comunicação. Se houver um elemento na equipa que não esteja tão confiante ou que esteja destabilizado isso muitas vezes condiciona o comportamento das outras pessoas, ainda que tentem manter a cabeça fria e dar seguimento ao seu trabalho eu penso que interfere muitas vezes, de todos os grupos penso que o nosso ainda assim é o mais amenizador porque as auxiliares tem sempre uma perspectiva inferior não sei porque, mas elas, eu penso que elas próprias se vêem dessa maneira e com qualquer crítica mesmo que não seja destrutiva elas encaram quase sempre de uma maneira negativa. Da parte médica penso que eles não tem muito ouvidos para o que nós dizemos, e tentam sempre impor a verdade que acham que tem de maneira que há dificuldade, eu penso que a comunicação entre os outros grupos, do nosso grupo com os outros grupos

profissionais é mais difícil do que nós entre nós próprios, nós resolvemos os nossos conflitos e gerimos o nosso stresse de maneira mais saudável apesar de tudo.

Eu lembro que quando comecei a trabalhar no bloco operatório e era uma coisa que eu não tinha muita noção mas depois me vieram dizer já passados uns meses que a 1ª coisa que eu fazia quando saía da sala era tirar a toca e realmente essa pessoa uns meses mais tarde quando me disse isto, até me disse que achava que eu nunca me havia , me ia adaptar ao bloco e eu sentia não me apercebi disso nessa medida, sentia-me descaracterizada com a farda de bloco não me sentia muito enfermeira, não me identificava com a roupa, com a maneira de estar porque é muito técnico, de maneira que tive alguma dificuldade de adaptação logo, hoje em dia penso que isso já não é gerador de stresse mas há uma coisa que interfere bastante ainda na minha maneira de estar no dia a dia, que é não haver luz natural no bloco, nós passamos aqui dias fechados sem ter contacto com o exterior sem ver outras pessoas fora deste meio é um bocadinho mais (interrupção).

Isso é um factor gerador de stresse o facto de não termos horas certas também para comer, talvez não seja só no bloco operatório, não temos hora de almoço, não temos hora para a refeição, demoramos 20mn, outras podemos demorar mais um bocadinho, tanto podemos ir ao meio dia como podemos ir às três da tarde, não nos dá muita estabilidade, muita rotina talvez seja inerente a todos os enfermeiros, a toda a gente que trabalha aqui no hospital.

E agora acabou de acontecer uma cena também ela própria geradora de stresse, que são pequenas alterações que existem em aparelhos, em máquinas, em coisas que talvez não sejam tão usadas ou daí até sejam e em casos de urgência precisamos de alguma coisa que já não é assim que se trata, já não é possível mobilizar, enfim perdeu-se uma peça e ninguém sabia e isso também é gerador de stresse. Está-se a contar com um pressuposto que depois na verdade não é assim.

### **3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

O mais stressante para mim se calhar é saber que vou ter que trabalhar com uma ou outra pessoa pontualmente que só por si sei que vai ser gerador de stresse, que eu reconheço que muito provavelmente essa pessoa, para outra colega minha não será

stressante como também acredito que há outras pessoas que trabalhando com outras pessoas lhes cause stresse e a mim não causa, mas de facto há uma ou outra pessoa que me é sempre mais difícil trabalhar e a perspectiva de ter de trabalhar um dia com aquela pessoa pode ser stressante por vários motivos não só por ser uma pessoa mais exigente ou mais refilona mas pelo tipo de abordagem que faz.

#### **4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

(risos) eu penso que há muitas coisas que me transcendem. Pessoalmente eu acho que consigo manter a calma em muitas situações, não me importo numa ou noutra situação que eu sei que poderá ser geradora de stresse para outra colega não me importo de ficar no lugar dela se eu achar que lido de melhor maneira com essa situação. Por exemplo com as crianças há imensas pessoas que não gostam de ajudar a anestesiá-las as crianças é uma situação que não me causa sofrimento de maior, como há outras colegas que ficam mais sensibilizadas com a situação, e quem diz essa diz outras portanto sempre que posso de alguma maneira minimizar o stresse na equipa, e que eu própria me sinta em condições de o fazer, por ventura haverá situações que eu própria não consigo dar mais do que realmente elas dão, mas enfim penso que isso é uma estratégia que procuro adoptar. Muitas vezes procuro ter algum autocontrole que há situações que saem fora do nosso controle e aí nada a fazer mas às vezes há tipo uma aura que nos avisa tem calma porque isso está a chegar ao limite e é preciso fazer um auto controle, mas muitas vezes isso não é possível e as pessoas acabam por discutir ou entrar em frissom, não é.

Eu não sei se em equipa multidisciplinar é possível adoptar alguma estratégia, uma das coisas que eu percepciono é que nós não temos tempo para nós enquanto colegas e não meramente técnicas individuais de trabalho de execução, enfim estamos aqui e trabalhamos imenso e fazemos os números e colaboramos sempre e damos o tudo por tudo, mas depois eu penso que precisávamos de um bocadinho de tempo mesmo que não fosse fora do bloco que já por si é o nosso local de trabalho e transmite algum peso nesse sentido mas ainda que fosse no nosso local de trabalho nos pudessemos reunir para conversar, um almoço de sexta feira, um

momento mais descontraído em que pudéssemos debater não só questões que tivessem ocorrido durante a semana mas também para descomprimir, para conversar os sobre outras coisas, para termos um tempo para nós, que ao fim ao cabo não temos sentimo-nos aqui um bocadinho meros instrumentos de trabalho, estamos aqui para trabalhar e para cumprir os objectivos e para colaborar com o hospital num determinado projecto que também é o nosso em parte, que é o de dar o melhor contributo ao doente mas no fundo esquecemo-nos um bocadinho de nós, não é. Se calhar somos as primeiras a achar que somos instrumentos de trabalho pura e simplesmente, e penso que só lucraríamos em ter um tempo para nós para estarmos como colegas não só executantes mas também em confraternização. E acho que isso era uma estratégia mas sinceramente não vejo tempo nem disponibilidade para que isso acontecesse.

**5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

Bem agora de repente só me ocorre uma mas há n todos os dias, não digo todos os dias umas com maior ou menor gravidade, mas há algum tempo atrás num dia de ambulatório eu estava na sala e era circulante e era o elemento mais e velho na sala (responsável da equipa de enfermagem) naquele dia, e notava-se alguma tensão logo no final da primeira cirurgia, a anestesista imprimia algum ritmo e a instrumentista pediu as caixas do instrumental à auxiliar que entendeu que não tinha que fazer aquilo que lhe fora pedido e queria levar todo o material na mão. A instrumentista disse que não que era contra as normas de higiene e segurança hospitalar em bloco operatório e que queria as coisas de determinada maneira. Houve um conflito enorme, no meu ponto de vista os argumentos da auxiliar eram desadequados, eu penso que o colega tinha razão, compreendo que para a auxiliar talvez fosse mais rápido fazer da forma que queria e assim evitar tempos mortos, e a auxiliar sentia-se pressionada nesse sentido. A anestesista interferiu e deu razão à auxiliar, a instrumentista saiu da sala deixando o instrumental na mesa, a auxiliar começa a chorar. A auxiliar começa a limpar a sala após a saída do doente com a mesa e os ferros do doente anterior e eu que tinha estado a ver mais ou menos de

fora e ainda pedi à colega para tirar a mesa e ela insistiu que não, a auxiliar não trouxe os contentores e como não existiu consenso eu tirei a mesa porque achei que era a única forma, as coisas iam ter de continuar, não fazia sentido limpar a sala com ferros sujos de outra cirurgia e depois sinceramente depois de a colega sair nunca a deixaria ficar mal. Tirei a mesa e a auxiliar levou como entendeu. Pelo menos naquele momento a situação ficou resolvida e nas cirurgias a seguir a auxiliar depois de falar com a chefe do serviço passou a levar as caixas. Foi um tira teimas mas realmente na primeira cirurgia da manhã aquilo foi um ambiente terrível.

## ENTREVISTA 9

Identificação da Entrevista: **A1**

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Bem estar é primeiro quando estou bem comigo mesmo, é a primeira coisa é estar bem comigo mesma, com a família, comigo, com os meus objectivos, com os meus desejos, com as outras pessoas que me rodeiam, com as técnicas que faço, com os doentes que anestesio, e intermediado com o descanso que acho que é fundamental, porque se eu não tiver descanso eu acho que não venho em condições ideais de trabalhar portanto isto é um conjunto de relações interpares de relações do dia a dia e se calhar há dias em que venho muito melhor que outros provavelmente mesmo tendo tudo isto bem medido. Também há um factor individual que me parece que também é importante, eu não sou muito influenciável por esses humores posso ter alguns problemas e tal mas acho que trabalho é trabalho e quando venho tento reflectir embora há dias em que as pessoas percebem que sou muito extrovertida, percebem logo que venho ou não venho mal. Para mim isso é o bem-estar e depois sentir-me bem com o que faço, sentir que tecnicamente evoluo que sou uma pessoa séria com aquilo que faço, com aquilo que sei fazer, com os objectivos que traço para a minha vida, isso para mim é muito importante.

Relativamente à equipa há pessoas com quem eu gosto mais de estar do que com outros isso é obvio porque há empatização porque há gosto no trabalho, porque há

uma série de relações de há uns anos que me fazem gostar mais de algumas pessoas do que outras mas não sou de por pessoas de lado só porque ponho as pessoas de lado, não. Claro que há pessoas por quem tenho uma antipatia visceral e não sei dizer porquê, mas tenho, mas no trabalho tento reflectir isso.

## **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

Considero que é muito stressante, muito stressante, porque há muita situação de emergência, há muita relação entre várias pessoas e todos dependemos uns dos outros e a tendência às vezes é culpabilizar em situações de stresse os outros e eu acho que isso não deve ser, e é sempre mau quando eu vejo as pessoas a culpabilizarem-se, acho que há uma equipa de trabalho, cada um com as suas responsabilidades e com as suas competências, o ideal é funcionar tudo bem mas em momentos de stresse eu acho que pode haver rupturas e as rupturas derivam das pessoas não saberem assumir as suas responsabilidades.

### **Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

Eu acho que um sítio de descanso e o aspecto físico é muito importante para o bem-estar, como também ter os materiais que achamos ser importantes para o desempenho correcto. Eu penso que às vezes a ruptura vem por as pessoas não terem determinado tipo de materiais com que gostem de trabalhar, de terem por vezes falta de descanso e de terem muita pressão pela resposta dos números e isso às vezes trás uma certa ansiedade porque as pessoas não conseguem desempenhar com tranquilidade as funções que acham que devem desempenhar, porque há momentos para perder em determinada altura e esse é um factor que às vezes, e ultimamente acho que é dos factores mais pressionantes e mais de ruptura. É a pressão constante dos números do tempo, cada um tens os seus... não vêem os problemas da equipa no conjunto mas cada um vê os seus problemas pessoais e este é um dos responsáveis pelas grandes rupturas, que eu acho que é desde que estamos aqui neste Bloco. Pela dimensão, pela falta de... muitas vezes a gente aqui não se encontra, no Bloco antigo as pessoas tinham uma relação mais próxima, aqui é mais impessoal, mais de dar resposta a..., as pessoas querem dar resposta independentemente das condições ou das razões que assistem aos outros.



Há relações entre médicos e entre médicos e enfermeiros que podem causar ruptura, não é muito frequente, eu penso que não é muito frequente, apesar de isto tudo que eu disse ainda é raro, as pessoas tem muito a noção da responsabilidade e do equilíbrio e põem-se sempre à frente da ruptura e depois a ruptura é a seguir mas no momento as coisas vão.

