



MARIA DO CARMO FIALHO VARGAS

**GESTÃO DE CONFLITOS E DESGASTE PROFISSIONAL
NO BLOCO OPERATÓRIO**

O CASO DOS ENFERMEIROS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

**LISBOA
2010**

GESTÃO DE CONFLITOS E DESGASTE PROFISSIONAL NO BLOCO OPERATÓRIO

O CASO DOS ENFERMEIROS

**Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em
Comunicação em Saúde, sob a orientação do Professor Doutor
Jorge Correia Jesuíno**

Maria Do Carmo Fialho Vargas nº 64261

**LISBOA
2010**

SIGLAS

AESOP- Associação de Enfermeiros de Salas de Operações Portuguesas

AORN- Association Operating Room Nurses

EORNA – European Operating Room Nurses Association

BO - Bloco Operatório

DPS- Despersonalização

EE - Exaustão Emocional

H- Hipótese

HGO, EPE - Hospital Garcia de Orta Entidade Pública Empresarial

RP - Realização Pessoal

SIGIC- Sistema Integrado de Gestão de Inscritos Para Cirurgia

SPSS - Statistical Package for the Social Science

UCPA - Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

VPO - Visita Pós- Operatória

“Evitar ou libertar-se da exaustão leva-nos a posicionar-nos enquanto indivíduos na sociedade, a realizar escolhas profissionais, éticas, pessoais e, nalguns casos, a iniciar um processo de transformação decerto exterior mas também interior”.

Michel Delbrouck

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento muito especial para a minha família, que me apoiou incondicionalmente.

Ao professor Correia Jesuíno pela disponibilidade e interesse demonstrados na análise da temática.

À equipa de Enfermagem do Bloco Operatório do Hospital Garcia de Orta, E.P.E., pelo entusiasmo demonstrado e excelente colaboração.

Ao Gonçalo e ao Zé pelo apoio e pelo incentivo.

Ao meu pai Venâncio, falecido no decorrer deste trabalho, que me ensinou a ser quem sou, sem ele nada teria sido possível, para ele um obrigado “muito especial”.

Ao pequenino Alexandre... por existir.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

Obrigada,

Maria do Carmo Fialho Vargas

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 qual a estratégia de gestão de conflitos que a equipa de enfermeiros do Bloco Operatório do Hospital Garcia de Orta, E.P.E. mais utiliza e, se estas estão associadas aos níveis de Desgaste Profissional – *Burnout*.

Baseando-nos em vários autores que defendem que as profissões de ajuda, onde se inserem os profissionais de saúde, são altamente susceptíveis ao desgaste profissional, o denominado *Burnout*, surgiram os seguintes objectivos de investigação:

- ✓ Identificar as estratégias de gestão de conflitos utilizadas pela equipa
- ✓ Identificar as dimensões do Burnout

Partindo da definição de *Burnout* como a resposta prolongada no tempo a stressores interpessoais crónicos no local de trabalho e, sendo o Bloco Operatório um local extremamente despersonalizante, que submete os seus trabalhadores a um stress contínuo, quer pelos aspectos físicos propriamente ditos, quer pelas situações críticas que aí sucedem, colocamos a seguinte questão de partida para este estudo:

“ Será que os estilos de gestão de conflitos utilizados pelos enfermeiros do Bloco Operatório do HGO, EPE estão associados aos seus níveis de desgaste profissional?”

Metodologicamente trata-se de um estudo do tipo descritivo, de carácter exploratório e transversal, uma vez que partimos da formulação de Hipóteses explicativas de uma realidade concreta que pretendemos testar e, recorreremos ao questionário como instrumento de colheita de dados. O questionário é um método de colheita de dados que recorre às respostas escritas a um conjunto de questões, por parte dos sujeitos.

Trata-se dum instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis.

A opção pelos inquéritos como instrumento de colheita de dados, revela a nossa escolha pelo paradigma quantitativo.

Este tipo de investigação mostra-se geralmente apropriado quando existe a possibilidade de recolha de medidas quantificáveis de variáveis e inferências a partir de amostras de uma dada população.

A população deste estudo são os enfermeiros que prestam cuidados num Bloco Operatório de um Hospital da Grande Lisboa, sendo a nossa amostra constituída por 40 enfermeiros.

Os indivíduos da amostra serão seleccionados de forma aleatória, serão submetidos a um processo de amostragem não probabilística, mais concretamente optámos por utilizar o método da amostragem intencional ou de conveniência, a qual consiste em recorrer aos sujeitos que estão acessíveis num dado momento e em determinado local.

Cada um dos indivíduos da amostra respondeu a três questionários: um de caracterização sócio-demográfico, o MBI (Maslach Inventory Burnout) e um de Estratégias para Gestão de Conflitos.

O inventário de Burnout de Maslach (MBI) resulta da tradução e adaptação do **Maslach Burnout Inventory** (Maslach & Jackson, 1986) para a língua portuguesa por Cruz e Melo em 1996 e que permite avaliar o stress e Burnout nos profissionais de ajuda em Portugal.

Este questionário resultou de vários estudos efectuados com indivíduos cujas profissões implicassem o contacto directo com outras pessoas, com o intuito de perceber os efeitos do Burnout nos profissionais de ajuda.

Para avaliar o estilo de gestão de conflitos foi utilizado o questionário de "**Estratégias para Gestão de Conflitos** " referenciado por Jesuino (2003) adaptado de Thomas (1976).

As estratégias distribuem-se pelos cinco estilos: *Imposição, Compromisso, Integração, Acomodação e Evitamento.*

Numa fase posterior, os dados foram sujeitos a análise estatística, através de modelos matemáticos, no sentido de testar as hipóteses levantadas, com recurso ao SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

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:

- Os enfermeiros inquiridos apresentam níveis baixos de exaustão emocional e de despersonalização e, um nível médio de realização pessoal. Desta forma, podemos afirmar que, de um modo geral, os Enfermeiros participantes no estudo manifestam um **baixo nível de *Burnout***.

- Relativamente à estratégia de gestão de conflitos primária a que os enfermeiros da amostra mais recorrem verificamos que é o Compromisso sendo a secundária a Acomodação.

- Da correlação efectuada entre as várias variáveis: Estilos de gestão de conflitos, Burnout e variáveis sócio-demográficas, os resultados em termos estatísticos não demonstraram diferenças significativas, pelo que não nos foi permitido aceitar as hipóteses por nós levantadas; com excepção para a relação existente entre o tipo de vínculo ao quadro e a escolha da estratégia de gestão de conflitos. Nesta hipótese confirmámos que os enfermeiros que pertencem ao quadro da instituição utilizam mais o estilo de imposição para resolver os seus conflitos.

Se os enfermeiros não mobilizarem adequadamente os recursos que têm ao seu dispor na gestão de conflitos, poderá ocorrer um maior índice de Desgaste. O trabalho em equipa pluridisciplinar como o desenvolvido pelos enfermeiros no Bloco Operatório em que o stress é presença assídua e, a escolha de um estilo de gestão de conflitos desajustado à situação pode deteriorar as relações interpessoais e diminuir a realização profissional conduzindo a situações de exaustão e despersonalização.

Neste sentido, é essencial a criação de recursos de suporte que apoiem estes profissionais. A formação dos vários técnicos de saúde nestas temáticas traria um grande contributo para o bem-estar da equipa e dos seus utentes.

INDICE

0- <u>INTRODUÇÃO</u>	13
1- <u>DEFINIÇÃO DO PROBLEMA</u>	16
2 – <u>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u>	21
2.1 – <u>COMUNICAÇÃO</u>	21
2.2- <u>CLIMA E CULTURA ORGANIZACIONAL</u>	28
2.3- <u>GRUPOS E EQUIPAS DE TRABALHO</u>	30
2.4- <u>O PODER</u>	33
2.4.1- <u>O Poder dos Profissionais nos Cuidados de Saúde</u>	37
2.5 – <u>O STRESS</u>	40
2.5.1- <u>Causas de Stress</u>	41
2.5.2- <u>A Importância da Avaliação do Acontecimento</u>	41
2.5.3- <u>Efeitos do Stress</u>	42
2.5.4- <u>Stress nos Enfermeiros</u>	44
2.5.5- <u>Recursos e Estratégias para Lidar com o Stress- “ Coping”</u>	45
2.6- <u>O DESGASTE PROFISSIONAL- <i>BURNOUT</i></u>	46
2.6.1- <u>O Síndrome de Burnout nos Enfermeiros</u>	50
2.7 – <u>O CONFLITO</u>	54
2.7.1- <u>Condições que Predispõem ao Conflito</u>	56
2.7.2- <u>Condições que Desencadeiam o Conflito</u>	56
2.7.3- <u>O Conflito nas Organizações de Saúde</u>	57
2.7.4- <u>Tipos de Conflitos</u>	58
2.7.5- <u>Modelo De Conflito</u>	61
2.7.6- <u>Gerir Com Assertividade Os Conflitos Na Equipa</u>	69
2.8– <u>A NEGOCIAÇÃO</u>	72
2.8.1- <u>Estratégias e Táticas Competitivas</u>	74
2.8.2- <u>Estratégias e Táticas Integrativas</u>	76
2.8.3- <u>Distorções e Enviesamentos Cognitivos na Negociação</u>	77
2.8.4- <u>Intervenção de Terceiras Partes</u>	79
2.8.4.1- <u>A Mediação</u>	79
2.8.4.2- <u>A Arbitragem</u>	81

2.8.5- <u>Alguns Condicionantes à Negociação</u>	83
3- <u>METODOLOGIA</u>	84
3.1- ESCOLHA E CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO	84
3.2- TIPO DE ESTUDO	91
3.3- PROCEDIMENTOS NA COLHEITA DE DADOS	93
3.3.1- <u>Instrumento de Colheita de Dados</u>	94
3.4- POPULAÇÃO E AMOSTRA	97
3.4.1- <u>Caracterização da Amostra</u>	99
4- <u>ANÁLISE ESTATÍSTICA E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</u>	102
4.1- ANÁLISE DOS DADOS DO QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO	102
4.2- RESULTADOS DO INVENTÁRIO DE <i>BURNOUT</i> DE MASLACH	106
4.3- ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE CONFLITOS	113
4.4- VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES	122
5- <u>LIMITAÇÕES DO ESTUDO</u>	138
6- <u>IMPLICAÇÕES DO ESTUDO</u>	138
7- <u>CONCLUSÃO</u>	139
8- <u>BIBLIOGRAFIA</u>	145

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Pedido Formal	151
Anexo II - Questionário Sócio- Demográfico	152
Anexo III - Questionário MBI	153
Anexo IV - Questionário <u>Estratégias</u> de Gestão Conflitos	154
Anexo V - Grelha de Apuramento do Questionário de Estratégias de Gestão Conflitos	155
Anexo VI - Estatística Descritiva do Questionário Sócio- Demográfico	156
Anexo VII - Estatística Descritiva do Questionário MBI	160
Anexo VIII - Estatística Descritiva do Questionário de Estratégias de Gestão Conflitos	167
Anexo IX - Consistência Interna dos Questionários MBI e Estratégias de Gestão de Conflitos	172
Anexo X - Testes de Hipóteses	177
Anexo XI - Cronograma	194

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Sintomas mais Frequentes na Síndrome de <i>Burnout</i>	54
Quadro 2 - Modelo de Conflito de Thomas	61
Quadro 3 - Os Estilos de Gestão de Conflitos de Rahim	66
Quadro 4 - Características da Amostra	99
Quadro 5 - Relação das Variáveis em Estudo	101

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Idades dos Inquiridos	102
Tabela 2 - Vínculo à Instituição	105
Tabela 3 - Frequências das Respostas ao MBI	109
Tabela 4 - Consistência Interna MBI	110
Tabela 5 - Estatísticas Descritivas do MBI	111
Tabela 6 - Frequências das Respostas ao Questionário de Estratégias de Gestão de Conflitos	117
Tabela 7 - Consistência Interna do Questionário de Estratégias de Gestão de Conflitos	118

Tabela 8 - Estatísticas Descritivas do Questionário de Estratégias de Gestão de Conflitos	118
Tabela 9 - Testes Mann-Whitney Integração / <i>Burnout</i>	123
Tabela 10 - Estatísticas Descritivas Integração / <i>Burnout</i>	124
Tabela 11 - Testes Mann-Whitney Compromisso / <i>Burnout</i>	124
Tabela 12 - Estatísticas Descritivas Compromisso / <i>Burnout</i>	125
Tabela 13 - Testes Mann-Whitney Imposição / <i>Burnout</i>	126
Tabela 14 - Estatísticas Descritivas Imposição / <i>Burnout</i>	127
Tabela 15 - Testes Mann-Whitney Evitamento / <i>Burnout</i>	127
Tabela 16 - Estatísticas Descritivas Evitamento / <i>Burnout</i>	128
Tabela 17 - Testes Kruskal-Wallis	129
Tabela 18 - Tukey HSD	129
Tabela 19 - Tukey HSD	130
Tabela 20 - Estatísticas Descritivas Tempo Exercício Profissional no BO/ Estratégias de Gestão de Conflitos	131
Tabela 21 - Testes Mann-Whitney Vínculo à Instituição/ Estratégias de Gestão de Conflitos	132
Tabela 22 - Estatísticas Descritivas Vínculo à Instituição/ Estratégias de Gestão de Conflitos	132
Tabela 23 - Testes Mann-Whitney Tempo Exercício Profissional no BO / <i>Burnout</i>	134
Tabela 24 - Estatísticas Descritivas Tempo Exercício Profissional no BO / <i>Burnout</i>	135
Tabela 25 - Testes Mann-Whitney Vínculo à Instituição / <i>Burnout</i>	136
Tabela 26 - Estatísticas Descritivas Vínculo à Instituição / <i>Burnout</i>	137

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Género dos Inquiridos	102
Gráfico 2 – Escalões Etários	103
Gráfico 3 – Categoria Profissional	103
Gráfico 4 – Tempo de Exercício Profissional	104
Gráfico 5 - Tempo de Exercício Profissional no BO	104
Gráfico 6 - Horário Praticado	105

0- INTRODUÇÃO

O conflito faz parte da nossa vivência enquanto seres humanos vivendo em sociedade; podemos dizer que ele é a resultante da interacção do homem com os outros homens e com o ambiente e, cujos resultados afectam a sua estabilidade podendo mesmo provocar o desequilíbrio.

As organizações de saúde são por excelência locais favoráveis à formação de conflitos, em consequência da divisão do trabalho, da especificidade de serviços, da coexistência de diferentes grupos profissionais, indivíduos oriundos de diversos extractos sociais, o carácter dos serviços prestados, relações de poder existentes e à existência de diferentes ideias e valores dos vários profissionais.

O conflito entre dois ou mais indivíduos pressupõe uma acção social. Actualmente, podemos afirmar que existem aspectos positivos e negativos na existência dos mesmos. Outrora visto como um entrave ao bom desempenho e algo a evitar, hoje em dia sabe-se que a sua existência é saudável, desde que este se mantenha dentro de determinados “limites”. Se as organizações o conseguirem, então estarão a contribuir para o seu desenvolvimento e para o crescimento dos profissionais que as integram e, a conduzirem o seu desempenho em direcção aos objectivos traçados quer por si quer pelos vários grupos constituintes.

Por se tratar de um fenómeno complexo e dotado de um dinamismo muito próprio, há que ter em linha de conta todo um conjunto de factores que surgem quando nos propomos estudá-lo, tais como a sua formação e causas, a comunicação, poder e liderança, assim como os indivíduos envolvidos: como vivenciam e sentem o fenómeno em causa.

O Bloco Operatório devido ao alto nível tecnológico que apresenta e à especificidade de funções que exige é um local privilegiado ao aparecimento de momentos de confusão, stress, tensões emocionais e relacionais.

Desde que a autora deste trabalho teve contacto com um Bloco Operatório, que pensou o quão interessante seria efectuar um estudo sobre gestão de conflitos num serviço desse tipo.

O ingresso neste Mestrado proporcionou-lhe essa oportunidade, através da possível elaboração de uma tese nessa área.

O facto de a referida autora trabalhar há cerca de dezasseis anos num Bloco Operatório será concertiza um factor facilitador, pois proporcionou-lhe grande fonte de experiências e de vivências de situações de conflito interpessoal, além de que lhe proporcionará uma maior facilidade no acesso ao meio e à amostra perspectivada – os enfermeiros do Bloco Operatório do Hospital Garcia de Orta, EPE, em Almada.

Este estudo emerge do interesse em analisar os conflitos que surgem entre os enfermeiros enquanto profissionais num Bloco Operatório.

Assim, propomo-nos analisar os conflitos interpessoais vivenciados pelos Enfermeiros no Bloco Operatório citado, fazendo referência ao tipo de conflitos existente, sua natureza, causa, ao modo como são vivenciados, às estratégias utilizadas para os resolver, aos resultados e consequências das mesmas e à sua relação com o Desgaste Profissional (*Burnout*).

De forma a facilitar a sua leitura e compreensão, optámos por estruturar o presente trabalho, em duas partes:

- Na primeira parte procedemos a uma revisão de temas e conteúdos pertinentes, que servissem de corpo teórico, que actuassem como base de sustentação do mesmo.

Nesta, começamos por apresentar a relevância do estudo, as questões da investigação, assim como os seus objectivos.

Segue-se o enquadramento teórico propriamente dito, o qual está dividido pelos vários temas que nos pareceram pertinentes para apoiar a nossa discussão de resultados.

- Na segunda parte encontra-se toda a investigação empírica por nós desenvolvida.

Inicia-se com a abordagem da metodologia por nós utilizada, o que esteve na base da sua escolha.

Em seguida, contextualizamos o local de estudo, assim como apresentamos o campo em que a mesma decorreu, as características da população e da amostra, o método de colheita de dados e as limitações do estudo.

Passamos então à exposição da análise dos dados e à discussão dos resultados.

Para finalizar este trabalho apresentamos as conclusões a que chegamos e as referências bibliográficas por nós consultadas, para além dos vários anexos utilizados para a sua elaboração.

Recorreremos ao uso de três questionários, com o objectivo de recolher informações sobre características sócio-demográficas dos enfermeiros da amostra, gestão de conflitos e síndrome de Burnout.

Pretendemos que este estudo possa tornar-se um instrumento útil de gestão de conflitos e, de estratégias para evitar ou reduzir o Desgaste Profissional com as consequentes vantagens para os profissionais envolvidos, para a melhoria das relações entre eles, a melhoria do ambiente de trabalho e, em última instância dos cuidados prestados ao utente, para que trabalhar e cuidar possam ser cada vez mais um modo de estar, um prazer.

1- DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Os hospitais integram um diversificado número de subgrupos de profissionais, em que cada um desempenha um papel relevante com vista a um objectivo comum, o de proporcionar os melhores cuidados de saúde possíveis aos utentes.

Dado que nas organizações de saúde, existem pessoas e grupos diferentes, com relacionamentos contínuos e onde a competição é uma força intrínseca a todo o processo, geradora de interesses divergentes, existem fontes de conflito.

O conflito é algo inerente ao ser humano, uma vez que este último é parte integrante de um sistema de inter-relações constante com os outros e com o meio envolvente e, de cujos resultados depende o seu equilíbrio.

Os membros de um grupo desenvolvem esforços para encontrar o seu lugar no mesmo, sendo as diferenças de personalidade e de valores fontes de tensão e de discórdia. Os conflitos não são acidentais e estão intimamente relacionados com as relações de poder existentes neste tipo de sistemas.

Deste modo, em termos organizacionais os aspectos que implicam interacção e coordenação de esforços podem constituir eventuais fontes de conflitos, pois sempre que existam objectivos, ideias ou interesses contrários há condições propícias para a ocorrência destes.

Os Enfermeiros são um grupo de profissionais que trabalha em equipa multidisciplinar, são também eles quem está no centro dessa equipa que envolve o utente.

É comumente tido que a profissão de enfermagem ainda se encontra na dependência do saber e poder médico e, de que, as acções do enfermeiro se encontram dependentes de ordem médica. Este facto, tradicionalmente em vigor, conduziu a uma diminuição da percepção do saber e do estatuto dos enfermeiros, mesmo no seio das organizações de saúde.

A grande vulnerabilidade dos enfermeiros prende-se com a facilidade de desmembramento das equipas, a atitudes de gestão de conflitos e de ansiedade pouco eficazes ou mesmo inexistentes, a sua submissão a determinados objectivos e o desempenho a limites de tempo demasiado rígidos.

Este tema dos conflitos que envolvem enfermeiros é bastante vasto e complexo, podendo por isso ser abordado de diversas perspectivas, tais como, a do conflito:

- Enfermeiro/ enfermeiro
- Enfermeiro/ Chefe de Enfermagem
- Enfermeiro/ Anestesiologista
- Enfermeiro/ Cirurgião
- Enfermeiro/ Auxiliar de Acção Médica
- Enfermeiro/ Utente
- Enfermeiro/ Familiares dos utentes

Nesta pesquisa, delimitaremos esta abordagem apenas aos conflitos dos Enfermeiros do Bloco Operatório e sua relação com o Desgaste Profissional.

O Desgaste Profissional surgiu inicialmente associado a profissões de “relação de ajuda”, embora actualmente o conceito se tenha estendido a outros domínios, não só em termos profissionais.

A Síndrome de *Burnout* define-se como uma resposta por tempo prolongado a situações stressantes interpessoais crónicas e compreende três dimensões:

a Exaustão Emocional que se prende com o esgotamento dos recursos emocionais, morais e psicológicos da pessoa; a Despersonalização que se entende por distanciamento afectivo ou indiferença emocional em relação aos demais, inclusive aqueles que são o alvo da sua actividade laboral; por último, a Realização Pessoal em existe diminuição dos sentimentos de competência e de prazer ligados à profissão. O Desgaste Profissional manifesta-se através de um extenso leque de sinais e sintomas psico-fisiológicos, que chegam mesmo a afectar o habitual desempenho da pessoa aos vários níveis.

A população de enfermeiros de Bloco Operatório, está sujeita a contínuas situações de stress, pelo que se apresenta como uma população em que a ocorrência de Burnout poderá limitar bastante quer o bem-estar psico-social dos sujeitos quer o seu desempenho profissional.

QUESTÕES/ OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

É importante perceber-se qual a influência e poder que um grupo profissional exerce sobre outro no estabelecimento e desenvolvimento das suas relações a nível profissional.

A percepção de alguma dificuldade de afirmação dos enfermeiros enquanto grupo impede-os de se assumirem como um corpo de profissionais totalmente independentes e autónomos para o exercício das suas actividades.

Segundo Poley (1988), os conflitos básicos numa instituição situam-se entre dois aspectos: os que se encontram relacionados com a tarefa e os relacionados com as pessoas.

Devido ao facto de partilharem o espaço de intervenção, enfermeiros e médicos, são singularmente susceptíveis de desenvolver conflitos por posturas discordantes em relação aos seus tipos de saberes, o saber de enfermagem e o saber médico.

Os objectivos deste estudo prendem-se essencialmente com:

- Perceber os modos de lidar com o conflito
- Conhecer as estratégias de gestão de conflitos utilizadas pelos enfermeiros em causa
- Perceber os níveis de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal dos mesmos

O objectivo geral será o de utilizar os resultados do referido estudo para a promoção de um ambiente mais agradável e harmonioso, o qual trará benefícios aos profissionais aumentando a sua motivação e bem-estar,

contribuindo, desse modo, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes no serviço.

Desta forma, a questão de partida será:

“ Será que os estilos de gestão de conflitos utilizados pelos enfermeiros do Bloco Operatório do HGO, EPE estão associados aos seus níveis de desgaste profissional?”

Com base nesta questão, surgem outras associadas, que aprofundaremos ao longo deste trabalho, tais como:

- O que desencadeia os conflitos no Bloco Operatório?
- Qual a sua natureza?
- Como são vivenciados e percebidos os conflitos pelos diferentes membros da equipa?
- Quais as estratégias adoptadas pelos intervenientes para lidar com esses conflitos?
- O que os leva a adoptar essas estratégias?
- Quais as principais consequências dos conflitos para as partes envolvidas?

RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Como já foi referido, a ideia de fazer um estudo nesta área, teve por base a experiência da autora, as suas vivências como enfermeira num Bloco Operatório.

O processo comunicacional é bastante influenciável, particularmente entre os grupos que actuam em condições de grande imprevisibilidade.

Num bloco operatório é necessário estar preparado para mudanças rápidas e inesperadas, as emergências ocorrem com frequência, o tempo de reacção é fundamental para dar resposta a essas situações de forma eficaz e eficiente. O rápido advento tecnológico aliado à interdependência de tarefas são factores altamente facilitadores do aparecimento de conflitos.

A referida autora, ao longo da sua experiência profissional em unidades deste tipo, constatou a enorme facilidade com que neste ambiente, altamente especializado, tecnológico e de tamanha exigência de precisão/ rapidez de

resposta, o conflito pode surgir de forma rápida e instalar-se, perturbando o ambiente e as performances dos indivíduos.

Uma vez instalado o conflito, se não for adequadamente resolvido pode atingir grandes proporções, com as consequências que tal acarreta para os envolvidos, para aqueles que os rodeiam e inclusivamente para os próprios utentes.

Como é do conhecimento geral, conflitos indevidamente resolvidos conduzem a situações de desmotivação, baixa produtividade, insatisfação no trabalho, podendo mesmo traduzir-se por uma prestação de cuidados de menor qualidade.

Através desta dissertação pretendemos contribuir para o desenvolvimento de intervenções adequadas e, ainda para o aprofundar de conhecimentos nos seguintes aspectos:

- Em que consiste o conflito
- A génese dos conflitos
- O tipo de conflitos mais frequentes
- A compreensão do modo como cada indivíduo percepção a perspectiva do outro
- Consequências dos conflitos para os intervenientes, a equipa e os utentes
- A gestão de conflitos
- Estratégias para evitar o Desgaste Profissional

Este estudo poderá assim ser, uma mais-valia ao funcionar como instrumento de trabalho, fornecendo dados para posteriormente apresentar aos enfermeiros do respectivo serviço de forma a capacitá-los a resolver eventuais conflitos de forma mais harmoniosa e positiva.

Desse modo, estaremos a contribuir para a melhoria das relações interpessoais e interprofissionais, para o aumento da motivação e, eventualmente até mesmo nalgumas situações, da auto-estima dos profissionais, o que terá como consequência directa o seu bem-estar e, como indirecta a melhoria dos cuidados prestados ao utente.

2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A revisão de literatura que se segue e que esteve na base deste Projecto de Tese de Dissertação de Mestrado, resulta de algumas leituras efectuadas sobre os seguintes temas:

- Comunicação
- Cultura Organizacional
- Grupos e equipas de trabalho
- Poder
- Stress
- Burnout
- Conflitos
- Negociação
- Metodologia da Investigação,

A escolha destes temas específicos prendeu-se com o facto de os considerarmos áreas directamente relacionadas com os conflitos interpessoais.

O trabalho que se segue pretende ser uma breve exposição de algumas perspectivas teóricas que contribuiriam de algum modo para a compreensão das temáticas referidas e, para a análise das situações estudadas em contexto organizacional seleccionado.

2.1- COMUNICAÇÃO

A comunicação é um processo complexo de interacção simbólica, implica a emissão e a recepção de mensagens codificadas às quais as pessoas conferem significado, ou seja, consiste num processo de transferência de informação do emissor para o receptor.

A comunicação tem origem num emissor que codifica um determinado sentido numa mensagem, enviando-a através de um canal, com o objectivo de alterar atitudes e comportamentos do receptor.

Existem vários meios ou canais de transmissão da mensagem. A escolha do canal tem bastante peso no processo de comunicação, depende de quem o utiliza, com que fim, a quem se dirige a mensagem e qual o seu teor.

O receptor, por sua vez, descodifica a mensagem na interpretação entendida e envia ou não uma resposta – feedback. Através desta mensagem agora enviada, o emissor obtém dados acerca da sua mensagem anterior.

Comunicar implica assim, um fluir de interações entre os intervenientes no contexto de uma conversa, partindo do pressuposto de que os significados evocados são o resultado de um processo de construção em que essas pessoas participam. Cada uma delas insere-se num determinado padrão cultural da sua sociedade, tendo consciência da sua identidade.

Ao interagir, o sujeito, fá-lo no espaço de uma relação, ocorrendo cada contacto como um acontecimento ou episódio.

A comunicação interpessoal caracteriza-se por ser analisada de duas perspectivas distintas:

- A da 1ª pessoa – a experiência é atribuída aos actores, ou seja, o directamente vivido é referenciado pelo próprio. A acção do interlocutor está condicionada pois concorda com uma lógica de significado e de acção que torna as suas escolhas obrigatórias ou proibidas. Trata-se de processos de acções coordenadas, que acontecem consoante cada situação. Desta perspectiva, formam-se definições operacionais que contêm a ideia de identidade e intencionalidade de acções.

- A da 3ª pessoa – a interacção é observada a partir do exterior, a acção e o seu significado deixam de ser tão objectivos, passando a ser tidas como uma das possíveis interpretações. O observador presencia os padrões interactivos dos interlocutores e analisa-os como um padrão de interacção social, semelhante a um jogo, que inclui uma sequência lógica de actos, em que cada um apela aos actos de fala do outro.

Littlejohn (1988), citando Barnlund (1968), refere que a comunicação interpessoal tem lugar em situações sociais relativamente informais, em que,

através do intercâmbio mútuo de pistas verbais e não verbais, as pessoas estabelecem interações. Existem cinco critérios nestas interações:

- * Duas ou mais pessoas em proximidade física que percebam a presença umas das outras
- * A comunicação interpessoal implica troca de mensagens
- * O comportamento comunicativo de uma pessoa resulta do comportamento de outra, existe interdependência comunicativa
- * As mensagens são codificadas de vários modos, podendo estas ser verbais ou não verbais
- * A informalidade e a flexibilidade designam a comunicação interpessoal, a qual é de certo modo pouco estruturada

A comunicação interpessoal tem por base o estabelecimento de relações. Segundo Littlejohn (1988), a interação entre duas pessoas entende-se por relacionamento, sendo este conduzido pelas percepções de ambas.

De acordo com este autor: "...A comunicação interpessoal é frequentemente marcada por uma espiral comportamento-experiência", Littlejohn, (1988:210).

Laing (1967), citado por Littlejohn (1988), estabeleceu as diferenças entre comportamento e vivência. Os primeiros consistem em ações observáveis, são pois do domínio público, enquanto, as segundas se prendem com os sentimentos que acompanham os comportamentos ou as percepções dos comportamentos de outras pessoas. Sendo que, o comportamento pode ser observado, enquanto, a experiência/ vivência o não pode, pois faz parte do mundo interno de cada um.

Segundo Rogers (1951), citado por Littlejohn (1988), o comportamento do indivíduo é o resultado da sua experiência interna, isto é, a realidade como o sujeito a vive e sente.

Riley (2000), refere que a comunicação consiste num processo recíproco de enviar e receber mensagens, entre as pessoas. Na comunicação em presença física, existem dois constituintes: a verbalização de pensamentos e

sentimentos do emissor e a expressão não verbal. As verbais são enviadas através de palavras, inflexões de voz e ritmo do discurso, enquanto, as não verbais são transmitidas pelas expressões do olhar e facial, assim como da linguagem corporal.

Chambel e Curral (1999), citados por Ferreira *et al.* (2001), referem que o conjunto de signos não verbais se podem dividir em:

- * Cinéticos
- * Proxémicos
- * Paralinguagem

Para que se considere que existe comunicação, é necessário que a mensagem seja recebida pela pessoa a quem se dirige. Por sua vez, diz-se que um processo de comunicação é eficaz se existe concordância entre o que o emissor pretendeu transmitir e o que o receptor interpretou.

O receptor descodifica a mensagem verbal e confere um sentido aos pensamentos e sentimentos que o emissor emitiu, após o que codifica a mensagem de retorno.

Neste processo de troca de mensagens são vários os factores que podem interferir na correcta compreensão da mensagem recebida. Estes factores prendem-se com:

- * Problemas Semânticos – as palavras transmitidas devem ser passíveis de interpretação pelo receptor
- * Estatuto – o facto de as pessoas que comunicam se situarem em diferentes níveis.
- * Feedback Ausente – o interveniente no processo de comunicação não pode ter a certeza de que a mensagem recebida foi a enviada e, que esta foi devidamente entendida.
- * Distracções – eventos externos à relação podem provocar desconcentração dos actores.
- * Percepção do Outro – a forma como percebemos o mundo baseia-se nas nossas vivências e personalidade, sendo por isso diferente de pessoa para

pessoa, condicionando a transmissão, recepção e interpretação de mensagens.

Para Pearce (1994), o nosso conhecimento da realidade é mediado pela linguagem e, o uso desta é decisivo na formação das nossas percepções, relações e organizações.

Watzlawick, Beavin e Jackson (1967), Watzlawick, Weakland e Fisch (1974) e Watzlawick (1980), citados por Ferreira *et al.* (2001), apresentaram uma nova forma de visualizar o processo de comunicação, a qual foi sistematizada pela Escola de Palo Alto através do estabelecimento de cinco axiomas da comunicação:

1- Não é possível não comunicar, uma vez que um indivíduo não tem forma de não se comportar, até o próprio silêncio transmite ao outro informações.

2- Existem dois níveis na comunicação: o de conteúdo e o de relação, a comunicação não só transmite conteúdo, como também oferece informação sobre o tipo de relação.

3- A pontuação das sequências comunicacionais entre aqueles que comunicam; não podemos considerar as sequências da interação como uma sucessão de ocorrências isoladas. Estas devem ser organizadas em sequências de causa/ efeito pelos vários intervenientes, tendo em conta a sua interação e os efeitos que ela produz nos seus comportamentos.

4- Os seres humanos comunicam de forma digital e analógica, a primeira ocorre por recurso à palavra, remete para a semântica da linguagem, enquanto, a segunda se refere a toda a comunicação não verbal. Estes dois tipos de comunicação são sempre usados em conjunto pois tem funções diferentes.

5- As trocas comunicacionais são simétricas ou complementares, consoante os comunicadores apresentem poucas diferenças comportamentais ou, assumam

comportamentos diferentes, respectivamente. Numa relação devem existir e estar em equilíbrio ambos os tipos de interações.

Nas organizações de saúde, a comunicação constitui um dos pontos-chave na dinâmica e interação entre os profissionais. Bavelas e Barrett (1951), citados por Ferreira *et al* (2001), referem que a comunicação é o processo básico das organizações, sendo este que dá origem a todas as outras funções.

Em termos organizacionais, a comunicação é um conjunto de diversos elementos e de relações entre eles, ela é o veículo que assegura a existência da organização sendo inconcebível a noção de grupo, sem que no seio dele, haja troca de informação. Dentro de um grupo a comunicação pode ser entendida como um dos vários tipos de processos interacionais que se prendem com o aspecto dinâmico da actividade do grupo. No interior dos grupos, a comunicação detém um papel essencial, funcionando estes como transformadores de informação.

Uma vez que sem comunicação, não há organização, gestão, planeamento ou processos de trabalho coordenados, pode-se entender uma organização humana como uma rede comunicacional: se a comunicação falha, uma parte da estrutura organizacional falha também.

