Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

A Gestão do Stresse em Profissionais de Saúde no Bloco Operatório

Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

Lígia Andreia da Silva Soares

Orientadores

Professora Doutora Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo

Professor Doutor Vítor Manuel Costa Pereira Rodrigues

Vila Real, 2016

Universidade de Trás-os Montes e Alto Douro

A Gestão do Stresse em Profissionais de Saúde no Bloco Operatório

Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

Lígia Andreia da Silva Soares

Orientadores
Professora Doutora Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo
Professor Doutor Vítor Manuel Costa Pereira Rodrigues

Composição do Júri:

Professora Doutora Maria José de Matos Rainho (Professora Auxiliar, Universidade de Trás-os - Montes e Alto Douro)
Professora Doutora Marília dos Santos Rua (Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro)
Professora Doutora Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo (Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro)

Vila Real, 2016

Este trabalho foi exclusivamente elaborado como dissertação original para obtenção do grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde, apresentado na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

"O que prevemos raramente ocorre; o que menos esperamos geralmente acontece".

(Benjamin Disraeli)

Aos meus ***pais***, exemplos de coragem, amor, esforço e dedicação, agradeço-vos por me tornarem na pessoa que hoje sou...

Ao meu ***marido***, Romeu, pelo amor e apoio incondicional em todos os momentos...

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento de uma dissertação é uma caminhada com inúmeros obstáculos, que só consegui ultrapassar com o apoio daqueles que, nos momentos de desânimo, não me deixaram desistir.

Aos meus orientadores, Professora Doutora Elsa Maria Oliveira Pinheiro de Melo e Professor Doutor Vítor Manuel Costa Pereira Rodrigues, pelo apoio, pelos conhecimentos transmitidos, mas sobretudo pelas contribuições que permitiram a realização desta dissertação.

Aos Conselhos de Administração dos dois Hospitais do Distrito do Porto por me dar a oportunidade de realizar este estudo, consentindo a recolha de dados na instituição.

À minha equipa do Serviço de Cirurgia de Ambulatório de Oftalmologia de Lamego, principalmente à Alexandra, Aline e Carla, pelo carinho, paciência e motivação no início, durante e fim desta longa caminhada.

A todos os Enfermeiros e Médicos do Bloco Operatório que contribuíram para a realização deste estudo e tornaram possível este trabalho.

À Teresa Carvalho, pela disponibilidade e atenciosidade mostradas durante a pesquisa bibliográfica e pelo rigor na revisão e formatação do texto.

Ao meu querido irmão, René, e cunhada, Diana, por nunca me terem deixado desistir e pela grande ajuda que me deram neste longo caminho, o meu muito obrigada pelo constante incentivo.

À minha família, por compreender a minha ausência e por estar lá nos momentos em que mais precisei.

E, finalmente, a todos aqueles que, mesmo não tendo sido citados, permitiram que este sonho se tornasse uma realidade.

RESUMO

O stresse surge como uma resposta do organismo a acontecimentos significativos, podendo alterar a forma como uma pessoa sente, pensa e se comporta. O bloco operatório é um serviço onde os momentos de stresse têm um forte impacto, visto que se desenvolvem atividades, muito específicas, imprevisibilidade onde, por sua vez, a barreira entre a vida e a morte é ténue e onde se articulam diversos profissionais de saúde, podendo levar ao aparecimento de tensões emocionais e relacionais. Além disso, a gestão de um bloco operatório, é norteada por princípios, tais como: eficiência, a efetividade e da eficácia, no sentido de se optimizarem recursos e da melhoria contínua dos processos de cuidados. Neste sentido, delineamos o estudo como objectivo principal, conhecer quais os fatores geradores de stresse nos médicos e enfermeiros que trabalham em contexto de Bloco Operatório e a influência de variáveis (sociodemográficos, percurso profissional e aspetos físicos do serviço, relações interpessoais dos profissionais de saúde e o cumprimento dos requisitos para cirurgia segura).O enquadramento teórico abordou temas como: stresse em profissionais de saúde que trabalham em contexto de bloco operatório, a gestão de saúde relacionada com o stresse, bloco operatório e importância do cumprimento dos requisitos para uma cirurgia segura. A investigação empírica assentou num estudo exploratório, descritivo, transversal de natureza quantitativa. A amostra foi constituída por 98 participantes (médicos e enfermeiros) que trabalham em bloco operatório de dois hospitais do distrito do Porto. A colheita de dados foi efetuada através de um questionário, composto por quatro partes: caracterização sociodemográfica, aspetos físicos do serviço e aspetos do contexto do trabalho, a segunda parte é constituída pela *Escala de Relações Interpessoais no Trabalho*, a terceira, inclui o *Questionário de Stresse no Profissionais de Saúde* e a quarta parte, por uma *Grelha de Registo da Verificação de Cirurgia Segura*.