### **3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

Há momentos que a mim particularmente me stressam quando vejo gente que tem filhos pequenos e que tem doenças difíceis e que podem evoluir negativamente, pessoas que aceitam a doença com muito estoicismo e muita tranquilidade mais do que os agitados, esses a mim tocam-me particularmente, e depois há aquele momento da indução onde às vezes até me chego a comover, quero me restringir e às vezes até penso que sou patológica nisso e depois há o momento da indução anestésica que até correr tudo bem o doente estar posicionado, a entubação é um momento um bocadinho stressante, nalgumas situações, não em todas. E naqueles doentes de urgência, muito mal ou hemorrágicos em que é preciso resolver um problema rapidamente.

### **4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

Muita tolerancia, muita responsabilidade com o doente para que não se perceba dentro dos grupos nem com o doente que aparecem rupturas e nós temos exemplo de algumas equipas de trabalho em que as pessoas não se dão mas que às vezes no Bloco isso nem se percebe que isso acontece, acho que há uma tentativa de evitar o conflito no momento de trabalho e isso cada vez mais, não sei se isso para que não chegue às instancias superiores se é por uma questão de respeito pelos outros e pelo doente mas noto que é muito raro o conflito dentro do Bloco Operatório.

Eu acho que as pessoas quando se reprimem muito, reprimem muito chega a uma certa altura e ficam mal, e quando as coisas tocam as pessoas é preciso pô-las cá fora e estravazar e eu acho que aí essa linha entre o aquilo que é muito grave e que se deve estravazar no momento e resolver e acho que as vezes tem de se resolver

no momento uma situação e depois pode-se conversar à posteriori mas dentro da sala tem de haver alguns limites na forma do conflito.

**5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

Eu não lhe direi em particular mas no geral há um momento particularmente stressante que é a indução anestésica é um momento um pouco stressante mesmo para quem tem alguns anos de experiência quando há doentes com algo muito diferenciado, todos esses que as vezes nos tocam mais que outros por exemplo até pelo seu estoicismo pela sua doença, pela juventude.

Tenho tantas experiências na minha vida para falar aqui no hospital, em Sta Maria era o doente da urgência, o directo, esse doente é um doente que ainda vem muito vestido de pessoa, ainda vem vestido, ou então quando se vai buscar ao local do acidente, esses doentes são terríveis. Quando estão internados já estão despersonalizados, quando estão muito igual a nós é muito complicado envolve muitos sentimentos, muita angústia.

Quanto a estratégias tento convencer-me de que vou ser capaz de resolver as tarefas e que estou a fazer o melhor possível para o doente, não posso personalizar porque é um disparate, tenho de o tratar como um doente ou a pessoa que eu vou tratar o melhor que posso, o lado afectivo não pode ter prioridade em relação ao lado emotivo, tem de haver um afastamento, para que eu possa tecnicamente resolver o problema da melhor maneira. Por isso é que eu não sei, mas há pessoas que dizem que eram capazes de tratar pessoas da família eu em termos técnicos gostaria mas em termos afectivos acho que era melhor ser outro porque esse lado de envolvimento muito íntimo entre as pessoas dá um peso que tecnicamente não seja bom.

Acho que o grupo de uma maneira geral reage assim, acho que nós temos aqui muito bons técnicos, de enfermagem sobretudo eu não estou a dizer isto por uma questão... eu sinto isso, as pessoas evoluíram, muito, muito nos últimos anos, acho uma relação entre médicos e enfermeiros muito ideal quase ideal, embora saiba que existem pessoas que dizem determinado tipo de coisas eu não acho mas foi uma

evolução muito boa, são muito profissionais e eu acho isso muito importante. Também há médicos muito profissionais, mas estamos a falar do profissionalismo da relação, o respeito com as pessoas, com as barreiras, com o respeito pelas competências de cada um, com a amizade, que a amizade não significa ingerência naquelas coisas que são fundamentais na nossa individualidade, eu acho que isso foi uma evolução muito grande desde que eu cá estou, sinto uma grande diferença.

## ENTREVISTA 10

Identificação da Entrevista: E5

### 1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?

Bem estar em Bloco Operatório para mim significa que tem de haver uma série de condicionantes a primeira é que eu sinta que estou a desempenhar o meu trabalho com competência e logo aí vem outro tipo de condicionantes para desempenhar o meu trabalho com competência como recursos físicos, humanos, de tempo também são importantes, essa eu acho que é a principal variável, depois o bem estar também tem a ver com o bem estar pessoal de relações pessoais e entre nós equipa de enfermagem e interdisciplinares também com outras equipas, implica que eu esteja bem que haja um bem estar pessoal também, psicológico físico, emocional porque estas condicionantes podem estar todas a concretizar-se mas se eu não estiver bem dificilmente vou sentir esse bem estar.

### 2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?

Acho.

#### Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.

O factor tempo/ produtividade acho que é muito stressante porque a questão de ter em conta só o tempo e o número de cirurgias que se efectuam e não a qualidade e o desempenho das funções para mim é muito stressante, porque acabo por não ter tempo de desempenhar e de fazer as coisas como eu gostaria, por exemplo uma das coisas mais stressantes para mim é estarem a pedir-me mil e quinhentas coisas

ao mesmo tempo e eu ter a plena consciência de que o risco de engano estar a aumentar muito e isso para mim é muito stressante é ter a consciência de que já não estou a ter o poder de concentração suficiente para que o erro não aconteça e acho que é o principal factor de stresse, está directamente relacionado com o tempo, porque se houver uma consciência multidisciplinar que determinada actividade ou determinada função exige determinado tempo esse stresse vai diminuir muito, o que muitas vezes não acontece porque para algumas pessoas ou algumas cabeças só determinadas funções é que exigem determinado tempo e esquecem-se, eu acredito que seja inconsciente e por esquecimento, que não seja voluntário mas acabam por se esquecer de todo o trabalho e de todo o resto que envolve.

Também me causa stresse conflitos interpessoais, fico com alguma dificuldade e sem saber muito bem o que fazer quando por exemplo duas colegas estão em conflito ou estão com uma linguagem mais agressiva ou ... para mim destabiliza-me um bocadinho.

Outro factor de stresse é que por exemplo nem todos estejam com os mesmos objectivos a realizar as mesmas coisas por exemplo se determinada pessoa está mais desmotivada nas suas funções e não acompanha o ritmo e é necessário estar constantemente a chamar à atenção e estar constantemente a ver que outra pessoa não está a fazer ou porque não está motivada ou porque se esqueceu ou seja quando eu tenho que estar concentrada não apenas no que estou a fazer mas no que outros estão a fazer eu não estou só a pensar por exemplo nas auxiliares alias estou a pensar mesmo na instrumentação às vezes nós próprios temos de estar concentrados quando vemos que a situação se destabiliza nós próprios muitas vezes temos de chamar à atenção que não se pôs o redigas ou que muitas vezes acontece que tenhamos que controlar e isso para mim também stressa um bocadinho, porque se eu puder estar concentrada só nas minhas funções é muito mais fácil e o cansaço é menor.

A organização causa-me muito stresse ultimamente (risos). Acho que causa precisamente pelas variáveis que eu estive a dizer anteriormente, nesta tentativa de produzir ao máximo no mais curto espaço de tempo, por exemplo neste objectivo que não é um objectivo comum e que não tem em conta as necessidades efectivas das pessoas a desempenhar as funções.

### **3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

O desconhecimento, se me pedem alguma coisa que eu não conheça à partida é mais stressante e estão sempre na nossa actividade a surgir coisas que desconhecemos.

### **4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

Eu acho que a estratégia colectiva que mais se utiliza no nosso serviço concretamente é... e que nem sempre é a estratégia mais adequada, é o desabafo entre pessoas não na própria situação mas no pós, não é, quando já passou a situação e a pessoa, precisa de desabafar e às vezes acaba por não confrontar e não colocar as coisas de uma forma assertiva e na hora certa mas acaba por ficar com a situação recalcada entre aspas, não é, e desabafar depois com outra pessoa, que não teve nada muitas vezes a ver com o contexto mas é uma forma de diminuir o stresse na minha opinião e de se sentir apoiada, é uma forma de procurar apoio e bengalas, não é noutras pessoas.

A minha estratégia pessoal, eu acho que a minha estratégia pessoal em momentos de stresse é o silêncio, o silêncio e a tentativa de concentração, é o respirar fundo é o não ouvir nada, nada que não seja necessário para a situação e isso acho que consigo fazer com alguma facilidade e noto que às vezes as pessoas, me repetem as coisas, eu ouço aquilo que tem a ver com o trabalho mas acabo por deixar de ouvir tudo o que é acessório, tudo o que é paralelo, essa eu acho que é a minha principal estratégia e daí às vezes os meus silêncios, e depois do silêncio tentar de forma assertiva mudar a situação o que nem sempre é fácil, porque nem sempre com o silêncio se consegue diminuir o que vem depois, alguma raiva que não ajuda nada e outros sentimentos que também são uma tentativa de combater o stresse mas que não são conscientes e portanto quando com o silêncio eu consigo acalmar e reagir à situação as coisas passam-se de forma positiva se pelo contrário o silêncio não serviu para eu me acalmar e não serviu para manter a concentração e eu continuo enervada e irritada se calhar vou dizer as coisas de uma forma menos adequada e pronto, tem acontecido também.

Eu acho que as estratégias desenvolvidas são mais individuais que colectivas, apesar de quando um problema não é entre a equipa de enfermagem acho que há uma união da equipa de enfermagem para resolver o problema, as pessoas agem no mesmo sentido, na maioria das vezes, nem sempre, mas eu acho que são sobretudo estratégias individuais, cada um reage da sua maneira.

**5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

Olha a situação que eu tenho assim de stresse que eu me lembro mais foi realmente a situação de uma conferencia em directo para o anfiteatro e pronto e o facto de nem todas as pessoas terem o tal conhecimento e o desconhecimento deixa-me em stresse e constatei de manhã que eu tinha desconhecimento em relação a tudo o que se ia passar durante o dia e esse desconhecimento não foi diminuindo progressivamente, foi aumentando progressivamente e o meu stresse também. Foi a situação mais stressante que eu tive porque por muito que eu quisesse não estava a conseguir dar resposta às dificuldades que surgiram porque tinham mesmo que surgir nesse dia, não é, e como estávamos em desconhecimento não conseguimos dar a resposta e não foi o que aconteceu, mas levado ao extremo quem teria sofrido as consequências seria o doente, e isso deixou-me em stresse.

A estratégia que foi desenvolvida foi tentar diminuir o desconhecimento à medida que o dia ia avançando o que não resultou, não foi diminuindo como eu já disse e foi o silêncio mais uma vez e quando o silêncio deixou... foi uma das situações em que o silêncio não resultou porque o stresse não diminuiu, porque a situação se mantinha e até estava a agravar e depois lá está o que eu estava a dizer a minha raiva foi aumentando até eu depois reagir a uma situação que não tinha nada a ver com o contexto e que se calhar não era o mais grave de tudo que era a rendição para o almoço de forma exagerada, e isto se calhar não é tanto uma estratégia, ou é uma estratégia errada. Depois a estratégia seguinte foi comunicar o que tinha sentido e o que tinha acontecido à gestão da equipa de maneira que não voltasse a acontecer.

Na perspectiva colectiva o que aconteceu foi a tentativa de remediar à medida que os problemas foram surgindo, mas não houve uma paragem a meio do dia para dizer assim ok então vamos lá parar um bocadinho cinco minutos, organizemo-nos para todos estarmos dentro do mesmo contexto a ver se as coisas correm melhor daqui para a frente, isto teria sido a estratégia colectiva no meu ponto de vista, e não aconteceu.

## ENTREVISTA 11

Identificação da Entrevista: **E6**

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Para a equipa multidisciplinar eu acho que o bem estar define que haja uma facilidade de comunicação entre todos os elementos e que sejam frontais ou seja não só, a actividade de comunicação não é só em termos dimensionais de trabalho face a isto ou face aquilo mas quando surge algum conflito as pessoas tenham confiança e educação e serem frontais e dizerem olhe fez isto ou não gostei da sua atitude neste caso e outra coisa que também acho que é importante para o bem estar não só os acontecimentos negativos sejam importantes mas também os positivos acho que também deve haver reforço positivo entre os vários elementos da equipa salientando que a pessoa x ou y fez um bom procedimento, e acho que o bem estar profissional é isto.

### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

Considero.

**Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

Há físicos e ambientais o facto de estarmos a trabalhar numa sala fechada que não tem luz natural que não tem ventilação natural, só por si já acho um bocado stressante e depois em termos relacionais por estar a vida do outro nas nossas mãos por vezes em situações críticas não posso também imiscuir o mau feitio ou a

má educação ou as características pessoais de cada um que às vezes também geram stresse nos outros elementos da equipa.

Acho que a organização apesar de não estar directamente e de não nos dar directivas directas, acho que a informação que às vezes nos passa, acho que é mesmo falta de informação, nós estamos aqui muito fechados e passam-se coisas lá fora que não nos dizem directamente mas que nós ouvimos assim por a+b sei lá aconteceu isto, vai acontecer aquilo, de certa maneira é ingrato para nós e gera às vezes um mau ambiente.

### **3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

Há não só como eu disse o relacionamento com algum, com outras classes profissionais, nomeadamente com alguns cirurgiões, com algumas anestesistas, com algumas auxiliares, que apesar de não fazerem coisas que ponham em risco a vida do doente nos causam alguns stresses, algum stresse pelo pouco profissionalismo de algumas pessoas e depois aquelas coisas que nós não podemos evitar como as situações de risco com os doentes que causam stresse.

O facto de não termos muitas rotinas marcadas também por um lado pode ser factor desencadeante de algum stresse por outro lado também pode ser factor mais relaxante, não vens com aquela rotina a, b, c para cumprir obrigatoriamente.

### **4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

Em relação à equipa multidisciplinar não vejo que utilize nenhuma estratégia para destressar, para eliminar o stresse ou para fazer com que haja menos factores. Em relação à equipa de enfermagem acho que tentamos ser o mais frontal e o mais sincero possível entre todos e fazemos reuniões regulares e tentamos expor os nossos problemas e de certa maneira tentamos resolve-los, direccionamos à chefe à enf<sup>a</sup> directora ou a quem quer que seja eu acho que em termos de equipa de enfermagem, eu acho que de certa maneira até conseguimos eliminar alguns pontos de stresse. Agora na equipa multidisciplinar não vejo qualquer interesse pelos profissionais, se calhar porque não consideram o stresse, mas não vejo qualquer interesse em resolver a situação, acho que eles se calhar não tem stresse. Em



relação a mim do ponto de vista pessoal e agora vou dizer uma coisa que eu tenho começado a fazer agora há muito pouco tempo. No ano passado comecei com as minhas aulas de yoga e apesar de eu ter alguma experiência não tenho conseguido ir às aulas porque o horário não permite, mas tenho feito técnicas de relaxamento respiratório pessoal em casa e tenho dito há vou só fazer quando sentir necessidade e ultimamente tenho tido muita necessidade (risos), e tenho feito não digo diariamente mas uma ou duas vezes por semana, não posso chamar aquilo uma aula de yoga mas tenho feito assim relaxamento de técnicas respiratórias em casa. Não sei se dá resultado mas dizem que dá resultado.

**5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

Então há pouco tempo umas semanas atrás aconteceu uma situação em que eu estava a instrumentar para um cirurgião que resolveu no final da cirurgia quando estava a encerrar, a mandar com todos, a jogar a mandar mesmo os picantes as agulhas não protegidas no porta algumas para cima da mesa da instrumentista e era eu a instrumentista. Eu avisei uma vez, avisei segunda vez, à terceira vez por acaso o porta agulhas saltou da mesa da instrumentista e caiu com a agulha para o meio do chão, por acaso não houve nenhum acidente porque por acaso a auxiliar desviou-se a tempo, comentei e disse que não achava correcto, passado dois ou três dias, um dia talvez não me lembro precisamente o mesmo cirurgião tinha um doente HIV +, para operar e não era eu a instrumentista, mas depois da instrumentista ter dito, olhe vamos ter cuidado com os picantes, eu disse: não vai voltar a acontecer aquilo que aconteceu na véspera que é os picantes andarem a saltar, o cirurgião não gostou, levou a mal levantou a voz, o que é que eu estava a dizer, como é que eu achava que ele devia entregar os picantes. Eu disse que se calhar era melhor aprender que os picantes devem passar para a mão da instrumentista protegidos nomeadamente numa situação destas e que a maneira como ele tinha agido no dia anterior causaria muito stresse naquele dia, no dia anterior nós não sabíamos se o doente era HIV + ou não, não é, pronto, como muitos doentes nossos não sabemos e portanto quando nós não sabemos achamos

sempre que não é portanto as coisas até se diluem um pouco agora quando nós temos um doente infectado... aquilo gerou um conflito entre mim e esse cirurgião, entre o colega dele, entre a instrumentista do dia porque ficou tudo um bocadinho alterado, eu acho que não tenha sido agressiva na maneira como eu disse, só alertei que na véspera tinha acontecido isso, para mim assim nestes últimos tempos, não sei se posso considerar que houve má comunicação se o cirurgião estava mal e cansado e interpretou mal aquilo que eu estava a dizer, não consegui perceber bem, as coisas depois falaram-se correu tudo bem na cirurgia e já passou, mas aquele momento foi uma situação muito constrangedora, foi se calhar pela má comunicação, se calhar porque alguns elementos aqui levam sempre um bocadinho a mal se temos alguma coisa a dizer. Acho que às vezes a palavra do enfermeiro não é tida muito em conta. Acham sempre que nós nos preocupamos demasiado. Eu acho que quando nós alertamos para este tipo de situações, que eu acho que os cirurgiões não relevam tanto como nós, se calhar nós damos mais importância sem dúvida, mas se calhar porque nós estamos todos os dias aqui a trabalhar com picantes, com todos os cirurgiões e com todo o tipo de doentes e se calhar estamos mais despertos para isto, e dizem : mas porque é que está tão preocupada isto nem se transmite assim; e eu valorizei muito esse acontecimento, ele também se portou um bocadinho mal.

## ENTREVISTA 12

Identificação da Entrevista: **AX2**

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Quando há um bom ambiente que é um bocado complicado ter um bom ambiente aqui com tanta gente num local fechado, mas quando há um bom ambiente de trabalho as coisas correm melhor, há mais inter ajuda, portanto as coisas funcionam muito melhor, as coisas correm melhor dessa forma de facto.

### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

Completamente

**Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

Portanto isto pode estar muito calminho e de repente surge por exemplo um cirurgião stressado, uma anestesista stressada, e pronto vai em cadeia, vai por aí abaixo, médicos, enfermeiras e por sua vez chega até nós não é.

O ambiente ser fechado, nem toda a gente sai à hora de almoço; por exemplo passo aqui um dia inteiro, entro às 8 horas e saio às 4 horas. Portanto é complicado passado um mês, dois, acontecer sempre a mesma coisa, é complicado não ser stressante, este ambiente fechado, sempre igual, todos os dias, isto torna-se mecânico, e rotineiro o que vai desencadear o stresse.

### **3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

Aqui somos pressionados a toda a hora por isso mesmo é que eu digo eu chego aqui faço o melhor que posso e que sei e sem me deixar levar pela pressão e pelas coisas que acontecem Pressionadas nós estamos a ser a todo o momento, médicos, cirurgiões, anestesistas, às vezes até colegas seus que chegam que na brincadeira vão dando uma piadinha, portanto estamos constantemente a ser pressionadas.

#### **4 – Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

Se isso acontece eu nunca me apercebi, eu tento vir aqui todos os dias e fazer o melhor e tentar não me deixar levar ou pelo mau humor ou pelos problemas que vão aqui e depois se eu tiver algum problema deixo-o lá fora não os trago cá para dentro e também tento não levar estes lá para fora, portanto venho faço o meu melhor e vou-me embora.

Portanto em grupos se existem estratégias eu nunca as vi, cada um resolve por si.

Nós geralmente só sabemos das coisas ou quando ouvimos algum zunzum por aí ou então quando toda a gente sabe e dizem olha não sabia, esta noticia já é velha.

#### **5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

Bem eu gosto de trabalhar as vezes com aquele stresse aquela urgência a situação para ontem porque pelo menos saio daquela rotina do dia a dia. Houve aquele caso que me marcou aquele doente da vascular que chegou aí que vinha inundado de sangue por todo o lado; foi uma coisa que me deixou de boca aberta, mas tentei resolver o que foi solicitado o melhor que pude.

Agora em termos de pressão que causa stresse não foi há muito tempo que eu estava a terminar de limpar a sala vou sair pelos lavabos e entra o cirurgião e diz-me que não estava para estar uma hora à espera que limpem a sala, e eu tinha limpo para aí a sala em 15 minutos se tanto porque a sala estava em péssimo estado, e portanto eu tentei contar até mil porque até dez não chegava e fui-me embora e custou-me a digerir, tive aquele nó na garganta durante uns quanto dias mas pronto tentei não tomar muito a sério.

## ENTREVISTA 13

Identificação da Entrevista: **M1**

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Sinto-me bem quase todos os dias desde que não haja guerra entre colegas e outras pessoas se calhar por fora. Muitas vezes as guerras vem de fora doutros... de colegas vossos. As vezes também dizem coisas que não deviam dizer sem terem razão. Bem-estar seria que todas as pessoas se deveriam dar bem no trabalho.

### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

Depende dos dias, as vezes há dias em que se calhar sim.

#### **Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

As guerras que há entre as pessoas, que muitas não sabem dar as ordens devidas, ou muitas dão as ordens que não deviam dar. Acho que há falhas de comunicação. O stresse é principalmente causado pelos serviços, pela maneira como estão organizados. O meu trabalho por si só não me causa stresse mas este é causado pelos outros profissionais.

### **3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

Não

### **4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

Para mim está resolvido calo-me e deixo falar os outros. Acho que devia mandar só uma pessoa e não todas ao mesmo tempo, e todas a falar na mesma coisa. Acho que há falta de líderes todos mandam mas não sabem mandar. Deve ser um líder como deve ser que não veja só a parte dele mas também a parte dos outros.

**5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

Oh! Isso há muitas vezes (risos), por exemplo mandarem-me fazer um recado e depois vir outra por trás “há onde foi o maqueiro?!” e depois anda tudo à procura do maqueiro e se calhar alguém sabe onde está o maqueiro e a enfermeira responsável não sabe e ninguém passa a informação e criam-se mal entendidos.

Para resolver talvez as pessoas estarem com mais atenção e perguntarem à pessoa certa. Muitas vezes andam atrás das pessoas e as pessoas estão a fazer o trabalho que a enfermeira mandou ou o Dr. Ou outra coisa qualquer mais. Eu acho que devia de haver mais comunicação, ou se calhar até há e fazem de propósito.

Por exemplo estamos no recobro, mandam-nos ir buscar uma cama, vem outra enfermeira há! Onde está o maqueiro daqui do recobro há não sei, depois vem um colega daqui do bloco há ele foi buscar uma cama e depois aparecemos aqui os dois com a cama e depois a enfermeira então onde esteve? Eu fui buscar uma cama que a sua colega mandou a mas a mim ninguém disse nada e acho que devia haver mais ligação entre os serviços. Sentimo-nos desapoiados, só vêm para o lado mais alto e esquecem o menor. Algumas vezes sentimo-nos incluídos na equipa outras não, só olham para o escalão maior para o escalão menor não olham.