Sendo a organização um sistema aberto, a comunicação garante a coesão interna e a relação da organização com o meio exterior. Deste modo, é imprescindível que a comunicação seja ordenada, esteja em continuidade e integrada na estrutura organizacional, favorecendo assim a resolução de problemas, a troca de perspectivas e ideias e, estabeleça a relação entre as pessoas que dela fazem parte.

A comunicação nas organizações, efectua-se de várias formas, isto é, o seu percurso circula em múltiplos canais dependendo do tipo de informação, assim como da cultura e políticas organizacionais.

Os canais de circulação da informação dividem-se em dois tipos: os formais e os informais. Por sua vez, os fluxos classificam-se em: descendente, ascendente e lateral.

As redes formais caracterizam-se por um tipo de comunicação predominantemente vertical e sobretudo descendente, de níveis hierárquicos superiores para níveis inferiores. Destinam-se à emissão de orientações, implementação de normas e procedimentos, bem como à comunicação de objectivos, realização de tarefas e políticas da organização.

A comunicação vertical pode também circular no sentido ascendente, dos níveis hierárquicos inferiores para os superiores, promovendo a participação mais efectiva dos funcionários, que podem fornecer sugestões para melhorar a produção e/ou o ambiente de trabalho.

A comunicação lateral ocorre entre departamentos, num mesmo nível hierárquico, onde todos têm responsabilidades iguais, tendo como principal objectivo o de orientar as actuações entre estes.

Este tipo de comunicação ocorre quando por alguma razão os outros fluxos formais não são passíveis de ser utilizados. Grande parte desta comunicação prende-se com apoio sócio-emocional mútuo entre os diversos membros da organização.

A comunicação informal responde às necessidades sociais dos membros da organização. Liga pessoas de diferentes níveis hierárquicos e serviços, forma-se sobretudo a partir de semelhanças e afinidades pessoais. As redes informais embora se estabeleçam à margem da cadeia de autoridade, podem ser usadas, uma vez que demonstram alguma eficácia na obtenção de feedback da informação.

Numa organização, a comunicação pode adoptar várias funções, tais como:

- × Emocional – a comunicação como expressão das emoções, pode contribuir positivamente para a construção do ambiente de trabalho, resolver conflitos, reduzir tensões e frustrações e, aumentar a satisfação no desempenho profissional.

- × Motivacional – é através da motivação que um chefe orienta o seu grupo com vista a atingir objectivos organizacionais. O gestor ou chefe orienta a sua equipa, corrigindo e elogiando adequada e construtivamente os seus colaboradores, de forma a aumentar o seu envolvimento nas políticas da

organização. Relacionadas com esta função, estão a avaliação de desempenho e o levantamento das necessidades de formação.

× Informacional – a comunicação enquanto informação, facilita a tomada de decisão. É através dela, que os trabalhadores interagem através do relato de factos, emitem opiniões, recebem informações essenciais para desenvolverem a sua actividade e encontram alternativas que melhor satisfazem as suas funções.

× Controlo – trata-se da função mais formal da comunicação e é definida pelo topo da hierarquia.

A comunicação é vital na vida da organização e dos seus membros, a organização que consegue garantir processos de comunicação eficazes, fomenta seguramente um melhor desempenho organizacional.

2.2- CLIMA E CULTURA ORGANIZACIONAL

Shein (1990), citado por Ferreira *et al* (2001), diz-nos que a cultura organizacional se revela como o fruto da aprendizagem do grupo, uma vez que lhe capta os valores, o método de funcionamento os mitos e a linguagem existentes na organização e que são o resultado da socialização e de ajustes recíprocos.

É necessário que um grupo exista e que seja detentor de uma história que forme um ciclo de vida grupal, para que se possa dizer que existe cultura.

Esta cultura pode ainda ser definida como uma herança social, representada por normas, valores e crenças que uma vez transmitidas aos membros de uma dada sociedade através da socialização, serão o garante da vida social.

Nas organizações, a cultura organizacional guia os valores, atitudes e comportamentos dos seus membros.

Podemos dizer que uma organização tem cultura, se ela for um produto da aprendizagem dos seus elementos.

Segundo Ferreira *et al* (2001:445), citando Shein (1990): “ *A cultura seria uma consideração de pressupostos fundamentais, inventados, descobertos ou*

desenvolvidos por um grupo, como os seus conhecimentos para enfrentar os problemas de adaptação externa e de integração interna, que foram suficientemente bem testados para serem considerados válidos e por isso ministrados mediante processos de socialização aos novos membros como a forma correcta de proceder, pensar e sentir em relação a tais problemas.”

De acordo com vários autores, podemos entender a cultura organizacional como um conjunto de elementos – normas, valores, padrões comportamentais, etc. ligados pelo significado. Aqui avalia-se a expressão dos valores e das normas do grupo ou da organização e, estas por sua vez revelam o que é desejável para o seu funcionamento.

Detém um carácter integrador e adaptativo dos indivíduos à organização.

O seu papel passa por manter, comunicar e transmitir valores e crenças organizacionais.

Nas organizações existem determinados factores que influenciam o modo como os indivíduos e/ ou os grupos desempenham as suas funções, esta multiplicidade de elementos denomina-se por Clima Organizacional.

Deste modo, podemos defini-lo como a parte superficial, visível e percepcionável da Cultura Organizacional, estando esta inserida mais profundamente no seio das organizações.

Segundo Pettigrew, citado por Bilhim (1996), a Cultura insere-se num âmbito mais abstracto do que o Clima, sendo este último uma manifestação da mesma.

Denison (1996), também citado por Ferreira *et al* (2001), diz que actualmente tanto a cultura como o clima se referem à construção e influência da envolvente social na organização.

Por seu lado, no clima tenta-se determinar em que medida é que os indivíduos compreendem as características organizacionais como colaborando para o seu bem-estar, o que é visível através da manifestação de valores individuais.

O clima organizacional refere-se a um conjunto de factores que exercem importante influência na forma como as pessoas actuam relativamente ao trabalho.

O clima tem influência na motivação e comportamento dos sujeitos, assim como afecta a produtividade da organização.

Existem quatro perspectivas que nos permitem abordar o conceito de clima organizacional:

- * Organizacional, aponta as características organizacionais como fundamentais no clima e relegam o papel do indivíduo em termos sócio-psico-culturais em relação à construção das percepções dos aspectos organizacionais.

- * Psicológica, considera que é do indivíduo que o clima surge, quer da interpretação que faz da sua condição de trabalho, quer da dinâmica entre a sua interpretação das situações e as características destas. É descurado o papel da relação do funcionamento sistémico do indivíduo com os aspectos organizacionais.

- * Psicossocial, o clima é tido como algo abstracto, que surge da interacção dos indivíduos na organização, assentando no acordo perceptivo partilhado. Esta visão do clima não dá ênfase ao papel da cultura no contexto de funcionamento da intersubjectividade.

- * Cultural, as diferentes manifestações da cultura e os seus significados, condicionam as interacções entre os indivíduos.

Daqui se depreende que o clima tem uma base individual, enquanto a cultura assenta mais no colectivo, no grupo.

2.3- GRUPOS E EQUIPAS DE TRABALHO

De acordo com Tajfel (1982), os grupos surgem de interesses na conquista de objectivos percebidos por dois ou mais indivíduos. Pelo que, o comportamento social do ser humano, se converte numa adaptação da sua estratégia geral de

ganhos e perdas às suas próprias necessidades uma vez que se encontra circundado pelos demais.

Ferreira *et al* (2001), refere que um grupo pode ser definido como: *“um conjunto de pessoas interdependentes que procuram alcançar um objectivo comum, e se vêem em si próprias como fazendo parte de um grupo”*.

Deste modo, o grupo existirá se os indivíduos que o formam:

- Partilharem normas e valores,
- Tiverem a sensação mútua de pertença ao grupo,
- Interagirem na prossecução de objectivos.

A coesão do grupo existe a fim de garantir com maior probabilidade o alcançar das finalidades a que este se propõe, quer enquanto grupo, quer individualmente.

Algumas das razões que levam as pessoas a reunir-se em grupos são, segundo Bilhim (1996):

- ♣ Afiliação – surge da interacção regular resultante da pertença ao grupo.
- ♣ Segurança – a força de cada indivíduo, assim como a capacidade de resistência a uma ameaça são maiores em grupo. Os membros do grupo tendem a reagir com um estreitamento das suas relações, em situação de instabilidade da organização.
- ♣ Alcance de Objectivos – a eficácia do grupo aumenta devido aos diferentes conhecimentos e talentos dos seus membros.
- ♣ Poder – é maior em grupo do que individualmente, assim como também é visível o poder exercido por uns indivíduos sobre outras dadas as possibilidades informais resultantes do uso da influência que os grupos habitualmente oferecem.
- ♣ Status – ser membro de um grupo pode ser tido como forma de prestígio e reconhecimento entre os demais.
- ♣ Auto-estima – tem a ver com o motivo anterior, concede ao indivíduo um aumento da mesma face a si próprio.

Guzzo e Dickson (1996), citados por Ferreira *et al* (2001: 336), referem que um grupo de trabalho: *“ é constituído por indivíduos que se vêem e são percebidos pelos outros como uma entidade social, que são*

interdependentes devido às tarefas que realizam enquanto membros do grupo, que estão inseridos no meio de um sistema social maior... e que realizam tarefas que afectam os outros...”

Hackman (1987), citado por Ferreira *et al* (2001), refere que as limitações provocadas por um mau ambiente de trabalho podem ser superadas sempre que os ganhos do grupo, relativamente à sua interacção, ultrapassam as suas perdas.

Caso esta dinâmica dentro do grupo assuma aspectos negativos, ou seja, o grupo perder mais do que ganha, o mau ambiente de trabalho pode ser potenciado, ou no caso de o meio até ser favorável pode impedi-lo de retirar proveitos da situação.

Segundo Katzenbach e Smith (1993), citados por Ferreira *et al* (2001), um grupo transforma-se numa equipa quando se gera um determinado envolvimento e sinergia entre os seus membros.

De acordo com Savoie e Beaudin (1995), citados pela mesma fonte, existem quatro características para a existência de uma equipa de trabalho:

- × Deve surgir de uma organização e deve ser reconhecida como tal por todos os que fazem parte desta
- × Deve ser só por si um sistema social com limites bem definidos, em que os seus membros são simultaneamente indivíduos autónomos e com funções interdependentes
- × O produto do seu desempenho é passível de ser avaliado, existindo uma responsabilização colectiva face às suas tarefas
- × A sua actividade rege-se por determinadas regras do meio, que implicam determinados deveres e direitos por parte dos seus membros.

Uma equipa de trabalho caracteriza-se pela interdependência das funções de trabalho que desempenham os seus membros e pela partilha de responsabilidade em determinados resultados organizacionais. Trata-se de indivíduos altamente especializados que demonstram uma alta produtividade quando vistos como membros de uma equipa organizacional.

Neste tipo de equipas, cada pessoa contribui com um certo talento.

De forma a garantir a eficácia da equipa os objectivos individuais não se devem sobrepor aos desta. Por sua vez, os objectivos do grupo devem ser claros e estar associados a indicadores de desempenho.

Compete às organizações a criação das suas equipas de trabalho, as quais devem estar de acordo com a essência formal dos seus objectivos.

Podemos distinguir nas organizações seis tipos de equipas, quanto à sua natureza: as operacionais, as de resolução de problemas, as de gestão, as de círculos de qualidade, de arbitragem e de projecto.

Para a realização deste trabalho atentaremos nas equipas operacionais, uma vez que estas são criadas para a realização de um certo trabalho, usualmente de carácter permanente. Este tipo de equipa tem por base a divisão do trabalho de acordo com os conhecimentos e competências de cada um dos seus membros, o que corresponde às equipas multidisciplinares de saúde existentes num Bloco Operatório.

2.4- O PODER

O poder surge nas sociedades humanas com naturalidade.

O conceito de poder está associado às diferentes análises sobre a dinâmica social e seu funcionamento. Ele está patente em todas as sociedades, ajuda-nos a compreender as práticas sociais e as relações quanto à sua estrutura, consolida-as e direcciona-as.

Com o tempo e com as interações no grupo, surge a necessidade e o desejo de domínio do Homem pelo Homem.

O poder, numa organização de saúde, pode resultar num conflito, uma vez que o que está aqui subjacente são as relações de poder, estas são autênticas relações de força, de estratégias de poder.

Podemos considerar que existe poder sempre que um indivíduo é capaz de obter de outro um comportamento que este não teria espontaneamente.

Segundo Marcelo Rebelo de Sousa (1998), “ *Poder é a faculdade de interferência do Homem sobre o homem, de molde a determinar ou influenciar a conduta alheia*”.

Para Ferreira et al (2001:121), o poder “*é uma relação e não um atributo dos actores...É uma relação de força, da qual um pode retirar vantagem sobre o outro, mas onde igualmente, um não é jamais desprovido de poder face ao outro. Assim, o poder da pessoa A sobre a pessoa B consiste na capacidade de A conseguir que, na relação com B os termos de troca lhe sejam favoráveis.*”

O poder não pode ser considerado um atributo ou aptidão pessoal bem como a qualidade de um grupo, ele pressupõe a existência de uma relação social.

Tendo esta ideia por base, podemos, de acordo com o mesmo autor, considerar o seguinte:

- ♣ O poder surge sempre da interacção entre dois ou mais actores
- ♣ O poder é situacional, isto é, depende do contexto pelo que, pode ser modificado
- ♣ Prende-se com a necessidade que os indivíduos têm de se relacionar e negociar com vista à prossecução de objectivos
- ♣ Com vista à realização dos seus objectivos, os indivíduos necessitam de recorrer a determinados recursos, pelo que podemos dizer que se trata de uma relação instrumental
- ♣ Neste tipo de relação existe um desequilíbrio de forças dependente da troca e da negociação, sendo esta situação favorável a um deles, o que não significa, no entanto, que o outro esteja completamente desamparado
- ♣ Este tipo de relação é intransitiva, visto só fazer sentido em determinado contexto, com aqueles indivíduos e no seio daquela relação específica
- ♣ O poder para existir não precisa forçosamente de ser exercido, para tal basta que os outros o percebam como tal
- ♣ Pode alterar comportamentos, valores e atitudes, exerce-se através da influência
- ♣ O poder implica algum tipo de dependência, quanto mais um actor social depende de outro, maior é o poder desse outro sobre si.

Segundo Jesuíno (1996), do processo de diferenciação vertical dos grupos, que surge relativamente cedo durante os processos de interacção, surgem as estruturas de poder e influência. O nascimento de um líder destes processos de interacção, indica que o poder pessoal é, neste contexto, um efeito da liderança.

French e Raven (1959), citados por Graça (1986, 1992), apresentaram uma distinção entre Poder Pessoal e Poder posicional:

Poder Pessoal – a partir dos processos de interacção torna-se emergente o aparecimento de um líder.

Poder Posicional – está intimamente ligado a uma posição hierárquica, corresponde à capacidade de influenciar alguém num sistema de punições e recompensas legalmente instituídas. Existe em grupos formais e organizacionais.

Por sua vez, existe um outro tipo de poder que faz a articulação entre os dois tipos de poder anteriores – o **Poder Legítimo** (ou Autoridade).

É legitimado, sendo aceite pelos membros do grupo, na medida em que o líder é reconhecido pelas suas competências técnicas ou pelo seu prestígio.

Ao longo da vida, estabelecemos relações com os outros, sendo que algumas delas poderão ser designadas como sendo de poder dado o papel que nelas representamos.

O poder pode assumir uma conotação negativa, quando é sinónimo de dominação de um ser sobre outro.

Por outro lado, poderá ser visto como a relação entre dois indivíduos que interagem de modo a atingir objectivos estabelecidos mutuamente, sendo neste caso o poder percebido como um processo mais básico e que visa o bem-estar do outro.

As relações entre os grupos não são exclusivamente de trabalho, mas sim de força, de competição pelo poder. Esta situação acentua-se em momentos de insegurança.

Crozier e Friedberg (1997) in Ferreira *et al* (2001:106), referem que “ O poder...está sempre sujeito a situações contingentes, na medida em que a acção individual e colectiva está inserida num processo de racionalidade limitada e, ainda, porque as relações sociais e a interacção social, da qual o poder emerge, inscreve-se numa zona de incerteza que condiciona os resultados dos jogos em que os actores intervêm”.

O poder encontra-se sempre envolto por uma zona de imprevisibilidade, de incerteza. Nestas, existem limites relativamente às possibilidades que um indivíduo tem de controlar o comportamento do outro.

Nas organizações existem determinados constrangimentos de ordem jurídica, psicológica, cultural e económica que podem não condicionar as relações de poder, mas afectar a forma como o indivíduo se percepção na organização, dos seus recursos ou zonas de incerteza que lhe é permitido controlar, assim como das suas estratégias.

Desta forma e, uma vez que a imprevisibilidade do comportamento dos actores numa organização corresponde à zona de incerteza, o conflito é de algum modo inseparável do poder.

Ferreira *et al* (2001:122), “ a zona de incerteza constitui o recurso fundamental de poder dos actores nas organizações”.

A negociação entre os actores decorre com base nestas zonas de incerteza, as quais por sua vez, lhes permitem desenvolver estratégias tendo por base os seguintes tipos de fontes de poder:

- ◆ Capacidade de comunicação
- ◆ Competências excepcionais
- ◆ Competências e conhecimentos do meio externo à organização
- ◆ Aptidão para utilizar as regras da instituição

Estes recursos de poder são essenciais uma vez que são eles que permitem dissecar de forma mais eficiente os problemas, os conflitos e a própria negociação que surge na dita zona de incerteza organizacional.

French e Raven (1959), citados por Graça (1986, 1992), identificam cinco tipos de poder, os quais se prendem com as zonas de incerteza existentes em todas as organizações:

- Poder **formal**, é determinado pelo nível organizacional, trata-se de um poder posicional em que a posição que o indivíduo detém na hierarquia formal lhe confere autoridade e legitimidade para formular e/ou aplicar regras passíveis de afectar os demais
- Poder **técnico**, o dos funcionários especializados, altamente qualificados. O poder aqui será tanto maior, quanto menos forem os indivíduos que partilhem os seus conhecimentos
- Poder **coercivo**, aquele que assenta numa eventual punição do outro e, pode ir desde uma simples crítica feita ao subordinado até mesmo ao seu despedimento
- Poder **de recompensar**, baseia-se na capacidade de gratificar alguém. O valor que o outro atribui à recompensa é que determina o seu grau de eficácia
- Poder **do líder**, assenta no trabalho em equipa, na confiança que os seus membros depositam no líder, nas suas competências, no seu reconhecimento por parte da equipa.

2.4.1- O Poder Dos Profissionais Nos Cuidados De Saúde

Sempre que existe interdependência de tarefas, torna-se indispensável o uso do poder.

Nas organizações de saúde devido à existência de funções interdependentes e complementares, assiste-se ao uso desse poder, por parte dos diversos grupos profissionais, de um modo desequilibrado.

Goss (1963), Smith (1970) in Carapinheiro (1993), referem que os hospitais detêm um sistema dual de autoridade:

- Aquela que provém da autoridade tradicional, racional e legal, que se baseia em regras formais, que reporta ao topo da hierarquia hospitalar.
- A que provém da classe médica, do poder carismático, daqueles que tem o conhecimento e a capacidade de curar doenças e de salvar vidas. São estas competências que permitem aos médicos defender os seus interesses e regalias profissionais, nos hospitais, perante as administrações dos mesmos.

A classe médica, uma vez que dirige o trabalho dos restantes grupos profissionais, que não é ela própria avaliada por ninguém e que é no seio das profissões da saúde a única verdadeiramente autónoma, detém uma posição diferente dos demais, o que nos reporta para a existência de uma hierarquia institucionalizada.

Para os enfermeiros, esta dualidade funciona como um entrave à colaboração, uma vez que se encontram subordinados a ambas.

Os médicos, criam regras implícitas e normas informais de funcionamento nas suas funções diárias, o que em simultâneo com as regras e normas hospitalares, fomentam nos outros profissionais relações inseguras e incorrectas, sempre que são obrigados a cumprir ambas em simultâneo.

Esta situação, por vezes, conduz ao aparecimento de conflitos.

Em termos hospitalares, a relação médico – enfermeiro é uma relação de delegação, a organização do trabalho é negociada, o enfermeiro surge como um executor das prescrições médicas, o braço direito deste.

Por divergências de interesses e objectivos entre enfermeiros e médicos, os processos negociativos são frequentes e apelam a um modelo que requer soluções negociadas entre ambos.

Uma das grandes diferenças entre eles é que os médicos são “treinados” para curar os utentes e os enfermeiros para cuidar deles. Uma vez que para os pacientes, curar tem maior impacto, esta situação confere-lhes mais prestígio social e conseqüentemente maior poder, isto faz com que a relação entre eles seja de dominação da parte dos médicos sobre os enfermeiros.

Durante a sua formação são transmitidos aos médicos, os princípios de pertença que constituem o corpo social e profissional do hospital. Carapinheiro (1993: 165), refere que *“cada serviço aparece como um campo de conflito e de negociação entre diferentes poderes – saberes, estrategicamente orientados por formas de poder médico nucleares na lógica da produção e reprodução dos serviços hospitalares”*.

O Bloco Operatório segue esta mesma linha de poder, os médicos detêm da mesma forma, uma posição de domínio, quer na génese do modelo de produção de cuidados quer na organização de trabalho no Bloco Operatório.

Diariamente, num Bloco Operatório, tem lugar grande número de interacções entre profissionais de diversos grupos, sendo o trabalho dos enfermeiros constituído por relevantes interacções.

De acordo com Denison e Sutton, citados por Barros (2006), estas interacções têm lugar em quatro momentos distintos a que eles chamam de Social Region:

- 1) O primeiro destes momentos é o que ocorre na sala de operações, durante o acto cirúrgico
- 2) O segundo momento refere-se às interacções dos enfermeiros fora da sala de operações, mas estando os cirurgiões presentes
- 3) O terceiro momento corresponde às interacções fora da sala, mas sem a presença de médicos
- 4) O quarto e último tempo reporta-se às interacções dos enfermeiros com os utentes/ família, estando apenas presentes os enfermeiros

A cada um destes momentos correspondem regras de conduta para ambos os grupos profissionais. Na sala de operações, durante a intervenção cirúrgica, é evidente o poder do cirurgião, ele detém autoridade absoluta sobre os enfermeiros.

Os referidos autores, constataram que aos cirurgiões lhes era permitido ouvir música, contar anedotas durante uma intervenção cirúrgica, mas tal não acontecia com os enfermeiros, pois estes necessitavam da autorização do cirurgião para o fazerem. Os médicos limitavam a autonomia dos enfermeiros, afectando inclusive a sua auto-estima e o seu desempenho.

Trata-se de uma relação de dominação/ submissão, de certo modo, difícil de resolver, pois os procedimentos cirúrgicos implicavam que os enfermeiros fizessem o que os médicos lhes pediam.

Existe declaradamente um desequilíbrio nas relações entre os grupos profissionais em causa, na sala de operações. Estamos perante o domínio do modelo Medicocêntrico, uma vez que é o médico quem detém o monopólio do poder.

No segundo momento de interações, os enfermeiros brincam com os cirurgiões, existe uma maior permissão para expressar emoções, as regras são diferentes.

De acordo com o estudo referido, os enfermeiros valorizavam mais o terceiro momento, isto é, as interações dentro do grupo de enfermeiros, uma vez que este constituía o momento em que os enfermeiros se poderiam dedicar às tarefas secundárias. Era um momento em que, entre outros aspectos, lhes era permitida fazer a catarse emocional sendo que podiam ainda, fazer formação.

Em relação ao quarto momento, espera-se que os enfermeiros tenham a capacidade de gerir as emoções dos utentes.

Constata-se assim, que existem diferenças para cada Social Region, no que diz respeito às exigências cognitivas, comportamentais e emocionais.

Em termos dos dois grupos profissionais observam-se diferenças em cada um dos momentos e a nível da gestão e expressão de emoções.

2.5- O STRESS

“ O stress representa a relação que se estabelece entre a “carga” sentida pelo ser humano e a resposta psico-fisiológica que perante a mesma o indivíduo desencadeia”, Lazarus citado por Vaz Serra (1999).

Richard Lazarus e os seus colaboradores (1960), citados pela mesma fonte, estudaram as emoções e, concluíram que os factores cognitivos, antecedentes, segundo os quais é avaliada dada situação/ estímulo, são os determinantes das respostas emocionais subsequentes.

Dos seus trabalhos foram extraídos dois pressupostos:

- 1- Nenhuma situação pode ser reconhecida como indutora de stress, em valor absoluto.
- 2- O factor decisivo que leva o indivíduo a sentir-se ou não em stress está dependente da avaliação que faz da situação.

As situações indutoras de stress variam de indivíduo para indivíduo e, variam também na mesma pessoa em momentos distintos da vida.

Podemos pois afirmar que embora muitas circunstâncias sejam susceptíveis de induzir stress, são raras as que podem ser consideradas em termos absolutos.

2.5.1- Causas De Stress

Uma situação indutora de stress é toda aquela em que a relação estabelecida entre o indivíduo e o meio ambiente é avaliada como excedendo os seus próprios recursos, prejudicando por isso o seu bem-estar (Lazarus, 1984, citado por Serra, 1999).

Segundo o mesmo autor, o grau e o tipo de resposta de stress que uma situação induz variam muito de pessoa para pessoa. A presença de um determinado estímulo, só por si, não chega para definir stress.

À medida que nos deslocamos das grandes catástrofes para as mais pequenas aumentam as diferenças individuais na forma e na intensidade com que a reacção de stress se exprime.

2.5.2- A Importância Da Avaliação Do Acontecimento

O que determina a variabilidade das suas reacções é a avaliação que cada indivíduo faz da situação e do meio ambiente em que se encontra. Esta depende das experiências por si vividas, da forma como aprendeu a lidar com circunstâncias desagradáveis, dos valores e crenças psicológicas desenvolvidas, ou seja, das capacidades e recursos sociais e pessoais de que o indivíduo dispõe.

O indivíduo ao entrar em stress, activa um processo, que envolve todo o organismo.

O stress altera o comportamento observável e interfere com mecanismos biológicos e cognitivos, além de induzir emoções.

2.5.3- Efeitos Do Stress

Devido ao stress, o ser humano, paga um preço que só é possível ser avaliado por indicadores indirectos, tais como:

- Mal-estar
- Incapacidade
- Morte prematura
- A forma como afecta o coração e outros órgãos importantes
- Os transtornos físicos e psíquicos que induz
- O recurso a determinado tipo de medicamentos

Repercussões Biológicas Do Stress

No indivíduo sob stress os mecanismos de compensação tornam-se inadequados ou excessivos e condicionam o fracasso dos mecanismos de homeostase, conduzindo ao desenvolvimento de consequências nefastas:

- Para os aparelhos cardiovascular, gastrointestinal, genito-urinário e respiratório.
- Para o sistema imunitário e a função de crescimento, reprodutiva e o sistema nervoso central.
- Produz também alterações metabólicas e afecta o sistema muscular e os mecanismos de termo-regulação.
- Levam ao aparecimento de transtornos psiquiátricos, tais como estados de ansiedade e depressivos.

Alterações Cognitivas Provocadas Pelo Stress

* A actividade intelectual desorganiza-se face a uma situação indutora de stress.

* A tolerância à frustração diminui.

- * A percepção fica afectada.
- * Surge ansiedade.
- * Perturbações da atenção.
- * Dificuldades de memorização.
- * Devido aos transtornos cognitivos, o stress pode tornar-se um agente determinante de acidentes.

Alterações Emocionais Provocadas Pelo Stress

Emoções evocadas numa situação de stress:

- Medo
- Ansiedade
- Inveja
- Cólera
- Ciúme
- Culpabilidade
- Vergonha
- Tristeza
- Esperança

Alterações Comportamentais Provocadas Pelo Stress

- × Agressividade
- × Passividade
- × Recurso a bebidas alcoólicas
- × Tabaco
- × Droga
- × Café
- × Comida

× A nível social dá origem a atritos, conflitos, isolamento, apatia, tornar-se irritado e colérico, mal-estar e determina absentismo no trabalho.

Muitas destas alterações serão inócuas se existirem durante pouco tempo e/ ou apenas algumas em simultâneo.

2.5.4- Stress Nos Enfermeiros

Meg Bond (1986), refere que “ Os enfermeiros estão sob stress, em todos os níveis da sua área profissional”.

Os enfermeiros lidam diariamente com stress e, tem no entanto, pouca protecção relativamente ao mesmo, atravessam condições de stress intensas, as quais são provenientes, em grande parte de:

- Exposição contínua a doentes com um desenlace fatal
- Conflitos com familiares de doentes
- Conflitos com colegas de trabalho supervisores e pessoas de outras categorias profissionais
- Sobrecarga de trabalho
- Insegurança
- Falta de autonomia
- Conflitos de autoridade
- Insatisfação pela forma como se sentem tratados pelos superiores hierárquicos ou pela instituição
- Dificuldade em conciliar os deveres profissionais com os familiares e domésticos

Sutherland e Cooper (1990), citados por Serra (1999), referem que as enfermeiras, em relação a mulheres da mesma idade, apresentam maior índice de mortalidade e têm menor expectativa de vida.

2.5.5- Recursos E Estratégias Para Lidar Com O Stress – “Coping”

Lazarus e Folkman (1984), também citados por Serra (1999), referem que “ coping ” representa os esforços cognitivos e comportamentais realizados pelo indivíduo para lidar com exigências específicas, que são avaliadas como ultrapassando os seus recursos.

A forma como um indivíduo lida com as situações de stress depende de dois tipos de recursos:

- Pessoais – constituídos pela experiência adquirida na resolução de crises anteriores, pela autoconfiança, pelas aptidões em resolver problemas e pelas aspirações pessoais.
- Social – rede social em que o indivíduo está inserido e facilidade de acesso a pessoas que possam prestar-lhe ajuda. Capacidade económica, tipo de relações com familiares e amigos.

Estes recursos determinam:

- A avaliação que o indivíduo faz das ocorrências
- A repercussão que as circunstâncias indutoras de stress podem ter sobre o indivíduo
- Os processos de coping que são utilizados para lidar com elas
- A adaptação que se verifica a curto e a longo prazo.

A libertação das emoções pode contribuir para dar significado aos acontecimentos, permitir que os factos os sentimentos e os pensamentos possam ser organizados de uma forma eficaz e contribuir para o ultrapassar das dificuldades.

Os enfermeiros passam o tempo a falar de “ fazer o trabalho” e adoptam uma atitude ocupada movendo-se rapidamente de uma tarefa para outra, num estado de permanente tensão física.

São constantemente interrompidos a meio das suas tarefas, o que conduz a sua mente a um estado de constante agitação. Sentem-se preocupados com as tarefas do passado e do futuro, aumentando a sua dificuldade de concentração no presente. Este estado mental torna-se um hábito que permanece mesmo nos momentos de pausa e descanso.

É esperado que o enfermeiro se comporte como uma sólida figura parental, uma rocha na qual os que o rodeiam adquirem a sua própria estabilidade. O enfermeiro oferece suporte para os outros, mas nega-o muitas vezes a si próprio. Isto pode ser feito não pedindo ajuda, ou rejeitando-a de uma forma desencorajadora.

Ao partilhar informação, experiências, problemas os enfermeiros podem reduzir o isolamento emocional.

2.6- O DESGASTE PROFISSIONAL- *BURNOUT*

A síndrome de Burnout resulta da interacção, entre o indivíduo e as condições nocivas existentes no trabalho. É vulgar considerar-se que o indivíduo não é adequado ao trabalho, em vez de se questionar o que é possível modificar nas condições ou características laborais, a fim de proporcionar bem-estar e realização aos profissionais.

Uma empresa que proporciona qualidade de vida aos seus funcionários no desempenho das suas funções, é uma empresa em que indicadores como o número de acidentes e o nível de absentismo diminuem e a produtividade e a qualidade dos serviços aumentam.

O Burnout pode ser descrito como um estado de exaustão física emocional e mental, devido ao envolvimento em situações emocionalmente exigentes por um longo período. As características físicas, psíquicas e relacionais do indivíduo são colocadas em causa. O desgaste não existe apenas a nível físico e psicológico mas também em termos sociais. Os indivíduos sentem que todos os recursos existentes desaparecem.

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

Em 1974, Freudenberg, definiu o esgotamento como uma experiência esgotante, ou uma sensação de fracasso, derivada de uma sobrecarga de trabalho a qual requeria grandes quantidades de energia física e emocional. Mais tarde, em 1977, este mesmo autor, inclui, na sua definição de esgotamento, as manifestações da síndrome com comportamentos de fadiga, depressão, aborrecimento, irritabilidade, excesso de trabalho, rigidez e inflexibilidade.

Christina Maslach em (1976), acrescenta que o Burnout surge particularmente em indivíduos pertencentes a profissões de ajuda. O nível de exigência emocional destas impossível de satisfazer, caracterizava a vivência de fracasso profissional, atribuindo uma alta carga emocional ao local de trabalho.

Em 1986 Maslach e Jackson com base numa perspectiva multidimensional descrevem o Burnout como sendo um estado de esgotamento emocional, alta despersonalização e baixa realização profissional e, que acontece com frequência em indivíduos que trabalham com pessoas.

Em 1988 Pines e Aronson estendem o conceito a todas as profissões, uma vez que as situações de exigência emocional podem ocorrer em qualquer profissão provocando 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 pelo facto de terem que contactar diariamente com situações de sofrimento e frustração são um excelente alvo para o aparecimento desta síndrome.

Alguns autores já consideram esta síndrome de exaustão como a doença dos profissionais da relação de ajuda.

Shaufeli (2001), define Burnout como um estado de exaustão físico, emocional e mental resultante de um longo contacto com situações de trabalho altamente exigentes.

Maslach decompõe a síndrome de Burnout em três dimensões de análise:

- exaustão ou esgotamento emocional,
- despersonalização ou a desumanização face ao outro,
- realização pessoal.

O Esgotamento emocional manifesta-se tanto de forma física como psicológica, quando os profissionais sentem que já não conseguem dar mais de si mesmos a nível afectivo. O indivíduo demonstra uma fadiga efectiva em relação ao trabalho, assim como uma crescente dificuldade na relação principalmente no que toca às emoções.

Na Despersonalização surge o desenvolvimento de um conjunto de sentimentos negativos, encontram-se comportamentos ou atitudes tais como a desvalorização do trabalho dos outros e tratá-los como objectos de trabalho. Os elementos adoptam uma postura de frieza em termos afectivos, não demonstrando os seus sentimentos.

A Realização profissional é habitualmente baixa. Os sujeitos fazem de um modo geral uma avaliação negativa das suas competências profissionais, o que se traduz em descontentamento e desmotivação.

Tanto em Medicina como em Enfermagem considera-se sinal de fraqueza a expressão de emoções, conduzindo deste modo os profissionais a posturas de evitamento, distanciamento em relação ao outro – desumanizantes. As atitudes com os seus pares e com os utentes não são autênticas. O indivíduo experimenta assim um sentimento de frustração relacionado com a incapacidade percebida de lidar com as situações e/ou face ao seu desempenho.