Os resultados obtidos, na categoria dos médicos, verificamos que os participantes com mais idade, do sexo feminino, com mais anos de experiência profissional em bloco operatório, com horário fixo, com pior estrutura física no serviço, com mais dificuldades e adaptação a novas tecnologias e com piores relações interpessoais, influenciem de forma estatisticamente significativa, maiores índices de stresse. A nível dos enfermeiros, verificou-se que os participantes do sexo feminino, com mais anos de experiência profissional em bloco operatório, horário fixo, num serviço com pior estrutura física, sem incentivos, com maior número de conflitos profissionais, maior nível de absentismo e com mais dificuldades de adaptação a novas tecnologias, influenciam estatisticamente significativa, maiores índices de stresse. Podemos assim concluir que a relação entre as variáveis e o contexto em Bloco Operatório, nos médicos e enfermeiros têm uma influencia estatisticamente significativa em maiores níveis de stresse, excepto os requisitos para cirurgia segura.

Palavras Chave: Bloco Operatório, Gestão, Enfermeiros, Médicos; Stresse.

ABSTRACT

Stress comes as an answer from the organism to significant events and it may change the way a person feels and behaves. The operating room is a service where stress moments have a strong impact, because very specific activities occur in an environment of great unpredictability, it's a place where the line between life and death is very tenuous and where several health professionals articulate, which can lead to the appearance of emotional and relationship tensions. Apart from all this, the management of an operation room must follow certain principles, such as: efficacy, efficiency, effectiveness, so that all resources are optimized and a continuous improvement of health care is achieved. This way, we defined study as a main goal, find out which are the stress generator factors on doctors and nurses, who work in an operating room and the influence of the variables (socio-demographic, professional path, physical aspects of the service, the interpersonal relationship between the health professionals and the accomplishments of the requirements for a safe surgery). The theoretical framework addressed themes such as: stress in health professionals, who work in an operating room context, health management connected with stress, operating room, and the importance of the fulfillment of the requirements for a safe surgery. The empirical investigation was based on an exploratory, descriptive and transversal study of a quantitative nature. The sample was composed by 98 participants (doctors and nurses), who work in an operating room of two hospitals in the Oporto area. The gathering of data was performed through a questionnaire, divided into four parts: socio-demographic characterization, physical aspects of the service and the aspects of the work context, the second part is formed by the *Scale of the Interpersonal Relationship at Work*, the third includes the *Stress Questionnaire in the Health Professionals* and the fourth part, is formed by a *grid of registry and verification of safe surgery*.

Through the obtained results, on the doctors category, we realized that the older participants, female, with more professional experience in the operating room, with a fix timetable, with the worst physical structure at service, with more difficulties in adapting to the new technologies and with the worst interpersonal relationship, influence in a strong statistical way, the higher stress levels. On the nurses level, we realized that the female participants, with more professional experience in the operating room, a fix schedule, in a service with a worse physical structure, without any incentives, with a higher number of professionals conflicts, more absenteeism and with higher adaptation difficulties to the new technologies, show statistically speaking higher stress levels. So we can conclude that the relation between the variables and the context in the operating room, on doctors and nurses, has a statistically significant influence in higher stress levels, except on the requirements for a safe surgery.