## ENTREVISTA 14

Identificação da Entrevista: **M2**

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

A minha definição de bem-estar tem a ver com, dar-mos uma boa imagem não só aqui do bloco, como uma boa imagem do hospital e cumprir todas as regras não só éticas e profissionais do hospital mas como digamos da vida de cada um. Agora quando não se consegue isso é claro que as pessoas entram em stresse e torna-se muito difícil criar-mos uma boa imagem não só de nós a nível pessoal e profissional como do hospital, torna-se bastante difícil.

### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

É assim aquilo que eu faço não considero stressante, agora se houver factores negativos quer mesmo da organização e na prestação das competências que temos que ter e cumprir torna-se bastante stressante e acaba por digamos ser bastante massacrante e chega a um ponto que não conseguimos cumprir as regras e todas as normas e todos os conselhos que nos deram no principio da nossa actividade aqui no hospital. Se não estiverem reunidas todas as condições ou a maioria das condições para um bom funcionamento e acima de tudo a gente criar uma boa imagem de nós e do trabalho que estamos a efectuar torna-se bastante stressante.

### **Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

Nunca considerei o trabalho em equipa stressante, desde os dezasseis anos que estou a trabalhar e sempre trabalhei em equipa, nunca achei que trabalhar em equipa fosse stressante pelo contrario aprende-se bastante se houver uma interligação uma interajuda com todos torna-se ainda muito mais fácil, divertido, acaba por ser divertido, não é uma coisa assim muito séria que a gente temos de andar aqui muito sisudos, com aquela cara que parece que estávamos a dever a toda a gente. Agora quando todos se ajudam uns aos outros, comunicam acima de tudo, é assim o grande problema de todos os locais é se não houver comunicação

entre as pessoas torna-se bastante difícil a gente conseguir-mos algo, seja no que for. Agora se continuarmos a não comunicarmos uns com os outros não só entre nós colegas maqueiros mas por exemplo com enfermeiras. Se continuarmos com este tipo de guerras e sobretudo se os líderes souberem ouvir as pessoas só atacam entre aspas atacam as pessoas não as ouvem não vamos resolver os problemas, tudo bem é uma imagem de chefia que tem de representar mas também tem de saber ouvir as pessoas, saber os motivos dos problemas o porque de estar sempre a acontecer o mesmo erro, a mesma situação não é só criticar. Ninguém é mais perfeito temos que saber é ouvir as pessoas e ajudar os outros para que não cometam o mesmo erro, agora mais uma vez digo se não souberem ouvir as pessoas nunca vamos conseguir superar nada nesta vida, aqui nem noutra hospital.

### **3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

Já foi referido há guerras não só entre os maqueiros como entre enfermeiros como entre doutores há sempre guerras, agora o que se nota é que o mais pequenino é que apanha sempre por tabela, é assim muitas vezes não temos culpa de nada nós não temos culpa que doentes não estejam prontos, que não haja material para operar, que demorem em trazer o doente porque falta análises, falta isto, falta aquilo, é assim o doente não está preparado nós não temos culpa, como por exemplo, a gente nota que há muito mais problemas na UCAPO porque se calhar há uma falta de organização e uma falta de comunicação e isso vem de cima, se a máxima hierarquia não der um bom exemplo de comunicação tudo que vem por baixo continua, nós não temos culpa que não hajam camas, não temos culpa que não transferem doentes agora é assim estarem a descarregar nas pessoas torna-se um bocado preocupante e difícil, principalmente para dar uma boa imagem. Se vem terceiros ao hospital e vem que não estamos a cumprir ao máximo o que nos foi pedido torna-se difícil.

### **4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

É assim acima de tudo tento-me controlar, nunca perder a calma e é assim fazer aquilo que me ensinaram no hospital logo no 1º dia e tentar acima de tudo



comunicar com as pessoas, agora quando as pessoas não me querem ouvir torna-se difícil eu poder colaborar com elas, se houver boa comunicação posso dar ideias ou sugestões e muitas vezes até as vezes são bastante importantes para uma melhor organização, agora se as pessoas acima de tudo não ouvem temos que fazer o nosso trabalho com muita calma. Mas nem sempre é fácil, não é fácil e nessas situações a gente pede uma ajuda a uma enfermeira ou acima de tudo a colegas dos outros serviços para a gente se poder ajudar uns aos outros. Há pessoas que nos ajudam mas há outras que não nos ajudam porque digamos o seu feitio é mesmo assim como há pessoas que infelizmente se calhar também apanhavam por tabela e não é uma questão de descarregar é uma questão de .... perdem-se não sabem mesmo o que hão-de fazer então tem aquela missão para fazer e pedem é preciso fazer isto e não percebem, não tentam compreender que é difícil. Há aqui situações em que nós estamos aqui muitas vezes sozinhos nos serviços e para mim acho que por exemplo é uma prioridade ir buscar uma unidade de sangue ou um fármaco muito importante para uma operação do que por exemplo eu ir fazer um recado para ir levar um material ao SIE, ah mas é que é preciso este material o que desculpem para mim é muito mais prioritário ir buscar uma unidade de sangue, um fármaco ou seja o que for, uma coisa importante para uma operação para um doente nessa altura do que por exemplo ir buscar uma cama e se eu digo um não as pessoas ficam assim chateadas, e depois o que pensam fazem uma má imagem de mim.

**5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

Por exemplo logo no meu 3º dia que eu estive aqui a trabalhar fiquei sozinho numa manhã em que tinha não sei quantos doentes para ir buscar, doentes para transferir, eu estava cá há 3 dias e não sabia o que fazer e desenrasquei-me sozinho, é assim tive o apoio aqui do pessoal do bloco, da UCAPO que me ajudaram era o meu 3º dia era normal que não conhecesse muitos serviços, e é assim no final do dia toda a gente me veio dar os parabéns, claro que foi bom se calhar podia ter feito melhor não sei, mas era normal que me enganasse. Não me senti pressionado porque as

peessoas perceberam que eu não podia fazer mais, ainda estava numa fase de formação. Já tive mais situações em que dei sugestões por exemplo se eu for buscar uma cama ao serviço pergunto logo olhe qual é a próxima transferência, para eu não estar a vir a ter um desgaste maior, assim há uma melhor comunicação uma melhor articulação e assim permite-me estar a fazer transferências muito mais rápido do que eu ir fazer uma e depois voltar e depois saber se há mais uma não há, e assim há um maior tempo de espera, a unidade fica cheia e o bloco tem de parar.

A gente dando algumas sugestões para um melhor funcionamento...

As pessoas tem de saber aquilo que a gente faz, por exemplo a gente tem livros de actividades onde ficam registadas as actividades, livro de registos, se as pessoas não vem o livro é assim depois andam à nossa procura, há uma colega que pede um doente e depois quando a gente sai já está outra à nossa procura e depois vão fazer queixa que a gente anda para aí a passear quando é tudo mentira. O mesmo acontece quando vamos devolver um sangue ao laboratório e perguntamos se há mais algum para levar e quando a gente volta lá está um, muitas vezes vamos 3 vezes seguidas e ainda se riem na nossa cara, acho que é uma de gozação não sei. Depois há pessoas que não gostam dos outros e criam guerras, por um apanham todos, por vezes sou obrigado a levar com problemas porque uma pessoa não gosta de outra, assim como os meus colegas não tem que levar com os meus problemas por as pessoas não gostarem de mim. Há que saber separar os problemas e cada um é como é.

## ENTREVISTA 15

Identificação da Entrevista: **A2**

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Todos a trabalhar para o mesmo fim e desde que haja colaboração já dá bem-estar, pelo menos isso já ajuda bastante. Quando as coisas correm bem e não há chatice nenhuma. Algum contratempo, alguma dificuldade, que às vezes possa surgir e às vezes isso é uma questão de stresse, ou um contratempo qualquer. Para mim até pode ser uma questão de stresse e às vezes pode não aparecer, mas outras aparece, mas às vezes a coisa corre bem outras vezes corre mal.

### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

É toda a gente sabe que é.

**Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

É pá, quando eu às vezes digo nas laparoscopias, que não consigo ventilar o doente, eles (cirurgiões) começam logo a mandar bocas e a dizer que eu tenho de ventilar (você sabe isso), às vezes quando eu não consigo ventilar o doente em condições, fico logo chateado quando eles não querem colaborar. Outras vezes é eles começarem a mandar bocas, isso já causa stresse, para mim já. Às vezes uma alteração cardíaca, uma alteração tensional, mas isso já é normal acontecer.

Há colegas suas que me causam mais stresse que outras porque às vezes embirram por eu estar sempre a pedir coisas, ou não tenho jeito ... Com outras pessoas já sabem a minha maneira de trabalhar, preparam logo as coisas, e não é preciso estar sempre a pedir a mesma coisa. As vezes quando eu peço alguma coisa dizem olha lá está ele outra vez, há certos colegas seus que já tem tudo preparado, há outras que é um caso sério quando eu peço qualquer coisa, para elas até acho que deve ser um stresse...

**3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

A falta de colaboração.

**4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

Ou tento não ligar ou venho cá para fora fumar um cigarrinho. Penso que o grupo às vezes não faz esse esforço, porque eu não tenho sempre a colaboração de certas pessoas.

**5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

É pá, isso agora, não sei com quem isso foi, mas um dos grandes stresses que tive ultimamente foi com um colega numa determinada cirurgia em que sangrou imenso e que não tinha sangue e ultimamente outro caso em que o doente não estava tipado (não se sabia qual o grupo sanguíneo), isso é uma situação que me dá stresse porque o doente estava a sangrar. Não tinha sangue, não tinha sangue no bloco, estava a sangrar. É uma situação que me dá a mim e aos outros stresse. Em situações limite as pessoas reúnem esforços sim.



## ENTREVISTA 16

Identificação da Entrevista: **C3**

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Quando as pessoas são agradáveis, quando sabem o que estão a fazer, quando a música é boa e quando a cirurgia não é muito difícil.

### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

É um bocadinho, não será muito stressante, depende de cada pessoa, cada pessoa sente o stresse da sua maneira.

### **Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

Quando há qualquer emergência cirúrgica, ou qualquer dificuldade a resolver numa situação logo de imediato, mais para a equipa.

Para o cirurgião o stresse é mais gerado quando se está a fazer um determinado acto, uma cirurgia e o ferro não é o adequado ou não vem logo e isso gera stresse e pronto.

Em termos de materiais também há um bocadinho de stresse.

A inadequação do equipamento ou a falta dele pode gerar stresse. A organização não gera stresse, a articulação não funciona, já me deu stresse, mas actualmente não.

### **3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

Talvez as injustiças, quando dizem determinadas coisas que não são verdade, pronto, sobretudo por pessoas que não tem conhecimentos para o dizer.

### **4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

Eu acho que uma das medidas talvez mais importantes para diminuir os níveis de stresse numa equipa operatória é as pessoas estarem habituadas a trabalhar em

conjunto há bastante tempo todos, os mesmos, quer dizer haver uma certa, um certo tipo de equipas mais fixas, e aquelas pessoas ao se conhecerem, ao estabelecerem relações de amizade, relações até de saberem quando um entra em stresse ou quando não entra, esse conhecimento mais profundo é facilitador.

Nós influenciarmo-nos uns aos outros completamente, se um está em stresse consegue influenciar o outro.

É tentar em termos individuais, muitas vezes parar como se costuma dizer, pensar no que se está a passar e recomeçar outra vez o acto. Sempre fiz isso e me dei bem. Se uma pessoa não consegue fazer um determinado passo uma cirurgia, paro um pouco e recomeço e assim já consigo.

Geralmente consigo me alhear daquilo que acontece quando há conflitos.

**5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

Há. Consigo me lembrar de uma urgência, hemorróidas a sangrar e que não tinhas, quer dizer, era uma cirurgia sem dificuldade, consistia em passar apenas dois pontos para fazer hemostase do vaso que estava a sangrar e a agulha não dava a volta porque estava no canal anal, estávamos limitados pelo material que era inadequado, e era difícil conseguir dar a volta e passar a agulha e no fundo era uma cirurgia que depois de conseguir era fácil. A equipa reuniu todos os esforços era apenas uma dificuldade anatómica.