Para Ribeiro (2007:290), o *“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 stress individual num contexto de relações sociais complexas”*...

O Modelo de Competência Social de Harrison (1983):

releva a eficácia e a competência percebidas. Refere que se tivermos indivíduos fortemente motivados e com grandes expectativas de sucesso, na presença de factores de ajuda e, desenvolvendo a sua actividade num meio com os recursos essenciais presentes, que lhes permitam alcançar uma capacitação pessoal, estes aumentarão a eficácia percebida. Do mesmo modo, se os factores não forem facilitadores e se os recursos não forem os suficientes, as expectativas não são correspondidas e o processo de burnout instala-se.

A “Teoria Socio-Cognitiva do Eu” de Gil-Monte *et al* (1997):

Esta teoria põe a ênfase na autoconfiança, autoeficiência, e autoconceito. O Burnout ocorre quando os indivíduos tem um autoconceito deturpado quer pela sua percepção quer pelo feedback recebido.

Estes modelos são equivalentes, centram o seu processo mais na pessoa ou na pessoa em interacção com o meio, onde o Burnout surge sempre da percepção negativa de situações de stress ou de frustração.

O “Modelo Explicativo de Leiter”, 1993:

Trata-se de um modelo semelhante ao modelo de Maslach de 1986. Segundo este, o Burnout instala-se quando se tem como ponto de partida uma situação de stress crónico e de ausência de recursos que conduzem o indivíduo à exaustão.

O modo de reacção aos stressores difere de indivíduo para indivíduo, depende de características de personalidade de cada um, assim como dos recursos que

cada pessoa julga ter disponíveis. Se os mecanismos de *coping* (enfrentamento) não forem eficazes, o Burnout será sentido quer pelo próprio quer pela organização.

Em termos individuais podem surgir manifestações a nível psicossomático, emocional, comportamentais e de diminuição da capacidade de trabalho.

Em termos organizacionais, esta síndrome resulta na diminuição da produtividade e num aumento de gastos.

Em 1996, Schaufeli apresenta o Modelo de Intercâmbio Social um modelo centrado na superioridade das características da organização em relação às individuais. Os aspectos mais relevantes neste processo são a percepção de falta de controlo e de equidade.

Na sequência da teoria anterior, Winnubst em 1993, desenvolveu a teoria organizacional. Para ele, o processo de burnout era explicado pela organização: pela sua cultura, estrutura e clima organizacional.

Queirós (2005:70), faz referência a um estudo de Cruz em 2004, sobre o desgaste profissional dos enfermeiros num Bloco Operatório nos Açores. Concluiu-se que o auto conceito e as estratégias de *coping* têm um papel decisivo no desenvolvimento de desgaste e que a satisfação profissional funciona como factor atenuante do desenvolvimento de burnout.

Existem ainda autores que defendem a existência de uma correlação elevada entre a ocorrência de *Burnout* e alguns traços específicos de personalidade.

2.6.1 - SINDROME DE BURNOUT NOS ENFERMEIROS

Para a maioria dos autores, o *Burnout* é uma característica das profissões de ajuda, daqueles cujo núcleo central do seu trabalho é prestar serviços humanos trabalhar com pessoas.

O contacto directo e prolongado com a doença, a dependência, a morte e particularmente o sofrimento crónico são esgotantes.

O trabalho dos profissionais de ajuda, mais especificamente o de enfermagem,

pressupõe três características fundamentais: grande esforço mental e físico; contínuas interrupções e reorganização das tarefas, com agravamento do nível de carga e de esforço mental e, a relação com pessoas em situação de extrema ansiedade e sofrimento. Este tipo de trabalho pode acarretar graves problemas emocionais. O sofrimento do doente afecta também, de algum modo os profissionais.

São também determinantes na tensão emocional as expectativas sobre o resultado positivo do seu trabalho. O sentimento de êxito ou fracasso, a atitude do profissional na relação que estabelece com o doente, assim como uma atitude depreciativa do doente perante os cuidados que lhe foram prestados, podem interferir na postura profissional, podendo mesmo contribuir para a desumanização do profissional.

Para Garcia (1990), os factores que no exercício de enfermagem poderão estar relacionados com burnout, podem ser a incongruência entre:

- os ideais profissionais e a realidade;
- a falta de controlo no posto de trabalho;
- a ambiguidade sobre quem e define a conduta laboral apropriada;
- a falta de feedback acerca do valor do próprio esforço;
- a relação directa e continua com as pessoas.

Basicamente, a relação dos enfermeiros com o doente é uma relação de complementaridade, pressupõe-se que os primeiros prestem cuidados, suporte, conselhos, entre outros e que os segundos os recebam.

Em termos reais e concretos, se por qualquer razão estas expectativas não são satisfeitas, os profissionais podem sentir que estão a investir numa relação com os seus doentes em que pouco recebem. Uma relação deste tipo, assimétrica, desequilibrada, tende a esgotar os recursos emocionais do enfermeiro e poderá eventualmente conduzir à exaustão emocional levando ao desinvestimento progressivo na relação com o doente. Deste modo, esta relação torna-se estereotipada e despersonalizada, ao invés de empática e genuína.

Breakwell, (1991), sugere que para além de uma relação desequilibrada em termos interpessoais, a falta de reciprocidade pode também estar relacionada com factores organizacionais. Os profissionais esperam reconhecimento por

parte dos seus doentes e também por parte dos seus superiores hierárquicos e da organização onde trabalham. As expectativas criadas relacionam-se com temas concretos, tais como a estima, a dignidade no trabalho e o apoio dos supervisores e colegas. Quando os resultados da organização, são discordantes das expectativas dos profissionais isso pode levar ao afastamento cognitivo e comportamental em relação à organização.

A organização mundial de saúde (OMS) tem alertado para a gravidade do problema que constitui o burnout, no pessoal dos serviços de saúde. Num relatório de 1999 é referido que, de um modo geral, dentro das diferentes categorias profissionais que exercem actividades na área da prestação de cuidados, os sintomas de esgotamento emocional (*Burnout*) apresentam frequência máxima no pessoal de enfermagem.

Num estudo comparativo entre médicos generalistas, enfermeiros e farmacêuticos, os níveis mais elevados de burnout registaram-se no pessoal de enfermagem. O que está relacionado essencialmente com a carga de trabalho e o não reconhecimento dos problemas e conflitos profissionais (OMS, 1999).

Segundo Pronost (1996), o profissional de enfermagem merece uma especial protecção, face à quantidade de agentes diários indutores de stress a que está, exposto e, identifica como agentes específicos de stress em meio hospitalar, que mais afectam os enfermeiros, os seguintes:

- O número de doentes que devem atender, de forma que é inversamente proporcional à sua satisfação;
- Carência de pessoal que influencia directamente a qualidade dos cuidados prestados;
- A possibilidade de cometer erros com consequências potenciais e reais para os doentes;
- Limitada participação na tomada de decisões sobre temas profissionais e laborais;
- Desconhecimento dos problemas dos trabalhos por parte da administração.

Martinez e Berbe (1996), referem que a vulnerabilidade dos profissionais de

Enfermagem justifica-se por conteúdos historicamente determinados (abnegação, sacrifícios, vocação), que a transformam numa organização baseada num sistema estruturado, pouco gratificante, incentivador de comportamentos individuais altamente perigosos para a saúde mental dos seus membros.

Em 1997, Queirós investigou o “Burnout em Enfermeiros”, não tendo constatado qualquer relação entre as dimensões de burnout e as dimensões de locus de controlo. Encontrou correlações negativas significativas entre satisfação no trabalho e exaustão, e satisfação no trabalho e despersonalização e, positivas entre satisfação no trabalho e realização pessoal.

Maslach e Jackson (1997), citadas por Queirós (2005: 68), as exigências interpessoais provenientes da relação com o doente, são consideradas as principais responsáveis pelo Burnout, nos profissionais de saúde.

Apontam que o contacto com os doentes está imbuído de emoções, uma vez que os enfermeiros lidam com situações complexas decorrentes das necessidades dos doentes. A fim de lidar com essas exigências emocionais e serem eficientes, os profissionais podem adoptar técnicas de distanciamento. Cuidar dos doentes de uma forma mais objectiva e distante, torna mais fácil aos profissionais desempenharem as suas funções, sem ficarem sujeitos a um forte sentimento de desconforto psicológico. Uma forma de operacionalizar esta postura é desenvolvendo uma atitude de preocupação distante. Maslach designa de Despersonalização esta forma disfuncional de compaixão emocional.

Na tentativa de proteger a integridade psicológica, corre-se o risco de deteriorar a qualidade dos cuidados, uma vez que a chave para o sucesso - a compaixão pelo outro foi menosprezada, em resultado da despersonalização.

Diminuem ainda o sucesso e a sensação do cumprimento profissional e desenvolvem-se sentimentos de inadequação.

Quadro 1 - Sintomas mais Frequentes na síndrome de Burnout nos profissionais de ajuda.

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 Perda de objectivo Vazio Diminuição do empenhamento	Depressão Diminuição da auto-estima Pessimismo Culpa Sentimento de onnipotência 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 QUEIRÒS, Paulo. (2005:33)

2.7- O CONFLITO

Ferreira *et al* (2001:511), define conflito como “o processo de tomar consciência da divergência existente entre as partes, traduzida em algum grau de oposição ou incompatibilidade entre os objectivos das partes, ou da ameaça dos interesses de ambas as partes”.

Chiavenato (1993: 393), refere que “ o conflito é mais do que um desacordo, ou Choque de interesses: é uma interferência deliberada sobre a tentativa da outra parte de atingir seus objectivos ”.

Para Deutsch (2003), citado por Barros (2006), sempre que existe interacção na vida organizacional, relacionada com acção, estamos perante uma virtual fonte de conflito. Este conflito refere-se à tensão que um indivíduo ou um grupo podem experimentar como consequência da percepção de diferenças em relação aos outros.

O conflito ocorre quando uma das partes envolvidas numa interação percebe que existem divergências ou expectativas antagônicas, ou não alcançáveis em simultâneo, pelas partes.

Ao longo dos tempos, na literatura, o conflito tem sido associado a situações de competição, o que o levou a ser percebido como algo de negativo, quer para os indivíduos, quer para os grupos.

Deutsch (1973), citado por Barros (2006), enumera alguns desses aspectos negativos do conflito:

- * Comunicação ineficaz no grupo
- * Lutas de força/poder entre as partes
- * As relações intra-grupais são afectadas por aumento da consciência das diferenças e, diminuição da das semelhanças

Estudos mais recentes, apontam para que a emergência dos conflitos deve ser estimulada, pois aumenta a qualidade das decisões e contribui para o encontrar de soluções que envolvam os vários pontos de vista.

O conflito faz parte da dinâmica de qualquer organização, uma vez que este não é acidental e está intimamente relacionado com as relações de poder existentes neste tipo de sistema.

Sempre que existem objectivos, ideias ou interesses contrários há condições propícias para a ocorrência de conflitos.

Para Chiavenato (1993), há a considerar mais-valias na formação de um conflito, porque este possui forças construtivas que promovem a inovação e a mudança. Por outro lado, as forças destrutivas originam desgaste e eventualmente negociação.

É sempre preferível a existência de conflito, porque este traduz dinamismo e a sua ausência significa acomodação, apatia e estagnação.

2.7.1- Condições Que Predisõem Ao Conflito

Podemos considerar três condições inerentes aos sistemas organizacionais, que são geradoras de conflitos (Chiavenato, 1993):

✓ Diferenciação de actividades

✓ A especialização que os subsistemas vão desenvolvendo, à medida que os processos de mudança se vão processando, conduz conseqüentemente à diferenciação de objectivos, linguagem e interesses diversos. Os diferentes subsistemas e as pessoas que os formam, agora mais diferenciadas umas das outras, constituem terreno propício à geração de conflitos.

✓ Recursos partilhados

Habitualmente os recursos disponíveis são reduzidos, face às necessidades. Mas se apesar desta situação houver partilha dos mesmos, ou seja, se um grupo tiver que prescindir de parte dos seus recursos para outro, gera-se uma situação de conflito de interesses.

✓ Actividades interdependentes

A interdependência conduz a situações de grande proximidade operacional entre as pessoas ou grupos da organização, pelo que se torna mais facilitadora a geração de conflitos.

Algumas das razões que conduzem aos conflitos são:

- * Percepção diferente da realidade
- * Interesses, valores, crenças, informações e desejos divergentes
- * Carência de recursos materiais ou humanos
- * Competição entre os indivíduos
- * Erros de comunicação
- * Meio ambiente conflituoso

A simples divergência entre dois indivíduos numa instituição, não traduz um conflito manifesto, mas significa que há um conflito latente.

2.7.2- Condições Que Desencadeiam O Conflito

As condições desencadeantes dos conflitos são as seguintes:

- ✓ Percepção de incompatibilidade de objectivos
- ✓ Percepção de oportunidade de interferência

Quando uma das partes se apercebe da existência de uma ou ambas, destas condições, iniciam-se sentimentos e comportamentos de conflito. Estes visam o condicionamento, em diferentes níveis, das actividades da outra parte. Esta por sua vez vai reagir a estas acções, intensificando o conflito ou encontrando uma forma de resolução.

2.7.3- O Conflito Nas Organizações De Saúde

As organizações de saúde são sistemas abertos sendo pois também, por excelência locais propícios à ocorrência de conflitos.

Segundo Veninga (1982), citado por Graça (1986, 1992), as organizações de saúde são potenciais locais para a ocorrência de conflitos, uma vez que este é uma realidade organizacional endémica e, que a grande diferenciação dos prestadores de cuidados, assim como as várias funções que desempenham são passíveis de provocar falhas de comunicação e alguma confusão de papéis.

As organizações de saúde são um tipo muito específico de organização, em que tal especificidade se deve:

- Às frequentes situações de urgência, em que as actividades não são programáveis
- Ao facto de lidar com seres humanos, o que torna dificilmente aceitável o erro
- Às actividades terem um grande nível de especialização
- A um grande poder de articulação exigido aos vários grupos profissionais
- À existência de diversas actividades altamente interdependentes
- Ao espírito de lealdade que em primeira instância é para com o grupo profissional
- À existência, habitualmente de duas linhas de autoridade hierárquica – a administrativa e a técnica ou profissional

Em paralelismo com o conflito existe a *cooperação*, ou seja, a convergência de interesses e objectivos.

As organizações de saúde, são sistemas em que coexiste o binómio **conflito-cooperação**, ou seja, há fontes de conflito porque existem pessoas e grupos diferentes, com relacionamentos contínuos, onde a competição é uma força intrínseca a todo o processo, geradora de interesses divergentes, mas, no entanto, também há situações de concertação de objectivos.

Numa organização de saúde, a causa principal do conflito deve ser o conflito de papéis. Devido às rápidas alterações que ocorrem no sector da saúde, os papéis dos profissionais tendem a mudar com alguma rapidez. A rápida evolução técnico/científica, tal como a alteração de valores, necessidades e expectativas da população contribuem para a confusão e incerteza de papéis.

Existem também áreas em que as tarefas e as capacidades dos profissionais se podem justapor, ou mesmo colidir.

O conflito é inerente ao sistema de poder das organizações, ele surge do facto da zona de incerteza mais relevante nestas, ser sempre o comportamento pouco previsível dos indivíduos.

Nas organizações o conflito é habitualmente latente, tal facto prende-se com:

- * Actividades interdependentes e dependência relativamente a determinados recursos escassos e, ainda, pela tomada de decisões em conjunto
- * Os grupos e os indivíduos não possuem um único objectivo, eles partilham objectivos
- * Distinção de indivíduos e grupos
- * A especialização profissional leva à diferença de percepções individuais várias no contexto da organização
- * A escassez de recursos materiais

É partindo do conflito que muitas organizações se alteram, pelo que um certo grau de conflitualidade nestas é desejável e necessário.

2.7.4- Tipos De Conflitos

Os conflitos organizacionais podem ser: individuais, funcionais, grupais, organizacionais e ambientais.

Passamos a descrever os vários tipos de conflitos:

- **Indivíduo-indivíduo**, expressa-se por um choque de personalidades, pela hostilidade, pela não colaboração no local de trabalho ou até pela conspiração.
- **Indivíduo-função**, manifesta-se pelo desempenho deficiente, por elevada tensão e ansiedade, por elevada taxa de rotação, de absentismo ou de sinistralidade.

Este em particular é comum ser encontrado no ambiente das organizações de saúde.

- **Indivíduo-grupo**, revela-se pelo isolamento do indivíduo face ao grupo, pela falta de sintonia com o mesmo, pelo relacionamento à margem deste.
- **Indivíduo-organização**, exprime-se na indiferença face aos objectivos organizacionais ou através da greve.
- **Indivíduo-ambiente**, revela-se no absentismo, no alheamento e apatia do indivíduo, no distanciamento.

Ainda podemos ter conflitos:

- **Função-função**, que se revela na existência de conflitos entre serviços ou pessoas, na comunicação deficiente ou na não realização do trabalho.
- **Função – grupo**, revela-se por exemplo através da incompatibilidade pessoa/equipa ou do estilo de chefia.
- Que assumam a interface **função-organização** que se revelam por sinais de desorientação e de incompetência por parte das pessoas no desempenho das actividades ou pela elevada dependência das pessoas de algo para realizarem o seu trabalho.
- Que assumam uma relação **função-ambiente**, expressando-se pela ineficácia do resultado do trabalho ou pelo desinteresse e apatia neste.

A interface grupo pode exteriorizar sintomas de conflitualidade através da falta de cooperação, da disputa intergrupar, de atrasos na execução das tarefas interdependentes no “empurrar” o serviço.

A relação **grupo-organização** exterioriza a sua conflituosidade na maior parte dos casos recorrendo à greve ao trabalho, ou à greve de zelo. Na interface grupo ambiente indicia conflitualidade quando existe resistência à mudança ou absentismo colectivo.

A conflitualidade pode igualmente ser pensada entre **organizações**, quando se observa reduzida eficácia, não se alcançam os objectivos ou existe inadequação das respostas aos desafios da actividade.

Da relação da **organização – ambiente** indiciam sinais de conflitualidade o fracasso da organização, a perda de mercado, a conflitualidade laboral, a elevada rotação de efectivos, o absentismo, etc.

No contexto organizacional, procura-se frequentemente evitar o conflito. Trata-se da visão clássica do conflito, com consequências negativas, em que o desempenho organizacional óptimo requer a sua eliminação.

Ferreira *et al* (2001:511) citando De Dreu (1997), refere que esconder o conflito existente entre chefe e subordinados, pode conduzir ao fenómeno do “groupthink” com consequências muitas vezes desastrosas para o desempenho do grupo.

Uma visão mais recente do conflito organizacional, encara-o não só como um dado de facto, mas também como algo que é necessário encorajar em termos de surgimento, no pressuposto de que o conflito é algo de benéfico para estimular a inovação e criatividade dos comportamentos, das atitudes e das cognições.

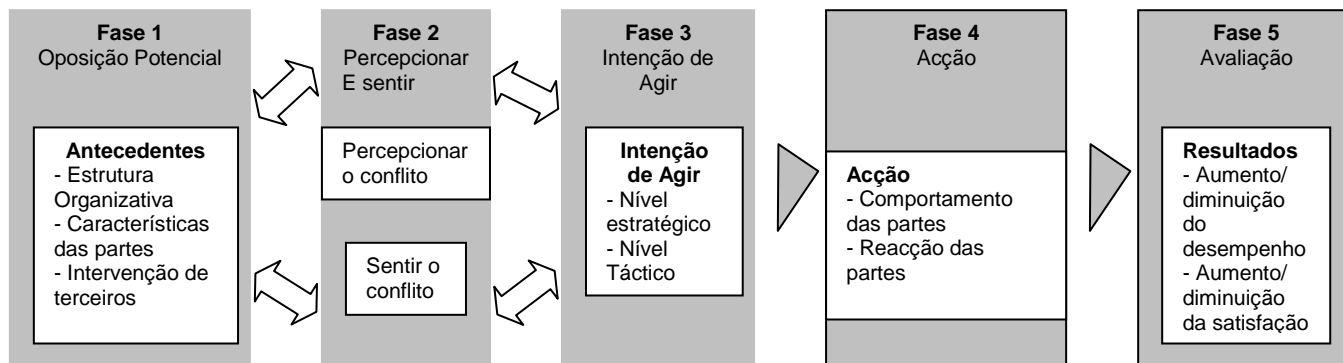
Assim, somos convidados a abandonar alguns preconceitos relativamente ao automatismo de associar conflito a padrões de bom e mau (o mais frequente) e a pensar o conflito em termos de funcional ou contínuo e disfuncional ou destrutivo. A fronteira entre estes termos é-nos dada pelo desempenho da equipa. Esta relação entre desempenho e nível de conflito constitui um contínuo, existe um nível óptimo de conflito que vai estimular a inovação e a criatividade e portanto a procura da excelência do desempenho.

Podemos ainda considerar os seguintes tipos de conflitos, relativamente ao foco que o origina: comunicacional (diferentes perspectivas de interpretação, insuficiência informacional), estrutural (transgressão de normas, incompatibilidade de papéis) e pessoal (diferenças de personalidade, divergências de interesses e objectivos).

2.7.5- Modelo De Conflito

O conflito advém de uma sequência de acontecimentos ou episódios conflituais. Estes incluem percepções e comportamentos de ambas as partes, os resultados do conflito, a intervenção de terceiros na sua resolução, o contexto em que interagem os intervenientes e ocorrem num sistema global que é característico da interface dos seus protagonistas.

Para abordar esta temática vamos recorrer ao modelo de Conflito de Thomas, em que as diversas variáveis podem ser representadas graficamente da seguinte forma:



Quadro 2- Modelo de conflito (adaptado de Thomas, 1992) in Ferreira *et al* (2001:513)

Tendo por base este modelo, o conflito desenvolve-se de acordo com uma sequência de cinco fases, que passaremos a descrever:

✓ **Fase 1:**

Em termos da estrutura organizativa, caracteriza-se por um conjunto de condições indutoras do conflito que uma vez reunidas vão convergir para

produzir potenciais focos de conflito, elas poderão ser várias e vão desde: a oposição de interesses e de objectivos entre níveis hierárquicos, o género de chefia, a dimensão do grupo ou da organização, o nível de interdependência funcional, as injustiças dos sistemas recompensatórios, a deficiente circulação da informação e a ineficiente comunicação, as variadas barreiras comunicacionais, o grau de formalização ou de complexidade das tarefas, os vários objectivos funcionais no âmbito de uma organização, a falta de clareza na definição de objectivos e na gestão dos recursos.

Em relação às características das partes, existe um conjunto de ideias implícitas, que está subjacente ao modelo e, que tem a ver com a forma como as pessoas se comportam num processo de conflito. Os comportamentos face ao conflito, geralmente representam o valor e os interesses que as pessoas conferem a alcançar os resultados desejados.

Nesta perspectiva, são os interesses, os valores e as características de personalidade de cada um que imprimem a variabilidade de comportamentos num processo de conflito.

Pode também influenciar os comportamentos dos intervenientes face ao conflito a intervenção de terceiros, ou seja, a existência de alguém que adopta o papel de árbitro, de mediador, consultor, conciliador ou facilitador. As diferenças relativamente a estes tipos de papéis prendem-se com o controlo da situação final, com a dimensão da interferência e, com o grau de vinculação que a sua intervenção possui.

✓ **Fase 2:**

Nesta fase, adquirem importância a percepção do sujeito e a sua consciência face ao conflito e a extensão emotiva do mesmo, os quais explicam os comportamentos e as estratégias a que recorrem. O que origina o conflito é o facto de alguém percepcionar que os seus interesses estão ameaçados. Numa situação de conflito de interesses/ objectivos, cada uma das partes tenta garantir os seus objectivos em risco, ao mesmo tempo que dificulta o acesso do outro em alcançar os seus próprios objectivos, ou pode ainda garantir a compatibilização de ambas as partes.

Neste caso, sentir o conflito reporta-se à atribuição de emoções positivas ou negativas na interpretação do mesmo.

No caso de um conflito cognitivo, as partes terão que tentar encaixar os seus distintos pontos de vista, ideias, de forma a obter um resultado que traduza o mais fielmente possível a realidade.

Os conflitos podem ainda ser normativos, estes são relevados nos tipos de gestão da justiça, de um modo geral com recurso a terceiras pessoas.

Viver o conflito é na realidade pensá-lo e senti-lo, onde encontramos ambas as dimensões misturadas, a objectiva e a subjectiva da discordância, o que condiciona a intenção de agir dos intervenientes.

Aqui, o sentir reporta-se à atribuição de emoções positivas ou negativas na interpretação do conflito, contribuindo ou não para a busca de soluções construtivas, podem levar as partes a incrementar a ajuda e a colaboração ou a elegerem comportamentos agressivos e menos colaborantes.

Em suma, existem três tipos de posicionamento no processo de conflito:

1) A egocentricidade, o sujeito vê apenas a sua perspectiva, isto origina situações de competitividade, do género ganhar- perder, em que existe a total satisfação de uma das partes em relação à outra, que por sua vez sairá completa ou parcialmente frustrada;

2) A percepção de interesses comuns, o sujeito integra ambos os pontos de vista, o que leva a situações de colaboração, do género ganhar- ganhar, em que ambos os intervenientes ficam satisfeitos;

3) A dimensão do conflito, refere-se ao número de pessoas envolvidas e à complexidade da questão, conduz a uma postura de evitamento, do género perder – perder, cujo resultado se representa por frustração para os dois lados.

✓ **Fase 3:**

Nesta fase, é característica a intenção/ decisão dos dois intervenientes em relação à forma como actuam na situação de conflito.

Cada uma das partes, deve ter a capacidade de deduzir as intenções da outra, isto leva a que exista uma desadequação entre a intenção de agir e a acção propriamente dita. Leva também a que o comportamento de um dos sujeitos, nem sempre reflecta verdadeiramente as suas intenções de actuar.

Estas, são assim como que um género de regras, uma vez que expressam as finalidades que cada uma das partes deseja eleger na resolução do conflito. As intenções não são fixas, elas podem ser alteradas com o decorrer do processo de resolução do conflito devido à reinterpretação ou à reacção emocional face ao comportamento de uma das partes.

Algumas investigações referem que existe uma determinada tendência individual para escolher uma certa intenção em relação a outra.

As intenções de agir caracterizam-se em duas formas:

- **Estratégicas**, referem-se a aspectos mais gerais e de alcance mais temporal;
- **Tácticas**, são mais específicas e temporalmente mais limitadas, traduzem a forma de realizar as intenções estratégicas e de caracterizar os comportamentos adoptados na resolução de um conflito. Desta concepção depreende-se que o papel das partes não é meramente reactivo.

A resolução de um conflito é complexa, uma vez que as intenções estratégicas não possuem carácter fixo e que são modificáveis no decorrer de um processo deste tipo. Esta complexidade é tanto maior quanto mais equilibrada for a quantidade de poder que cada um dos intervenientes possua.

- **Intenções Estratégicas:**

A fim de apresentar os estilos de actuação face ao conflito, caracterizadores da intenção estratégica, surgiu nos anos sessenta a lógica bidimensional: a assertividade e a cooperação.

♣ **Competição:** caracteriza-se por uma grande preocupação em defender e satisfazer os seus interesses e, pequena no que toca aos interesses do outro. Este tipo de actuação pode ser o mais correcto em situações que carecem de uma resolução urgente/imediata, em que o factor tempo, impede a satisfação dos interesses da outra parte. Por outro lado, o seu uso não será adequado

quando as duas partes estão ao mesmo nível em termos de poder e competência.

♣ **Colaboração:** exige empenho, tempo e paciência para resolver o problema. Procura-se ir de encontro à satisfação das duas partes. Envolve um trabalho faseado, que implica envolvimento de ambos com vista ao sucesso. Tem utilidade na melhoria das relações de trabalho. Não deverá ser eleito como método ideal caso o assunto seja simples ou exija uma rápida resolução, ou ainda se as partes envolvidas não possuírem capacidade para resolver a questão.

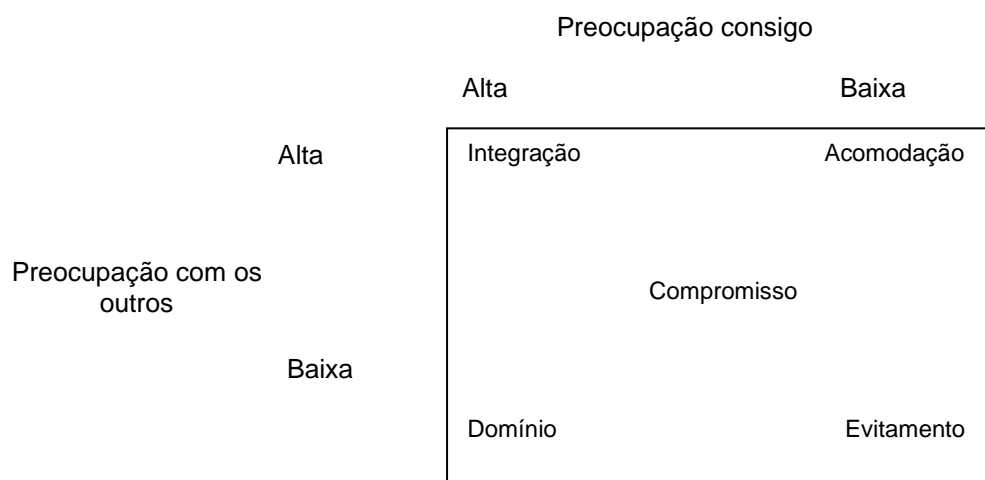
♣ **Evitamento:** as partes envolvidas não se envolvem no problema, o que resulta num impasse. Este tipo de estratégia é aconselhada caso o problema seja banal, exija bastante tempo para pensar ou em situações em que é impossível alcançar a satisfação dos interesses dos intervenientes.

♣ **Acomodação:** uma das partes envolvidas valoriza mais os interesses da outra do que os seus próprios, chegando mesmo ao ponto de os sacrificar. O seu uso é aconselhado quando o indivíduo detém uma posição de inferioridade, quando cede no momento com o objectivo de exigir mais tarde, ou quando é importante manter o relacionamento.

♣ **Compromisso:** nesta situação, cada uma das partes concorda em ceder algo a fim de alcançarem ambas um resultado satisfatório, que se traduz essencialmente numa divisão das diferenças. É uma boa estratégia sempre que o limite do conflito tem um prazo, quando os assuntos são bastante complexos e idênticos para continuarem incompatíveis, quando não se podem solucionar no tempo adequado e quando existe equilíbrio de poder entre as duas partes.

É importante associar a variável Tempo às teorias do conflito, uma vez que estes não surgem como fenómenos isolados, mas sim correlacionados com interacções ocorridas, da mesma forma que a resolução de um conflito tem repercussões em interacções futuras.

Quadro 3- Os estilos de gestão de conflitos de Rahim:



Fonte: Rahim, M.A. (2001) *Managing Conflict in Organizations* (3 ed ed.). Westport, CT: Quorum Books.

O estilo **Integrativo** promove o encontrar de uma solução que interesse a ambas as partes, com base na partilha de informação entre elas.

O conflito é visto como um problema em que os intervenientes serão os seus resolutores, buscam as razões do conflito, clarificam os pontos de divergência e, procuram soluções que representem um ganho para todos.

Na **acomodação** propõe-se um certo sacrifício para aquele que opta por esta estratégia, pois através da ênfase nos pontos em comum, ele vai tentar satisfazer a outra parte.

No **dominar**, uma das partes adopta a estratégia de ganhar/perder, sobrevalorizando e considerando como prioritários os seus objectivos, preterindo completamente os interesses da outra parte.

O **evitamento** prende-se com a fuga ou a negação do problema, nalgumas situações, será a estratégia mais indicada tais como, caso seja conveniente adiar momentaneamente o problema, para uma ocasião mais oportuna e, no caso de situações ameaçadoras para o indivíduo.

O **compromisso**, por seu lado reporta-se à procura de uma solução em que as partes envolvidas cedam algo, com o objectivo de encontrarem uma solução que seja do agrado de ambas.

- **Intenções Tácticas:**

Representam os comportamentos adoptados na resolução de um conflito e a forma de executar as intenções estratégicas.

Estas intenções dão maior relevo ao conflito de interesses ou de objectivos e envolvem a tentativa de um acordo entre as duas partes.

As intenções estratégicas organizam-se com base nestas intenções tácticas, representadas por duas dimensões:

♣ **Distributiva**, refere-se à intenção de cada uma das partes em distribuir de modo igual a quantidade de satisfação por elas esperada, na resolução do conflito, sendo os seus objectivos opostos. O objectivo de ambas as partes é o de ganhar à custa da outra. Parte-se do pressuposto de que existe uma determinada quantidade de algo a dividir. Isto equivale a uma situação de dar e receber, ganhar – perder, sendo o resultado da soma zero, ambas as partes ganham algo por cedência da outra.

Cada parte estipula um valor mínimo – o ponto de resistência, abaixo do qual será difícil encontrar a solução para o problema. Na estratégia de Competição o indivíduo recebe o máximo, enquanto na Acomodação se dá o menos possível, as restantes estratégias correspondem às situações intermédias de dar e receber.

♣ **Integrativa**, parte do princípio de que a solução encontrada poderá ser do interesse de ambas as partes. Estas referem as suas expectativas, o que pretendem e indicam as várias alternativas possíveis, concordando cada uma com aquela de entre elas que parece ser a que mais agrada a ambas as partes.

Exige empenho de ambas as partes, comunicação entre elas, tentativa de conciliar objectivos e de encontrar soluções.

✓ **Fase 4:**

Traduz o que é visível do comportamento das partes num processo de conflito, o que de forma geral expressa as intenções da fase anterior.

Putnam e Poole citados por Ferreira *et al* (2001), mencionam tipos de comportamentos com análises factoriais que interrelacionam intenções tácticas

distributivas com determinados comportamentos de chantagem, de ameaça, etc. e intenções táticas integrativas com comportamentos de aceitação, apoio das ideias do outro, etc.

Thomas (citado por Ferreira *et al*, 2001), refere que existe por parte dos negociadores um conjunto de comportamentos mais utilizados com o objectivo de facilitar a comunicação e construir confiança, em relação a outros comportamentos cujo objectivo difere deste.

Nesta fase 4 está incluída a reacção da outra parte envolvida. Existe uma interacção entre as partes, em que cada comportamento funciona como estímulo para ambos para possíveis ajustes em termos da percepção e experiência do conflito.

O conflito surge assim, como um processo dinâmico dotado de alguma imprevisibilidade quanto à actuação das partes, alterando-se desta forma quer o grau de intensidade do conflito, quer a leitura que cada uma das partes efectua.

Glasl citado por Ferreira *et al* (2001), indica tipos específicos de comportamentos, distribuídos por um conjunto de nove fases e caracterizados por preocupações de:

- Racionalidade e controlo focadas na matéria do conflito
- Alcance do relacionamento pessoal
- Agressão e distribuição

✓ **Fase 5:**

Contribui para a avaliação funcional ou disfuncional de um conflito, na medida em que traduz um resultado do processo de conflito, baseando-se no impacto do seu resultado nas partes envolvidas e no tempo.