Key- words: Operating room, Management, Nurses; Doctors, Stress

ÍNDICE

Pensamento v
Dedicatória vii
Agradecimentos ix
Resumo xi
Abstract xiii
Lista de Tabelas xix
Lista de Figuras xxi
Lista de Abreviaturas e Siglas xxiii

INTRODUÇÃO 1

CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 7

1.1. Stresse em profissionais de saúde em contexto Organizacional 9
1.1.1 Fatores geradores de stresse 10
1.1.2. Stresse nos profissionais de saúde 15
1.1.3. Estratégias de gestão do stresse 18

1.2. Impacto do Stresse dos Trabalhadores numa Organização 20
1.2.1. Custos diretos 22
1.2.2. Custos indiretos 24

1.3. Stresse nos profissionais de saúde em contexto de Bloco Operatório 26
1.3.1.Características e particularidades de um bloco operatório 26
1.3.2. Stresse dos profissionais de saúde no bloco operatório 29
1.3.3. Gestão de recursos humanos e materiais no bloco operatório 33

1.4. Requisitos para uma cirurgia segura 39

1.5. Proposta de um modelo conceptual de investigação 42

CAPÍTULO II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA 45

2.1. Metodologia 47
2.1.1. Tipo de estudo 47
2.1.2. Desenho de investigação 48
2.1.3. Objetivos de investigação 49
2.1.4. Hipóteses e questões de investigação 49
2.1.5. Variáveis 50

2.1.6. População/amostra em estudo 52
2.1.7. Instrumentos de recolha de dados 53
2.1.7.1. Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional 54
2.1.7.2. Escala das relações interpessoais no trabalho - (ERIT) 55
2.1.7.3. Questionário de stresse nos Profissionais de Saúde – (QSPS) 59
2.1.7.4. Grelha de registo dos requisitos para uma cirurgia segura 66

2.2. Procedimentos éticos 68

2.3. Tratamento estatístico dos dados 68

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 71

3.1. Caracterização da amostra 73
3.1.1. Caracterização sociodemográfica 73
3.1.2. Caracterização das variáveis relacionadas com o contexto profissional 74
3.1.3. Caracterização dos aspetos físicos do serviço 78
3.1.4. Caracterização das relações interpessoais no trabalho 79
3.1.5. Caracterização do registo de verificação da cirurgia segura 81

3.2. Stresse nos Profissionais de Saúde (QSPS) 83
3.2.1. Caracterização do stresse 83
3.2.2. Avaliação dos níveis de stresse 87
3.2.2.1. Existência de relação significativa das variáveis sociodemográficas com o nível de stresse dos profissionais de saúde que trabalham em BO de dois hospitais do distrito do Porto 88
3.2.2.2. Existência de relação significativa das variáveis de contexto profissional com o nível de stresse dos profissionais de saúde que trabalham em BO de dois hospitais do distrito do Porto 90
3.2.2.3. Existência de relação significativa das variáveis relacionadas com os aspetos físicos do serviço (estrutura física) com o nível de stresse dos profissionais de saúde que trabalham em BO de dois hospitais do distrito do Porto 99
3.2.2.4. Existência de relação significativa das variáveis associadas às escalas de relação interpessoais no trabalho com o nível de stresse dos profissionais de saúde que trabalham em BO de dois hospitais do distrito do Porto 101
3.2.2.5. Existência de relação significativa das variáveis relacionadas com o cumprimento dos requisitos para a cirurgia segura com o nível de stresse

dos profissionais de saúde que trabalham em BO de dois hospitais do distrito do Porto 102

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 105

CAPÍTULO V – CONCLUSÕES E REFLEXÕES FINAIS 117

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 125

APÊNDICES 137

Apêndice A – Norma da Direção-Geral de Saúde - Cirurgia Segura 139

Apêndice B – Check-list - Lista de Verificação de Segurança Segura 145

Apêndice C – Consentimento informado e instrumento de recolha de dados 149

Apêndice D – Pedido e autorização da Comissão de Ética do Hospital A para aplicação do questionário 165

Apêndice E – Pedido e autorização da Comissão de Ética do Hospital B para aplicação do questionário 169