## ENTREVISTA 17

Identificação da Entrevista: I2

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Bem-estar é quando as coisas funcionam como deve ser, não é, sem demora e sem alguns percalços.

Bem-estar a nível de ambiente entre as pessoas, deve haver um bom relacionamento para que se sintam bem, profissional e de companheirismo talvez.

### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

É sem dúvida.

**Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

É mais a carga de trabalho e o grau de exigência.

O ambiente e a organização influenciam sem dúvida.

Quando as coisas estão organizadas e quando as coisas estão segundo os seus passos habituais as coisas costumam correr bem, quando não se organizam, há uma falha e há sempre alguém que se responsabiliza, e aparentemente parece que é sempre o mais novo.

O interno em principio não tem o grau de responsabilidade como tem os meus colegas mais velhos neste momento, isto muitas vezes depende da consciência de cada um de nós, e já sabe a culpa é sempre do outro, e pá temos de viver com isso.

### **3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

É pá isto é uma pergunta muito pessoal, as pessoas reagem todas de maneira diferente podemos mostrar-nos fora de si ou não conforme as situações.

Isto é assim se as coisas se controlarem previamente essas situações não acontecem a não ser que haja algum como eu disse na primeira parte alguma ocorrência ou alguma coisa que influencie. Se as coisas funcionassem como deve ser, repito como deve ser, as coisas não chegam a certos pontos, podiam evitar-se.

**4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

Estamos num local de trabalho, temos de ser profissionais e devemos tentar não ser influenciados por esses factores, tentar que não aconteçam, e quando acontecem tentar ser o mais profissional possível, sem mostrar zangas, ah...A maior parte dessas situações são pontuais a não ser que se torne um hábito e se assim for as pessoas tem que falar sobre os assuntos de modo a resolve-los, não somos crianças.

**5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

Isso é todos os dias portanto, as coisas resolvem-se por si mas ou ficamos calados ou as vezes em alguns momentos dá-se um berro ou uma entoação. Algumas vezes calmos outras com alguma agressividade, apesar de tudo, torna-se habitual. Às vezes há algum barulho ou a sala está quente e temos de chamar à atenção mas pronto a gente sabe que são situações pontuais, mas às vezes temos de ser mais calmos e menos agressivos.



## ENTREVISTA 18

Identificação da Entrevista: **C4**

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Quando as coisas correm a horas, quando o pessoal está todo preocupado em fazer a mesma coisa que é tratar dos doentes e estão todos empenhados com esse fim cada um no seu ramo, e quando as coisas acabam por resultar.

### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

Tem os seus momentos de stresse claramente.

**Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

O que condiciona é as coisas correrem mal, é quando as coisas começam a falhar quer o que depende do próprio quer o que depende dos outros.

Há a questão estritamente técnica, há a questão também das relações com as pessoas, que condiciona o meu desempenho, não somos máquinas.

É de uma boa organização que resultam os bons procedimentos, e toda a actividade que se sair bem as pessoas ficam satisfeitas, portanto a organização parece estar afastada mas é com uma boa organização que se consegue que as coisas cheguem a bom porto.

### **3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

Algumas (risos), aliás já viu algumas não é! Por exemplo sobrar tudo para cima do mesmo e toda a gente entretanto se ter posto ao fresco e somos todos uns gajos porreiros, mas sobra sempre para o mesmo.

**4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

Geralmente é continuar a persistir e a trabalhar e a fazer as coisas de uma maneira não muito diferente do que faria se não houvesse crise mas pronto com mais paciência.

Se for um conflito que não possa passar tentar resolver e esclarecer as coisas, mas de uma forma geral continuar a trabalhar.

Às vezes dependendo das circunstâncias com as mesmas pessoas pode haver de tudo.

**5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

Saber que não é o meu dia de bloco e estar a contar com esse tempo para fazer outras coisas, e até para ter um dia um bocadinho mais folgado e a pessoa responsável por esse dia por razões sucessivas de impossibilidade pessoal não poder vir e sobra sempre para mim. Exponho à chefia e se for preciso vou mesmo um bocadinho mais longe e digo que não faço.



## ENTREVISTA 19

Identificação da Entrevista: **C5**

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Quando estão reunidas determinadas condições, olha uma delas é ter um anestesista no qual eu tenha confiança, ter o material suficiente e necessário à cirurgia que vou executar, porque os imponderáveis já são imponderáveis, aqueles que nós podemos prever podemos preveni-los antes, ter uma equipa de enfermagem com a qual eu me identifique e haver depois um ambiente em termos de chefia, de movimentação de silêncio, não quer dizer que não diga umas palermices no meio da cirurgia mas acho que tem de haver também um bom ambiente e esse bom ambiente parte de pressupostos que passam pela equipa no fundo e pelas condições de trabalho.

### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

Ela não seria stressante na maior parte das situações mas basta ter uma ou duas situações numa semana ou num mês para ela ser stressante, portanto às vezes não é a questão se eu vivo em stresse todos os dias.

### **Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

Olhe por exemplo é a falta de material para uma determinada cirurgia ou uma determinada abordagem num determinado local, por exemplo no seio-maxilar, falta-nos uma pinça que é necessária e já está pedida há algum tempo, mas não a temos ainda, sistematicamente quase todas as semanas essa pinça é necessária, até nem é o valor da pinça em si, mas a inexistência dela.

Determinados tipos de cirurgias, determinados tipos de patologia que de facto são stressantes porque não se sabe o que se vai encontrar ali.

As vezes também é stressante extra organização bloco porque o stresse vem porque tem de operar mais, tem de fazer mais, eu acho que nestas coisas a velocidade e o número não se coaduna com a eficiência ou com a eficácia.

**3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

É exactamente a não existência dos factores que me deixam dentro de mim, se eu tiver uma equipa de enfermagem demasiado desatenta, se tiver condições de trabalho que não são de facto as ideais ou uma patologia que me escapa mais ao meu vulgar aí fico mais stressado, mais sensível e aí espero que a equipa perceba isso e se adapte, ou seja desenvolva estratégias exactamente para tentar minimizar esse facto. Eu acho que a maior parte das pessoas com quem eu trabalho tem essa percepção.

**4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

Eu não sei se existe uma estratégia de grupo que eu veja que há determinadas equipas no bloco que são mais, funcionam mais em equipa se quiser, com o que eu quero dizer o termo de equipa elogioso e outras são disfuncionais, não tem esse sentido de equipa, ou por questões individuais ou por incompatibilidades umas com as outras.

**5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

Temos agora uma doente para fazer uma intervenção, ora isso não é problemático, mas neste caso é porque a patologia associada envolve algum risco cirúrgico e a hipótese é fazer hoje ou na próxima semana e o director não está cá, ou só com o interno de especialidade, se houver algum problema e eu protelo para 2ªfeira uma vez que aí terei apoio do director e da cirurgia geral se necessário. Trata-se de uma situação em que não podemos prever o resultado e todos os recursos disponíveis serão importantes.

## ENTREVISTA 20

Identificação da Entrevista: I3

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

É estar a operar sem stresse, tendo todo o material disponível, tendo um ambiente favorável, tendo alguém que me inspire confiança e tendo silêncio na sala (risos) mas é verdade, e a conversa da treta incomoda. Sem pressas e sem culpas.

### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

A actividade é stressante.

**Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

A própria cirurgia portanto nós temos cirurgia que é muito arriscada; é sobretudo coisas inerentes à cirurgia.

Há coisas que induzem stresse, algumas anestesistas (risos).

Sinto-me em stresse quando estou face a algumas pessoas não só por aquilo que são mas também pelo que fazem.

No outro dia estava muito calor na sala estava suado e isso desconcentra-me.

A pressa, o stresse, as bocas. As pessoas causam-me stresse mas não é só aqui no bloco, sou um tipo anti-social.

### **3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

Sobretudo a falta de confiança, o excesso de crítica e o excesso de pressa.

Está tudo desconcentrado do que se está a fazer e eu tenho de gritar e eu não gosto de gritar.

**4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

Negação, tento desvalorizar o problema.

É assim há uma estratégia de equipa se alguma coisa estiver a correr mal eu passo para a mão do especialista. Quando eu vejo que não sou capaz sou o primeiro a fazê-lo.

**5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

Tempos cirúrgicos isso gera stresse, episódios relacionados com conflitos e pressão pelos tempos cirúrgicos e tento desvalorizar.

## ENTREVISTA 21

Identificação da Entrevista: I4

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Eu sinto-me bem na sala operatória quando sinto que há um bom ambiente e em que todos estão a tentar ajudar para que corra bem a cirurgia, não só em termos de execução técnica mas também motivação da pessoa está a operar. Isso é fundamental, se houver um bom ambiente e todos a trabalhar para o mesmo ninguém está a pensar em prejudicar ninguém estou ótima.

### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

A minha profissão é stressante se a pessoa não tiver confiança em si própria, se a pessoa tiver confiança acha que sabe o que está a fazer, que estudou, que tem um bom orientador, e que as pessoas à volta estão motivadas como ela, se as coisas correm bem, se a pessoa tem qualquer tipo de insegurança, ou porque nunca fez ou e também desconhece um bocadinho aquilo que está a fazer acho que acaba por ser um bocadinho mais stressante, não está tão a vontade não é? E gera ansiedade.

### **Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

Tirando o facto, aqueles factores controlados por mim, não é, o meu conhecimento, aquilo que eu sei, o meu grau de preparação.

O que pode induzir stresse por um lado é o horário, os tempos a cumprir, as horas porque há x doentes marcados e portanto aquilo tem de ser feito rapidamente e a pessoa, na minha fase que estou a começar, como é obvio, se me começarem a induzir uma certa pressa no trabalho é stresse, porque uma pessoa a aprender leva sempre mais tempo do que o contrario. Eu acho que se alguma coisa corre mal ou não consegue visualizar bem o campo operatório entra em stresse porque as coisas não estão como nós queremos é como no decorrer da cirurgia em termos de rapidez e de que as coisas corram menos bem.

Acho que este bloco está bem organizado, as pessoas são expeditas, não é necessário estar a dizer um cem número de vezes o que é preciso fazer, às vezes elas vão buscar as coisas e há entendimento, e em termos de materiais e meios físicos e humanos não há stresse.

**3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

Até agora não houve assim nada, sei lá fico triste se às vezes não posso fazer uma determinada coisa mas ainda não perdi as estribeiras porque sou uma pessoa paciente, quando perder acho que vai ser (risos) mas acho complicado chegar a esse ponto só se realmente tudo aquilo que eu acho que realmente existe desaparecer, as pessoas não estarem empenhadas, haver mau ambiente acho que se calhar é um stresse muito maior e se calhar me leva a dizer aquilo que não quero.

**4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

Eu acho que as pessoas não falam muito sobre isso honestamente, e claro que há feitos e nós notamos mesmo em termos de equipas há uns que são mais conservadores, há uns que são menos e eu acho que apesar de não se falar muito sobre essa situação acho que é mais individualmente do que propriamente de grupo. Olhe eu geralmente sou uma pessoa que me dou bem com toda a gente, tendo mostrar mesmo que também estou aqui para aprender apesar de ser médica, mas ainda sou muito nova e tenho muito a aprender com toda a gente e portanto, tento ter uma atitude de não é submissão, de não ser arrogante e portanto quero respeitar toda a gente; se eu respeitar toda a gente, também me vão respeitar a mim, aquilo que eu faço bem e aquilo que eu faço mal.

**5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

Ainda não tive nenhuma situação de stresse aqui, estou há pouco tempo; sei lá houve uma ou outra situação em estive mais ansiosa mas consegui ultrapassar, peço ajuda ao meu orientador a quem esteja.