Thomas citado por Ferreira *et al* (2001), junta os critérios de eficácia em dois:

- Normativo, envolve conceitos de justiça nos sentidos distributivo e procedimental.
- Instrumental, os resultados são vistos como desejáveis se satisfazem os interesses das partes ou do sistema mais abrangente em que as partes se

incluem, contribuem para o bom relacionamento entre elas, se reportam a decisões de qualidade e utiliza apenas os recursos estritamente necessários. Quanto ao impacto temporal na avaliação das intenções estratégicas e táticas utilizadas, o curto prazo e o seu carácter utilitário concentram-se como meio de eficácia no processo de conflito. A longo prazo, as variáveis contextuais que acompanham este processo são passíveis de controlo, o que tem como consequência o minimizar situações de ocorrência de novos conflitos.

2.7.6- Gerir Com Assertividade Os Conflitos Na Equipa:

O estilo de abordagem de um indivíduo em relação aos conflitos ou às suas causas depende das suas percepções, valores, comportamentos e atitudes.

Em relação aos indivíduos, aos grupos e às organizações, o conflito pode ser:

- ◆ Disruptivo, se impedir o indivíduo de alcançar os seus objectivos
- ◆ Construtivo, se conduzir à resolução do problema numa perspectiva “ganhadora”, através da criação de um clima de frontalidade

O conflito disruptivo tende a aumentar, enquanto o construtivo pode ser produtivo, estando na base da mudança social e psicológica.

Uma das funções do líder é a resolução de conflitos. Este deve ter o cuidado de promover a realização pessoal e profissional dos indivíduos da sua equipa, o que passa por dar feed-back.

Cushnie (1988), citado por Riley (2005), refere que: *“O conflito surge quando os indivíduos sustentam ideias incompatíveis ou aparentemente incompatíveis. Contudo, o conflito só ocorre se existir interdependência. Por este motivo, é necessário resolver o conflito e melhorar a relação com os outros assim como ir ao encontro das nossas próprias necessidades.”*

Não existe um estilo de resolução de conflitos universalmente válido, este está intimamente relacionado com a situação em causa, pelo que há que conhecer as situações em que cada um deles será o mais adequado.

Se for resolvido com assertividade, o conflito pode ter consequências positivas. Ser assertivo significa que eu decido por mim próprio e permito que o outro decida por si. O que significa expressar vontades, defender as suas opiniões, “dizer não”, dar e receber críticas e agradecimentos.

A assertividade engloba também a comunicação não verbal, o tom de voz e a forma como se fala.

Comunicações não assertivas podem empurrar o indivíduo para mais stress, por falta de respeito por parte dos outros, por não ir de encontro às suas necessidades e por se sentir mal consigo próprio.

De acordo com o nível progressivo de intensidade do conflito, este divide-se em quatro categorias, segundo Cushnie (1988), citado por Riley (2005):

× Factos:

Os indivíduos não estão de acordo acerca dos factos, esta divergência só cessa quando a conversa termina e recorrem a outras fontes de informação.

× Métodos:

Existe divergência entre os indivíduos relativamente à forma de executar algo. O modo de resolver este tipo de conflitos passa pelo reconhecimento de que não existe apenas uma forma de atingir um objectivo.

× Metas:

Não existe consenso em relação aos resultados a atingir. A resolução passa pela capacidade de os indivíduos em conjunto serem capazes de encontrar uma meta.

× Valores:

Estes são sem dúvida os conflitos mais difíceis de resolver, pois envolvem crenças, convicções, exigem da parte do outro um esforço acrescido para tentar compreender outras perspectivas.

As equipas de saúde são constituídas por pessoas bastante diferentes, com origens, experiências de vida, formação e socializações distintas. Para além disso, cada uma dessas pessoas deterá um ponto de vista baseado no seu sexo, idade, formação, cultura e vivências. Com base nisto, cada indivíduo terá também ideias diferentes acerca dos papéis, dos factos e dos deveres de cada um. Esta situação em si constitui um potencial para o conflito.

Este, por sua vez surge quando os membros da equipa não sabem o que fazer, como e quando fazer, ou seja, quando existem dúvidas.

O tipo de resolução ganho/ganho corresponde a um conflito construtivo e, comporta os seguintes passos:

- × Olhar para o que é pretendido e não para o que deve ser feito; atender aos dados.
- × Pensar no problema como tendo várias soluções, o que deve ser feito por todos os intervenientes
- × Descrever fielmente o conflito
- × Reconhecer as diferenças entre as várias partes envolvidas
- × Tentar olhar o conflito de um outro ângulo, escutar empaticamente outros pontos de vista
- × Pensar em várias soluções para o problema, devendo escolher aquela que poderá ser mais interessante para ambas as partes

O conflito resolve-se quando se encontra uma solução satisfatória para ambas as partes. Este tipo de resolução implica responsabilidade e assertividade.

Para resolver um conflito será importante que o sujeito atente no que pensa e sente em relação ao problema em causa. Normalmente, existe uma tendência para responder aos conflitos mais com a emoção do que com a razão. O tipo de resposta depende da ameaça percebida pelo indivíduo, pelo que o factor tempo desempenha um papel importante ao modelar as respostas do indivíduo.

O *Brainstorming* é uma das técnicas aconselhada para a resolução de conflitos, uma vez que permite a todos os intervenientes participar de igual modo e, verem as suas ideias serem tidas em consideração. De entre as várias ideias que surgem, haverá concerteza uma que será a mais adequada à situação em causa, que trará ganhos para todas as partes.

Este método permite que, para além de partilharem ideias, os indivíduos escutem activamente os outros interessados, o que contribui para o trabalho de equipa e simultaneamente para diminuir a hostilidade entre eles.

Para a resolução de um conflito é fundamental ser empático e recorrer ao método de resolução de problemas, o êxito desta estratégia assenta na assertividade e na responsabilidade.

Difícilmente se consegue colaboração quando existem percepções de poder muito diferentes entre os indivíduos.

Nas instituições de saúde existe um diferencial de poder entre médicos e enfermeiros, o que dificulta a colaboração entre eles. No entanto, hoje em dia são notórias as alterações de poder que estão a ocorrer nestas instituições, o que contribui para um maior leque de opções na resolução de conflitos.

2.8- A NEGOCIAÇÃO

Para Jesuíno (1992:7), *“a negociação é, essencialmente, um processo de tomada de decisão num contexto de interacção estratégica ou de interdependência”*.

-A Negociação é um processo que exige preparação:

O processo de negociação é dinâmico, por uma questão prática sistematiza

-se em 5 etapas:

1. Cada uma das partes necessita **clarificar os objectivos** que pretende alcançar.
2. **Pensar estrategicamente:** antecipar reacções da outra parte face à sua exposição dos objectivos, avaliar capacidade de influenciar, planear estilo de abordagem e aspectos logísticos.
3. **Avaliação mútua das intenções:** cada parte procura obter o máximo de informação possível sobre a outra parte (atitudes, aspirações e intenções). Dá-se atenção à natureza, modalidade das perguntas, comunicação não verbal, interacção e feed-back comunicacionais e ao uso do tempo na gestão e clima negocial.
4. **Realização mútua de contrapropostas e concessões:** nesta fase joga-se com os pontos de resistência de ambas as partes, zona do acordo, em que cada uma das partes procura reduzir ao mínimo a revisão da sua posição. A inflexibilidade das partes, pode levar a uma tomada de posição unilateral, ou a procurar ajuda de uma terceira parte, no sentido de resolver o impasse e forçar um resultado.

5. **Formalização de um acordo** e assegurar a sua implementação. Deve ser por escrito e nele constar os termos, a sua revisão, a data e programa de implementação, bem como os mecanismos de controlo do cumprimento do acordo.

Jesuíno (1992), apresenta-nos três modelos teóricos que têm sido desenvolvidos no estudo da negociação:

➤ Modelo da Teoria dos Jogos: tem por base critérios de racionalidade que optimizam as decisões tomadas num contexto competitivo. Aplica-se essencialmente aos jogos de soma zero, em que os ganhos de uma das partes se obtêm às custas das perdas da outra. Trata-se de um modelo estático, uma vez que a metodologia inserida neste modelo se baseia na economia dos processos de interacção, centralizada sobretudo nos resultados.

➤ Modelo Económico: centra-se nas interacções que levam ao acordo entre as partes, realçam a criação de expectativas sobre a conduta do outro, pelo que se trata de um modelo dinâmico.

➤ Modelos Psicossociológicos: baseiam-se essencialmente na análise de estratégias e táticas de negociação que ocorrem em variados contextos, tentando relacioná-las com os factores psicológicos e estruturais que são inerentes à sua génese.

Ferreira et al (2001:523) apresentam a negociação como um processo que se desenrola no tempo e no espaço e cujo desenvolvimento e resultados dependem da lógica assumida por cada parte:

• **A da soma nula.** Crença de que os ganhos de uma parte implicam perdas da outra, o que envolve estratégias distributivas.

• **A da soma positiva.** Crença que cada parte pode ter benefícios, sem perda para a outra. Leva a uma maior concentração nos interesses e a uma procura activa de soluções e benefícios mútuos. Envolve estratégias de negociação integrativas.

O processo negocial proposto por Ferreira et al (2001:523), aponta para uma abordagem sistémica, para uma “reconciliação de diferenças por duas ou mais

partes em conflito, caracterizadas por algum grau de interdependência, por procurarem reverter a seu favor o máximo resultado de ajustamento das diferenças e por acreditarem que é possível um acordo”.

Neste processo, a forma de negociar, pode ser afectada por determinados factores, pelo que as opções estratégicas dos negociadores dependem da estrutura do problema ou da natureza do mesmo; do equilíbrio ou desequilíbrio de poder das partes envolvidas; da disponibilidade temporal para negociar; das capacidades dos interlocutores; da intervenção de terceiros (mediação e arbitragem); da cultura nacional e organizacional.

2.8.1- Estratégias e Táticas Competitivas

Às intenções mais gerais que englobam as táticas damos o nome de estratégias.

As acções de curto prazo, mais específicas que as partes levam a cabo a fim de dar vida às estratégias, chamamos de táticas, Cunha *et al* (2004).

Uma estratégia deve traduzir-se num conjunto de táticas ordenadas. As táticas disponíveis para efectivar uma estratégia são várias.

O que nos leva a optar por uma estratégia de competitividade prende-se com a prioridade que atribuímos aos interesses próprios em detrimento dos do outro, juntamente com factores de oposição e do pouco interesse do outro em ceder. Outro factor que também contribui para esta tomada de posição é quando a solução em causa não apresenta carácter integrativo.

A ideia principal subjacente a esta estratégia é a de vencer o oponente.

Jesuíno (1992), refere algumas destas táticas mais utilizadas:

* A Tática da Lisonja

O objectivo desta tática é diminuir a resistência do oponente, através do recurso à lisonja. O indivíduo tem maior dificuldade em dizer não e, em praticar acções mais agressivas, se for lisonjeado.

Deve ser utilizada de forma subtil, de forma a não ser tida como um acto manipulativo, o que poderia resultar no oposto ao desejado. Esta tática tem

melhores resultados se partir de um superior para um subordinado, do que ao contrário.

* A Tática da Persuasão

Esta tática baseia-se num processo de influência social em que tentamos persuadir o oponente de que as nossas propostas são válidas, sensatas e até proveitosas para ele.

Esta persuasão exerce-se através da comunicação o que exige que o negociador seja credível, que utilize linguagem apropriada e que a mensagem vá ao encontro dos interesses do outro.

* Promessas e Ameaças

Podemos caracterizar a negociação em termos de promessas e ameaças. As promessas surgem ligadas a formas de recompensa, enquanto as ameaças que se encontram subjacentes, estão relacionadas com o poder da punição. As primeiras actuam pela positiva e trata-se de táticas mais ligeiras, as segundas actuam pela negativa e são táticas mais pesadas.

Enquanto, as promessas levam a um aumento da confiança no adversário, as ameaças visam a obediência do opositor, podendo levar a contra-ameaças e à escalada do conflito.

* Decisões Irreversíveis

Este tipo de decisões consiste em ameaças que contêm um certo grau de determinação evidente e imutável. É frequente implicarem o início da decisão tomada. Esta tática baseia-se na transferência da responsabilidade do resultado da negociação para o oponente. De forma a ser eficaz, a decisão irreversível, implica credibilidade.

O recurso a este tipo de táticas deve ser evitado, uma vez que constituem uma ameaça de ruptura das negociações. Devem-se por isso, tomar determinadas medidas a fim de que o adversário não as utilize, isto pode ser feito ignorando ou desdramatizando a posição da outra parte.

2.8.2- Estratégias e Táticas Integrativas

Quando uma situação tem potencial integrativo, pode ocorrer a negociação integrativa. Trata-se de situações em que algumas das opções apresentam maior benefício conjunto.

A negociação integrativa assenta na base da lógica da soma variável.

Os acordos integrativos podem ser de vários tipos:

- * Expansão dos recursos

Esta é a tática a que se recorre sempre que existe escassez dos recursos em disputa, consistindo na expansão dos mesmos.

- * Compensação não Específica

“ Consiste numa forma de indemnização: a troco de uma das partes conseguir o que pretende, compensa a outra de uma forma *não específica*, ou seja, em termos não directamente relacionados com os custos por ela incorridos” (Jesuíno, 1992: 51).

O sucesso desta tática baseia-se na concessão de compensações valorizadas pela outra parte, o que implica um conhecimento prévio daquilo que ela valoriza.

- * Compatibilização de Prioridades

Nesta situação específica, cada uma das partes cede naquilo que lhe é menos importante e, que é de grande importância para o outro. Este tipo de acordo baseia-se obviamente no facto do conflito comportar mais do que uma dimensão e, que as prioridades das partes envolvidas sejam diferentes.

- * Redução de Custos

Implica também um conhecimento prévio das preferências do adversário, uma vez que esta solução consiste numa das partes conceder à outra aquilo que ela deseja, através da redução ou mesmo eliminação dos custos para si própria.

- * Alternativa Super-Ordenada

A utilização desta tática implica a reformulação do problema, sendo para isso conveniente descentrar o conflito das posições para os interesses das partes

envolvidas. Incentiva-se a procura de resultados inovadores que satisfaçam os interesses de ambas, o que pode ser feito através do recurso a técnicas de grupo, tais como o *Brainstorming*, e os Grupos Nominais.

* Avaliação e Selecção das Alternativas

Trata-se de um processo de tomada de decisão conjunta, em que há a considerar alguns aspectos:

- Diminuir o número de opções, resumir apenas aquelas que tem o apoio de ambas as partes
- Avaliar as opções tendo por base a sua qualidade e aceitação pelas partes envolvidas, o que se prende com critérios de racionalidade e lógica, assim como de justiça e equidade respectivamente
- Tentar manter imparciais os acordos, permitindo ajustamentos sucessivos até à decisão final

* Tácticas Integrativas

“Para diagnosticar o potencial integrativo das situações negociais há que trocar informações e ensaiar propostas alternativas” (Jesuíno, 1992:57).

O negociador deve utilizar uma conjugação de flexibilidade e firmeza a fim de proceder a uma adequada negociação.

2.8.3- Distorções E Enviesamentos Cognitivos Na Negociação

Numa situação de conflito de interesses, surge a negociação como processo de tomada de decisão, durante o qual, os negociadores especificam o problema, identificam todos os factores e alternativas, ordenando estas em função dos respectivos factores e, seleccionam a alternativa mais adequada. No entanto, nem sempre os seres humanos seguem esta sequência e, com frequência recorrem a heurísticas de forma a facilitar a tomada de decisão, o que pode dar lugar a erros e distorções cognitivas. Estes erros e distorções induzem determinadas reacções, o que por sua vez influencia as reacções da outra parte.

Bazerman (1983,1986), citado por Jesuíno (1992), refere cinco processos fundamentais que influenciam os resultados da negociação:

♣ O Mito da Soma Fixa

Os negociadores consideram que os interesses do outro são incompatíveis com os seus, o que os leva a ignorar o potencial integrativo da situação, conduzindo-a a uma situação distributiva, de soma fixa. Simultaneamente, existe alguma dificuldade em reconhecer o ponto de vista do outro, devido a limitações cognitivas dos indivíduos.

Este mito torna-se um entrave à criatividade e imaginação e impossibilita a descoberta de soluções integrativas.

♣ O Enquadramento

A forma como se enquadra a negociação pode ditar o sentido da tomada de decisão. Ou seja, se uma proposta for exposta em termos de perdas, é provável que as pessoas reajam a esta de modo negativo. Enquanto, a mesma proposta formulada com base nos ganhos terá maior probabilidade de obter o acordo das pessoas.

♣ A Escalada Irracional do Conflito

Consiste na insistência por parte dos negociadores numa determinada orientação tomada anteriormente, ainda que a análise racional da mesma lhe sugira o seu abandono. Este comportamento é reforçado pela necessidade que o indivíduo sente de demonstrar coerência, competência e que está no controlo da situação, ou então, o interesse em recuperar perdas anteriores.

♣ O Excesso de Confiança

Este tipo de erro corresponde à sobreavaliação que o indivíduo faz das suas hipóteses de ter êxito, trata-se com efeito de um erro partilhado por ambas as partes. Ambos esperam obter melhores resultados que o seu adversário, o que os conduz por um lado a uma posição de não cedência e, por outro, a não aceitar uma solução de compromisso.

♣ A Ignorância do Ponto de Vista dos Outros

Os negociadores formam expectativas de que os interesses do outro são consideravelmente opostos aos seus, com base nisto fazem deduções sobre os interesses do outro, funcionando este princípio da soma fixa como causa e efeito, reforçando-se simultânea e mutuamente.

2.8.4- Intervenção de Terceiras Partes

Na resolução de conflitos é necessário frequentemente, recorrer à intervenção de alguém para além das partes directamente envolvidas. As estratégias mais comumente desempenhadas por esse indivíduo são: a Mediação e a Arbitragem. Em termos gerais a diferença entre estas duas figuras prende-se com o controlo do resultado final, ou seja, na mediação o controlo continua a ser dos intervenientes, eles tem o poder de decidir aceitar ou não as propostas do negociador, enquanto na arbitragem é a instância arbitral quem toma a decisão final.

A arbitragem aproxima-se da solução final, é pois uma forma mais extremada da negociação.

2.8.4.1- A Mediação

Trata-se da forma mais utilizada na resolução de conflitos. Nesta situação, como os mediadores não possuem poder formal, não podem impor uma solução. O papel do mediador prende-se assim com: a dissecção dos aspectos discordantes, o reconhecimento de campos de eventual compromisso e a promoção de cedências por parte de ambos os intervenientes.

A mediação é habitualmente constituída por duas fases:

♣ A Mediação Centrada no Processo

O mediador tenta conciliar as partes, promove a confiança destas em si, aprofunda e clarifica o problema, diagnostica as causas do conflito, diminui eventuais obstáculos comunicacionais, tenta facilitar a cooperação.

Para desempenhar este papel o negociador recorre a algumas táticas, tais como:

- o uso do humor para descongelar o ambiente, promover a confiança e desdramatizar a situação,
- equilibra o poder das partes por forma a evitar impasses e encontrar soluções mais equitativas,
- fixa limites temporais,
- evita determinados comportamentos pouco maleáveis por parte dos indivíduos melhorando as relações entre eles,
- melhora a comunicação entre as partes a fim de facilitar a procura de soluções integrativas, ao mesmo tempo que deve abster-se de juízos de valor relativamente aos intervenientes e desencorajar observações desse género por parte deles.

♣ A Mediação Centrada no Conteúdo

Esta segunda fase em que o mediador começa a desempenhar um papel mais activo, nem sempre está presente nas negociações.

Devemos começar por distinguir as situações em que existe uma opção que agrada a ambos os intervenientes, daquelas em que tal não acontece, o que obviamente exige uma actuação diferente por parte do negociador.

Na primeira situação o mediador deve conseguir reconhecer as causas que impedem a resolução da situação, de entre as quais salientamos:

- a confiança excessiva de ambas as partes de que a outra irá ceder, mais cedo ou mais tarde. O negociador deve demonstrar realismo reduzindo tal excesso de confiança. Deve igualmente estabelecer prazos e alertar para os limites do outro.
- evitar dar uma imagem de fraqueza, as partes esperam que o outro vá ceder primeiro. O negociador deve apontar determinada alternativa que será justa e aceitável para ambas, uma vez que será mais fácil conceder-lhe cedências a ele, do que ao outro.
- os conflitos sobre questões de princípios, são normalmente situações complexas em que as partes dificilmente cedem. Compete ao mediador tentar descentrar a questão dos princípios ou contorná-la, procurar uma solução viável. Quando tal não é possível o mediador deve explorar a eventual existência de soluções integrativas. Caso também não seja possível, o

negociador poderá recorrer ao uso de táticas distributivas, como as promessas e ameaças e a persuasão.

Neste caso das questões de princípios, a função do mediador deve basear-se essencialmente na promoção das relações interpessoais.

Um aspecto importante a ter em conta, no caso da mediação é sem dúvida o das características pessoais dos mediadores. Jesuíno (1992:138), refere a este respeito as seguintes qualidades deste: integridade e imparcialidade, conhecimento básico e confiança nos processos de negociação colectiva, fé no voluntarismo (em contraste com o autoritarismo), crença nos valores e potencialidades humanas, sentido prático (sabendo distinguir o possível do desejável) e empenhamento pessoal e determinação aliados ao sentido de modéstia.

Deverá ainda ser uma pessoa assertiva, detentora de algum poder, com capacidade de escuta activa, com bom relacionamento com as partes envolvidas e em quem elas confiem, deve ter competências técnicas e ser imparcial.

2.8.4.2- A Arbitragem

Recorre-se a este processo apresentando a situação a uma terceira parte quando não se consegue que as partes envolvidas cheguem a um consenso, ou quando os limites temporais são ultrapassados.

O processo de arbitragem comporta as seguintes formas:

- em que o negociador pode atender a um único ponto da discórdia
- em que o negociador pode atender ao conjunto dos mesmos
- ser voluntária, em que as partes envolvidas não são obrigadas a aceitar a decisão do negociador
- ser vinculativa, em que existe obrigatoriedade de atender às decisões do negociador
- de métodos convencionais, em que o negociador pode sugerir qualquer alternativa que ache adequada

- de métodos da oferta final, em que não é permitido ao negociador apresentar novas alternativas, a solução final sairá do conjunto das apontadas pelas partes

Embora este método apresente algumas vantagens, tais como o facto de ser rápido e conseqüentemente apresentar valores mais baixos em relação às negociações prolongadas e sem solução, não deixa de ter algumas desvantagens:

* Efeito de congelação

Quando as partes envolvidas tem conhecimento de que em situação de insucesso das negociações, se recorrerá a um árbitro, poderão não investir tanto como seria de esperar, isto ocorre tanto mais quanto mais elas suspeitarem de que ele irá apelar à solução de dividir as diferenças. Uma forma de evitar este efeito é o recurso à oferta final, em que é provável que o árbitro opte pela solução que está mais próximo de um ponto médio.

* Efeito narcótico

Quando as partes envolvidas sabem previamente que se recorrerá à arbitragem devido à sua dificuldade em chegar a um consenso, podem tornar-se passivas e dependentes do árbitro, o que se apresenta como mais confortável para elas. Isto é mais visível em situações em que os negociadores representam um grupo.

* Efeito de favoritismo

Quando os árbitros dão preferência a uma das partes em benefício de outra, arriscando-se assim a perder o seu carácter de imparcialidade.

* Efeito de não-aceitação das decisões

Neste tipo de mediação pode haver menos aderência dos indivíduos à aceitação das decisões tomadas, bem como às medidas a tomar para as colocar em prática.

-A Negociação não dispensa avaliação sistemática:

A avaliação do grau de alcance/satisfação dos objectivos de cada uma das partes, clima relacional obtido e o grau de dispêndio de energia emocional deverão ser feitos ao longo do processo.

Ferreira *et al* (2001:527), propõem-nos para esta reflexão alguns indicadores tais como, as competências, estratégias utilizadas pelas partes, a duração e gestão do tempo, as concessões dadas e recebidas, a confiança e o modo como se relacionaram, dificuldades e ainda avaliação do custo emocional em termos de ataques verbais, o que foi feito para reduzir a tensão emocional (tempo, humor, pedido de desculpas ou outras soluções criativas).

Sem dúvida que a avaliação que vai sendo feita vai influenciar de forma dinâmica tanto o processo negocial e resultados, como aos próprios determinantes, pela informação de retorno ou feed-back.

2.8.5- Alguns Condicionantes À Negociação

A investigação, relativamente a factores que podem interferir com os resultados da negociação, tem sido numerosa- aponta para alguns condicionantes, mas sem correlações inequívocas. No entanto, apontamos algumas como pontos de reflexão para a nossa prática, nomeadamente: a natureza do problema; o tipo de interlocutores (características da personalidade, motivação, género, idade, etnia, nacionalidade); o poder das partes; competência e saber (aptidões, comportamentos, informação, conhecimento e preparação); tempo disponível; intervenção de terceiros e a cultura organizacional e nacional pois influencia a comunicação e a forma de negociar (Ferreira *et al* 2001: 524-525).

Nas organizações de saúde estão presentes diferentes conflitos, que exigem diferentes processos de resolução, consoante a natureza do problema, as características das partes envolvidas e o tempo disponível.

3- METODOLOGIA

A metodologia é descrita por Polit e Hungler (1995) e por Fortin (2000) como o conjunto de métodos e técnicas de que o orientador se socorre, ao longo do processo de pesquisa, trata-se de um conjunto de métodos e técnicas específicos cuja função é orientar o investigador ao longo da pesquisa.

Tendo isto por base, será pertinente apresentar algumas considerações acerca da metodologia que apoiou este estudo, inserido no paradigma dos conflitos interpessoais.

Deste modo, passamos a descrever os passos que seguimos na elaboração deste estudo, tais como a escolha e a caracterização do campo de investigação, a população de enfermeiros do Bloco Operatório, os procedimentos utilizados na selecção da amostra, na colheita de dados e no seu tratamento.

3.1- ESCOLHA E CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO

Foi a actividade profissional da autora deste trabalho que a levou a abordar a temática dos conflitos. Ao longo da sua já grande experiência como enfermeira de Bloco Operatório, foi-lhe dado observar inúmeros conflitos entre os vários profissionais, por razões diversas. Optamos então por focalizar a nossa investigação nos enfermeiros, pelo facto de estabelecerem um grande número de interacções intra e interprofissionais, com grande interdependência entre elas, no seu desempenho diário, com todas as consequências que tal possa acarretar.

Apesar de igualmente valorizados socialmente, médicos e enfermeiros, é visível a assimetria dos seus estatutos enquanto grupos profissionais.

Se por um lado o enfermeiro aparece como mero executor de prescrições médicas ficando assim à mercê das decisões deste, na sua dependência, por outro lado, trata-se de um profissional de um grupo distinto, num serviço muito *sui géneris*. O Bloco Operatório constitui o único serviço do Hospital de cujo staff fazem parte apenas enfermeiros e auxiliares de acção médica, todos os restantes profissionais que lá actuam, são externos a este serviço, estão lá pontualmente, por curtos períodos. Tal facto, transforma o enfermeiro em dono

e senhor do espaço, dos materiais e dos meios técnicos, aqui ele também tem uma palavra a dizer. Desta forma, penso que conseguimos perceber algum equilíbrio nas relações de poder, o que de certo modo, poderá funcionar como um campo bastante fértil à ocorrência do conflito.

Pelo atrás descrito, parece-nos ser o Bloco Operatório, um local de eleição para um estudo deste tipo.

A instituição Hospitalar que funcionou como campo de pesquisa foi um Hospital da Grande Lisboa, por se tratar do local de trabalho da autora da investigação, o que lhe permitia estar dentro da problemática em causa, conhecer os comportamentos humanos *in loco* e as situações relatadas. Simultaneamente permitia-lhe também, um fácil e rápido acesso à amostra.

Por ser membro de um dos grupos em causa houve a necessidade de manter a distância e a dificuldade acrescida de ser imparcial face aos indivíduos.

* O HOSPITAL GARCIA DE ORTA, EPE

O Hospital Garcia de Orta, EPE é uma Entidade Pública Empresarial que presta serviços na área da Saúde. Insere-se no Sistema Nacional de Saúde fazendo parte da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e integrada na Sub-Região de Saúde de Setúbal. Foi inaugurado e está em funcionamento desde 1991.

É um hospital distrital mas funcionando como central em algumas áreas, recebe inclusive utentes do sul do país que necessitam de cuidados mais diferenciados.

Serve preferencialmente as populações dos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra num total de 350000 habitantes, articulando-se com os Centros de Saúde das áreas geográficas referidas.

É uma estrutura em H, de nove pisos, situada marginalmente à zona urbana, facilmente identificável, com boa exposição à luz solar e com algum condicionamento nas acessibilidades (vias). Os espaços exteriores são amplos, bem arrançados (ajardinados) e limpos.

*CARACTERIZAÇÃO DO BLOCO OPERATÓRIO

Um Bloco Operatório é uma unidade orgânico – funcional que integra meios técnicos, materiais e pessoas. O objectivo da sua existência prende-se com o

realizar de intervenções cirúrgicas e determinados procedimentos que quer pela sua especificidade, quer pelo nível de assepsia que exigem necessitem ocorrer nesse tipo de meio.

São unidades de tratamentos bastante dispendiosas dado a tecnologia, os materiais utilizados, assim como a especificidade dos procedimentos efectuados e a demorada formação dos seus profissionais. São também paralelamente uma das maiores “fontes de rendimento” de um Hospital, pois quanto maior for o número de cirurgias efectuadas, maior o orçamento atribuído ao Hospital em causa.

Os adventos da medicina, da física e da tecnologia, permitem munir estas unidades de materiais e equipamentos específicos altamente complexos e sofisticados que exigem uma constante actualização e formação dos profissionais que os instalam e que com eles trabalham.

Em suma, nos Blocos Operatórios podemos encontrar uma equipa pluridisciplinar que presta cuidados altamente especializados aos utentes.

A Associação de Enfermeiros de Salas de Operações Portuguesas (AESOP) recomenda que um serviço deste tipo deve ter em consideração determinados requisitos, em relação a:

- Composição e estrutura – é necessário que as áreas de circulação de materiais sujos e limpos, assim como de profissionais e utentes, estejam perfeitamente delimitadas. Quanto a isto deveremos encontrar 3 tipos de áreas de circulação distintas:

1) Irrestrita – onde se pode circular livremente, sem restrições, onde os profissionais não necessitam de nenhum tipo de farda ou acessório para circulação.

2) Semi – Restritas – neste grupo incluem-se os corredores, as Unidades de Cuidados Pós – Anestésicos (UCPA) e as salas de lavagem de materiais.

3) Restritas – referem-se às salas de operações propriamente ditas, às salas de pré-anestesia e de desinfectação.

Nas áreas 2 e 3 é exigido o uso de barrete e de farda própria para circulação, sendo que a estes se deve acrescentar a colocação de máscara nas zonas restritas, a fim de garantir o maior nível de assepsia possível.

Existem também determinados requisitos relativos ao tipo de iluminação, mobiliário e ventilação para um serviço com estas características.

- Localização – O Bloco Operatório deve estar acessível aos serviços de internamento cirúrgico, assim como à Unidade de Cuidados Intensivos, Serviços de Urgência, Central de esterilização, Laboratório e Imagiologia.

O Bloco Operatório do Hospital Garcia de Orta situa-se no primeiro piso do referido Hospital e, em termos de estrutura física consiste num “T”, ao longo do qual se dispõem as várias salas operatórias, a Farmácia, Sala de Lavagem de Material, Sala de Tratamento de Material, Salas de Armazenamento de Instrumentais, de Implantes Cirúrgicos e de dispositivos médicos, Gabinete de Enfermagem, Gabinete da Enfermeira Chefe, Gabinete da Directora do Serviço, uma Sala de Estar e duas Unidades de Cuidados Pós-Anestésicos (uma com três e outra com seis camas).

É composto por oito salas de operações, identificadas de um a oito, que se encontram distribuídas pelas várias especialidades cirúrgicas que utilizam este serviço e, que são actualmente: Otorrinolaringologia, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica, Urologia, Cirurgia Vasculuar, Oftalmologia, Cirurgia Pediátrica, Neurocirurgia, Dermatologia, Pneumologia, Ginecologia, Ortopedia e Traumatologia.

Ao longo da semana, são atribuídos determinados tempos operatórios, às várias especialidades consoante as suas necessidades. Estes distribuem-se pelos períodos da manhã das oito às dezasseis horas e, das dezasseis às vinte horas, existindo uma sala de urgência em funcionamento vinte e quatro horas por dia.

Decorrem ainda neste Bloco Operatório Colheitas de Órgãos e Transplantes Renais, além do Programa especial de combate às listas de espera cirúrgicas – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).

Neste serviço são intervencionadas diariamente cerca de trinta pessoas.

*OS ENFERMEIROS DO BLOCO OPERATÓRIO

Assistimos a alterações significativas, nas últimas décadas, em termos de enfermagem, nomeadamente no que diz respeito aos cuidados de enfermagem no Bloco Operatório. Houve por parte destes profissionais uma tentativa de descentralização do modelo biomédico para uma maior aproximação ao utente e família.

Inicialmente os enfermeiros de salas de operações não possuíam qualquer tipo de formação específica, eram simplesmente convidados pelos cirurgiões a auxiliar nas cirurgias. A necessidade de existirem enfermeiros que trabalhassem unicamente no Bloco Operatório surgiu com o aumento dos conhecimentos sobre desinfecção e assepsia e com o avanço das técnicas cirúrgicas.

Com o tempo, os enfermeiros começam a dedicar-se exclusivamente ao seu trabalho, num local “fechado” e afastam-se dos outros profissionais e dos utentes/ famílias.

Começa então a existir da parte deles, a preocupação com o isolamento criado, com o virar costas ao contacto humano e o excessivo enfoque nas técnicas.

De forma a dar resposta a esta situação, os enfermeiros americanos criam a Association of Operating Room (AORN), numa tentativa de proporcionar cuidados físicos e emocionais aos utentes do foro cirúrgico.

Em Portugal, também se sentiu a mesma necessidade, pois o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas e a ênfase dada à assepsia exigiam o aparecimento de enfermeiros com conhecimentos específicos em Bloco Operatório. Assim, à semelhança dos colegas americanos, sentiram necessidade de fundar uma associação que se preocupasse quer com os utentes, quer com eles próprios, surge então a Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portuguesa (AESOP).

Começa-se então a assistir a algumas alterações significativas:

- os enfermeiros defendem uma profissão com um corpo de conhecimentos próprios
- defendem uma profissão mais autónoma
- promovem a existência de um modelo de enfermagem
- defendem a importância do cuidar.

Uma das principais preocupações da AESOP foi a de promover a formação dos enfermeiros de salas de operações. Uma das propostas desta associação foi a de alterar a designação de enfermeiros de salas de operações, para enfermagem Peri-Operatória, pois como refere Pinheiro (1996), o enfermeiro deve ter competência para prestar cuidados ao utente nas três fases da sua cirurgia: pré-operatória, intra-operatória e no pós-operatório imediato.