## ENTREVISTA 22

Identificação da Entrevista: C6

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Bem-estar significa conforto do cirurgião em todas as circunstâncias, desde que entra na sala, até a música ambiente suave, até pouca confusão e a cirurgia correr bem. A temperatura ambiente também, que às vezes pode estar frio ou calor ou coisa assim. Estar numa equipa em que eu sei o valor das outras pessoas e as outras pessoas tem o espaço na equipa e eu tenho um espaço nessa equipa e a minha autoridade nunca é contestada.

### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

Não é exactamente a profissão que é stressante são os factores periféricos à coisa que me dão cabo do juízo. São alguns filhos da mãe que me lixam, não é exactamente a profissão.

#### **Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

Repare só se houver equipamento que não funciona ou ..., você já me conhece há muitos anos eu tento não me descontrolar com essas coisas, tento levar essas coisas um bocado na desportiva, há colegas que culpam as senhoras enfermeiras quando as coisas não correm bem, mas acho que o cirurgião não se deve descontrolar.

Quanto à organização a gente parte do principio que está a trabalhar com um conjunto de profissionais em que todas as pessoas sabem o que tem que fazer e quando eu chego tudo o resto do trabalho está assegurado, à partida estou habituado a trabalhar assim e é assim que geralmente trabalho.

**3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

É eu estar confiante no profissionalismo das outras pessoas e se alguma vez isso, sei lá o doente chega atrasado à sala, ou as coisas que não existem. O meu stresse não tem a ver com coisas dentro da sala operatória, tem a ver com situações dentro da minha actividade profissional ou em torno dela.

**4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

Absolutamente toda a gente tem uma maneira de lidar com o stresse, toda a gente tem stresse na vida. Sei lá eu faço a minha actividade desportiva, eu acho que o desporto ajuda bastante a gente a eliminar o stresse como toxinas lá para fora. Interessa de facto também conhecer as pessoas fora do ambiente de trabalho, às vezes até fico desagradavelmente surpreendido quando uma pessoa no ambiente de trabalho tem ou digamos é imprimevel com outra, mas de uma maneira geral as pessoas com quem trabalho agora, dou-me razoavelmente bem mesmo em termos sociais, fora aqui do serviço.

**5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

De uma maneira geral se uma situação me pode levar a uma situação extrema de stresse tento-a controlar, porque é uma coisa de controlo pessoal, mas não me estou a lembrar de nada.

As minhas chateações são todas fora da minha actividade profissional. Os meus conflitos, eu tenho colegas com quem eu não falo do meu próprio serviço. Há pessoas que é inimaginável funcionar assim. São pessoas com quem é incompatível a relação profissional, absolutamente incompatível.

## ENTREVISTA 23

Identificação da Entrevista: **C7**

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Quando não há conflitos, quando as pessoas estão bem dispostas, motivadas, disponíveis e com vontade de colaborar e quando não há mau estar. O bloco é um sítio de conflitos e portanto qualquer factor pode propiciar e potenciar esses conflitos desde as coisas mais simples como a falta de equipamento ou o mau estar pessoal e profissional na equipa, é um local fechado, claustrofóbico, as pessoas estão muito tempo na sua vida e portanto potencia conflitos, qualquer coisa como isso, a falta de material, a falta de luz, a saída da auxiliar na altura errada da sala, tudo isso, são pequenos factores de mau estar, portanto é complicado durante o dia, numa cirurgia demorada não haver ao longo desse período períodos de mau estar. E depois relativamente à cirurgia e às complicações e ao risco operatórias, portanto não é fácil, para haver bem-estar é preciso reunir um grande número de condições.

### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

Sim.

#### **Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

Para já há o risco da vida humana e do bem estar das pessoas, poder causar mal a outras pessoas e portanto isso é um factor isso é uma coisa de grande utilidade e aprendemos ao longo da vida, os insucessos médicos e cirúrgicos, isso para mim é o maior factor de stresse, é o não poder corresponder na maior parte dos casos aquilo que as pessoas esperam do resultado da intervenção que é feita. Tem umas expectativas que saem goradas, saiu mal, tem dores, tem desconforto, isso para mim é o pior.

Acho que a minha tentativa é sempre de proporcionar bem estar na sala mas às vezes acontece que qualquer coisa corre mal e a situação de conflito é inevitável, isto é como na bola, quando estamos lá dentro anda-se à porrada chamam-se

nomes ao ar e depois cá fora é tudo passado. Dai às vezes vir mau estar à posteriori e bulhas entre pessoas que às vezes passa-me ao lado, mas como não valorizo nada passa-me ao lado, às vezes há mal entendidos que são causados.

### **3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

Há várias falta de respeito acima de tudo, numa equipa multidisciplinar com várias pessoas, com várias competências, com várias capacidades e estados de percepção das coisas, nós lidamos com pessoas muito variadas, de estratos sociais, assim como os doentes são pessoas de estratos, profissões das mais variadas, e há que haver respeito entre as pessoas.

A organização não causa stresse, chateia, não creio que esta organização preze muito pela..., há coisas que falham muito, e isso gera, não gera stresse, chateia e desmotiva.

### **4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

Depende um bocadinho das situações, nós trabalhamos em dezenas de instituições e começamos a aprender a desvalorizar as coisas desvalorizáveis e a valorizar as coisas importantes portanto isso consegue-se com algum treino.

A nível da equipa nós temos bons profissionais e tentam sempre arranjar alternativas um pouco à portuguesa às vezes, como desenrascanço de última hora e tentam melhorar as condições que temos. Às vezes as coisas falham e tentam contornar-se, tentam sempre que se resolva a bem.

### **5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

A teimosia das pessoas tira-me do sério, eu sou muito teimoso mas quando uma pessoa não tem competências ou formação, quando existe alguma coisa que está errada isso tira-me do sério.

Eu lembro-me de uma situação em que isso aconteceu e em que depois se resolveu. Tento que aquela situação não volte a acontecer, esclarecendo o meu ponto de vista. Tentar que não se repita.

## ENTREVISTA 24

Identificação da Entrevista: I5

### 1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?

Bem-estar é quando todos os elementos da equipa conseguem harmoniosamente fazer o trabalho que tem que fazer sem haver confusão entre os vários elementos e de maneira a que se possa produzir o trabalho a ser feito.

### 2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?

Sim tem uma quota-parte de stresse.

#### Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.

O factor de estarmos a lidar com a vida de um doente ou seja o factor de stresse nº1 é se qualquer coisa corre mal na cirurgia temos de lidar com isso e ter de ter a capacidade de lidar com esse stresse de resolver a situação no momento com calma e sem stresse.

Quando por exemplo se quer trabalhar harmoniosamente e as coisas não funcionam, queremos avançar ou queremos trabalhar e algum dos elementos ou falta de material ou sempre as várias componentes do sistema não funcionarem.

O facto de ser interna e ser avaliada permanentemente.

Há uns tempos atrás quando havia a questão dos números a prioridade dos doentes, nesse sentido gerava stresse, tínhamos de ser mais rápidos.

### 3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?

Depende do momento específico, do estado de humor desse dia, de outras coisas que já tenham acontecido como factores de stresse antes, depende de um conjunto

de coisas. Se eu nesse dia estou particularmente completamente rota, se já aconteceram várias outras coisas que contribuíram para o stresse, se ainda por cima vai acontecer outra coisa, é uma questão cumulativa de dia, predisposição.

#### **4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

Calo-me é a primeira coisa, antes de descarrilar a fase prévia para controlar a situação é calar-me e respirar duas vezes e pensar não vale a pena e depois em função de como a coisa evoluir eu expludo ou não.

A equipa atenua ou promove o stresse dependendo dos dias, lá está, como são vários factores envolventes, depende se houve material ou não houve, depende se as pessoas estão bem dispostas nesse dia ou não e resolvem ou não embirrar com isso, e há dias em que as pessoas até estão facilitastes, estão bem dispostas em relação ao assunto e há dias em que não.

Algumas pessoas induzem stresse umas nas outras, acho que há pessoas que tem mais tendência para induzir stresse por forma a descarregar o seu próprio stresse, mas acho que sim, acho que há pessoas que tem uma tendência de personalidade de o fazer.

#### **5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

Vários episódios. Eu o que eu digo é que eu tenho.... já tive episódios em que tive pessoas stressadas ao meu lado e acho que eu consegui colmatar e há alturas em que a mim me foi inculido o stresse e que eu soube resolver e há alturas em que eu não soube resolver essa projecção do stresse de outra pessoa. Por exemplo a pessoa com quem eu trabalhei, estava uma situação de stresse do doente portanto ou seja uma situação de risco de vida do doente ou seja uma situação mais importante da cirurgia e pronto e stressar com essa situação específica e pronto e eu recordo-me de estar calma em relação a esse assunto sugerir fazer outras coisas e por acaso conseguiu-se resolver essa situação particular. Em relação a situações de stresse minha eu penso que cirurgicamente acho que ainda não estou numa fase

em que tenha esse stresse e portanto qualquer coisa que sinta dentro da cirurgia é por incutirem que eu faça de determinada maneira, que me pressionem que em termos de qualidade da cirurgia e portanto pode ser uma coisa perfeitamente manuseada, é saber aguentar a crítica e ir fazendo, mas nunca tive nenhuma situação de perigo eminente, nem a sinto.

Em relação a outros pequenos factores de stresse é quando por exemplo uma pessoa desempenha um trabalho e sabe que esse trabalho não pode ser feito pelos inúmeros factores à volta e lhe causa uma sensação de frustração, tentou fazer ou fez e não conseguiu pelas outras múltiplas variantes, e quando os superiores não percebem isso, é um factor de stresse para mim, na equipa é o que me stressa mais, quando a pessoa não percebeu o porque de não estar feito, ou exige e....

## ENTREVISTA 25

Identificação da Entrevista: **C8**

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Bem estar no bloco operatório é essencialmente funcionar com tranquilidade, é uma frase que hoje em dia está muito em voga, mas que é a realidade, ou seja, em que as coisas corram com eficiência, com qualidade, com alguma eficiência no bloco operatório implica a meu ver alguma rapidez de procedimento, portanto o procedimento tem de ser bom com qualidade e dentro disso o bem estar vai ser de toda a equipa, ou seja, se tudo correr bem, se tudo tiver um grande deslizamento, o doente sair bem, tudo terminar num êxito o que acontece é que de facto toda a equipa sai tranquila, e sobretudo se esta eficiência for tida em conta com uma certa calma, as pessoas estarem rotinadas para que esta calma entre no bloco, para que os procedimentos se passem de uma maneira vamos lá sem grande agitação por fora, quando eu falo de agitação falo de procedimentos extra aquilo estão programados depois nessa altura estamos perante uma situação que é de bem estar, todas as pessoas saem bem, não há irritações, não há confusões, e isso é o tal bem estar dentro do bloco operatório.

## **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

Bastante stressante.

### **Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

Factores de ordem organizacional, eu acho que são os que causam até maior stress ao cirurgião dentro de uma sala de operações, e isso tem a ver com o doente que não está preparado, falta de qualquer coisa que aconteça, qualquer procedimento que não está dentro do normal cria stress. Depois há eventualmente o doente que é urgente que já por si é um stress. Depois dentro do bloco operatório todas as situações que são imprevistas numa situação são stress. Nós que lidamos com situações em que a hemorragia é uma constante ou poderá ser uma constante, onde o stress está muito relacionado com a hemorragia, ou com a capacidade que o cirurgião poderá ter para controlar dois tipos de situações uma a hemorrágica outra a isquémica ou seja a falta de sangue. Dai que o stress esteja sempre relacionado com isso e com os procedimentos que se encontrem fora do protocolo habitual, coisas que não estão programadas e que venham interferir na actividade da cirurgia, isso causa stress.

O Stress quando influencia o cirurgião pode atingir os restantes, e depende muito ou quando é o mais velho que influencia o mais novo pode induzir-lhe stress, pessoas externas ao bloco podem induzir stress, tudo pode induzir stress desde que não seja num determinado tipo de procedimentos, mas se esse stress for para bem do cirurgião, for para bem do doente, para a qualidade de uma intervenção e tudo saia bem isso aí é um stress aceitável e terá sempre que existir em algumas situações de bloco, agora tudo isto pode ser muito harmonizado, isto é o que poderemos dizer que será o normal, agora há situações de stress que tem a ver com o cirurgião e com o temperamento do cirurgião e que pode influenciar muitas vezes a equipa.

## **3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

Não digo que não há, sou uma pessoa que de vez em quando tenho situações que me que de facto quando não entram em determinados, sobretudo situações organizacionais , normalmente é esse tipo de coisas, portanto quando não



obedecem aos parâmetros definidos de facto eu acho que não suporto e actuo de forma a que isso diminua, ou seja, melhor dizendo, eu sou muito tolerante o copo vai até muito acima mas quando às vezes dá uma gota é terrível nesse aspecto, agora estava-me a lembrar de situações sobretudo organizacionais, situações em de facto as coisas estão combinadas de uma determinada maneira e depois saem de outra ou então situações em que eu vejo que há erros gritantes de procedimento, portanto coisas que se estão a fazer fora daquilo que estava estabelecido ou que estava programado para aquela situação, são as coisas que mais me irritam e enervam.

#### **4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

Acho que é uma tentativa de auto controlo, ao fim ao cabo tem a ver um pouco com a maturidade que cada um tem e portanto que cada um vai pensando em relação às coisas, ao sítio onde está, a atitude é autocontrolar-se.

Eu posso dizer que tenho tido situações na minha vida em que tenho tido, eu opero em vários sítios com várias equipas, e faz com que quando as situações se complicam, as equipas por vezes são de outras especialidades, de modo a que quando as coisas se complicam a solução é mesmo o autocontrolo, o problema é assim é que se não resolvermos também não há mais ninguém que resolva, é um situação um bocado difícil.

Normalmente quando há uma situação de stresse a equipa, tudo depende do tipo de stresse que é mas normalmente se é uma situação de stresse relacionada com o doente há uma facilitação imediata, se é uma situação de stresse relacionada com situações organizacionais, isso também depende há quem alinhe, há quem seja contra, isso aí é sempre a mais variada maneira de proceder.

#### **5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

Eu na minha vida já assisti a muita coisa, nesse ponto de vista a muita coisa, portanto situações de stresse violento, quando era mais novo, ajudava um cirurgião que era um senhor extremamente stressado, era ver sangue e ficar em polvorosa,

está a sangrar, está a sangrar, ele ficava extremamente desvairado e as coisas corriam de forma difícil. Mas nós já tivemos uma situação muito grave, um aneurisma que sangrou, estava no recobro, o doente foi imediatamente para o bloco, e correu bem, conseguimos controlar o stresse, e correu lindamente, é claro de eventualmente há outras situações, esta é uma situação de stresse máximo que correu bem, mas as situações de morte na sala são as mais marcam; por exemplo as situações de aneurismas rotos na urgência em são José em que os doentes entram ainda conscientes, explicamos a situação e depois apercebemo-nos de que a situação é irreversível; lembro-me de passar 3 a 4 horas numa cirurgia e no final ter de deixar o doente morrer.

## ENTREVISTA 26

Identificação da Entrevista: **A3**

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Acho que bem estar no bloco operatório não existe, acho que todas as profissões e obviamente a minha tem uma grande dose de mal estar de stresse, se quiser chamar assim porque ali jogamos com a vida dos doentes mas isso é uma coisa que nos é muito cara a todos os profissionais de saúde. Bem estar propriamente não existe podem existir alturas em que nós sentimos quase um bem estar mas isso nunca existe porque há sempre um desconhecimento do que vai acontecer a seguir porque há muitas situações que não são previsíveis e que não se devem à capacidade de trabalho de cada um de fazer melhor ou fazer pior, ao doente propriamente dito.

### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

Altamente stressante.

**Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

Para mim o primeiro factor é a situação clínica do doente acho que é o mais importante, depois são todos os factores que o rodeiam desde o ter o material que

eu considero adequado, o ter os fármacos que eu considero adequados, o ter o doente já bem preparado, nas condições o melhor possível para a sua situação, e além disso a relação entre os vários profissionais e penso que as duas relações que me causam mais stresse, a primeira é a relação com o cirurgião e a segunda é a relação com o pessoal de enfermagem. Acho que tenho muito mais problemas com os meus colegas do que tenho com o pessoal de enfermagem, tenho muito mais stresse com os colegas de profissão, não de especialidade, portanto com os cirurgiões do que com o pessoal de enfermagem.

Depois há outros pequenos pormenores, que são também importantes e que às vezes passam despercebidos, que são o ruído na sala que é muito importante, que me deixa muito em stresse, aquele stresse que a pessoa não dá conta mas às tantas está completamente desvairada e não sabe porque. A falta de atenção dos profissionais que eu admito que toda a gente durante alguns períodos de tempo e tem de ser não é capaz de ultrapassar alguns períodos de tempo em que não está atenta, mas não pode durar muito tempo e pronto isso para mim é muito importante, não se deixar desviar daquilo que é a nossa razão de estar ali que é o nosso trabalho, porque isso leva a situações de risco para o doente, e isso deixa-me stressada e isso faz com que eu dobre ou triplique a atenção que já tem de ser bastante.

Uma coisa que as pessoas às vezes não dão valor que é estar muito tempo sem comer, é uma coisa que me deixa incapaz para trabalhar, para raciocinar e acho que é uma coisa que os nossos chefes não dão valor, pelo menos neste hospital não dão, noutros hospitais dão, nós éramos rendidos para ir comer ou traziam-nos comida, aqui não as pessoas não se preocupam que o anestesista tem de comer, pormenores tão simples como isto fazer uma pausa de dois minutos, sentar descansar as pernas porque já não se aguenta mais, as pausas acho que são importantes, ninguém valoriza isso, acham sempre que se temos ou precisamos de nos sentar 5 mn somos preguiçosos, que não queremos trabalhar e quem acha isso já esteve sentado 20mn ou 30mn, portanto são aqueles que já descansaram que não repararam que nós não descansamos.

### **3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

A falta de respeito que os meus colegas principalmente cirurgiões tem em primeiro lugar eu diria que não é de facto por mim, é uma falta de respeito pelo doente e eu na altura sinto-a como se fosse por mim no fundo e inconscientemente isso tira-me do sério porque é uma falta de respeito pelo doente e eu respeito muito o doente, não sou perfeita, mas respeito muito até porque já estive do lado de lá e sei qual é o sentir e a insegurança que se tem e a dependência que se tem a nível da vida, do anestesista e do cirurgião, mas primeiro do anestesista porque é ele que nos adormece e nos acorda, tem de ser ele que nos põe em coma e nos tira do coma, e acho que os cirurgiões não respeitam isso, não são todos mas uma grande maioria salvo honrosas excepções. Só estão ali para operar, o anestesista é um chato, não os deixa fazer aquilo que eles querem, quando eles querem, da maneira que pretendem e é esta a dificuldade com a relação.

### **4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

Eu não sou uma pessoa...não fui treinada para utilizar estratégias e acho que isso é que tenho dificuldade na minha capacidade de adaptação se é que isso pudesse existir, tenho dificuldade na minha capacidade de convivência com os colegas porque pronto eu acho que nós nunca fomos treinados para isso, haveria muitas técnicas, conhecimentos científicos e as técnicas precisamente disso de lidar com o outro de ultrapassar dificuldades de relacionamento. Acho que isso é um bocado inato mas é uma coisa que se poderia fazer algo para isso, de facto é uma coisa que sinto como falha minha, nunca tive ninguém que me ajudasse, depende também do meu bem-estar, também sou pessoa não é? E dos dias em que estou mais relaxada e consigo se calhar não valorizar certos pormenores e outros dias em que se calhar ao mínimo pormenor que para aquela pessoa ela nem sequer reparou que ia fazer despoletar uma crise de raiva em mim e naquele dia aquilo faz-me saltar a tampa. Acho que a equipa de enfermagem tenta minimizar isso, não acho que os cirurgiões tentem, acho que na grande maioria não se importam, depois temos as honrosas excepções.

**5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

Já tive muitos, eu já vi muitos episódios de stresse principalmente relativos ao bem estar do doente, nos hospitais distritais em urgência à rua, por exemplo tive um doente com 19 anos que chegou em paragem cardíaca com uma bala no coração e que se conseguiu num hospital distrital sem nada que ele fosse a correr para o bloco em paragem cardíaca fazendo massagem, chegamos lá e o cirurgião geral conseguiu tirar a bala suturar o miocárdio e traze-lo para a vida e ele está vivo, com a colaboração de toda a gente, e nessa altura não houve realmente nenhum problema entre as pessoas e até posso dizer que era um cirurgião que na rotina era às vezes factor de stresse, mas naquele dia as coisas proporcionaram-se assim.

**ENTREVISTA 27**

Identificação da Entrevista: **C9**

**1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

É um ambiente favorável, um bom relacionamento com todos os elementos da equipa, doentes favoráveis sobretudo se é que isso pode ser possível.

**2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

Sim acho que é muito stressante.

**Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

São as dificuldades técnicas, os colegas incluindo o pessoal de enfermagem, os colegas no geral e a competição que se estabelece entre as pessoas, é um dos principais factores de stresse.

Os recursos também geram stresse, porque nem sempre há os materiais que nós queremos, nem são da melhor qualidade.

**3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

O que gera mais stresse são as questões com os colegas médicos.

**4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

É passar-me completamente dos carretos, descompensar completamente em última linha, a outra estratégia que se tenta introduzir até no relacionamento com o pessoal de enfermagem e com o restante pessoal médico é criar um ambiente de boa disposição, brincadeira, umas piadas, anedotas, em cirurgia é fundamental, para conseguir vencer várias horas de intervenção.

O grupo também desenvolve estratégias de compensação que a meu ver são as mais eficazes.

**5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

A última foi a semana passada, por aí que é um doente de altíssimo risco com uma cardiopatia grave e em que tudo estava a correr mal, o material necessário não apareceu, o anestesista não estava na sala, as enfermeiras estavam reduzidas e isso foi uma situação de stresse, em termos de ultrapassar é a tal coisa passei-me um bocado dos carretos, não sei se resolveu mas acho que diminuiu os tempos de espera em relação a refazer os equipamentos, haver mais pessoas para a sala, etc,etc,etc; acho que ajudou, não considero essa a melhor estratégia.

## ENTREVISTA 28

Identificação da Entrevista: I6

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Bem-estar no bloco operatório, olhe é ter as coisas no momento certo, e à hora certa, é só isso que é preciso, e o que está à volta fica bem.

### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

Às vezes, na minha posição como interno, ainda estou muito com as costas muito quentes, as situações de stresse são sempre quando estou sozinho.

### **Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

Normalmente nas cirurgias programadas pode sempre acontecer qualquer coisa, nós já estamos habituados a isso, a situação de imprevisibilidade. As situações de stresse são conhecidas.

Os recursos e a organização não me causam propriamente stresse de momento, é o stresse do geral em que a pessoa se questiona porque é que as coisas estão organizadas de determinada forma, isso é um stresse que é diferente.

### **3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

Não isso é muito raro, nem me estou a lembrar agora, sabe é que eu agora estou sob stresse (risos), não me consigo lembrar, não há assim nada.

Em relação aos outros membros eu tento baixar um bocado o nível no sentido de que tenho de ser um elemento apaziguador, dar uma piada na altura certa, se alguém se começar a chatear com alguém, tento moderar, sempre tentei fazer isso em todo o lado, porque acho que é um papel que alguém tem de fazer.