Segundo refere ainda Dias Pinheiro, o objectivo deste enfermeiro deve ser o de atender às necessidades do utente cirúrgico no seu todo, através da criação de um plano de cuidados individualizado e orientado por conhecimentos de Ciências humanas e da Natureza, a fim de procurar a saúde e o bem-estar do utente no peri-operatório.

Em que consiste então o período peri-operatório?

Trata-se na realidade de três períodos distintos:

-o **pré-operatório**, que vai desde que se decide intervir determinada pessoa e, termina com a sua chegada ao Bloco. É neste que o enfermeiro faz o diagnóstico de enfermagem, reconhece as necessidades do utente e planeia os cuidados. Para tal, fornece grande contributo a Visita Pré Operatória (VPO), a qual deve ter lugar na véspera da cirurgia e deverá ser efectuada pelo enfermeiro que se encontrará de anestesia no dia da intervenção. A VPO funciona como um instrumento valioso no processo de interação enfermeiro/utente, possibilitando o seu mútuo conhecimento. É neste momento que a relação de ajuda tem início. O enfermeiro utiliza este espaço para informar e prestar informações ao utente, esclarecer dúvidas, diminuir a ansiedade e fazer ensinamentos relevantes para o período pós-operatório. Por sua vez, deste encontro o enfermeiro recolhe dados que lhe permitirão elaborar o plano individualizado de cuidados.

A VPO é por excelência o momento mais humanizante da prática dos cuidados do enfermeiro do Bloco, é a sua função menos tecnicista.

- o **intra-operatório**, tem início com o acolhimento do utente no Bloco e termina com a sua passagem para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA), ou serviço de internamento.

Nesta fase, os cuidados de enfermagem, devem visar o conforto e a segurança do doente, a comunicação verbal e não-verbal, as alterações do nível de consciência, a prevenção da infecção, a vigilância das funções circulatória, cardíaca e respiratória.

Nas salas operatórias os enfermeiros desempenham funções conforme o estipulado pela AESOP, ou seja, três por sala: um enfermeiro de apoio à anestesia, um instrumentista e um circulante.

Que funções desempenham estes enfermeiros?

× O enfermeiro de apoio à anestesia, acolhe o utente no Bloco, transporta-o para a sala, transmite à equipa informações relevantes sobre este, monitoriza-o, presta apoio psicológico e colabora com o anestesista no acto de anestésiar propriamente dito, assim como no seu “acordar”, vigia os sinais vitais, a permeabilidade das vias aéreas e dos acessos venosos, a ventilação. Por fim, entrega-o ao colega da UCPA ou do internamento transmitindo informação relevante sobre a sua situação, de forma a garantir a continuidade dos cuidados.

× O enfermeiro instrumentista, providencia os materiais e equipamentos necessários à cirurgia e testa-os. Deve ser também conhecedor da técnica cirúrgica, a fim de antever e responder em tempo útil às necessidades do cirurgião, gere a instrumentação para que esta decorra harmoniosamente, garantindo a assepsia dos materiais e da equipa.

× O enfermeiro circulante, colabora com o enfermeiro instrumentista, planeando e providenciando materiais e equipamentos, fornece à equipa e ao utente tudo aquilo que no decurso da cirurgia é necessário. É responsável pela vigilância e por alertar a equipa sobre eventuais quebras de assepsia e, por garantir que a cirurgia decorre em segurança.

- **o pós-operatório**, o enfermeiro avalia os cuidados prestados intra-operatóriamente, previne eventuais complicações, garante a continuidade dos cuidados. Para a consecução destes objectivos, existe uma unidade a Unidade

de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA), onde os utentes permanecem em constante vigilância dos enfermeiros, até à estabilização dos sinais vitais, à normalização da consciência e dos reflexos.

Este tipo de unidades deve estar localizado dentro do Bloco Operatório, para mais fácil acesso por parte dos enfermeiros, dos cirurgiões e dos anestesistas, em situações de urgência.

Por último, após a transferência do utente para o respectivo serviço de internamento, o enfermeiro que realizou a VPO, deverá agora proceder à realização da Visita Pós Operatória. Nesta entrevista, o enfermeiro irá avaliar a eficácia dos cuidados prestados ao utente desde a VPO até à sua saída do Bloco Operatório.

No Hospital Garcia de Orta, o *staff* de Enfermagem do Bloco Operatório é composto por 83 enfermeiros. Destes, 22 desempenham funções em regime de horário rotativo, em equipas de 4 ou 5 elementos, dando assistência preferencialmente à sala de urgência, ficando os restantes afectos às salas de cirurgia electiva. Existem ainda três enfermeiros coordenadores e uma chefe de enfermagem.

As idades dos enfermeiros do Bloco Operatório situam-se maioritariamente entre os 30 e os 40 anos.

3.2- TIPO DE ESTUDO

O estudo a que vamos proceder será do tipo descritivo, de carácter exploratório e transversal, uma vez que partimos da formulação de Hipóteses explicativas de uma realidade concreta que pretendemos testar e, recorreremos ao questionário como instrumento de colheita de dados.

Para Carmo e Ferreira (1998:213), a investigação descritiva “*implica estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação*”.

Segundo os mesmos autores (1998:47), “*o estudo exploratório cujo objectivo é, ..., proceder ao reconhecimento de uma dada realidade pouco ou*

deficientemente estudada e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade”.

Trata-se de uma investigação de natureza transversal, quanto ao tempo em que decorre o estudo, pois como refere Fortin (2000), os questionários foram aplicados num período pré-definido, relativo ao momento presente.

Como já referimos, vamos recorrer aos inquéritos como instrumento de colheita de dados, o que revela a nossa escolha pelo paradigma quantitativo.

Segundo Reichardt e Cook (1986, 29), citados por Carmo *et al* (1998, 177):”o *paradigma quantitativo postula uma concepção global positivista, hipotético-dedutiva, particularista, orientada para os resultados,...* ”

O Método Quantitativo que se insere no Paradigma Quantitativo, utiliza uma medição rigorosa e controlada dos fenómenos em estudo, é objectivo e, apresenta resultados fiáveis e generalizáveis a uma dada população.

A investigação quantitativa caracteriza-se pela actuação nos níveis de realidade e apresenta como objectivos a identificação e apresentação de dados, indicadores e tendências observáveis. Este tipo de investigação mostra-se geralmente apropriado quando existe a possibilidade de recolha de medidas quantificáveis de variáveis e inferências a partir de amostras de uma dada população.

Usa medidas numéricas para testar hipóteses, mediante uma rigorosa recolha de dados, ou procura padrões numéricos relacionados com conceitos quotidianos.

Numa fase posterior, os dados são sujeitos a análise estatística, através de modelos matemáticos, no sentido de testar as hipóteses levantadas.

Pelo que, a sua utilização está geralmente ligada à investigação experimental ou quasi-experimental.

No entanto, os métodos quantitativos poder-se-ão tornar fracos ou debilitados em termos de validade interna, muito embora sejam fortes em termos de validade externa, já que os resultados obtidos poderão ser generalizados para uma dada população. Pode-se afirmar que se estabelece então uma relação

causa-efeito e se procede a uma previsão dos fenómenos. Graças à sua natureza rigorosa e meticulosa, este método implica o aprofundamento na revisão da literatura e a elaboração pormenorizada de um plano de investigação bem delineado em termos de objectivos e devidamente estruturado.

3.3- PROCEDIMENTOS NA COLHEITA DE DADOS

A nossa pesquisa de campo iniciou-se com um contacto informal à chefe de enfermagem do Bloco Operatório, acerca da possibilidade do estudo em causa poder decorrer no referido serviço. Neste primeiro contacto foi explicado quais os objectivos do nosso estudo, o que se pretendia dos enfermeiros, como seria efectuada a recolha dos dados e, como seria constituída a amostra. Com base na sua anuência, acordou-se o dia para a entrega e recolha dos questionários aos enfermeiros em questão, ficou assim, garantida a disponibilidade dos enfermeiros do serviço para participarem desta pesquisa (de modo voluntário). Após este contacto, foi entregue à Directora de Enfermagem do Hospital um pedido formal (Anexo I) para a realização de um estudo deste tipo, em que explicávamos quais os seus objectivos e vantagens, a este pedido anexamos os questionários que pretendíamos aplicar.

Obtida a sua autorização, no dia acordado, entregámos os questionários aos enfermeiros com a devida informação de quem somos, porque estávamos a fazer aquele estudo, quais os seus objectivos e mais-valias para os enfermeiros e para o serviço, assim como, se garantia a confidencialidade dos dados e o anonimato e voluntariado dos participantes, referenciando o facto de que os dados em causa se destinavam unicamente aquele fim.

Deste modo foi entregue de manhã, cerca das 9 horas, a cada um dos indivíduos da amostra uma carta de apresentação e três questionários: um de caracterização sócio-demográfico, o MBI (Maslach Inventory Burnout), e um de Estratégias para Gestão de Conflitos, tendo-lhes sido fornecidas verbalmente também algumas instruções que achamos serem pertinentes para facilitar o preenchimento destes.

A recolha dos questionários teve lugar no final do turno, perto das 17 e 30.

Queremos salientar a amabilidade e a disponibilidade dos enfermeiros do Bloco Operatório em colaborar num estudo deste tipo. Houve até quem fizesse alguns comentários aquando da entrega dos questionários e, que demonstravam alguma preocupação com os seus resultados particulares.

A técnica de tratamento de dados será feita com recurso a técnicas estatísticas uma vez que é o que está preconizado neste tipo de estudo. Deste modo e, por uma questão de facilidade recorreremos para a análise estatística dos dados à utilização do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 18.0 para Windows.

3.3.1- Instrumento de Colheita de Dados

O Questionário

O questionário é um método de colheita de dados que recorre às respostas escritas a um conjunto de questões, por parte dos sujeitos.

Trata-se dum instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis.

De acordo com Fortin (2000), o questionário “ *ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.*”

Num questionário o objectivo das questões é colher informação, podem, no entanto conter questões abertas, nas quais o indivíduo pode expressar o seu pensamento (por escrito), ou conter questões fechadas, as quais implicam que o sujeito escolha dentro de um determinado leque de respostas, sem no entanto, as poder alterar ou sem poder precisar o seu próprio pensamento.

Foi entregue a cada individuo da amostra um questionário que englobava vários instrumentos de avaliação, que passamos a descrever.

- Instrumentos utilizados:

✓ **O Questionário Socio-demográfico** (Anexo II)

Deste pequeno questionário constam 7 itens/ questões simples e directos que permitem rapidamente caracterizar a amostra relativamente a aspectos demográficos como o sexo e a idade e, ainda alguns relacionados com o tipo de situação profissional dos sujeitos.

✓ **O Questionário MBI** (Anexo III)

O inventário de Burnout de Maslach (MBI) resulta da tradução e adaptação do Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1986) para a língua portuguesa por Cruz e Melo em 1996 e que permite avaliar o stress e Burnout nos profissionais de ajuda em Portugal.

Este questionário resultou de vários estudos efectuados com indivíduos cujas profissões implicassem o contacto directo com outras pessoas, com o intuito de perceber os efeitos do Burnout nos profissionais de ajuda.

Trata-se de um instrumento de auto-registo contendo 22 itens acerca de sentimentos relativos ao trabalho, os quais estão distribuídos por três escalas:

- **Exaustão Emocional** - visa analisar sentimentos de sobrecarga emocional e a incapacidade para dar resposta às exigências interpessoais do trabalho (9itens)
- **Despersonalização** – mede respostas impessoais, “desprendidas” aqueles a quem prestam serviços (5 itens)
- **Realização Pessoal** – avalia sentimentos de incompetência e falta de realização (8 itens)

Numa escala tipo Likert de 7 pontos, é avaliada a frequência com que cada sentimento ocorre, variando entre o mínimo de 0 (Nunca) e o máximo de 7 (Todos os dias).

Na adaptação e validação da versão portuguesa do MBI confirmaram-se as três dimensões originais do Burnout, apesar de ter implicado a retirada de 4 itens da versão original, nomeadamente: o item 2 (“Sinto-me exausto(a) no fim

de um dia de trabalho”), o item 11 (“Preocupo-me que as funções que exerço me estejam a transformar numa pessoa mais dura”), o item 12 (“Sinto-me cheio(a) de energia”) e o item 18 (“Sinto-me entusiasmado(a) após sessões de trabalho com as pessoas a quem presto serviços”).

✓ **O Questionário das Estratégias para Gestão de Conflitos** (Anexo IV),

Para Rahim e Bonoma, as dimensões que permitem distinguir os estilos de gestão de conflito referem-se, por um lado, ao interesse próprio ou interesse em satisfazer os próprios interesses (alto ou baixo) e, por outro lado, ao interesse pelos outros ou preocupação em satisfazer os interesses dos outros (alto ou baixo).

Estas duas dimensões manifestam, de certa forma, as orientações motivacionais dos indivíduos durante a situação de conflito, as quais são passíveis de serem traduzidas em cinco estilos: Integração (elevado interesse próprio e elevado interesse pelos outros), Acomodação (Baixo interesse próprio e elevado interesse pelos outros), Imposição (elevado interesse próprio e baixo interesse pelos outros), Evitação (baixo interesse próprio e baixo interesse pelos outros) e tendência ao Compromisso (interesse intermédio próprio e pelos outros).

Para avaliar o estilo de gestão de conflitos foi utilizado o questionário de “**Estratégias para Gestão de Conflitos**” referenciado por Jesuino (2003) adaptado de Thomas (1976).

Este questionário é composto por um total de 20 itens e as respostas são dadas numa escala de tipo Likert de 5 pontos, sendo que (1) corresponde à resposta “Raramente”, (3) “Por Vezes” e (5) “Sempre”.

As estratégias dividem-se nos cinco estilos:

- * *Imposição;*
- * *Compromisso;*
- * *Integração;*
- * *Acomodação*

* *Evitamento*

Neste questionário, segundo Jesuino (2003), as dimensões são constituídas pelas componentes: Imposição (itens 1,6,11 e 16), Compromisso (itens 3,8,13 e 18), Integração (itens 5,10,15 e 20), Acomodação (itens 2,7,12 e 17) e o Evitamento (itens 4,9,14 e 19).

3.4- POPULAÇÃO E AMOSTRA

Carmo e Ferreira (1998:191), descrevem a população alvo como “*o conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição. Esses elementos têm, obviamente, uma ou mais características comuns a todos eles, características que os diferenciam de outro conjunto de elementos...*”

A população deste estudo são os enfermeiros que prestam cuidados num Bloco Operatório de um Hospital da Grande Lisboa.

Para trabalharmos a questão das Estratégias dos Enfermeiros face aos Conflitos no Bloco Operatório procedeu-se a uma selecção dos participantes (amostragem), com base nos seguintes critérios:

- não serem chefes de enfermagem
- demonstrarem disponibilidade para participar no estudo
- estarem presentes no local de trabalho no dia em que seriam entregues os questionários

Os indivíduos da amostra serão seleccionados de acordo com os critérios anteriores de forma aleatória, ou seja, serão submetidos a um processo de amostragem não probabilística.

Para Fortin (1996:208), “*a amostragem não probabilística é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra.*”

Por sua vez, Polit e Hungler (1995: 207) descrevem as amostras não probabilísticas como aquelas em que se “*... escolhem os elementos por*

métodos em que não intervém o acaso, não havendo maneira de conhecer a probabilidade que cada elemento tem de ser incluído numa amostra não probabilística, nem há segurança de que todos os elementos tenham a mesma possibilidade de a incluir.”

Dentro desta, optámos por utilizar o método da amostragem intencional ou de conveniência, a qual consiste em recorrer aos sujeitos que estão acessíveis num dado momento e em determinado local.

Pode acontecer, no entanto, que os sujeitos acessíveis sejam diferentes da população alvo, mas este estudo não tem como objectivo extrapolar os resultados à população de enfermeiros do Bloco Operatório do Hospital Garcia de Orta, pois a utilização desta técnica limita a generalização dos resultados e, também não era esse o nosso objectivo. Trata-se de um estudo exploratório, em que pretendemos tão-somente conhecer as estratégias utilizadas pelos sujeitos da amostra e as consequências destas ao nível do seu bem-estar em termos psicológicos.

3.4.1- CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Quadro 4- Características da amostra

CARACTERÍSTICAS	N.º	%
IDADE		
≤ 30	16	40
31 – 40	12	30
≥ 40	12	30
SEXO		
Masculino	7	17,5
Feminino	33	82,5
CATEGORIA PROFISSIONAL		
Enfermeiro nível I	21	52,5
Enfermeiro Graduado	19	47,5
TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL		
≤ 5	14	35%
6 – 10	12	30%
11- 15	7	17,5%
≥ 15	17	42,5%
TEMPO DE EXPERIÊNCIA EM BLOCO OPERATÓRIO		
≤ 5	20	50%
6-10	8	20%
11- 15	4	10%
≥ 15	8	20%
VÍNCULO À INSTITUIÇÃO		
Função pública	23	57,5%
Contrato	17	42,5%

Considerámos então a seguinte questão de partida:

“ Será que os estilos de gestão de conflitos utilizados pelos enfermeiros do Bloco Operatório do HGO, EPE estão associados aos seus níveis de desgaste profissional?”

Para a formulação das nossas Hipóteses baseamo-nos em estudos anteriores sobre os estilos de gestão do conflito interpessoal e nas dimensões do *Burnout* fornecidas pela escala de Maslach- MBI.

Assim, formulámos as seguintes Hipóteses:

H1- Quanto mais cooperativas (de integração e compromisso) são as estratégias de resolução de conflitos menores serão os níveis de Desgaste Profissional.

H2- Quanto mais competitivas (de imposição e evitamento) são as estratégias de gestão de conflitos maior será o nível de desgaste profissional.

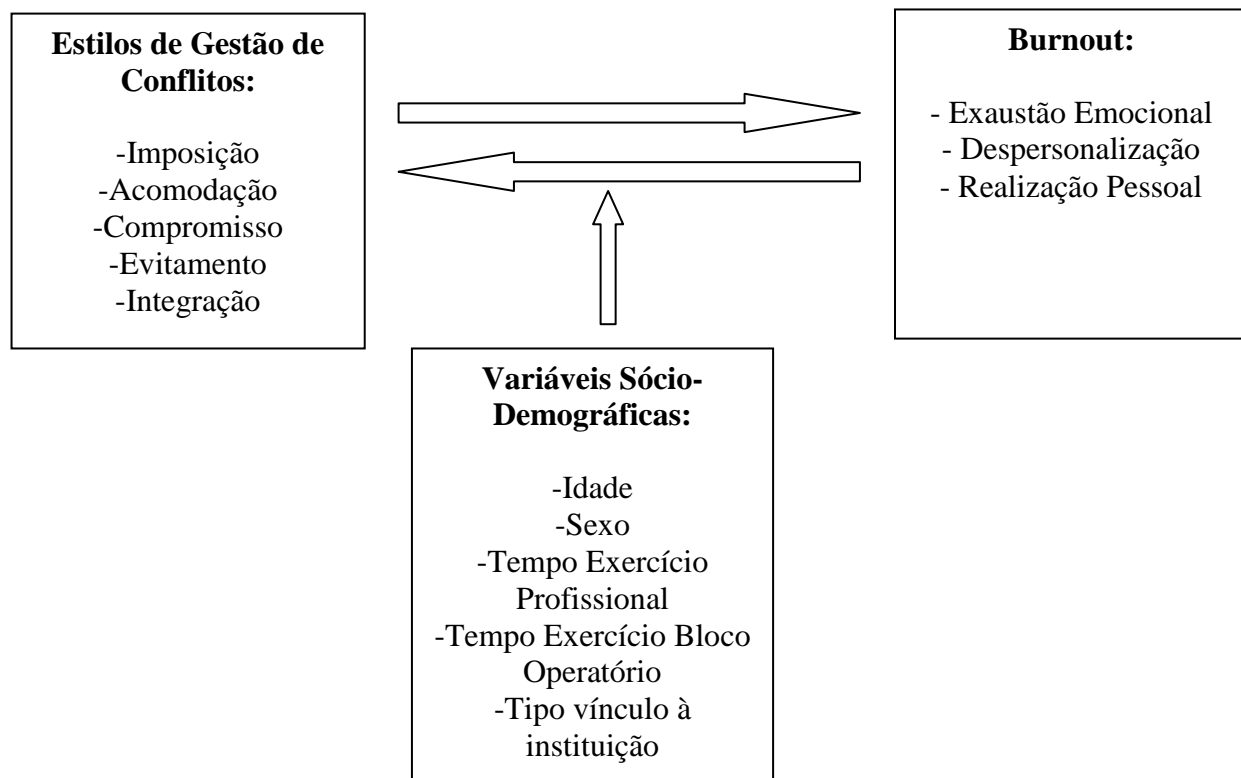
H3- O tempo de exercício profissional no bloco operatório influencia a utilização das estratégias de gestão de conflitos.

H4- O tipo de vínculo à instituição influencia a utilização das estratégias de gestão de conflitos.

H5- O tempo de exercício profissional no Bloco Operatório tem influência nos níveis de desgaste profissional.

H6- O tipo de vínculo à instituição tem influência nos níveis de desgaste profissional.

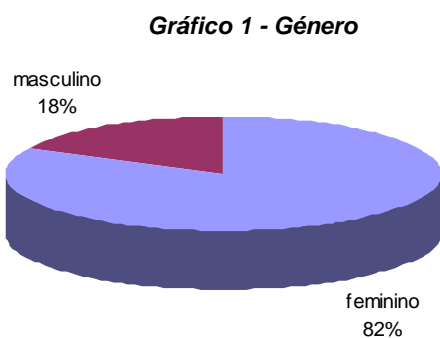
Quadro 5- Relação das variáveis em estudo



4- ANÁLISE ESTATÍSTICA E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1- ANÁLISE DOS DADOS DO QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO

Colaboraram neste estudo 40 enfermeiros, dos quais 82,0% ($n=33$) são do género feminino e os restantes 18,0% ($n=7$) do género masculino, conforme se pode constatar pela observação do gráfico nº 1.



Os inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 22 e os 43 anos sendo a média de idades da nossa amostra de 33,2 anos ($dp=7,6$ anos), com um desvio padrão de 7,6 anos, o que sugere um desvio pouco significativo em relação à média.

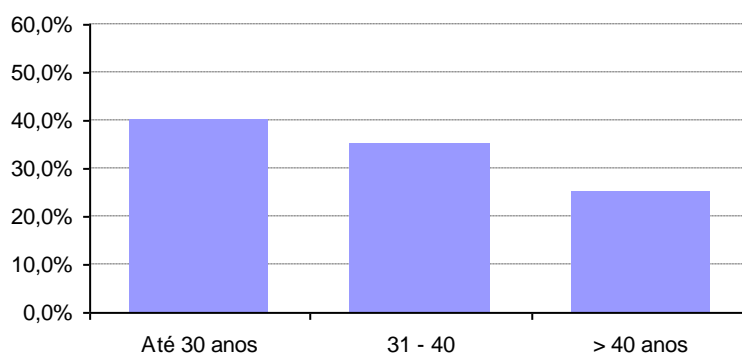
Tabela 1- Idades dos Inquiridos

Escalão Etário	Frequências	Percentagem	Percentagem Acumulada
≤ 30 anos	16	40,0	40,0
31- 40 anos	14	35,0	75,0
> 40 anos	10	25,0	100,0
Total	40	100,0	

O escalão etário mais representado é o escalão até 30 anos de idade que compreende 40,0% da amostra (n=16), seguida imediatamente pelo escalão dos 31-40 anos, o que corresponde a 35% dos inquiridos (n=14), com idade igual ou superior a 40 anos existem apenas 10% (n=10).

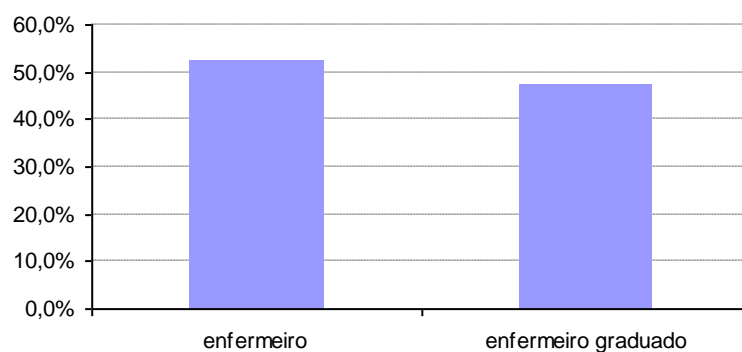
Através da percentagem acumulada é ainda possível verificar que 75% dos participantes apresentam menos de 40 anos de idade.

Gráfico 2 – Escalões etários



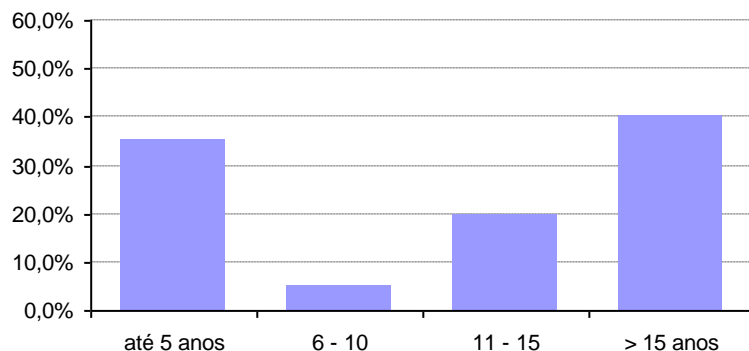
Em termos de categoria profissional da amostra, os Enfermeiros compreendem 52,5% da amostra (n=21) predominando de forma pouco significativa sobre os Enfermeiros Graduados que são 47,5% dos inquiridos (n=19).

Gráfico 3 – Categoria profissional



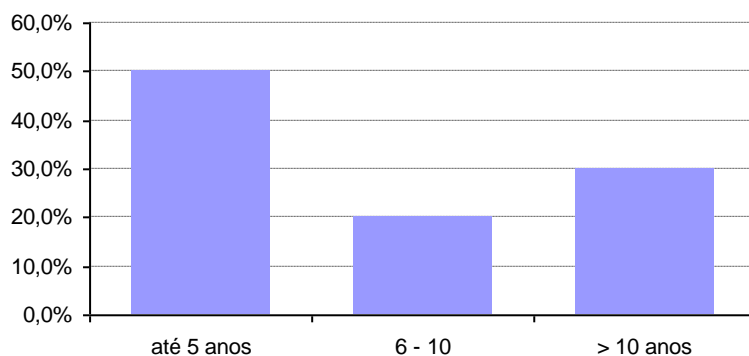
Relativamente ao tempo de Exercício Profissional, a média é de 10,6 anos de serviço, os Enfermeiros com menor antiguidade representam 35,0% e os mais antigos 40,0%.

Gráfico 4 - Tempo de Exercício Profissional



Já o tempo de serviço no Bloco Operatório, varia entre um mínimo de 1 ano e um máximo de 22 anos (média=7 anos, dp=6,1 anos).

Gráfico 5 – Tempo de Serviço no Bloco Operatório



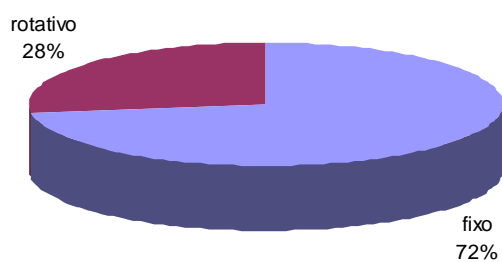
A maioria dos enfermeiros da amostra, 57,5% (n=23) pertence ao quadro (da Função Pública) e apenas 42,5% (n=17) se encontram na situação de contratados.

Tabela 2 – Vinculo à Instituição

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Quadro	23	57,5	57,5	57,5
Contratado	17	42,5	42,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

A maior parte dos enfermeiros da amostra pratica horário fixo (trabalha apenas de manhã) 72,0%, enquanto apenas 28,0% pratica horário rotativo (por turnos).

Gráfico 6 – Horário Praticado



4.2- RESULTADOS DO INVENTÁRIO DE BURNOUT DE MASLACH

O burnout pode medir-se através do questionário de Maslach Burnout Inventory e é um dos instrumentos de autoavaliação mais utilizados em todo o mundo para avaliar o desgaste profissional. A sua tradução e adaptação para a língua portuguesa por Cruz e Melo em 1996 visa avaliar o stress e o burnout nos profissionais de ajuda.

A adaptação e validação para a língua portuguesa confirmou a existência das três dimensões do Burnout (Exaustão Emocional; Despersonalização e Realização Pessoal), apesar de ter implicado a retirada de 4 itens da escala original, nomeadamente:

-2 (*Sinto-me exausto(a) no fim de um dia de trabalho*)

-11 (*Preocupo-me que as funções que exerço me estejam a transformar numa pessoa mais dura*)

-12 (*Sinto-me cheio(a) de energia*)

-18 (*Sinto-me entusiasmado(a) após sessões de trabalho com as pessoas a quem presto serviços*)

No presente estudo utilizámos esta versão do MBI.

A escala Maslach Burnout Inventory, já foi validada e anteriormente aplicada noutros estudos; iremos descrevê-la em seguida pormenorizadamente.

A versão actual é formada por 22 itens sob a forma de afirmações que são avaliadas pelo sujeito numa escala tipo likert com 7 itens. A cada um destes itens são atribuídos graus de intensidade que vão desde: 0 (nunca), 1 (algumas vezes por ano), 2 (uma vez por mes), 3 (algumas vezes por mes), 4 (uma vez por semana), 5 (algumas vezes por semana) e 6 (todos os dias).

O tempo médio de preenchimento deste questionário é de cerca de 10 a 15 minutos.

É composto por 3 sub-escalas que avaliam cada uma das três dimensões do Burnout: a “exaustão emocional”, a “despersonalização” e a “realização pessoal”.

Estas sub-escalas avaliam prováveis manifestações de burnout e, embora digam respeito a diferentes dimensões, estão relacionadas com o Burnout.

As afirmações distribuem-se do seguinte modo pelas três dimensões:

- “Exaustão emocional” é composta por 9 itens (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, e 20), os quais traduzem sentimentos relacionados com sentimentos de emocionalmente exausto e esgotado com o trabalho;
- “Despersonalização”, formada por 5 itens (5, 10, 11, 15 e 22) que descrevem respostas impessoais;
- “Realização pessoal”, que é constituída por 8 questões (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21), que descrevem sentimentos ao nível da capacidade e do sucesso alcançados no trabalho com pessoas, esta última está inversamente correlacionada com a síndrome.

O Burnout é conceptualizado como uma variável contínua, variando entre níveis classificados de baixo, médio e alto, baseando-se na norma americana. Consideram-se pontuações baixas as que indicam valores abaixo dos 34, rondando a fiabilidade da escala os 0,9.

- Um nível baixo de Burnout reproduz-se em scores baixos nas sub-escalas de “exaustão emocional” e “despersonalização” e scores elevados na “realização pessoal”.
- Um nível médio é representado por valores médios nos scores das três sub-escalas.
- Um nível alto de Burnout traduz-se em scores altos para as sub-escalas de “exaustão emocional” e “despersonalização” e scores baixos na “realização pessoal”.

Ou seja, para a cotação das três dimensões do teste estão estipulados os intervalos rácios que correspondem a atribuições qualitativas.

Para ter um termo de comparação dos scores que referisse quais os valores normais foi utilizada como referência a média para a profissão médica de Maslach (1998: 06).

No caso da “exaustão emocional” é considerado um nível de Burnout:

- Elevado quando existem valores iguais ou acima dos 27 pontos
- Médio quando se encontra entre 19-26
- Baixo quando os valores são iguais ou inferiores a 18

Quanto à “despersonalização”:

- É elevada se as pontuações forem iguais ou superiores 10
- Média se os valores se encontrarem entre 6-9
- Baixa quando os valores são iguais ou inferiores a 5

Por último, a “realização pessoal” funciona de forma oposta às dimensões anteriores relativamente ao Burnout, isto é:

- * Níveis maiores ou iguais a 40 é baixo
- * Entre 34-39 é médio
- * Menor ou igual a 33 é um nível alto de burnout.

Tabela 3 – Frequências absolutas e relativas das respostas ao MBI por Dimensões

		0	1	2	3	4	5	6	Total
Exaustão									
1 . Sinto-me emocionalmente esgotado(a) com o meu trabalho	Freq	7	16	3	8	2	4		40
	%	17,5	40,0	7,5	20,0	5,0	10,0		100,0
2 . Sinto-me exausto(a) no fim de um dia de trabalho	Freq	1	8	5	11	3	12		40
	%	2,5	20,0	12,5	27,5	7,5	30,0		100,0
3 . Sinto-me cansado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia no emprego	Freq	6	16	2	10	4	2		40
	%	15,0	40,0	5,0	25,0	10,0	5,0		100,0
6 . Trabalhar com pessoas todo o dia esgota-me	Freq	23	9	4	4				40
	%	57,5	22,5	10,0	10,0				100,0
8 . O meu trabalho deixa-me completamente exausto	Freq	7	17	4	6	1	3	2	40
	%	17,5	42,5	10,0	15,0	2,5	7,5	5,0	100,0
13 . Sinto-me frustrado(a) no trabalho	Freq	10	18	6	4		2		40
	%	25,0	45,0	15,0	10,0		5,0		100,0
14 . Sinto que estou a trabalhar em excesso no meu emprego	Freq	10	8	5	8	1	6	2	40
	%	25,0	20,0	12,5	20,0	2,5	15,0	5,0	100,0
16 . Trabalhar directamente com pessoas causa-me muito stresse	Freq	16	16	8					40
	%	40,0	40,0	20,0					100,0
20 . Sinto-me como uma corda esticada até ao fim	Freq	21	14	2	3				40
	%	52,5	35,0	5,0	7,5				100,0
Despersonalização									
5 . Sinto que trato algumas pessoas das minhas relações profissionais como se fossem objectos	Freq	28	7	2	2	1			40
	%	70,0	17,5	5,0	5,0	2,5			100,0
10 . Tornei-me mais indiferente para com as pessoas desde que comecei a exercer as funções que desempenho	Freq	30	8	1	1				40
	%	75,0	20,0	2,5	2,5				100,0
11 . Preocupo-me que as funções que exerço me estejam a transformar numa pessoa mais dura	Freq	17	11	4	4		1	3	40
	%	42,5	27,5	10,0	10,0		2,5	7,5	100,0
15 . Na verdade não me preocupo com o que possa suceder aos clientes/utentes da organização onde trabalho	Freq	36	3		1				40
	%	90,0	7,5		2,5				100,0
22 . Sinto que os clientes/utentes da organização me culpam por alguns dos seus problemas	Freq	29	6	4	1				40
	%	72,5	15,0	10,0	2,5				100,0
Realização Pessoal									
4 . Compreendo facilmente o que sentem as pessoas com quem tenho de me relacionar no meu trabalho	Freq			2	4	4	18	12	40
	%			5,0	10,0	10,0	45,0	30,0	100,0
7 . Sou capaz de lidar de forma eficaz com os problemas dos clientes/utentes da organização onde trabalho	Freq		2		3	2	18	15	40
	%		5,0		7,5	5,0	45,0	37,5	100,0
9 . Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida das outras pessoas	Freq	1		1	8	2	15	13	40
	%	2,5		2,5	20,0	5,0	37,5	32,5	100,0
12 . Sinto-me cheio(a) de energia	Freq	1			8	3	21	7	40
	%	2,5			20,0	7,5	52,5	17,5	100,0
17 . Consigo criar facilmente um ambiente descontraído com as pessoas a quem presto serviço	Freq		1		2	2	21	14	40
	%		2,5		5,0	5,0	52,5	35,0	100,0
18 . Sinto-me entusiasmado(a) após sessões de trabalho com as pessoas a quem presto serviços	Freq	1	1		5	6	17	10	40
	%	2,5	2,5		12,5	15,0	42,5	25,0	100,0
19 . No meu trabalho tenho conseguido fazer coisas com valor	Freq		1		7	7	18	7	40
	%		2,5		17,5	17,5	45,0	17,5	100,0
21 . No meu trabalho enfrento calmamente os problemas emocionais	Freq		2	1	9	4	15	9	40
	%		5,0	2,5	22,5	10,0	37,5	22,5	100,0

0 – nunca 1- algumas vezes por ano 2 - 1 vez por mês 3 - algumas vezes por mês
4 - 1 vez por semana 5 - algumas vezes por semana 6 - todos os dias

Consistência interna

A consistência interna dos Inventário MBI foi analisada com recurso ao coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach. A análise factorial com o cálculo do alfa de Cronbach's aplicado ao teste conclui da boa consistência interna deste.