#### **4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

É o humor, é o humor, desviar a conversa para outro sítio, as coisas do costume. Isso tem a ver com a maneira como a equipa está organizada, porque... existem elementos que são chave que aos quais nós transportamos o nosso stresse, estou a lembrar-me dos cirurgiões mais velhos, ou do caso da anestesia, sabemos que está sempre alguém aí da anestesia se houver algum problema, que é chamado, quer dizer são escapes que usamos, nós também nos enfermeiros, nós temos alguns enfermeiros que coordenam mais as coisas e tudo isso são, isso mais a nível de chefia, e de quem tem mais experiência que canaliza mais esse stresse.

As pessoas influenciam-se mutuamente quando estão em stresse e é por causa disso que eu tento muitas vezes quando isso acontece tento virar as coisas para outro lado. Isto é um ambiente muito fechado, é como o big brother, estamos todos numa casinha a ver o que acontece.

#### **5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

Olhe no outro dia, foi com um cirurgião, estava eu a ajudá-lo numa cirurgia e estavam poucos elementos da enfermagem na sala, estavam a almoçar e tal, e pronto foi uma coisa, e o cirurgião que estava comigo ficou um bocado nervoso e tal, uma cirurgia que não estava a correr lá muito bem, e ele disse ah pois mas tem de me avisar, quando for assim e isto não pode ser, aquelas coisas, e isso manteve-se e eu vi que as enfermeiras não tinham culpa nenhuma, e andavam de um lado para o outro e isso afectou um bocado, o ambiente ficou um bocado pesado, a única coisa que aconteceu é que o cirurgião pediu desculpa no final, alterou-se um bocado, não foi nada do outro mundo mas alterou-se um bocado e eu da minha parte tentei fazer o oposto, não dizer absolutamente nada, mas foi uma coisa que passou e que acho que depois se resolveu.



## ENTREVISTA 29

Identificação da Entrevista: **C10**

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

A minha percepção de bem-estar para mim em bloco operatório tem fundamentalmente dois aspectos o primeiro o gozo com que eu estou no bloco operatório e o segundo aspecto é sentir que há um trabalho de equipa portanto todos rumamos no mesmo sentido. Acho que são esses os dois pontos fundamentais.

Aqui particularmente no Pulido Valente como tenho gozo naquilo que faço e sinto-me considerado e respeitado e sinto que estamos sempre a trabalhar em equipa gosto muito de trabalhar no bloco operatório do Pulido valente.

### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

**Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

Há pessoas com quem gosto mais de trabalhar do que outras e portanto tento respeitar toda a gente, tento funcionar com toda a gente, tento não por mais areia nessa articulação com pessoas com quem não simpatizo tanto ou com quem não gosto tanto de trabalhar para que consiga que essas pessoas apesar de tudo dêem o máximo que elas possam dar; mas é talvez o ponto que mais me stressa é o problema de articulação de equipa até mais do que problemas técnicos/cirúrgicos que me stressam mas que normalmente tento encará-los com alguma tranquilidade, com alguma calma para os resolver e não me cria um stresse grande.

A organização também causa algum stresse, como disse aqui particularmente no Pulido Valente tenho uma boa relação com as minhas chefias e portanto não se põe muito esse problema, sentir a pressão da organização sobre o meu trabalho, de qualquer maneira trabalho noutros hospitais e se falarmos em termos mais globais há impacto quando sinto que há pressão, quando sinto que tenho que trabalhar fora do meu ritmo e portanto isso sim causa-me muito stresse com eventual prejuízo para a equipa e para o doente em última instância.

**3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

Sim a má vontade, a má vontade ostensiva não porque nós às vezes trabalhamos com pessoas que estão a ser integradas que nós sentimos que há até dificuldade mas se eu sentir que a pessoa tem vontade e quer aprender sou mais tolerante, posso ficar um bocadinho tenso mas enfim não me enervo; quando eu sinto que ao meu lado seja enfermeiro, auxiliar ou anestesista é uma pessoa que não está ali como fazendo parte da equipa ostensivamente é uma coisa que me stressa muito. Quase que às vezes prefiro trabalhar sozinho, sem essa pessoa.

**4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

É concentrar-me no importante, o importante é o doente e portanto tentar não me focar nesse aspecto que me está a causar stresse e tento concentrar-me no importante. Eu penso que cada um tem maneiras de encarar o stresse, cada um terá as suas defesas enfim para se defender, eu penso que de uma maneira geral as pessoas individualmente tentam não entrar em stresse com benefício para o grupo, nomeadamente quando, é raro encontrar uma equipa, toda a gente, a rumar em sentido contrário ao cirurgião é mais pontualmente uma pessoa ou outra e habitualmente o grupo tenta não através de uma estratégia concertada, normalmente as pessoas tentam defender-se e portanto isso protege o grupo. As pessoas também se influenciam mutuamente quando uma se encontra em stresse como se condicionasse o comportamento de terceiros.

**5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

Particularmente aqui no Pulido Valente com um ajudante, que nesse dia particular estava instável e senti que não estava ali para me ajudar, não só para não me ajudar, podia ter tido uma atitude passiva mas para além disso senti que estava com uma atitude proactiva para prejudicar portanto para eventualmente eu cair numa complicação e no fundo me stressar e tentar resolver essa complicação, uma

cirurgia particularmente difícil o que stressou imenso e o que eu pensei para ultrapassar foi, estou aqui sozinho, só posso contar comigo e não quero trabalhar mais com este fulano, que está à minha frente e portanto vou tentar que esta situação não se repita mais no futuro. Mas no momento quem me conhece se calhar percebeu que eu estava tenso mas tentei concentrar-me e a cirurgia correu, enfim correu bem mas com uma tensão maior e portanto senti que estava ali sozinho, na altura porque era um indivíduo mais velho que eu e mais graduado, portanto e nesse aspecto não tinha ninguém para me ajudar e para a cirurgia em particular tinha que ser uma pessoa muito diferenciada e portanto não tinha essa pessoa para o substituir e portanto para o bem do doente tive de adoptar essa estratégia mas foi complicado.

## ENTREVISTA 30

Identificação da Entrevista: **E7**

### **1 - Qual a sua definição de Bem-estar para a Equipa Multidisciplinar no Bloco Operatório?**

Bem-estar significa que todos os profissionais se encontram em sintonia e tem os mesmos objectivos que consistem em cuidar o doente que ali se encontra. Consiste ainda no respeito mútuo entre os profissionais e também na reunião de um conjunto de factores como a existência de recursos físicos e humanos adequados à situação em questão.

Julgo que estes momentos acontecem periodicamente associados ao bom humor dos intervenientes, e à satisfação com que as pessoas desempenham as suas actividades.

### **2 - Considera a actividade em Bloco Operatório stressante?**

Sim é evidente

**Se sim, enumere alguns factores stressantes para a Equipa Multidisciplinar.**

Olha factores relacionados com a própria actividade, doentes de risco, cirurgias e técnicas anestésicas mais exigentes devido à diversidade e gravidade das

patologias. O factor desconhecimento porque embora à primeira vista se trate de uma actividade rotineira, existe sempre uma dose de desconhecimento, o imprevisto espreita sempre atrás da porta.

As condições físicas, o facto de estarmos sempre fechados, descaracterizados com o uniforme do bloco, com calor ou frio excessivo, o ruído quer das pessoas, quer dos equipamentos, e o tempo a demora ou a rapidez de determinadas técnicas cirúrgicas e anestésicas.

Outro factor muito importante tem a ver com as equipas com quem trabalhamos quer entre pares quer a multidisciplinar que podem gerar stresse, quer pela sua maneira de estar que por vezes é incompatível com a nossa ou pela sua agressividade quando submetidos a stresse e que inevitavelmente condiciona o meu comportamento, ficando também em stresse.

A organização hospitalar pelas informações que nos faz chegar muitas vezes contraditórias o que gera nos indivíduos sentimentos de incerteza quanto ao futuro.

### **3 - Na sua actividade diária existe alguma situação particularmente stressante?**

Para mim é o conflito, a falta de respeito e a incompreensão.

Se eu vejo alguém ou participo num conflito fico com o dia estragado, quando não respeitam a minha actividade quando eu estou a dar o máximo e estou com toda a atenção do mundo e ainda assim falam comigo como se tivesse cinco anos e não como uma profissional já com alguma maturidade isso tira-me do sério e fico mesmo chateada. Outra situação consiste nas chamadas para urgências que não são mais que cirurgias programadas, e os enfermeiros são tratados como marionetas que alguém manipula a seu belo prazer, não podendo ter uma palavra a dizer. Muitas vezes acabamos uma urgência voltamos para casa e mal pomos o pé em casa chamam de novo, acho que aí existe uma grande dose de maldade e não somos englobados numa equipa em todos sabem aquilo que se encontra ou vai acontecer.

O não trabalhar em equipa é o mais grave para mim pois engloba situações de conflito que inevitavelmente acabarão por acontecer e a falta de respeito pois significa que o teu trabalho não é tido em conta.

#### **4 - Quais as estratégias utilizadas em Equipa e Individualmente para ultrapassar situações stressantes?**

Individualmente a minha estratégia ou estratégias consistem em concentrar-me tentando abstrair-me das conversas acessórias e de tudo o que não tem interesse para mim no momento, preciso de silêncio e solicito-o sempre que acho que me está a perturbar o ruído. Embora goste de brincar e falar tento fazê-lo quando as situações assim o permitem, concentrando-me e permitindo a concentração dos outros elementos da equipa multidisciplinar. Quando são pessoas que me causam stresse tento ser o mais profissional possível por vezes criando algum afastamento até mesmo para que as pessoas em questão não tenham confiança para a falta de respeito.

Quanto à equipa o único momento em que invariavelmente funcionam deste modo quanto a estratégias de lidar com o stresse é em situações de stresse em que a vida do doente está em risco ou em situações com alguma gravidade aí os esforços são unidos e direccionados para o objectivo comum e as pessoas tornam-se mais tolerantes.

A estratégia colectiva para lidar com o stresse a meu ver é funcionar como equipa, só desta forma se podem minimizar os factores indutores.

#### **5 – Descreva uma situação crítica que tivesse presenciado, quais os factores de stresse envolvidos e que estratégias foram mobilizadas para ultrapassar a situação?**

Felizmente a agressão verbal não é frequente no meu quotidiano como profissional, talvez pela minha postura mais distante e pela minha tentativa de manter uma postura de seriedade e profissionalismo. Mas a situação que mais me marcou aconteceu com um elemento de enfermagem com menor tempo de experiência no decorrer de uma cirurgia que envolvia alguma complexidade. Eu era a enfermeira circulante e responsável pela equipa nesse dia e a referida enfermeira era a instrumentista. Tanto uma como outra deram o seu melhor proporcionando que nada faltassem na referida cirurgia e de acordo com as preferências do cirurgião e de acordo com a técnica. Quando o cirurgião chegou à sala questionou porque aquela enfermeira estava a instrumentar para ele ao que lhe respondi que se tratava de

uma enfermeira com a experiência necessária para a cirurgia. Face a este comentário a enfermeira ficou logo em stresse. A cirurgia decorreu não era fácil para o cirurgião existiram algumas dificuldades técnicas mas que nada tiveram a ver com a enfermeira, e ele sempre dificultava a vida à enfermeira ou com um comentário mais forte ou com um bater de soca. Ocorreu uma paragem na cirurgia e o cirurgião ao sair disse-me nunca mais me ponha esta enfermeira na mesa ao que ela começa a chorar, sai da sala atrás dele e disse-lhe que não estava de acordo ela não era uma pessoa inexperiente e que como não havia outra justificação ela ficaria as vezes que fossem necessárias, e ele não respondeu. A enfermeira quis abandonar o local e eu disse-lhe que isso mostraria fraqueza da parte dela e que devia permanecer e que depois poderia falar com o cirurgião no final e esclarecer a situação. A restante equipa permaneceu em silêncio, não fez um comentário o que me entristeceu e no final eles conversaram e nunca mais aconteceu nenhuma picardia entre os dois.