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, visíveis na tabela 4:

Tabela 4 – Consistência interna MBI

	Cronbach's Alpha	N of Items
Exaustão	,746	8
Realização	,645	6
Despersonalização	,668	4
Total	,628	18

Os valores encontrados para o questionário MBI, da amostra, variam entre um mínimo de 0,645 e um máximo de 0,746.

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, estes encontram-se enquadrados nos valores observados para a população portuguesa.

As estatísticas descritivas das dimensões de Burnout podem ser observadas na tabela número 5.

Verifica-se que os sujeitos obtêm valores mais elevados em “Realização” (com uma média de 4,75) e mais baixos em “Despersonalização”(com 0,35 de média).

Tabela 5 – Estatísticas descritivas MBI

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Exaustão	40	,13	3,25	1,4125	,82538
Realização	40	3,17	5,83	4,7583	,59311
Despersonalização	40	,00	1,75	,3563	,44537

A média de scores identificada para as dimensões encontra-se dentro da normalidade em termos de Exaustão Emocional e Despersonalização com níveis baixos e, com níveis médios ou moderados de Burnout em termos de realização Pessoal, encontrando-se no entanto, este valor no limiar do limite superior a tender para níveis baixos de Burnout, pelo que podemos afirmar que o Síndrome não se encontra presente.

Se atendermos à apresentação dos resultados obtidos através do *Maslach Burnout Inventory*, e dando ênfase ao facto de que a mesma pretende avaliar três dimensões do Burnout: a Exaustão Emocional (EE), a Despersonalização (DPS) e a Realização Pessoal (RP), podemos fazer a seguinte leitura da tabela 3:

♣ Exaustão Emocional, como as pontuações aumentam à medida que aumenta a frequência com que cada situação ocorre, quanto mais elevada for a média de cada item, mais frequentemente o sentimento é vivenciado pelos inquiridos.

Desta forma, nesta dimensão, verifica-se que dos 8 itens que a escala pretende avaliar, a maioria dos enfermeiros se situa sempre entre valores de 0 (para nunca sentido), ou 1 (algumas vezes por ano). Inclusivamente, as afirmações: 6- “Trabalhar com pessoas todo o dia esgota-me e 20- “Sinto-me como uma corda esticada até ao fim”, são as que obtém maior consenso da amostra com 57,5% e 52,5% dos enfermeiros respectivamente, a referi-las como sentimentos nunca vivenciados.

♣ Despersonalização, nesta dimensão, constata-se que entre 70 a 90% dos enfermeiros da amostra refere nunca ter experienciado os sentimentos afectos às 4 afirmações da escala, o que os coloca num baixo nível nesta dimensão.

Podemos no entanto referir que, 20% dos inquiridos se preocupam, pelo menos algumas vezes por ano, que as funções que estão actualmente a desempenhar, os tornem mais insensíveis para com as pessoas (afirmação 10).

17,5% dos enfermeiros considera que, algumas vezes por ano, sentem que tratam as pessoas como se fossem objectos impessoais (item 5).

Também algumas vezes por ano, 15% dos participantes referem que sentem que os doentes os culpam por alguns dos seus problemas (item 22).

♣ Por fim surge a Realização Pessoal. Nesta dimensão também aumenta a frequência dos sentimentos à medida que aumenta a média, mas ao contrário das dimensões anteriores, os resultados são mais positivos quanto maior for a média, uma vez que traduz uma maior realização pessoal.

Assim, da análise da tabela x, podemos verificar o seguinte:

- 52,5% dos inquiridos considera que uma vez por semana, sente que consegue criar facilmente um ambiente descontraído com as pessoas a quem presta serviço (item 17).

- De igual modo, 45% dos enfermeiros sente que pelo menos uma vez por semana: compreende o que sentem as pessoas com quem se relacionam no trabalho (item 4); conseguem lidar de forma eficaz com os problemas dos utentes da organização onde trabalham (item 7) e, tem conseguido fazer coisas com valor no seu trabalho (afirmação 19).

- 37% dos inquiridos sente que pelo menos uma vez por semana, influencia positivamente as vidas das pessoas através do seu trabalho (item 9) e, que enfrenta calmamente os problemas emocionais (item 21).

No que diz respeito à pontuação total de cada dimensão, na sub-escala da Exaustão Emocional que pode variar entre 0 e 54 pontos, os participantes obtiveram a média de 12,7 valores, pelo que, no geral, os elementos da amostra apresentam um nível baixo de exaustão emocional, embora exista uma grande dispersão das respostas (com um desvio padrão de 7,42).

Quanto à Despersonalização, os resultados possíveis de obter estão compreendidos entre 0 e 30, tendo aqui os sujeitos apresentado a média de 1,78 (com um desvio padrão de 2,2) o que traduz a ideia de que os enfermeiros da amostra têm na sua globalidade baixos níveis de despersonalização.

Na Realização Pessoal, os valores podem-se situar entre 0 e 48 pontos. Nesta dimensão a média observada é de 38 (com um desvio padrão de 4,7), o que indica que no geral, os elementos da amostra vivenciam níveis moderados altos de realização pessoal.

Assim, a análise dos resultados permite-nos concluir que os enfermeiros da amostra apresentam um grau médio baixo de Burnout, uma vez que obtiveram pontuações relativamente baixas nas dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização e uma pontuação média em Realização Pessoal.

4.3- ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE CONFLITOS

A gestão do conflito compreende o diagnóstico e a intervenção a vários níveis, nomeadamente: intrapessoal, interpessoal, intragrupal e intergrupala, segundo Rahim (1998). Deste modo, compreender o conflito é fundamental para a sua resolução produtiva e construtiva, não deixando de ter presente que, a forma como ele é encarado e gerido, condiciona as suas consequências (construtivas ou destrutivas).

A pessoa, o grupo, ou a parte, perante uma dada situação irá assumir uma estratégia, ou seja, irá traçar os seus objectivos (em cada nível do conflito). Esta funcionará como uma espécie de guião para cada uma das partes, o qual irá orientar a forma de lidar com a outra parte.

Por questões de personalidade, cada pessoa tem tendência a adoptar determinada estratégia em detrimento de outras mas, não obstante, no decorrer da resolução do conflito, essa estratégia pode ser alterada.

Consoante a estratégia adoptada, ao iniciar-se o conflito, os resultados possíveis de obter serão um dos seguintes:

- a) Uma das partes ganha e a outra perde
- b) O adversário ganha, o outro perde
- c) Através de um compromisso, ambas as partes concordam em ceder algo para ter alguns ganhos
- d) Procura-se uma solução integrativa em que ambas as partes ganham

No Modelo Bidimensional de Rahim e Bonoma (1979), as duas dimensões que permitem distinguir os estilos de gestão de conflito referem-se ao interesse próprio ou interesse em satisfazer os próprios interesses (alto ou baixo) e, por outro lado, ao interesse pelos outros ou preocupação em satisfazer os interesses dos outros (alto ou baixo).

Ao combinar estas duas dimensões produzem-se cinco estilos específicos de actuar durante a situação de conflito:

- * Integração (elevado interesse próprio e elevado interesse pelos outros),
- * Acomodação (Baixo interesse próprio e elevado interesse pelos outros),
- * Dominação (elevado interesse próprio e baixo interesse pelos outros),
- * Evitação (baixo interesse próprio e baixo interesse pelos outros)
- * Tendência ao compromisso (interesse intermédio próprio e pelos outros).

Para avaliar o estilo de gestão de conflitos foi utilizado o questionário

“ **Estratégias para a Resolução do Conflito**” referenciado por Jesuino (2003) adaptado de Thomas (1976).

Neste instrumento o autor propõe avaliar qual é o estilo de estratégia de gestão de conflitos que os indivíduos preferem, dentro dos 5 estilos já referidos.

A escala ***Estratégias para a Resolução do Conflito***, já foi validada e anteriormente aplicada noutros estudos; iremos em seguida descrevê-la de forma mais pormenorizada.

Trata-se de uma escala composta no total por 20 itens sob a forma de afirmações em que as respostas são dadas pelo sujeito numa escala de tipo Likert de 5 pontos. A cada um destes pontos corresponde um determinado grau de intensidade que traduz o número de vezes que o sujeito pensa adoptar determinado comportamento e/ou pensamento e, estes vão desde: (1) “Raramente”, (3) “Por Vezes” e (5) “Sempre”.

O tempo médio de preenchimento deste questionário é de cerca de 10 a 15 minutos.

É composto por 5 sub-escalas que avaliam cada um dos diferentes estilos de estratégias para lidar com o conflito.

Segundo Jesuino (2003), as afirmações distribuem-se do seguinte modo pelos 5 estilos:

- “Imposição” , formado pelos itens 1,6,11 e 16, que estão relacionados com situações de preocupação do próprio em fazer prevalecer o seu próprio interesse.

- “Compromisso “, avaliado através dos itens 3,8,13 e 18 e que traduz situações de cedência e ganho de algo.

- “Integração”, este estilo avalia-se através dos itens 5,10,15 e 20 e, revela a preocupação do sujeito com a satisfação dos interesses das várias partes envolvidas.

- “Acomodação” , é formada pelos itens 2,7,12 e 17 relaciona-se com situações em que existe esforço do próprio em satisfazer os interesses do outro.

- “Evitamento” avalia-se pelos itens 4,9,14 e 19 da escala e traduz uma baixa preocupação do sujeito consigo próprio e com os outros.

A cotação da escala é feita através do somatório dos itens de cada um dos 5 estilos, o que pode variar entre 1 e 20. O valor obtido divide-se por quatro de forma a obtermos a média de cada um dos estilos (Anexo 5).

Por fim, a média mais elevada traduz a estratégia primária de gestão de conflitos e, a segunda maior média refere-se à estratégia secundária de gestão de conflitos do sujeito.

As respostas ao questionário de Estratégias de Gestão de Conflitos podem ser apreciadas na tabela número 6. Evidenciamos em cinza claro as respostas mais frequentes (moda).

Tabela 6 – Frequências absolutas e relativas das respostas ao questionário de estratégias para gestão de conflitos

		raramente	2	por vezes	4	sempre	Total
Imposição							
1. Defendo a minha posição com tenacidade.	Freq		1	24	8	7	40
	%		2,5	60,0	20,0	17,5	100,0
6. Tento identificar o que há de errado na posição do outro.	Freq	1	2	15	10	12	40
	%	2,5	5,0	37,5	25,0	30,0	100,0
11. Gosto de vencer uma discussão.	Freq	5	4	19	7	5	40
	%	12,5	10,0	47,5	17,5	12,5	100,0
16. Tenho dificuldade em admitir que estou errado.	Freq	18	10	10	2		40
	%	45,0	25,0	25,0	5,0		100,0
Acomodação							
2. Procuo por as necessidades dos outros acima das minhas.	Freq	3	2	26	7	2	40
	%	7,5	5,0	65,0	17,5	5,0	100,0
7. Procuo promover a harmonia.	Freq				9	31	40
	%				22,5	77,5	100,0
12. Alinho com as sugestões dos outros.	Freq		1	24	10	5	40
	%		2,5	60,0	25,0	12,5	100,0
17. Procuo ajudar os outros a evitar “perda de face”.	Freq	1	2	19	12	6	40
	%	2,5	5,0	47,5	30,0	15,0	100,0
Compromisso							
3. Tento chegar a um compromisso aceitável para ambas as partes.	Freq			6	14	20	40
	%			15,0	35,0	50,0	100,0
8. Negoceio para obter parte daquilo que proponho.	Freq	2	2	16	13	7	40
	%	5,0	5,0	40,0	32,5	17,5	100,0
13. Procuo um meio termo para resolver os desacordos.	Freq			8	14	18	40
	%			20,0	35,0	45,0	100,0
18. Saliento as vantagens de “dar e receber”.	Freq			10	12	18	40
	%			25,0	30,0	45,0	100,0
Evitamento							
4. Tento não me envolver em conflitos.	Freq		1	4	7	28	40
	%		2,5	10,0	17,5	70,0	100,0
9. Evito abrir discussões sobre aspectos controversos.	Freq	5		20	7	8	40
	%	12,5		50,0	17,5	20,0	100,0
14. Guardo aquilo que sinto para mim a fim de evitar melindres.	Freq	5	1	24	6	4	40
	%	12,5	2,5	60,0	15,0	10,0	100,0
19. Encorajo os outros a tomar a iniciativa na resolução da controvérsia.	Freq	2	2	18	9	9	40
	%	5,0	5,0	45,0	22,5	22,5	100,0
Integração							
5. Procuo examinar os problemas em conjunto de uma forma exaustiva.	Freq	2		19	12	7	40
	%	5,0		47,5	30,0	17,5	100,0
10. Partilho abertamente com os outros a informação de que disponho a fim de resolver os pontos em discórdia.	Freq		1	6	12	21	40
	%		2,5	15,0	30,0	52,5	100,0
15. Encorajo uma troca aberta sobre as discórdias e problemas.	Freq	10	3	17	6	4	40
	%	25,0	7,5	42,5	15,0	10,0	100,0
20. Apresento a minha posição como sendo apenas um ponto de vista.	Freq			12	18	10	40
	%			30,0	45,0	25,0	100,0

Consistência interna

A consistência interna da Escala de de Gestão de Conflitos foi analisada com recurso ao coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach. A análise factorial com o cálculo do alfa de Cronbach's aplicado ao teste conclui da boa consistência interna desta.

Os valores de consistência da escala de Estratégias para Gestão de Conflitos variam entre 0,653 na Imposição e, 0,804 para a integração, conforme consta da tabela 7 (em que se pode visualizar o alpha de cronbach associado a cada uma das estratégias de gestão de conflitos).

Tabela 7 – Consistência Interna Estratégias Gestão de Conflitos

	Cronbach's Alpha	N of Items
Imposição	, 653	4
Acomodação	, 747	4
Compromisso	, 648	4
Evitamento	, 794	4
Integração	, 804	4

As estatísticas descritivas das estratégias de gestão de conflitos podem ser observadas na tabela número 8.

Tabela 8 - Estatísticas descritivas de Estratégias de Gestão de Conflitos

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Imposição	40	1,50	4,75	3,0625	, 69511
Acomodação	40	3,00	4,50	3,7063	, 36641
Compromisso	40	3,00	5,00	4,0813	, 49480
Evitamento	40	2,00	4,50	3,6188	, 53406
Integração	40	2,00	5,00	3,6500	, 58233

Os sujeitos obtêm os valores mais elevados no estilo Compromisso com uma média de 4,08 (e um $dp = 0,494$), seguido da Acomodação com uma média de 3,70 (e um $dp = 0,36$), encontrando-se os valores mais baixos no estilo Imposição com 3,06 de média (e 0,69 de dp).

Esta breve análise da tabela 7 podemos concluir que a estratégia primária de resolução de conflitos a que os enfermeiros da amostra mais recorrem é o Compromisso e, a secundária é a Acomodação.

Em relação à estratégia primária por nós encontrada - o Compromisso, este pode ser definido como implicando cedência parcial por parte do sujeito para obter alguns ganhos, costuma ser utilizado quando existe uma situação equilibrada de poder, ou quando é necessário alcançar uma solução temporária sem pressão do tempo.

Quanto à estratégia secundária que identificámos - a Acomodação, esta apela a alguma dose de auto-sacrifício, revela uma alta preocupação em satisfazer as necessidades do outro e tem por objectivo o reconhecimento de interesses comuns; utiliza-se a Acomodação quando um assunto é muito importante para o outro ou quando o mais importante é manter a harmonia.

Estes resultados vão de encontro ao descrito por Farmer e Roth (1998), pois de acordo com um estudo exploratório efectuado com grupos de trabalho concluíram que os comportamentos que reflectem uma elevada preocupação com os outros (compromisso e acomodação) são utilizados com mais frequência do que os que traduzem uma baixa preocupação (evitamento e imposição) com a outra parte.

De um modo geral, as estratégias colaborativas são consideradas como o modo mais construtivo de gerir o conflito, uma vez que facilitam a exposição das expectativas individuais, estimulam a criatividade e beneficiam os intervenientes na interacção, em oposição ao uso de um estilo de imposição que acaba por resultar em níveis de eficácia reduzidos, Fischer (1981).

Observando a tabela 6 relativamente à apresentação dos resultados obtidos através da Escala de Estratégias de Gestão de Conflitos e tendo em consideração o facto de que a mesma pretende avaliar o estilo de estratégia adoptada pelos sujeitos, podemos constatar o seguinte:

- ♣ Imposição, neste estilo a moda recai no valor 3, ou seja, por vezes, chegando mesmo 60% dos inquiridos (n= 24) a referir que por vezes gostam de defender a sua posição com tenacidade e 47,5% afirmam por vezes gostar e vencer uma discussão (n=19).

Só na última afirmação da escala: “tenho dificuldade em admitir que estou errado, é que a moda é 1 para 45% dos sujeitos (n=18).

- ♣ Acomodação, também aqui a moda recai em 3 - por vezes, sendo que 65% (n=26) e 60% (n=24) demonstram ter em vista os interesses o outro , chegando mesmo a sobrepô-los aos seus e concordando com as suas sugestões. No entanto, é no item que a maior parte da amostra está de acordo, ao afirmarem 31 dos inquiridos, que tenta promover a harmonia.

- ♣ Compromisso, este estilo é aquele que apresenta maior moda 5 – sempre, em toda as afirmações, excepto na 8 “negoceio para obter parte daquilo que proponho” em que a resposta modal é 3 para 40% dos inquiridos (n=16). Em todos os itens deste estilo, os enfermeiros apresentam valores entre 3 e 5, exceptuando novamente o item 8.

Estamos perante uma situação de perde/ganha que parece ter muita aderência por parte da amostra.

- ♣ Evitamento, de uma maneira geral a resposta modal é 3- por vezes, excepto no item 4 que é 5- sempre, em que 70% dos inquiridos refere que tenta não se envolver em conflitos (n= 28). É de notar que neste estilo, a maioria dos inquiridos situa a sua resposta em valores entre 3 e 5 – por vezes e sempre, o que evidencia o seu desejo de se afastar do conflito. O que poderá ser elucidativo de uma fraca preocupação consigo e com os outros.

Dado, que os conflitos na organizações de saúde existem e existirão sempre, podemos tentar ignorá-los, fingir que não estão lá, mas tal não significa que ele não esteja lá sob a superfície. Por vezes, quando as pessoas não se sentem à vontade para expressar a sua opinião, utilizam os estilos de evitamento ou acomodação permanecendo caladas, o que constitui uma perda para a instituição para além de implicar custos para si próprio também, em termos de bem-estar e de auto-estima.

♠ Integração, neste estilo verifica-se uma dispersão da moda pelos 4 itens atingindo valores que variam entre 3 e 5 (por vezes e sempre), no item 10-“Partilho abertamente com os outros a informação de que disponho a fim de resolver os pontos em discórdia”, 52,5% dos inquiridos refere fazê-lo quase sempre . Nas respostas às quatro afirmações deste estilo encontra-se por parte da maioria dos enfermeiros o interesse na troca de informações, na avaliação das diferenças e na resolução dos problemas com benefícios para ambos os lados.

4.4- VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES

Nas hipóteses cuja formulação de seguida se testa vamos utilizar como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula um nível de significância (α) \leq 0,05.

Como as variáveis dependentes são de tipo quantitativo mas não têm distribuição normal (analisada com o teste de *Kolmogorov-Smirnov*) iremos utilizar a estatística não paramétrica.

Nas hipóteses n^{os} 1, 2, 4 e 6 como iremos comparar dois grupos vamos recorrer do teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes.

Nas hipóteses n^{os} 3 e 5 como estamos a comparar três grupos vamos utilizar o teste de Kruskal-Wallis.

Se encontrarmos diferenças estatisticamente significativas e uma vez que o SPSS não tem testes de comparação múltipla *a posteriori* para o teste de Kruskal-Wallis, vamos proceder como descrito em Maroco (2007). Basicamente, isto consiste em ordenar a variável dependente através do comando Rank Cases e utilizar depois os testes de comparação múltipla da Anova One-Way sobre a nova variável.

Em todos os casos e, por uma questão de facilidade na interpretação dos dados, utilizaremos na estatística descritiva, os valores das médias e não os valores das médias das ordens.

Hipótese 1 – Quanto mais cooperativas (de integração e compromisso) são as estratégias de resolução de conflitos menores serão os níveis de desgaste profissional dos enfermeiros.

Integração

Tabela 9– testes de Mann-Whitney Integração/Burnout

	Exaustão	Realização	Despersonalização
Mann-Whitney U	153,500	158,000	175,000
Wilcoxon W	504,500	509,000	280,000
Z	-, 810	-, 685	-, 209
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,209	0,247	0,417

Exaustão - verifica-se que os enfermeiros, que apresentam valores mais altos em **integração** obtêm também valores mais elevados em **exaustão** (1,58 vs 1,31), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $Z=-0,810$, $p=0,209$.

Realização - os enfermeiros que tem valores mais altos em **integração** obtêm valores mais elevados em **realização** (4,80 vs 4,73), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $Z=-0,685$, $p=0,247$.

Despersonalização, os enfermeiros que apresentam valores mais baixos em **integração** obtêm valores mais elevados em **despersonalização** (0,39 vs 0,28), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $Z=-0,209$, $p=0,417$.

Tabela 10 – estatísticas descritivas Integração/ Burnout

	Integração	N	Média	Desvio padrão
Exaustão	Valor baixo	26	1,3173	,72131
	Valor alto	14	1,5893	,99570
Realização	Valor baixo	26	4,7308	,59081
	Valor alto	14	4,8095	,61622
Despersonalização	Valor baixo	26	,3942	,51075
	Valor alto	14	,2857	,29183

Compromisso

Tabela 11 – testes de Mann-Whitney Compromisso/ Burnout

	Exaustão	Realização	Despersonalização
Mann-Whitney U	151,000	144,500	189,500
Wilcoxon W	427,000	420,500	342,500
Z	-1,220	-1,404	-,173
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,111	0,08 *	0,431

* $p \leq 0,10$

Realização - os enfermeiros que apresentam valores mais altos em **compromisso** obtêm também valores mais elevados em **realização** (4,90 vs 4,65), sendo a diferença estatisticamente significativa, $Z=-1,404$, $p=0,08$, para um nível de significância $\leq 0,10$.

Exaustão – aqueles que apresentam valores mais altos em **compromisso** obtêm valores mais elevados em **exaustão** (1,56 vs 1,29), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $Z=-1,220$, $p=0,111$.

Despersonalização - os enfermeiros que tem valores mais baixos em **compromisso** obtêm valores mais elevados em **despersonalização** (0,38 vs 0,32), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $Z=-0,173$, $p=0,431$.

Tabela 12 – estatísticas descritivas Compromisso/ Burnout

	Compromisso	N	Média	Desvio padrão
Exaustão	valor baixo	23	1,2989	,84253
	valor alto	17	1,5662	,80053
Realização	valor baixo	23	4,6522	,60702
	valor alto	17	4,9020	,55920
Despersonalização	valor baixo	23	,3804	,49926
	valor alto	17	,3235	,37254

A nossa hipótese não se confirma, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas na análise dos resultados, logo a utilização de estratégias mais integrativas não influencia os níveis de Burnout dos enfermeiros. No entanto, constatamos que existe uma exceção na dimensão **realização** versus **compromisso**, pois verifica-se os enfermeiros que utilizam mais este tipo de estratégia, se sentem mais realizados.

Alguns teóricos comportamentais referem o estilo integrativo (ou resolução de problemas) como o mais adequado na gestão de conflitos, outros contestam esta ideia e sugerem que, para os conflitos interpessoais serem geridos funcionalmente, um estilo apropriado depende da situação.

De um modo geral, os estilos integração e o compromisso são mais apropriados para assuntos estratégicos enquanto que os restantes estilos serão mais adequados para lidar com problemas do quotidiano Rahim, (1985).

Hipóteses 2 – Quanto mais competitivas (imposição e evitamento) são as estratégias de resolução de conflitos maiores serão os níveis de desgaste profissional.

Imposição

Tabela 13 – testes de Mann-Whitney Imposição/ Burnout

	Exaustão	Realização	Despersonalização
Mann-Whitney U	149,000	142,000	156,000
Wilcoxon W	449,000	442,000	456,000
Z	-1,189	-1,389	-1,049
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,117	0,082 *	0,147

* $p \leq 0,10$

Realização - os sujeitos com valores mais altos em **imposição** obtêm valores mais elevados em **realização** (4,87 vs 4,68), sendo a diferença estatisticamente significativa, $Z=-1,404$, $p=0,082$, para um nível de significância $\leq 0,10$.

Exaustão - os enfermeiros com valores mais altos em **imposição** obtêm também valores mais elevados em **exaustão** (1,65 vs 1,25), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $Z=-1,189$, $p=0,117$.

Despersonalização - os enfermeiros que obtiveram valores mais altos em **imposição** apresentam também valores mais elevados em **despersonalização** (0,46 vs 0,28), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $Z=-1,049$, $p=0,431$.

Tabela 14 – estatísticas descritivas Imposição/ Burnout

	Imposição	N	Média	Desvio padrão
Exaustão	valor baixo	24	1,2500	,64480
	valor alto	16	1,6563	1,01396
Realização	valor baixo	24	4,6806	,58549
	valor alto	16	4,8750	,60400
Despersonalização	valor baixo	24	,2813	,37090
	valor alto	16	,4688	,53131

Evitamento

Tabela 15 – testes de Mann-Whitney Evitamento/ Burnout

	Exaustão	Realização	Despersonalização
Mann-Whitney U	159,500	118,500	109,000
Wilcoxon W	250,500	209,500	487,000
Z	-,463	-1,656	-2,026
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,321	0,049 *	0,021 *

* $p \leq 0,05$

Exaustão – os enfermeiros que apresentam valores mais elevados em **evitamento** obtêm valores mais baixos em **exaustão** (1,34 vs 1,44), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $Z= 0,463$, $p= 0,321$.

Realização, os enfermeiros que obtiveram valores mais altos em **evitamento** apresentam valores mais baixos em **realização** (4,48 vs 4,88), sendo a diferença estatisticamente significativa, $Z=-1,656$, $p=0,049$.

Despersonalização, os enfermeiros com valores mais altos em **evitamento** apresentam valores mais elevados em **despersonalização** (0,55 vs 0,25), sendo a diferença estatisticamente significativa, $Z=-2,026$, $p=0,021$.

Tabela 16 – estatísticas descritivas Evitamento/ Burnout

	Evitamento	N	Média	Desvio padrão
Exaustão	valor baixo	27	1,4444	,83373
	valor alto	13	1,3462	,83721
Realização	valor baixo	27	4,8889	,48920
	valor alto	13	4,4872	,71188
Despersonalização	valor baixo	27	,2593	,37648
	valor alto	13	,5577	,52195

Embora a nossa hipótese não seja confirmada, verificamos que relativamente aos dois estilos de estratégias de gestão de conflitos referidos em relação às três dimensões do Burnout, encontramos diferenças estatisticamente significativas em três das seis situações, o que nos leva a crer que o recurso às estratégias de gestão de conflitos mais competitivas tem alguma influência nos níveis de *Burnout* experienciados pelos enfermeiros.

A utilização mais frequente da estratégia de evitamento é visível nos sujeitos que apresentam valores mais baixos em termos de realização pessoal e maiores em despersonalização, o que parece demonstrar que esta estratégia implica custos ao sujeito, em termos de bem-estar físico, psíquico, comportamental e emocional. Estaremos à partida, perante enfermeiros com maior risco de Desgaste Profissional

Hipótese 3 – O tempo de exercício profissional no Bloco Operatório influencia a utilização das estratégias de gestão de conflitos.

Encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 17 – testes de Kruskal-Wallis

	Imposição	Acomodação	Compromisso	Evitamento	Integração
Chi-Square	4,633	3,236	3,630	,733	6,448
df	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,099 *	,198	,163	,693	,040 **

* $p \leq 0,10$ ** $p \leq 0,05$

Imposição, Qui-quadrado $KW(2) = 4,633$, $p=0,099$, a análise do teste de comparação múltipla *a posteriori* de Tukey indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os enfermeiros que trabalham há menos tempo e nos que tem entre 6-10 anos de serviço, obtendo ainda estes últimos valores mais elevados de imposição (27,6 vs 17,3).

Tabela 18 – Tukey HSD

Bloco	N	Subset for alpha = .05	
		1	2
até 5 anos	20	17,30000	
> 10 anos	12	21,08333	21,08333
6 - 10	8		27,62500
Sig.		,178	,237

Integração, Qui-quadrado $\kappa_W (2) = 6,448$, $p=0,040$, a análise do teste de comparação múltipla *a posteriori* de Tukey indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os enfermeiros com mais tempo de serviço e os enfermeiros com antiguidade entre 6-10 anos, sendo que os últimos obtêm valores mais elevados de integração (26,5 vs 16,7).

Tabela 19–Tukey HSD

Bloco_grp	N	Subset for alpha = .05	
		1	2
> 10 anos	12	16,75000	
até 5 anos	20	19,15000	19,15000
6 - 10	8		29,50000
Sig.		,854	,067

Acomodação, os enfermeiros com 6-10 anos de exercício profissional no Bloco obtêm valores mais elevados e os enfermeiros com mais de 10 anos de tempo de Bloco apresentam valores mais baixos (3,84 vs 3,54), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, Qui-quadrado $\kappa_W (2) = 3,236$, $p=0,198$.

Compromisso, os inquiridos com 6-10 anos de tempo de Bloco obtêm valores mais elevados e os enfermeiros com menos de 6 anos de exercício no Bloco os valores mais baixos (4,34 vs 3,98), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, Qui-quadrado $\kappa_W (2) = 3,630$, $p=0,163$.

Evitamento, os sujeitos da amostra com mais de 10 anos de exercício no Bloco obtêm valores mais elevados, sendo que os enfermeiros com menos de 6 anos de tempo de Bloco são os que apresentam valores mais baixos (3,72 vs 3,55), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, Qui-quadrado $\kappa_W (2) = 0,733$, $p=0,693$.

Tabela 20 – estatísticas descritivas Tempo de Exercício Profissional/ Estratégias de Gestão de Conflitos

		N	Média	Desvio padrão
Imposicao	até 5 anos	20	2,8625	,66131
	6 - 10	8	3,5000	,69437
	> 10 anos	12	3,1042	,66108
Acomodacao	até 5 anos	20	3,7500	,31414
	6 - 10	8	3,8438	,37649
	> 10 anos	12	3,5417	,41056
Compromisso	até 5 anos	20	3,9875	,48986
	6 - 10	8	4,3438	,32562
	> 10 anos	12	4,0625	,56533
Evitamento	até 5 anos	20	3,5500	,59934
	6 - 10	8	3,6250	,58248
	> 10 anos	12	3,7292	,39107
Integracao	até 5 anos	20	3,6250	,64635
	6 - 10	8	4,0000	,23146
	> 10 anos	12	3,4583	,56239

A nossa hipótese não se confirma, encontramos apenas em dois estilos de gestão de conflitos diferenças estatísticas significantes, como evidência da relação entre o tempo de exercício profissional no Bloco Operatório e a estratégia escolhida.

Os enfermeiros mais recentes no serviço recorrem mais à imposição, esta estratégia de ganha/ perde por vezes não atinge o cerne do conflito, podendo conduzir a problemas futuros, mas no entanto, trata-se de uma estratégia de grande importância em situações de urgência ou emergência Chiavenato (1999). O facto destes enfermeiros a utilizarem pode ser explicado pelo facto de se tratar de um modo geral de pessoas mais novas mais emotivas, mais idealistas e que ainda apresentam alguma dificuldade em gerir emoções, assertividade, segurança e capacidade de argumentação.

Por outro lado, a estratégia integração verificada nos enfermeiros com mais experiência em Bloco, tem a ver com razões de alguma maturidade, que implica assertividade entre as partes, a troca de informação que visa a resolução do problema propriamente dito. Existe uma busca de soluções criativas para os problemas.

Hipótese 4 – O tipo de vínculo à instituição influencia a utilização das estratégias de gestão de conflitos.

Encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 21 – testes de Mann-Whitney Vínculo ao Quadro e Estratégias de Gestão de Conflitos

	Imposição	Acomodação	Compromi sso	Evitamento	Integração
Mann-Whitney U	122,500	190,000	190,000	176,500	141,500
Wilcoxon W	275,500	466,000	343,000	452,500	294,500
Z	-2,026	-,155	-,153	-,526	-1,501
Asymp. Sig. (2-tailed)	,043 *	,877	,878	,599	,133

* $p \leq 0,05$

Imposição, os enfermeiros do quadro obtêm valores mais altos em imposição (03,26 vs 2,79), sendo a diferença estatisticamente significativa, $Z=-2,026$, $p=0,043$.

Tabela 22 – estatísticas descritivas Vínculo ao Quadro e Estratégias de Gestão de Conflitos

	Vínculo	N	Média	Desvio padrão
Imposição	Quadro	23	3,2609	,72488
	Contratado	17	2,7941	,56758
Acomodação	Quadro	23	3,6957	,40562
	Contratado	17	3,7206	,31724
Compromisso	Quadro	23	4,0761	,56626
	Contratado	17	4,0882	,39470
Evitamento	Quadro	23	3,5761	,58599
	Contratado	17	3,6765	,46574
Integração	Quadro	23	3,7065	,69353
	Contratado	17	3,5735	,39295

Confirma-se a Hipótese por nós avançada de que o vínculo ao quadro influencia a escolha do estilo de gestão de conflito, uma vez que podemos constatar que os enfermeiros do quadro optam mais pela imposição.

No caso do vínculo à instituição, o maior recurso à imposição por parte dos enfermeiros do quadro explica-se de certa forma pelo facto destes sentirem pertencer verdadeiramente à instituição, que detém algum poder, que estão de certo modo mais entrosados com a cultura organizacional, logo que querem e podem recorrer a alguma autoridade que detém para fazer valer os seus direitos. Conseguem aproveitar a sua posição para impor a sua vontade com maior legitimidade.

Hipótese 5 – O tempo de exercício profissional no Bloco Operatório tem influência nos níveis de desgaste profissional.

Tabela 23 – testes de Mann-Whitney Tempo Exercício Profissional no Bloco Operatório/ Burnout

	Exaustão	Realização	Despersonalização
Chi-Square	1,073	3,283	1,157
df	2	2	2
Asymp. Sig.	,585	,194	,561

A tabela 23 faz referência ao efeito de comparação dos resultados do MBI em relação à variável tempo de serviço que os inquiridos exercem enfermagem no Bloco Operatório. Procedeu-se à criação de três grupos, que correspondem aos três escalões de tempo de exercício profissional no referido serviço.

Verifica-se que os valores mais elevados nas dimensões EE e RP encontram-se no escalão dos 6 a 10 anos, enquanto que os enfermeiros que apresentam maior DPS são os que trabalham no Bloco Operatório há menos de 5 anos.

No entanto, as diferenças não são estatisticamente significativas, pelo que não podemos afirmar que o tempo de exercício dos enfermeiros no Bloco Operatório influencia significativamente os valores do Desgaste Profissional ($p=0,585$; $0,194$; e $p=0,561$).

Isto está de acordo, de certo modo, com o referido por Cordes e Dougherty (1993), citados por Moreno (1999:25), que vai no sentido de que indivíduos com mais experiência (pressupondo que são os que têm mais idade) apresentam níveis mais baixos de exaustão e despersonalização e os mais jovens apresentam níveis mais elevados nas dimensões de burnout.

Tabela 24 – estatísticas descritivas Tempo Exercício Profissional no Bloco Operatório/ Burnout

		N	Média	Desvio padrão
Exaustão	até 5 anos	20	1,4063	,78207
	6 - 10	8	1,6875	1,01989
	> 10 anos	12	1,2396	,78055
	Total	40	1,4125	,82538
Realização	até 5 anos	20	4,7667	,52815
	6 - 10	8	4,9583	,78553
	> 10 anos	12	4,6111	,56557
	Total	40	4,7583	,59311
Despersonalização	até 5 anos	20	,4250	,51999
	6 - 10	8	,3438	,35197
	> 10 anos	12	,2500	,36927
	Total	40	,3563	,44537

Hipótese 6 – O tipo de vínculo à instituição tem influência nos níveis de desgaste profissional.

Tabela 25 – testes de Mann-Whitney Vínculo à Instituição/ Burnout

	Exaustão	Realização	Despersonalização
Mann-Whitney U	195,000	172,000	139,500
Wilcoxon W	348,000	448,000	415,500
Z	-,014	-,647	-1,617
Asymp. Sig. (2-tailed)	,989	,518	,106

A tabela 25 refere-se à situação contratual. Podemos afirmar que a DPS e a RP são mais elevadas nos Enfermeiros Contratados (n=17) sendo a EE mais elevada nos Enfermeiros do Quadro (n=23), mas as diferenças não são significativas ($p=0,989$; $p=0,518$ e $p=0,106$).

Assim, uma vez que os níveis de significância não permitem assumir diferenças estatisticamente significativas, concluímos que o tipo de vínculo à instituição não influencia os níveis de Desgaste Profissional dos enfermeiros da amostra, logo a nossa hipótese não se confirma.

Os resultados demonstram no entanto, que são os enfermeiros que pertencem ao quadro da instituição os que manifestam mais exaustão, o que pode estar relacionado com o mencionado por Maslach, *et al.*(2001), citado por Queirós(2005:60), quando refere que presumivelmente altas expectativas no trabalho estão relacionadas com exaustão, justificando deste modo o facto de serem os elementos que se encontram efectivamente colocados na carreira de enfermagem os que apresentem maiores níveis de Exaustão Emocional.

Os resultados encontrados, parecem exibir nos enfermeiros contratados um confronto de sentimentos, entre por um lado a DPS e por outro a RP (níveis em que apresentam resultados mais altos).

Neste confronto de sentimentos, poderá estar por um lado a percepção de que os indivíduos se encontram satisfeitos com o seu trabalho e motivados para o

desempenharem e, por outro a eventual necessidade de algum distanciamento face ao doente para se protegerem.

Tabela 26 – estatísticas descritivas Vínculo à Instituição/ Burnout

	Vínculo	N	Média	Desvio padrão
Exaustão	Quadro	23	1,4565	,94193
	Contratado	17	1,3529	,65883
Realização	Quadro	23	4,6957	,60439
	Contratado	17	4,8431	,58473
Despersonalização	Quadro	23	,2391	,31513
	Contratado	17	,5147	,54823

5- LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este género de estudo apresenta para a sua autora, *a priori* pelo menos dois tipos de limitações, são elas:

- O espaço de tempo para a elaboração deste trabalho. O facto de trabalhar num local onde exerce as funções de coordenadora de um Bloco Operatório – o que impõe a sua presença física no referido serviço nos dias úteis das 8 às 17,30
- Ocorrência de algumas intercorrências familiares desagradáveis, no decurso deste Mestrado
- A sua inexperiência na elaboração de um estudo destas dimensões
- Alguma falta de aderência por parte de determinados indivíduos da amostra.

6- IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Os resultados deste estudo terão certamente implicações a vários níveis, desde a gestão de recursos humanos, à prestação de cuidados, à formação aos profissionais sobre o tema.

Dar a conhecer os resultados a fim de envolver toda a equipa dando particular destaque aos estilos de gestão de conflitos, stress e estratégias de coping e Burnout que lhes permita lidar com mais eficácia e eficiência perante situações de stress.

Julgamos que este estudo poderia servir de plataforma para estudos futuros envolvendo outros membros da equipa pluridisciplinar, abrangendo maior leque de variáveis com eventual efeito moderador, como por exemplo os efeitos da sobrecarga de trabalho.

Esperamos com este trabalho dar um contributo para um maior conhecimento acerca dos estilos de gestão de conflitos e a síndrome *Burnout* no profissional de enfermagem, de modo que os intervenientes do sistema de saúde sejam capazes de ser mais pró- activos e interventivos.

7 – CONCLUSÃO

O conflito faz parte da nossa vivência enquanto seres sociais em constante interacção com os outros, ele é parte integrante da vida dos seres humanos.

A sua existência não é prejudicial, antes pelo contrário, promove o crescimento e desenvolvimento e, é uma manifestação saudável da capacidade grupal. A sua anulação ou inexistência não seriam de modo algum benéficas quer para os indivíduos quer para as organizações.

Se o conflito for convenientemente vivenciado pode ser impulsor da resolução criativa de problemas que surgem no dia-a dia.

Rahim (2000), refere que a gestão construtiva dos conflitos nas organizações é um factor preponderante para a eficácia organizacional.

De acordo com Friedberg (1993:287), "um grupo que nas suas condições de acção concreta, isto é, nos constrangimentos materiais e relacionais da sua situação, aprendeu a gerir e de algum modo a domesticar, em vez de os abafar, os conflitos, as tensões, as discussões e as relações de poder e de concorrência inseparáveis da sua existência e da sua acção enquanto grupo, adquiriu, por esse fato, uma capacidade cultural propriamente colectiva. Esta, permitir-lhe-á agir melhor e mais eficazmente que outros grupos que, por razões diversas, não adquiriram essa capacidade".

O conflito surge por ideias antagónicas dos indivíduos face aos problemas e decorre do facto de a zona de incerteza, de qualquer sistema social, ser o comportamento pouco previsível dos vários actores.

O conflito representa a natureza do trabalho complexo nas organizações de saúde.

O termo burnout (esgotamento) surge como uma metáfora utilizada para definir um estado de fadiga física e mental, que ocorre em múltiplos profissionais, principalmente os que se encontram ligados às profissões de ajuda.

Cristina Maslach (1981), citada por Queirós (2005:31), interessada no estudo do estímulo emocional provocado pelo trabalho, mais especificamente nas estratégias cognitivas desenvolvidas pelos indivíduos (afastamento,

desumanização), verificou existir relação entre emoções e comportamentos dos indivíduos no trabalho.

A relação do Enfermeiro com o doente é de algum modo assimétrica, pois de um modo geral, é ele quem dá e, tendo em consideração o ambiente altamente despersonalizante do Bloco Operatório, podemos considerar o facto de ser enfermeiro num serviço deste tipo como sendo um profissional de risco em termos de desgaste profissional- *Burnout*.

Com base nestes pressupostos, interessava-nos saber em que medida as estratégias de gestão de conflitos estão relacionadas com as três dimensões do *Burnout*, com o objectivo de conhecer quais os estilos que são menos nocivos para os sujeitos.

Deste modo, realizámos este estudo numa amostra de 40 enfermeiros do Bloco Operatório, sendo os resultados obtidos meramente representativos da amostra em causa, pelo que não se pretendem extrapolar de modo algum para a população de enfermeiros de Bloco Operatório.

A nossa investigação teve como ponto de partida a questão:

“ Será que os estilos de gestão de conflitos utilizados pelos enfermeiros do Bloco Operatório do HGO, EPE estão associados aos seus níveis de desgaste profissional?”

Através das respostas aos questionários: MBI que avalia as três dimensões do *Burnout* (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal), da Escala de Estratégias para Gestão de Conflitos e de um pequeno questionário de caracterização sócio- demográfica, tentámos responder à nossa questão.

Da análise dos resultados constatou-se que os enfermeiros inquiridos apresentam níveis baixos de exaustão emocional e de despersonalização e, um nível médio de realização pessoal. Desta forma, podemos afirmar que, de

um modo geral, os Enfermeiros participantes no estudo manifestam um **baixo nível de *Burnout***.

Porém, embora não se verifique que na referida amostra a presença de Burnout seja notória, é possível verificar que os sentimentos relacionados com a Exaustão Emocional que ocorrem com mais frequência, estão relacionados com o facto de os enfermeiros trabalharem com pessoas o dia inteiro e de se sentirem como uma corda esticada até ao fim.

Tal como refere Maslach e Leiter (1997), citados por Freitas (1999: 58), o Burnout é definido com uma crise da relação com o trabalho e não necessariamente uma crise com as pessoas no trabalho, o que de certo modo é o que se verifica no presente estudo, uma vez que a Exaustão Emocional manifestada está relacionada com as características do trabalho e não especialmente com os doentes ou pares.

No entanto, poderíamos esperar que os participantes apresentassem um nível de Exaustão Emocional maior, pois segundo alguns autores, nomeadamente Maslach (1996) e Freudenberg (1974), ambos citados por Queirós (1997: 62) as profissões de ajuda que prestam serviços humanos e directos a pessoas, estão sujeitas a maior pressão e, o burnout é mais característico dos indivíduos que trabalham com pessoas.

Maslach, *et al.* (2001), citado por Queirós (2005:60), referem que presumivelmente altas expectativas no trabalho ligam-se a exaustão, o que poderá justificar o facto de serem os elementos que se encontram a progredir na carreira os que apresentam maior stress.

Na Despersonalização, a frequência dos sentimentos é regular; é visível a preocupação dos inquiridos com o que possa suceder às pessoas com quem trabalham, assim como a referência ao não se terem tornado indiferentes para com estas no desempenho das suas funções

Segundo Garcia (1990), trabalhar com dor e sofrimento pode, no entanto, trazer graves problemas emocionais, pois o sofrimento das pessoas, afecta também os profissionais. Os valores baixos apresentados pela amostra nesta dimensão, demonstram que a sua relação quer com os doentes quer com os seus pares ainda não se encontra afectada, devido talvez às características e

condições de trabalho e ao facto de se tratar de um grupo de profissionais relativamente jovens.

Maslach e Jackson (1997) citados por Queirós (2005:68) referem que tratar os doentes de forma mais objectiva e distante, torna facilitador o trabalho dos profissionais de saúde, aliviando-os em termos de desconforto psicológico. O que de certo modo justifica a preocupação dos enfermeiros da amostra com a eventual existência de um afastamento e distanciamento da sua parte relativamente aos doentes.

Os resultados na dimensão Realização Pessoal relevam o facto dos enfermeiros inquiridos conseguirem facilmente criar um ambiente descontraído com os seus doentes e estabelecerem uma boa relação com estes e com a equipa de saúde, uma vez que referem compreender facilmente como se sentem os seus doentes e lidam de uma forma muito eficaz com eles e com os problemas que surgem.

Considerando o estudo de Queirós (1997), que relacionava a satisfação no trabalho e o Desgaste Profissional, podemos referir que, muito provavelmente os sujeitos da amostra apresentam níveis aceitáveis de satisfação no trabalho, uma vez que encontramos valores baixos de Burnout.

Relativamente à estratégia de gestão de conflitos primária a que os enfermeiros da amostra mais recorrem verificamos que é o Compromisso sendo a secundária a Acomodação.

Em relação à estratégia primária por nós encontrada - o Compromisso, este pode ser definido como implicando cedência parcial por parte do sujeito para obter alguns ganhos, costuma ser utilizado quando existe uma situação equilibrada de poder, ou quando é necessário alcançar uma solução temporária sem pressão do tempo.

Quanto à estratégia secundária que identificámos – a Acomodação, esta apela a alguma dose de auto-sacrifício, revela uma alta preocupação em satisfazer as necessidades do outro e tem por objectivo o reconhecimento de interesses comuns; utiliza-se a Acomodação quando um assunto é muito importante para o outro ou quando o mais importante é manter a harmonia.

Tentámos ainda compreender se as variáveis sócio-demográficas Tempo de Exercício no Bloco Operatório e Vínculo ao Quadro afectavam de algum modo quer os Níveis de Burnout quer a escolha do estilo de estratégia de gestão de conflitos. A nossa escolha recaiu apenas sobre estas duas variáveis deste questionário por entendermos que as restantes seriam uma repetição destas - idade e tempo de exercício profissional e, categoria profissional. Quanto à variável sexo, consideramos que já está bastante descrita na literatura.

Da correlação efectuada entre as várias variáveis: Estilos de gestão de conflitos, Burnout e variáveis sócio-demográficas, os resultados em termos estatísticos não demonstraram diferenças significativas, pelo que não nos foi permitido aceitar as hipóteses por nós levantadas; com excepção para a relação existente entre o tipo de vínculo ao quadro e a escolha da estratégia de gestão de conflitos (Hipótese 4). Nesta hipótese confirmámos que os enfermeiros que pertencem ao quadro da instituição utilizam mais o estilo de imposição para resolver os seus conflitos. Este estilo prende-se com o comando autoritário que demonstra uma alta preocupação em defender os seus próprios interesses. Por outro lado, é um estilo que tem razão de existir no BO, uma vez que é útil quando é necessário impor rapidamente uma acção ou quando é indispensável alguma urgência. É por isso compreensível que sejam os enfermeiros do quadro, os que pertencem verdadeiramente à instituição que tenham legitimidade para se imporem, com todas as consequências que isso acarreta.

Relembrando o objectivo a que nos propusemos, podemos referir que conseguimos a sua consecução, apesar dos resultados não terem sido significativos.

De qualquer modo, parece-nos importante realçar que o estudo deve ser tido em conta e conduzir à reflexão dos profissionais de Enfermagem.

Pois se a síndrome burnout estiver presente nos enfermeiros, fica comprometido o seu trabalho, bem como a sua qualidade de vida e dos cuidados prestados aos utentes.

Em termos de gestão do stress podemos identificar como factores importantes: fazer pausas no trabalho; desenvolver actividades de recriação e relaxantes; reforçar o suporte social, construir relações sociais, demonstrar pertença, pedir e dar conselho, partilhar informação, mostrar-se prestável.

Os enfermeiros devem estar bem adaptados ao trabalho, programando a realização de tarefas nos momentos adequados e estabelecendo prioridades. Devem promover o controlo emocional, tentar viver despreocupados, sem se atormentarem com problemas passados e/ ou futuros. Serem flexíveis e encararem os problemas como oportunidades.

“ ...Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos...É ter coragem para ouvir um não. É ter segurança para receber uma crítica, mesmo que injusta. Pedras no caminho? Guardo todas, um dia vou construir um castelo...”

In A felicidade exige valentia,
Fernando Pessoa

8- BIBLIOGRAFIA

- BARROS, A. (2006) – **Comunicação em Contexto Hospitalar – O Caso dos Conflitos Interprofissionais no Bloco Operatório**, Lisboa, s.n.
- BILHIM, J. (1996) – **Teoria Organizacional: estruturas e pessoas**. Lisboa: ISCSP.
- BOND, M. (1986) – **Stress and Self-Awareness: A Guide for Nurses**. Great Britain: Butterworth- Heinemann, Ltd.
- BREAKWELL, G. (1991)- **Prevenção do Stress no Trabalho**. Enfermagem em Foco. Lisboa: SEP. I, (2), 58.
- DELBREUCK, M. (2006)- **Síndrome de Exaustão (Burnout)**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- CARAPINHEIRO, G. (1993) – **Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. (3ª ed.) Lisboa: Afrontamento.
- CARLOTTO, M. (2004). **Análise factorial do MBI**. Psicologia em Estudo. Maringá, Vol 9, Nº 3, 499-505.
- CARMO, H; FERREIRA, M. (1998). **Metodologia da Investigação – Guia para a Auto-Aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta.
- CHIAVENATO, I. (1993) – **Introdução à Teoria Geral da Administração**. (4ª ed.) Brasil: Editora Mácron Books.
- CUNHA et al (2004) – **Manual de Comportamento Organizacional e Gestão**. (3ª ed.). Lisboa: RH Editora.
- CRUZ et al (1999) - **Desenvolvimento e Adaptação de um Instrumento de Avaliação Psicológica do Burnout para os Profissionais de Psicologia**.

Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. Volume VI. Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses, 596-603.

- FARMER, M. e ROTH, J. (1998) – **Conflit Handling Behavior in Work Groups: Effects of Group Structure, Decision Processes and Time**. Small Group Research: 669-713.
- FERREIRA et al (2001) – **Manual de Psicossociologia das Organizações**. Lisboa: McGraw-Hill.
- FISCHER, R. e Ury, W. (1981) – **Getting to Yes: Negotiating Agreement Without Giving in**. London: Hutchinson.
- FORTIN, M. (2000) – **O Processo de Investigação: Da concepção à realização**. (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- FREUDENBERGER, H.J. (1975) - **The Staff Burnout**. Journal of Social Issues. Vol.30, 159-165.
- FRIEDBERG, E. (1993) – **O Poder e a Regra: dinâmicas da acção organizada**. Lisboa: Instituto Piaget.
- GARCIA, M. (1990) - **Burnout Profesional en Organizaciones**. Boletín de Psicología, 29,7-27.
- GRAÇA, L. (1986, 1992) - **Textos da Escola Nacional de Saúde Pública da Cadeira de Ciências Sociais e Humanas**.
- GRAÇA, L. (1992) - **O trabalho em equipa. Uma nova lógica de organização do trabalho e de participação na gestão**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Janeiro/ Março, 5- 17.

- GRAÇA, L. (2005) - **O conflito nas organizações de saúde**. Lisboa. Grupo de Disciplinas de Saúde Ocupacional. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade de Lisboa (Textos T 1258).

- JESUÍNO, J.C. (1992) - **A Negociação: Estratégias E Tácticas**. Lisboa: Texto Editora, Lda.

- JESUÍNO, J.C. (1996) - **Processos de Liderança**. (2ª ed.). Lisboa: Livros Horizonte.

- LITTLEJOHN, S. (1988) – **Fundamentos Teóricos Da Comunicação Humana**. (1ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

- MAROCO, J. (2007) – **Análise Estatística com Utilização do SPSS**, (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

- MASLACH, Christina (1996)- **Maslach Burnout Inventory Manual**. Palo Alto, California Third Edition.

- MARTINEZ, O.V.; BERBÉ, M. (1996)- **Identidad Enfermera: Perspectiva Psicanalitica**. Revista Rol de Enfermeía. (217), 27-31.

- MASLACH, Christina (2001)- **What Have we Learned about Burnout and Health?**. Psychology and Health, vol. 16, 607-611.

- MASLACH, Christina (2001)- **Job Burnout**. In Annual Revue of Psychology. Nº 52, 397-422.

- MOREIRA, M.; SILVA, P.I.; CUNHA, P. (2003) – **Estilos de Gestão de Conflito nas Organizações: uma contribuição para a prática construtiva da resolução de conflitos**. Recursos Humanos Magazine. Lisboa: Editora RH, Lda, 42-45.

- NUNES, J.C.L. (2000) – **Comunicação e Identidade de Grupos Profissionais numa Instituição de saúde – O caso de Médicos e Enfermeiros**, Lisboa, s.n.

- PEARCE, Barnett (1994) - **Interpersonal Communication: Making Social Worlds**. New York: Harper Collins College Publishers.

- PINHEIRO, M.J.D. (1993). **Bloco operatório que tendências?** Nursing, nº61, Fevereiro, 6-10.
- PINHEIRO, M.J.D. (1996). **Formação dos enfermeiros de bloco operatório**. Enfermagem, nº1 (2ª Série), Janeiro/ Março, 4-6.

- POLEY, R.B. (1988) – **Explorando a Polarização dos Grupos Organizacionais**, “ Análise Psicológica”. Lisboa, 3-4, (VI), Setembro, 381-392.

- POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. (1995). **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- PRONOST, A. M. (1996). **La Prevention du Burnout et ses Incidences sur les Stratégies de Coping**. Psychologie Française, nº41, (2), 165-172.

- QUEIRÓS, P. J. P. (2005): **Burnout no Trabalho e Conjugal em Enfermeiros Portugueses**. 1a Edição. Coimbra: Edições Sinais Vitais.

- REGO, A. (1999) – **Comunicação nas Organizações**. (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

- RIBEIRO, J.P. (2007) - **Introdução à Psicologia da Saúde**. (2ª ed.). Quarteto Editora.
- RILEY, J.B. (2005) – **Comunicação em Enfermagem**. (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- SERRA, A.V. (1999) - **O Stress na Vida de Todos os Dias**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- SHAUFELI, W. (2001) – **Introduction to Special Issue on Burnout and Health**. In *Psychology and Health*, vol.16, 501-510.
- SOUSA, M. R; GALVÃO, S. (1998) – **Introdução ao Estudo de Direito**. Lisboa: Publicações Europa – América, Lda.
- TAJFEL, H. (1982) – **Grupos Humanos e Categorias Sociais**. I e II. Lisboa: Livros Horizonte.
- VALA, J; MONTEIRO, M.B. (2000) – **Psicologia Social**. (4ª ed.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- VAN de V., E; EUWEMA, M.C; HUISMANS, S. (1995) - **Managing Conflict with a Subordinate or a Superior: Effectiveness of Conglomerated Behavior**. *Journal of Applied Psychology*, 80, 271-278.

ANEXOS

ANEXO I - PEDIDO FORMAL

ANEXO II

CARACTERIZAÇÃO PESSOAL

Idade: _____

Sexo: F ___ M ___

Tempo de exercício profissional: _____ (anos)

Tempo de experiência em Bloco Operatório: _____

Tipo de horário praticado: Fixo ___ Roullement ___

Categoria profissional: _____

Vínculo à instituição: _____

ANEXO III

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 descreve (de 1 a 6).

	NUNCA	ALGUMAS VEZES POR ANO	UMA VEZ POR MÊS	ALGUMAS VEZES POR MÊS	UMA VEZ POR SEMANA	ALGUMAS VEZES POR SEMANA	TODOS OS DIAS
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 quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia no 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	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 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
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 serviços	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

1 - nunca 2- algumas vezes por ano 3 - 1 vez por mês 4 - algumas vezes por mês
5 - 1 vez por semana 6 - algumas vezes por semana 7 - todos os dias

ANEXO IV

Estratégias para Gestão de Conflitos

Indique com que cada uma das seguintes estratégias utilizando a seguinte escala de 1 a 5, sendo 1 “raramente”, 3 “por vezes” e 5 “sempre”.

- ___ 1. Defendo a minha posição com tenacidade.
- ___ 2. Procuo por as necessidades dos outros acima das minhas.
- ___ 3. Tento chegar a um compromisso aceitável para ambas as partes.
- ___ 4. Tento não me envolver em conflitos.
- ___ 5. Procuo examinar os problemas em conjunto de uma forma exaustiva.
- ___ 6. Tento identificar o que há de errado na posição do outro.
- ___ 7. Procuo promover a harmonia.
- ___ 8. Negoceio para obter parte daquilo que proponho.
- ___ 9. Evito abrir discussões sobre aspectos controversos.
- ___ 10. Partilho abertamente com os outros a informação de que disponho a fim de resolver os pontos em discórdia.
- ___ 11. Gosto de vencer uma discussão.
- ___ 12. Alinho com as sugestões dos outros.
- ___ 13. Procuo um meio termo para resolver os desacordos.
- ___ 14. Guardo aquilo que sinto para mim a fim de evitar melindres.
- ___ 15. Encorajo uma troca aberta sobre as discórdias e problemas.
- ___ 16. Tenho dificuldade em admitir que estou errado.
- ___ 17. Procuo ajudar os outros a evitar “perda de face”.
- ___ 18. Saliento as vantagens de “dar e receber”.
- ___ 19. Encorajo os outros a tomar a iniciativa na resolução da controvérsia.
- ___ 20. Apresento a minha posição como sendo apenas um ponto de vista.

ANEXO V

Grelha de Apuramento

Imposição		Acomodação		Compromisso		Evitamento		Integração	
<u>Item</u>	<u>Resultado</u>	<u>Item</u>	<u>Resultado</u>	<u>Item</u>	<u>Resultado</u>	<u>Item</u>	<u>Resultado</u>	<u>Item</u>	<u>Resultado</u>
1	_____	2	_____	3	_____	4	_____	5	_____
6	_____	7	_____	8	_____	9	_____	10	_____
11	_____	12	_____	13	_____	14	_____	15	_____
16	_____	17	_____	18	_____	19	_____	20	_____
Total	<input type="text"/>	Total	<input type="text"/>	Total	<input type="text"/>	Total	<input type="text"/>	Total	<input type="text"/>

Estratégia primária (resultado mais elevado) - _____

Estratégia secundária (resultado a seguir) - _____

ANEXO VI

Estatística Descritiva do Questionário Sócio-Demográfico

```
FREQUENCIES
  VARIABLES=sexo idade Tmp_Prof Tmp_Bloco horario cat_prof Vinculo
  /ORDER= ANALYSIS .
```

Frequencies

Frequency Table

sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	feminino	33	82,5	82,5	82,5
	masculino	7	17,5	17,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	22	1	2,5	2,5	2,5
	23	2	5,0	5,0	7,5
	24	6	15,0	15,0	22,5
	25	4	10,0	10,0	32,5
	26	1	2,5	2,5	35,0
	28	2	5,0	5,0	40,0
	32	2	5,0	5,0	45,0
	34	1	2,5	2,5	47,5
	35	1	2,5	2,5	50,0
	36	1	2,5	2,5	52,5
	37	1	2,5	2,5	55,0
	38	3	7,5	7,5	62,5
	39	3	7,5	7,5	70,0
	40	2	5,0	5,0	75,0
	41	4	10,0	10,0	85,0
	42	3	7,5	7,5	92,5
	43	3	7,5	7,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Tmp_Prof

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	6	15,0	15,0	15,0
	2	6	15,0	15,0	30,0
	3	2	5,0	5,0	35,0
	6	1	2,5	2,5	37,5
	7	1	2,5	2,5	40,0
	11	1	2,5	2,5	42,5
	12	3	7,5	7,5	50,0
	13	1	2,5	2,5	52,5
	14	2	5,0	5,0	57,5
	15	1	2,5	2,5	60,0
	16	3	7,5	7,5	67,5
	17	3	7,5	7,5	75,0
	18	7	17,5	17,5	92,5
	19	2	5,0	5,0	97,5
	22	1	2,5	2,5	100,0
	Total		40	100,0	100,0

Tmp_Bloco

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	6	15,0	15,0	15,0
	2	8	20,0	20,0	35,0
	3	2	5,0	5,0	40,0
	4	3	7,5	7,5	47,5
	5	1	2,5	2,5	50,0
	6	3	7,5	7,5	57,5
	7	1	2,5	2,5	60,0
	9	3	7,5	7,5	67,5
	10	1	2,5	2,5	70,0
	12	2	5,0	5,0	75,0
	14	2	5,0	5,0	80,0
	15	1	2,5	2,5	82,5
	16	2	5,0	5,0	87,5
	17	1	2,5	2,5	90,0
	18	4	10,0	10,0	100,0
	Total		40	100,0	100,0

horario

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	fixo	29	72,5	72,5	72,5
	rotativo	11	27,5	27,5	100,0
Total		40	100,0	100,0	

cat_prof

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	enfermeiro	21	52,5	52,5	52,5
	enfermeiro graduado	19	47,5	47,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Vinculo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Quadro	23	57,5	57,5	57,5
	Contratado	17	42,5	42,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

DESCRIPTIVES

```
VARIABLES=idade Tmp_Prof Tmp_Bloco
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX .
```

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
idade	40	22	43	33,25	7,632
Tmp_Prof	40	1	22	10,63	7,277
Tmp_Bloco	40	1	18	7,38	6,109
Valid N(listwise)	40				

RECODE

```
idade
(22 thru 30=1) (31 thru 40=2) (41 thru Highest=3) INTO Idade_grp
```

EXECUTE .

FREQUENCIES

```
VARIABLES=Idade_grp
/ORDER= ANALYSIS .
```

Frequencies

Statistics

Idade_grp		
N	Valid	40
	Missing	0

Idade_grp

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid até 30 anos	16	40,0	40,0	40,0
31 - 40	14	35,0	35,0	75,0
> 40 anos	10	25,0	25,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

```

RECODE
  Tmp_Prof
  (0 thru 5=1) (6 thru 10=2) (11 thru 15=3) (16 thru Highest=4)
INTO
  Antiguidade .
EXECUTE .
FREQUENCIES
  VARIABLES=Antiguidade
  /ORDER= ANALYSIS .

```

Frequencies

Statistics

Antiguidade

N	Valid	40
	Missing	0

Antiguidade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid até 5 anos	14	35,0	35,0	35,0
6 - 10	2	5,0	5,0	40,0
11 - 15	8	20,0	20,0	60,0
> 15 anos	16	40,0	40,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

ANEXO VII

Estatística Descritiva do Questionário MBI

```

FREQUENCIES
  VARIABLES=MBI_01 MBI_02 MBI_03 MBI_04 MBI_05 MBI_06 MBI_07 MBI_08
MBI_09
  MBI_10 MBI_11 MBI_12 MBI_13 MBI_14 MBI_15 MBI_16 MBI_17 MBI_18
MBI_19
  MBI_20 MBI_21 MBI_22 GC_01 GC_02 GC_03 GC_04 GC_05 GC_06 GC_07 GC_08
GC_09
  GC_10 GC_11 GC_12 GC_13 GC_14 GC_15 GC_16 GC_17 GC_18 GC_19 GC_20
/ORDER= ANALYSIS .
  
```

Frequencies

Frequency Table

MBI_01

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	7	17,5	17,5	17,5
	algumas vezes por ano	16	40,0	40,0	57,5
	1 vez por mês	3	7,5	7,5	65,0
	algumas vezes por mês	8	20,0	20,0	85,0
	1 vez por semana	2	5,0	5,0	90,0
	algumas vezes por semana	4	10,0	10,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

MBI_02

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	1	2,5	2,5	2,5
	algumas vezes por ano	8	20,0	20,0	22,5
	1 vez por mês	5	12,5	12,5	35,0
	algumas vezes por mês	11	27,5	27,5	62,5
	1 vez por semana	3	7,5	7,5	70,0
	algumas vezes por semana	12	30,0	30,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

MBI_03

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	6	15,0	15,0	15,0
	algumas vezes por ano	16	40,0	40,0	55,0
	1 vez por mês	2	5,0	5,0	60,0
	algumas vezes por mês	10	25,0	25,0	85,0
	1 vez por semana	4	10,0	10,0	95,0
	algumas vezes por semana	2	5,0	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

MBI_04

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 vez por mês	2	5,0	5,0	5,0
	algumas vezes por mês	4	10,0	10,0	15,0
	1 vez por semana	4	10,0	10,0	25,0
	algumas vezes por semana	18	45,0	45,0	70,0
	todos os dias	12	30,0	30,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

MBI_05

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	28	70,0	70,0	70,0
	algumas vezes por ano	7	17,5	17,5	87,5
	1 vez por mês	2	5,0	5,0	92,5
	algumas vezes por mês	2	5,0	5,0	97,5
	1 vez por semana	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

MBI_06

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	23	57,5	57,5	57,5
	algumas vezes por ano	9	22,5	22,5	80,0
	1 vez por mês	4	10,0	10,0	90,0
	algumas vezes por mês	4	10,0	10,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

MBI_07

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	algumas vezes por ano	2	5,0	5,0	5,0
	algumas vezes por mês	3	7,5	7,5	12,5
	1 vez por semana	2	5,0	5,0	17,5
	algumas vezes por semana	18	45,0	45,0	62,5
	todos os dias	15	37,5	37,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

MBI_08

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	7	17,5	17,5	17,5
	algumas vezes por ano	17	42,5	42,5	60,0
	1 vez por mês	4	10,0	10,0	70,0
	algumas vezes por mês	6	15,0	15,0	85,0
	1 vez por semana	1	2,5	2,5	87,5
	algumas vezes por semana	3	7,5	7,5	95,0
	todos os dias	2	5,0	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

MBI_09

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	1	2,5	2,5	2,5
	1 vez por mês	1	2,5	2,5	5,0
	algumas vezes por mês	8	20,0	20,0	25,0
	1 vez por semana	2	5,0	5,0	30,0
	algumas vezes por semana	15	37,5	37,5	67,5
	todos os dias	13	32,5	32,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

MBI_10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	30	75,0	75,0	75,0
	algumas vezes por ano	8	20,0	20,0	95,0
	1 vez por mês	1	2,5	2,5	97,5
	algumas vezes por mês	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

MBI_11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	17	42,5	42,5	42,5
	algumas vezes por ano	11	27,5	27,5	70,0
	1 vez por mês	4	10,0	10,0	80,0
	algumas vezes por mês	4	10,0	10,0	90,0
	algumas vezes por semana	1	2,5	2,5	92,5
	todos os dias	3	7,5	7,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

MBI_12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	1	2,5	2,5	2,5
	algumas vezes por mês	8	20,0	20,0	22,5
	1 vez por semana	3	7,5	7,5	30,0
	algumas vezes por semana	21	52,5	52,5	82,5
	todos os dias	7	17,5	17,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

MBI_13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	10	25,0	25,0	25,0
	algumas vezes por ano	18	45,0	45,0	70,0
	1 vez por mês	6	15,0	15,0	85,0
	algumas vezes por mês	4	10,0	10,0	95,0
	algumas vezes por semana	2	5,0	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

MBI_14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	10	25,0	25,0	25,0
	algumas vezes por ano	8	20,0	20,0	45,0
	1 vez por mês	5	12,5	12,5	57,5
	algumas vezes por mês	8	20,0	20,0	77,5
	1 vez por semana	1	2,5	2,5	80,0
	algumas vezes por semana	6	15,0	15,0	95,0
	todos os dias	2	5,0	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

MBI_15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	36	90,0	90,0	90,0
	algumas vezes por ano	3	7,5	7,5	97,5
	algumas vezes por mês	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

MBI_16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	16	40,0	40,0	40,0
	algumas vezes por ano	16	40,0	40,0	80,0
	1 vez por mês	8	20,0	20,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

MBI_17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	algumas vezes por ano	1	2,5	2,5	2,5
	algumas vezes por mês	2	5,0	5,0	7,5
	1 vez por semana	2	5,0	5,0	12,5
	algumas vezes por semana	21	52,5	52,5	65,0
	todos os dias	14	35,0	35,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

MBI_18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	1	2,5	2,5	2,5
	algumas vezes por ano	1	2,5	2,5	5,0
	algumas vezes por mês	5	12,5	12,5	17,5
	1 vez por semana	6	15,0	15,0	32,5
	algumas vezes por semana	17	42,5	42,5	75,0
	todos os dias	10	25,0	25,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

MBI_19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	algumas vezes por ano	1	2,5	2,5	2,5
	algumas vezes por mês	7	17,5	17,5	20,0
	1 vez por semana	7	17,5	17,5	37,5
	algumas vezes por semana	18	45,0	45,0	82,5
	todos os dias	7	17,5	17,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

MBI_20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	21	52,5	52,5	52,5
	algumas vezes por ano	14	35,0	35,0	87,5
	1 vez por mês	2	5,0	5,0	92,5
	algumas vezes por mês	3	7,5	7,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

MBI_21

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	algumas vezes por ano	2	5,0	5,0	5,0
	1 vez por mês	1	2,5	2,5	7,5
	algumas vezes por mês	9	22,5	22,5	30,0
	1 vez por semana	4	10,0	10,0	40,0
	algumas vezes por semana	15	37,5	37,5	77,5
	todos os dias	9	22,5	22,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

MBI_22

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	29	72,5	72,5	72,5
	algumas vezes por ano	6	15,0	15,0	87,5
	1 vez por mês	4	10,0	10,0	97,5
	algumas vezes por mês	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

As respostas ao MBI podem ser apreciadas na tabela número 1. Evidenciamos em cinza claro as respostas mais frequentes (resposta modal).

Tabela 3 – Frequências absolutas e relativas das respostas ao MBI

		1	2	3	4	5	6	7	Total
1 . Sinto-me emocionalmente esgotado(a) com o meu trabalho	Freq	7	16	3	8	2	4		40
	%	17,5	40,0	7,5	20,0	5,0	10,0		100,0
2 . Sinto-me exausto(a) no fim de um dia de trabalho	Freq	1	8	5	11	3	12		40
	%	2,5	20,0	12,5	27,5	7,5	30,0		100,0
3. Sinto-me cansado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia no emprego	Freq	6	16	2	10	4	2		40
	%	15,0	40,0	5,0	25,0	10,0	5,0		100,0
4 . Compreendo facilmente o que sentem as pessoas com quem tenho de me relacionar no meu trabalho	Freq			2	4	4	18	12	40
	%			5,0	10,0	10,0	45,0	30,0	100,0
5 . Sinto que trato algumas pessoas das minhas relações profissionais como se fossem objectos	Freq	28	7	2	2	1			40
	%	70,0	17,5	5,0	5,0	2,5			100,0
6 . Trabalhar com pessoas todo o dia esgota-me	Freq	23	9	4	4				40
	%	57,5	22,5	10,0	10,0				100,0
7 . Sou capaz de lidar de forma eficaz com os problemas dos clientes/utentes da organização onde trabalho	Freq		2		3	2	18	15	40
	%		5,0		7,5	5,0	45,0	37,5	100,0
8 . O meu trabalho deixa-me completamente exausto	Freq	7	17	4	6	1	3	2	40
	%	17,5	42,5	10,0	15,0	2,5	7,5	5,0	100,0
9 . Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida das outras pessoas	Freq	1		1	8	2	15	13	40
	%	2,5		2,5	20,0	5,0	37,5	32,5	100,0
10 . Tornei-me mais indiferente para com as pessoas desde que comecei a exercer as funções que desempenho	Freq	30	8	1	1				40
	%	75,0	20,0	2,5	2,5				100,0
11 . Preocupo-me que as funções que exerço me estejam a transformar numa pessoa mais dura	Freq	17	11	4	4		1	3	40
	%	42,5	27,5	10,0	10,0		2,5	7,5	100,0
12 . Sinto-me cheio(a) de energia	Freq	1			8	3	21	7	40
	%	2,5			20,0	7,5	52,5	17,5	100,0
13 . Sinto-me frustrado(a) no trabalho	Freq	10	18	6	4		2		40
	%	25,0	45,0	15,0	10,0		5,0		100,0
14. Sinto que estou a trabalhar em excesso no meu emprego	Freq	10	8	5	8	1	6	2	40
	%	25,0	20,0	12,5	20,0	2,5	15,0	5,0	100,0
15 . Na verdade não me preocupo com o que possa suceder aos clientes/utentes da organização onde trabalho	Freq	36	3		1				40
	%	90,0	7,5		2,5				100,0
16 . Trabalhar directamente com pessoas causa-me muito stresse	Freq	16	16	8					40
	%	40,0	40,0	20,0					100,0
17 . Consigo criar facilmente um ambiente descontraído com as pessoas a quem presto serviço	Freq		1		2	2	21	14	40
	%		2,5		5,0	5,0	52,5	35,0	100,0
18 . Sinto-me entusiasmado(a) após sessões de trabalho com as pessoas a quem presto serviços	Freq	1	1		5	6	17	10	40
	%	2,5	2,5		12,5	15,0	42,5	25,0	100,0
19 . No meu trabalho tenho conseguido fazer coisas com valor	Freq		1		7	7	18	7	40
	%		2,5		17,5	17,5	45,0	17,5	100,0
20 . Sinto-me como uma corda esticada até ao fim	Freq	21	14	2	3				40
	%	52,5	35,0	5,0	7,5				100,0
21 . No meu trabalho enfrento calmamente os problemas emocionais	Freq		2	1	9	4	15	9	40
	%		5,0	2,5	22,5	10,0	37,5	22,5	100,0
22 . Sinto que os clientes/utentes da organização me culpam por alguns dos seus problemas	Freq	29	6	4	1				40
	%	72,5	15,0	10,0	2,5				100,0

1 - nunca 2- algumas vezes por ano 3 - 1 vez por mês 4 - algumas vezes por mês

5 - 1 vez por semana 6 - algumas vezes por semana 7 - todos os dias

ANEXO VIII

Estadística Descritiva do Questionário Estratégias de Gestão de Conflitos

GC_01

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	2,5	2,5	2,5
	por vezes	24	60,0	60,0	62,5
	4	8	20,0	20,0	82,5
	sempre	7	17,5	17,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

GC_02

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	3	7,5	7,5	7,5
	2	2	5,0	5,0	12,5
	por vezes	26	65,0	65,0	77,5
	4	7	17,5	17,5	95,0
	sempre	2	5,0	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

GC_03

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	por vezes	6	15,0	15,0	15,0
	4	14	35,0	35,0	50,0
	sempre	20	50,0	50,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

GC_04

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	2,5	2,5	2,5
	por vezes	4	10,0	10,0	12,5
	4	7	17,5	17,5	30,0
	sempre	28	70,0	70,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

GC_05

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	2	5,0	5,0	5,0
	por vezes	19	47,5	47,5	52,5
	4	12	30,0	30,0	82,5
	sempre	7	17,5	17,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

GC_06

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	1	2,5	2,5	2,5
	2	2	5,0	5,0	7,5
	por vezes	15	37,5	37,5	45,0
	4	10	25,0	25,0	70,0
	sempre	12	30,0	30,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

GC_07

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	9	22,5	22,5	22,5
	sempre	31	77,5	77,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

GC_08

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	2	5,0	5,0	5,0
	2	2	5,0	5,0	10,0
	por vezes	16	40,0	40,0	50,0
	4	13	32,5	32,5	82,5
	sempre	7	17,5	17,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

GC_09

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	5	12,5	12,5	12,5
	por vezes	20	50,0	50,0	62,5
	4	7	17,5	17,5	80,0
	sempre	8	20,0	20,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

GC_10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	2,5	2,5	2,5
	por vezes	6	15,0	15,0	17,5
	4	12	30,0	30,0	47,5
	sempre	21	52,5	52,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

GC_11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	5	12,5	12,5	12,5
	2	4	10,0	10,0	22,5
	por vezes	19	47,5	47,5	70,0
	4	7	17,5	17,5	87,5
	sempre	5	12,5	12,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

GC_12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	2,5	2,5	2,5
	por vezes	24	60,0	60,0	62,5
	4	10	25,0	25,0	87,5
	sempre	5	12,5	12,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

GC_13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	por vezes	8	20,0	20,0	20,0
	4	14	35,0	35,0	55,0
	sempre	18	45,0	45,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

GC_14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	5	12,5	12,5	12,5
	2	1	2,5	2,5	15,0
	por vezes	24	60,0	60,0	75,0
	4	6	15,0	15,0	90,0
	sempre	4	10,0	10,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

GC_15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	10	25,0	25,0	25,0
	2	3	7,5	7,5	32,5
	por vezes	17	42,5	42,5	75,0
	4	6	15,0	15,0	90,0
	sempre	4	10,0	10,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

GC_16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	18	45,0	45,0	45,0
	2	10	25,0	25,0	70,0
	por vezes	10	25,0	25,0	95,0
	4	2	5,0	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

GC_17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	1	2,5	2,5	2,5
	2	2	5,0	5,0	7,5
	por vezes	19	47,5	47,5	55,0
	4	12	30,0	30,0	85,0
	sempre	6	15,0	15,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

GC_18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	por vezes	10	25,0	25,0	25,0
	4	12	30,0	30,0	55,0
	sempre	18	45,0	45,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

GC_19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	2	5,0	5,0	5,0
	2	2	5,0	5,0	10,0
	por vezes	18	45,0	45,0	55,0
	4	9	22,5	22,5	77,5
	sempre	9	22,5	22,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

GC_20

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid por vezes	12	30,0	30,0	30,0
4	18	45,0	45,0	75,0
sempre	10	25,0	25,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

DESCRIPTIVES

VARIABLES=Exaustao Realizacao Despersonalizacao
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX .

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Exaustao	40	,13	3,25	1,4125	,82538
Realizacao	40	3,17	5,83	4,7583	,59311
Despersonalizacao	40	,00	1,75	,3563	,44537
Valid N(listwise)	40				

DESCRIPTIVES

VARIABLES=Imposicao Acomodacao Compromisso Evitamento Integracao
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX .

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Imposicao	40	1,50	4,75	3,0625	,69511
Acomodacao	40	3,00	4,50	3,7063	,36641
Compromisso	40	3,00	5,00	4,0813	,49480
Evitamento	40	2,00	4,50	3,6188	,53406
Integracao	40	2,00	5,00	3,6500	,58233
Valid N(listwise)	40				

ANEXO IX

Consistência Interna MBI e Estratégias de Gestão de Conflitos

RELIABILITY

```
/VARIABLES=MBI_08 MBI_03 MBI_20 MBI_16 MBI_01 MBI_13 MBI_14 MBI_06  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL/MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	40	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	40	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,746	8

RELIABILITY

```
/VARIABLES=MBI_17 MBI_07 MBI_04 MBI_19 MBI_21 MBI_09  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL/MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	40	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	40	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,645	6

```
RELIABILITY
/VARIABLES=MBI_05 MBI_15 MBI_10 MBI_22
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL/MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	40	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	40	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,668	4

```
RELIABILITY
/VARIABLES=MBI_01 MBI_02 MBI_03 MBI_04 MBI_05 MBI_06 MBI_07 MBI_08
MBI_09
MBI_10 MBI_11 MBI_12 MBI_13 MBI_14 MBI_15 MBI_16 MBI_17 MBI_18
MBI_19
MBI_20 MBI_21 MBI_22
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL/MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

```
RELIABILITY
/VARIABLES=MBI_01 MBI_03 MBI_04 MBI_05 MBI_06 MBI_07 MBI_08 MBI_09
MBI_10
MBI_13 MBI_14 MBI_15 MBI_16 MBI_17 MBI_19 MBI_20 MBI_21 MBI_22
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL/MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	40	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	40	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,628	18

RELIABILITY

/VARIABLES=GC_01 GC_06 GC_11 GC_16
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL/MODEL=ALPHA.

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	40	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	40	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,653	4

RELIABILITY

/VARIABLES=GC_02 GC_07 GC_12 GC_17
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL/MODEL=ALPHA.

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	40	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	40	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha ^a	N of Items
,747	4

- a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

RELIABILITY

```
/VARIABLES=GC_03 GC_08 GC_13 GC_18  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL/MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	40	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	40	100,0

- a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,648	4

RELIABILITY

```
/VARIABLES=GC_04 GC_09 GC_14 GC_19  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL/MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	40	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	40	100,0

- a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,794	4

```
RELIABILITY  
  /VARIABLES=GC_05 GC_10 GC_15 GC_20  
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL/MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	40	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	40	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,804	4

ANEXO X

Teste de Hipóteses

Descriptives

integracao_grp			Statistic	Std. Error		
Exhaustao	valor baixo	Mean	1,3173	,14146		
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,0260		
		Upper Bound	1,6087			
		5% Trimmed Mean	1,2687			
		Median	1,1250			
		Variance	,520			
		Std. Deviation	,72131			
		Minimum	,38			
		Maximum	3,25			
		Range	2,88			
		Interquartile Range	1,00			
		Skewness	1,062	,456		
		Kurtosis	,750	,887		
			valor alto	Mean	1,5893	,26611
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,0144
Upper Bound	2,1642					
5% Trimmed Mean	1,5784					
Median	1,3125					
Variance	,991					
Std. Deviation	,99570					
Minimum	,13					
Maximum	3,25					
Range	3,13					
Interquartile Range	1,63					
Skewness	,296			,597		
Kurtosis	-1,136			1,154		

Tests of Normality

integracao_grp		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Exhaustao	valor baixo	,153	26	,123	,914	26	,032
	valor alto	,157	14	,200*	,948	14	,533

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

NPAR TESTS

/M-W= Exhaustao BY integracao_grp(1 2)
/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

integracao_grp		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Exaustao	valor baixo	26	19,40	504,50
	valor alto	14	22,54	315,50
	Total	40		

Test Statistics^b

	Exaustao
Mann-Whitney U	153,500
Wilcoxon W	504,500
Z	-,810
Asymp. Sig. (2-tailed)	,418
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,424 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: integracao_grp

T-TEST

```
GROUPS = integracao_grp(1 2)
/MISSING = ANALYSIS
/VARIABLES = Exaustao
/CRITERIA = CI(.95) .
```

T-Test

Group Statistics

integracao_grp		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Exaustao	valor baixo	26	1,3173	,72131	,14146
	valor alto	14	1,5893	,99570	,26611

NONPAR CORR

```
/VARIABLES=Exaustao Integracao
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE .
```

Nonparametric Correlations

Correlations

			Exaustao	Integracao
Spearman's rho	Exaustao	Correlation Coefficient	1,000	,195
		Sig. (2-tailed)	.	,228
		N	40	40
	Integracao	Correlation Coefficient	,195	1,000
		Sig. (2-tailed)	,228	.
		N	40	40

```
NONPAR CORR
/VARIABLES=Tmp_Bloco idade
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE .
```

Nonparametric Correlations

```
EXAMINE
VARIABLES=Realizacao Despersonalizacao BY integracao_grp
/PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT
/COMPARE GROUP
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
```

Explore

integracao_grp

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Realizacao	valor baixo	26	100,0%	0	,0%	26	100,0%
	valor alto	14	100,0%	0	,0%	14	100,0%
Despersonalizacao	valor baixo	26	100,0%	0	,0%	26	100,0%
	valor alto	14	100,0%	0	,0%	14	100,0%

Descriptives

integracao_grp			Statistic	Std. Error
Realizacao	valor baixo	Mean	4,7308	,11587
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 4,4921 Upper Bound 4,9694	
		5% Trimmed Mean	4,7286	
		Median	4,7500	
		Variance	,349	
		Std. Deviation	,59081	
		Minimum	3,67	
		Maximum	5,83	
		Range	2,17	
		Interquartile Range	,83	
	Skew ness	,053	,456	
	Kurtosis	-,705	,887	
	valor alto	Mean	4,8095	,16469
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 4,4537 Upper Bound 5,1653	
		5% Trimmed Mean	4,8532	
		Median	4,8333	
		Variance	,380	
		Std. Deviation	,61622	
		Minimum	3,17	
		Maximum	5,67	
Range		2,50		
Interquartile Range		,67		
Skew ness	-1,328	,597		
Kurtosis	3,109	1,154		
Despersonalizacao	valor baixo	Mean	,3942	,10017
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound ,1879 Upper Bound ,6005	
		5% Trimmed Mean	,3472	
		Median	,2500	
		Variance	,261	
		Std. Deviation	,51075	
		Minimum	,00	
		Maximum	1,75	
		Range	1,75	
		Interquartile Range	1,00	
	Skew ness	1,145	,456	
	Kurtosis	,264	,887	
	valor alto	Mean	,2857	,07799
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound ,1172 Upper Bound ,4542	
		5% Trimmed Mean	,2758	
		Median	,2500	
		Variance	,085	
		Std. Deviation	,29183	
		Minimum	,00	
		Maximum	,75	
Range		,75		
Interquartile Range		,50		
Skew ness	,359	,597		
Kurtosis	-1,456	1,154		

NPART TESTS

/M-W= Exaustao Realizacao Despersonalizacao BY integracao_grp(1 2)
/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

integracao_grp		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Exaustao	valor baixo	26	19,40	504,50
	valor alto	14	22,54	315,50
	Total	40		
Realizacao	valor baixo	26	19,58	509,00
	valor alto	14	22,21	311,00
	Total	40		
Despersonalizacao	valor baixo	26	20,77	540,00
	valor alto	14	20,00	280,00
	Total	40		

Test Statistics^b

	Exaustao	Realizacao	Desperso nalizacao
Mann-Whitney U	153,500	158,000	175,000
Wilcoxon W	504,500	509,000	280,000
Z	-,810	-,685	-,209
Asymp. Sig. (2-tailed)	,418	,494	,834
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,424 ^a	,510 ^a	,856 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: integracao_grp

T-TEST

```
GROUPS = integracao_grp(1 2)
/MISSING = ANALYSIS
/VARIABLES = Exaustao Realizacao Despersonalizacao
/CRITERIA = CI(.95) .
```

T-Test

Group Statistics

integracao_grp		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Exaustao	valor baixo	26	1,3173	,72131	,14146
	valor alto	14	1,5893	,99570	,26611
Realizacao	valor baixo	26	4,7308	,59081	,11587
	valor alto	14	4,8095	,61622	,16469
Despersonalizacao	valor baixo	26	,3942	,51075	,10017
	valor alto	14	,2857	,29183	,07799

FREQUENCIES

```
VARIABLES=Compromisso
/STATISTICS=MEDIAN
/ORDER= ANALYSIS .
```

Frequencies

Statistics

Compromisso		
N	Valid	40
	Missing	0
Median		4,0000

```

SORT CASES BY
  Compromisso (A) .
NPAR TESTS
  /M-W= Exaustao Realizacao Despersonalizacao BY Compromisso_grp(1
2)
  /MISSING ANALYSIS.

```

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

Compromisso_grp		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Exaustao	valor baixo	23	18,57	427,00
	valor alto	17	23,12	393,00
	Total	40		
Realizacao	valor baixo	23	18,28	420,50
	valor alto	17	23,50	399,50
	Total	40		
Despersonalizacao	valor baixo	23	20,76	477,50
	valor alto	17	20,15	342,50
	Total	40		

Test Statistics^b

	Exaustao	Realizacao	Desperso nalizacao
Mann-Whitney U	151,000	144,500	189,500
Wilcoxon W	427,000	420,500	342,500
Z	-1,220	-1,404	-,173
Asymp. Sig. (2-tailed)	,223	,160	,862
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,232 ^a	,165 ^a	,871 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Compromisso_grp

```

T-TEST
GROUPS = Compromisso_grp(1 2)
/MISSING = ANALYSIS
/VARIABLES = Exaustao Realizacao Despersonalizacao
/CRITERIA = CI(.95) .

```

T-Test

Group Statistics

Compromisso_grp		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Exaustao	valor baixo	23	1,2989	,84253	,17568
	valor alto	17	1,5662	,80053	,19416
Realizacao	valor baixo	23	4,6522	,60702	,12657
	valor alto	17	4,9020	,55920	,13563
Despersonalizacao	valor baixo	23	,3804	,49926	,10410
	valor alto	17	,3235	,37254	,09035

```
FREQUENCIES
  VARIABLES=Imposicao
  /STATISTICS=MEDIAN
  /ORDER= ANALYSIS .
```

Frequencies

Statistics

Imposicao		
N	Valid	40
	Missing	0
Median		3,0000

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

imposicao_grp		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Exaustao	valor baixo	24	18,71	449,00
	valor alto	16	23,19	371,00
	Total	40		
Realizacao	valor baixo	24	18,42	442,00
	valor alto	16	23,63	378,00
	Total	40		
Despersonalizacao	valor baixo	24	19,00	456,00
	valor alto	16	22,75	364,00
	Total	40		

Test Statistics ^b

	Exaustao	Realizacao	Desperso nalizacao
Mann-Whitney U	149,000	142,000	156,000
Wilcoxon W	449,000	442,000	456,000
Z	-1,189	-1,389	-1,049
Asymp. Sig. (2-tailed)	,234	,165	,294
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,244 ^a	,174 ^a	,331 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: impositcao_grp

T-TEST

```
GROUPS = impositcao_grp(1 2)
/MISSING = ANALYSIS
/VARIABLES = Exaustao Realizacao Despersonalizacao
/CRITERIA = CI(.95) .
```

T-Test

Group Statistics

impositcao_grp		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Exaustao	valor baixo	24	1,2500	,64480	,13162
	valor alto	16	1,6563	1,01396	,25349
Realizacao	valor baixo	24	4,6806	,58549	,11951
	valor alto	16	4,8750	,60400	,15100
Despersonalizacao	valor baixo	24	,2813	,37090	,07571
	valor alto	16	,4688	,53131	,13283

FREQUENCIES

```
VARIABLES=Evitamento
/STATISTICS=MEDIAN
/ORDER= ANALYSIS .
```

Frequencies

Statistics

Evitamento		
N	Valid	40
	Missing	0
Median		3,5000

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

Evitamento_grp		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Exaustao	valor baixo	27	21,09	569,50
	valor alto	13	19,27	250,50
	Total	40		
Realizacao	valor baixo	27	22,61	610,50
	valor alto	13	16,12	209,50
	Total	40		
Despersonalizacao	valor baixo	27	18,04	487,00
	valor alto	13	25,62	333,00
	Total	40		

Test Statistics^b

	Exaustao	Realizacao	Desperso nalizacao
Mann-Whitney U	159,500	118,500	109,000
Wilcoxon W	250,500	209,500	487,000
Z	-,463	-1,656	-2,026
Asymp. Sig. (2-tailed)	,643	,098	,043
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,648 ^a	,100 ^a	,056 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Evitamento_grp

Group Statistics

Evitamento_grp		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Exaustao	valor baixo	27	1,4444	,83373	,16045
	valor alto	13	1,3462	,83721	,23220
Realizacao	valor baixo	27	4,8889	,48920	,09415
	valor alto	13	4,4872	,71188	,19744
Despersonalizacao	valor baixo	27	,2593	,37648	,07245
	valor alto	13	,5577	,52195	,14476

FREQUENCIES

```
VARIABLES=Tmp_Bloco
/STATISTICS=MEDIAN
/ORDER= ANALYSIS .
```

Frequencies

Statistics

Tmp_Bloco

N	Valid	40
	Missing	0
Median		5,50

Tmp_Bloco

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	1	6	15,0	15,0	15,0	
	2	8	20,0	20,0	35,0	
	3	2	5,0	5,0	40,0	
	4	3	7,5	7,5	47,5	
	5	1	2,5	2,5	50,0	
	6	3	7,5	7,5	57,5	
	7	1	2,5	2,5	60,0	
	9	3	7,5	7,5	67,5	
	10	1	2,5	2,5	70,0	
	12	2	5,0	5,0	75,0	
	14	2	5,0	5,0	80,0	
	15	1	2,5	2,5	82,5	
	16	2	5,0	5,0	87,5	
	17	1	2,5	2,5	90,0	
	18	4	10,0	10,0	100,0	
	Total		40	100,0	100,0	

```

RECODE
  Tmp_Bloco
  (0 thru 5=1) (6 thru 10=2) (11 thru Highest=2) INTO Bloco_grp .
EXECUTE .
FREQUENCIES
  VARIABLES=Bloco_grp
  /STATISTICS=MEDIAN
  /ORDER= ANALYSIS .
  
```

Frequencies

Statistics

Bloco_grp

N	Valid	40
	Missing	0
Median		1,50

Bloco_grp

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	até 5 anos	20	50,0	50,0	50,0
	6 - 10	8	20,0	20,0	70,0
	> 10 anos	12	30,0	30,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

```

NPAR TESTS
  /K-W=Imposicao Acomodacao Compromisso Evitamento Integracao BY
  Bloco_grp(1 3)
  /MISSING ANALYSIS.
  
```

NPar Tests

Kruskal-Wallis Test

Ranks

	Bloco_grp	N	Mean Rank
Imposicao	até 5 anos	20	17,30
	6 - 10	8	27,63
	> 10 anos	12	21,08
	Total	40	
Acomodacao	até 5 anos	20	21,95
	6 - 10	8	24,06
	> 10 anos	12	15,71
	Total	40	
Compromisso	até 5 anos	20	17,90
	6 - 10	8	27,06
	> 10 anos	12	20,46
	Total	40	
Evitamento	até 5 anos	20	19,35
	6 - 10	8	19,81
	> 10 anos	12	22,88
	Total	40	
Integracao	até 5 anos	20	19,15
	6 - 10	8	29,50
	> 10 anos	12	16,75
	Total	40	

Test Statistics^{a,b}

	Imposicao	Acomodacao	Compro misso	Evitamento	Integracao
Chi-Square	4,633	3,236	3,630	,733	6,448
df	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,099	,198	,163	,693	,040

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Bloco_grp

Created Variables^b

Source Variable	Function	New Variable	Label
Imposicao ^a	Rank	RImposic	Rank of Imposicao
Integracao ^a	Rank	RIntegra	Rank of Integracao

a. Ranks are in ascending order.

b. Mean rank of tied values is used for ties.

ONEWAY

```
RImposic RIntegra BY Bloco_grp
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING ANALYSIS
/POSTHOC = TUKEY ALPHA(.05).
```

Oneway

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
						Rank of Imposicao	até 5 anos		
	6 - 10	8	27,62500	10,943850	3,869235	18,47571	36,77429	9,000	39,000
	> 10 anos	12	21,08333	10,638338	3,071024	14,32406	27,84261	3,000	40,000
	Total	40	20,50000	11,521997	1,821788	16,81509	24,18491	1,000	40,000
Rank of Integracao	até 5 anos	20	19,15000	11,808895	2,640549	13,62327	24,67673	1,000	40,000
	6 - 10	8	29,50000	5,496752	1,943395	24,90460	34,09540	21,500	38,000
	> 10 anos	12	16,75000	11,466354	3,310051	9,46463	24,03537	2,500	36,000
	Total	40	20,50000	11,503065	1,818794	16,82114	24,17886	1,000	40,000

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Rank of Imposicao	Between Groups	615,008	2	307,504	2,494	,096
	Within Groups	4562,492	37	123,311		
	Total	5177,500	39			
Rank of Integracao	Between Groups	853,200	2	426,600	3,665	,035
	Within Groups	4307,300	37	116,414		
	Total	5160,500	39			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) Bloco_grp	(J) Bloco_grp	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Rank of Imposicao	até 5 anos	6 - 10	-10,325000	4,645358	,081	-21,66657	1,01657
		> 10 anos	-3,783333	4,054801	,623	-13,68307	6,11640
	6 - 10	até 5 anos	10,325000	4,645358	,081	-1,01657	21,66657
		> 10 anos	6,541667	5,068501	,409	-5,83300	18,91634
	> 10 anos	até 5 anos	3,783333	4,054801	,623	-6,11640	13,68307
		6 - 10	-6,541667	5,068501	,409	-18,91634	5,83300
Rank of Integracao	até 5 anos	6 - 10	-10,350000	4,513576	,069	-21,36983	,66983
		> 10 anos	2,400000	3,939772	,816	-7,21889	12,01889
	6 - 10	até 5 anos	10,350000	4,513576	,069	-,66983	21,36983
		> 10 anos	12,750000*	4,924715	,036	,72638	24,77362
	> 10 anos	até 5 anos	-2,400000	3,939772	,816	-12,01889	7,21889
		6 - 10	-12,750000*	4,924715	,036	-24,77362	-,72638

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Homogeneous Subsets

Rank of Imposicao

Tukey HSD ^{ab}

Bloco_grp	N	Subset for alpha = .05
		1
até 5 anos	20	17,30000
> 10 anos	12	21,08333
6 - 10	8	27,62500
Sig.		,078

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 11,613.
- b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Rank of Integracao

Tukey HSD ^{ab}

Bloco_grp	N	Subset for alpha = .05	
		1	2
> 10 anos	12	16,75000	
até 5 anos	20	19,15000	19,15000
6 - 10	8		29,50000
Sig.		,854	,067

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 11,613.
- b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

NPART TESTS

```

/M-W= Imposicao Acomodacao Compromisso Evitamento Integracao BY
Vinculo
(1 2)
/MISSING ANALYSIS.

```

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

Vinculo		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Imposicao	Quadro	23	23,67	544,50
	Contratado	17	16,21	275,50
	Total	40		
Acomodacao	Quadro	23	20,26	466,00
	Contratado	17	20,82	354,00
	Total	40		
Compromisso	Quadro	23	20,74	477,00
	Contratado	17	20,18	343,00
	Total	40		
Evitamento	Quadro	23	19,67	452,50
	Contratado	17	21,62	367,50
	Total	40		
Integracao	Quadro	23	22,85	525,50
	Contratado	17	17,32	294,50
	Total	40		

Test Statistics^b

	Imposicao	Acomodacao	Compro misso	Evitamento	Integracao
Mann-Whitney U	122,500	190,000	190,000	176,500	141,500
Wilcoxon W	275,500	466,000	343,000	452,500	294,500
Z	-2,026	-,155	-,153	-,526	-1,501
Asymp. Sig. (2-tailed)	,043	,877	,878	,599	,133
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,045 ^a	,892 ^a	,892 ^a	,607 ^a	,141 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Vinculo

T-TEST

```
GROUPS = Vinculo(1 2)
/MISSING = ANALYSIS
/VARIABLES = Imposicao Acomodacao Compromisso Evitamento Integracao
/CRITERIA = CI(.95) .
```

T-Test

Group Statistics

Vinculo		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Imposicao	Quadro	23	3,2609	,72488	,15115
	Contratado	17	2,7941	,56758	,13766
Acomodacao	Quadro	23	3,6957	,40562	,08458
	Contratado	17	3,7206	,31724	,07694
Compromisso	Quadro	23	4,0761	,56626	,11807
	Contratado	17	4,0882	,39470	,09573
Evitamento	Quadro	23	3,5761	,58599	,12219
	Contratado	17	3,6765	,46574	,11296
Integracao	Quadro	23	3,7065	,69353	,14461
	Contratado	17	3,5735	,39295	,09531

NPAR TESTS

/K-W=Exaustao Realizacao Despersonalizacao BY Bloco_grp(1 3)
/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Kruskal-Wallis Test

Ranks

Bloco_grp		N	Mean Rank
Exaustao	até 5 anos	20	20,83
	6 - 10	8	23,44
	> 10 anos	12	18,00
	Total	40	
Realizacao	até 5 anos	20	20,10
	6 - 10	8	26,63
	> 10 anos	12	17,08
	Total	40	
Despersonalizacao	até 5 anos	20	21,80
	6 - 10	8	21,56
	> 10 anos	12	17,63
	Total	40	

Test Statistics^{a,b}

	Exaustao	Realizacao	Desperso nalizacao
Chi-Square	1,073	3,283	1,157
df	2	2	2
Asymp. Sig.	,585	,194	,561

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Bloco_grp

ONEWAY

Exaustao Realizacao Despersonalizacao BY Bloco_grp
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING ANALYSIS .

Oneway

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
						Exaustao	até 5 anos		
	6 - 10	8	1,6875	1,01989	,36059	,8348	2,5402	,75	3,25
	> 10 anos	12	1,2396	,78055	,22533	,7436	1,7355	,38	3,25
	Total	40	1,4125	,82538	,13050	1,1485	1,6765	,13	3,25
Realizacao	até 5 anos	20	4,7667	,52815	,11810	4,5195	5,0139	3,83	5,83
	6 - 10	8	4,9583	,78553	,27773	4,3016	5,6151	3,17	5,67
	> 10 anos	12	4,6111	,56557	,16326	4,2518	4,9705	3,67	5,67
	Total	40	4,7583	,59311	,09378	4,5686	4,9480	3,17	5,83
Despersonalizacao	até 5 anos	20	,4250	,51999	,11627	,1816	,6684	,00	1,75
	6 - 10	8	,3438	,35197	,12444	,0495	,6380	,00	1,00
	> 10 anos	12	,2500	,36927	,10660	,0154	,4846	,00	1,00
	Total	40	,3563	,44537	,07042	,2138	,4987	,00	1,75

NPAR TESTS

```
/M-W= Exaustao Realizacao Despersonalizacao BY Vinculo(1 2)
/MISSING ANALYSIS.
```

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	Vinculo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Exaustao	Quadro	23	20,52	472,00
	Contratado	17	20,47	348,00
	Total	40		
Realizacao	Quadro	23	19,48	448,00
	Contratado	17	21,88	372,00
	Total	40		
Despersonalizacao	Quadro	23	18,07	415,50
	Contratado	17	23,79	404,50
	Total	40		

Test Statistics ^b

	Exaustao	Realizacao	Desperso nalizacao
Mann-Whitney U	195,000	172,000	139,500
Wilcoxon W	348,000	448,000	415,500
Z	-,014	-,647	-1,617
Asymp. Sig. (2-tailed)	,989	,518	,106
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	1,000 ^a	,533 ^a	,126 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Vinculo

T-TEST

GROUPS = Vinculo(1 2)

/MISSING = ANALYSIS

/VARIABLES = Exaustao Realizacao Despersonalizacao

/CRITERIA = CI(.95) .

T-Test

Group Statistics

Vinculo		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Exaustao	Quadro	23	1,4565	,94193	,19641
	Contratado	17	1,3529	,65883	,15979
Realizacao	Quadro	23	4,6957	,60439	,12602
	Contratado	17	4,8431	,58473	,14182
Despersonalizacao	Quadro	23	,2391	,31513	,06571
	Contratado	17	,5147	,54823	,13296