Apêndice F – Ministério da Saúde- Portaria 82/2014 175

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Classificação dos programas de gestão de stresse no trabalho 19
Tabela 2. Operacionalização das variáveis sociodemográficas 51
Tabela 3. Operacionalização das variáveis do contexto profissional e estrutura física 52
Tabela 4. AFE à dimensão "Sociabilidade" da ERIT 57
Tabela 5. AFE à dimensão "Sentimento entre si" da ERIT 58
Tabela 6. Transformação linear dos vários *scores* da ERIT para o intervalo 0-100 58
Tabela 7. Valores de referência KMO 61
Tabela 8. Valores de referência do alfa de *Cronbach* 61
Tabela 9. AFE a todos os itens do QSPS 62
Tabela 10. AFE à dimensão fatores tangíveis do QSPS 63
Tabela 11. AFE à dimensão "Excesso de trabalho" do QSPS 64
Tabela 12. AFE à dimensão capacidade de resposta do QSPS 64
Tabela 13. AFE à dimensão "Confiança e segurança" do QSPS 65
Tabela 14. AFE à dimensão "Ações de formação" do QSPS 65
Tabela 15. AFE à dimensão "Problemas familiares" do QSPS 66
Tabela 16. Transformação linear dos vários componentes do QSPS para o intervalo 0-100 66
Tabela 17. Dados sociodemográficos dos profissionais em estudo 74
Tabela 18. Dados relativos às variáveis do contexto profissional 77
Tabela 19. Dados relativos aos aspetos físicos do serviço (estrutura física) 78
Tabela 20. Totais do índice associado aos aspetos físicos do serviço (estrutura física) 78
Tabela 21. Estatística descritiva dos itens da ERIT 80
Tabela 22. Estatística descritiva dos índices da ERIT 80
Tabela 23. Situação onde não é efetuado o Registo de Verificação da Cirurgia Segura 82
Tabela 24. Índice do Registo de Verificação da Cirurgia Segura 84
Tabela 25. Estatística descritiva dos itens do QSPS 86
Tabela 26. Estatística descritiva das dimensões do QSPS 87
Tabela 27. Teste de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de *Lilliefors* dos componentes do QSPS . 87
Tabela 28. Influência do género nas dimensões do stresse (teste de *Mann-Whitney*) 89
Tabela 29. Influência da idade nas dimensões do stresse do QSPS (correlação de *Spearman)* 90
Tabela 30. Influência da carreira profissional nas dimensões do stresse (teste de *Mann- Whitney)* . 91
Tabela 31. Influência do tipo de horário nas dimensões do stresse (teste de *Mann-Whitney)* 92
Tabela 32. Influência do tempo profissional nas dimensões do stresse do QSPS (correlação de *Spearman)* 93

Tabela 33. Influência do tempo de experiência em BO nas dimensões do stresse do QSPS (correlação de *Spearman)* 94
Tabela 34. Influência da acumulação de funções nas dimensões de stresse (teste de *Mann-Whitney)* 95
Tabela 35. Influência dos incentivos nas dimensões do stresse (teste de *Mann-Whitney*) 96
Tabela 36. Influência da existência de conflitos nas dimensões do *stresse* (teste de *Mann-Whitney)* 97
Tabela 37. Influência do absentismo nas dimensões do stresse (teste de *Kruskal-Wallis)* 98
Tabela 38. Influência da dificuldade de adaptação às tecnologias na instituição nas dimensões do stresse (teste de *Mann-Whitney)* 99
Tabela 39. Influência dos aspetos físicos do serviço (estrutura física) nas dimensões do stresse do QSPS (correlação de *Spearman)* 100
Tabela 40. Influência das relações interpessoais nas dimensões de *stresse* do instrumento de medida QSPS (correlação de *Spearman)* 102
Tabela 41. Influência do cumprimento dos requisitos para a cirurgia segura Idade nas dimensões de *stresse* do instrumento de medida QSPS (correlação de *Spearman)* 103

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo conceptual de investigação 43
Figura 2. Desenho e estruturação da investigação 48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AESOP - Associação de Enfermeiros de Salas de Operações Portuguesas

AFE - Análise Fatorial Exploratória

BO - Bloco Operatório

cit. - citado

DGS - Direção-Geral da Saúde

ERIT - Escala das Relações Interpessoais no Trabalho

ESSS- Escala de satisfação com o Suporte Social

EUA - Estados Unidos da América

EV- Endo- Venosa

KMO - *Kaiser-Meyer-Olkin*

MBI- *Maslach Burnout Inventory*

nº - Número

NSI- *Nurse stresse Index*

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

QSPS - Questionário de Stresse nos Profissionais de Saúde

SIGIC- Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SGA - Síndrome Geral de Adaptação

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UE - União Europeia

INTRODUÇÃO

O mundo do trabalho na área da saúde, principalmente em hospitais e na área do bloco, tem sofrido ao longo dos tempos transformações originadas em processos como a globalização, inovação tecnológica, competitividade, entre outros (Coimbra et al., 2002). Assim, as transformações que ocorrem no âmbito operacional do trabalho repercutiram-se nos aspetos psicossociais dos trabalhadores, neste caso os profissionais de saúde. Gonçalves (2013) afirma que " O stresse é provocado por um desajustamento entre nós e o trabalho, por problemas de relacionamento, pela presença de violência psicológica ou física no local de trabalho ou ainda pela existência de conflitos entre o nosso papel no trabalho e fora dele" (p.6).

A Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho, no seu relatório de 2002 refere que:

> O stresse no trabalho é atualmente o segundo maior problema de saúde relacionado com o exercício de uma profissão na UE, a seguir às dores lombares. Afecta aproximadamente um em cada três trabalhadores e custa à UE pelo menos 20 mil milhões de euros por ano. (p.6)

Relativamente ao stresse em contexto de saúde na Europa, assiste-se a um aumento de profissionais que padecem de stresse, estando este problema muitas vezes relacionado com a profissão. De facto, os níveis de mal-estar têm aumentado nas últimas décadas, acarretando custos pessoais, organizacionais e para os próprios doentes, devido à menor qualidade dos cuidados prestados Frasquilho (2005). Neste sentido, também tem sido demonstrado que os profissionais de saúde não estão isentos das consequências do stresse, uma vez que estes estão em contacto permanente com o sofrimento, a dor, o desespero, a irritabilidade e demais reações que podem surgir nos doentes em razão da situação em que se encontram (Cavalheiro, Moura & Lopes, 2008).

Hans Selye, foi o primeiro estudioso, que tentou definir o conceito de stresse, atendo à sua dimensão biológica. De acordo com este autor, "…o stresse é um elemento inerente a toda doença, que produz certas modificações na estrutura e na composição química do corpo, as quais podem ser observadas e mensuradas" (Miguel, Rocha & Röhrich, 2008, p.204). O stresse é o estado que se manifesta através da Síndrome Geral de Adaptação (SGA) que se desenvolve em três fases: 1) *fase de alarme*, caracterizada por manifestações agudas; 2) *fase de resistência*, quando as manifestações agudas desaparecem; 3) *fase de exaustão*, quando há a volta das reações da primeira fase e pode haver o colapso do organismo. Selye afirma que o

stresse pode ser encontrado em qualquer uma das fases, embora as suas manifestações sejam diferentes ao longo do tempo (Miguel et al., 2008).

Se questionarmos várias pessoas sobre o que entendem por stresse, as respostas são substancialmente diferentes. Uns dirão que é um mal – estar físico e psíquico, outros que é uma reação que advém de um cansaço extremo, outros que é a resposta perante uma situação geradora de forte pressão e outros dirão que é fruto da agitação constante com que a maioria das pessoas se confronta (Miguel et al, 2008).

O stresse dos trabalhadores, segundo Maslach e Jackson (1984), Maslach e Ozer (1995), é um problema relacionado com o ambiente de trabalho e com a forma como este está organizado. O que faz com que haja uma grande preocupação dentro das organizações que possam afetar a saúde dos seus trabalhadores quer a nível físico como o seu bem-estar psíquico, no plano individual como organizacional é a consequência a diversos fatores, entre eles, o excesso de trabalho, falta de controlo de equidade e conflito de valores dentro de uma organização. (Pereira, 2004).

> O Bloco Operatório reflete uma realidade complexa de interações físicas, psicológicos, sociais e ambientais das condições humanas e atribuição de significados. Desse contexto emerge o problema que caracteriza a sala de operações como um lugar especial onde se lida com a doença e a morte. O objetivo de trabalho é a vida humana, muitas vezes em estado crítico, gerando tensão e stresse, determinando alterações no comportamento dos profissionais que lá trabalham, tornando-se desta forma, um espaço problemático. (Caregnato, Martini & Lautert, 2005, p.162)

> Além disso, os Blocos Operatórios têm uma prevalência alta de erros e acidentes. Estes vão desde as interrupções do fluxo cirúrgico, acidentes minor e eventos catastróficos. A segurança dos doentes no Bloco Operatória é um tema atual que recebeu recentemente grande atenção da OMS que o tomou mesmo como prioridade, criando assim um *check-list* da cirurgia segura. (Fragata, 2010, p.17)

Assim, o stresse tem sido alvo de inúmeros estudos, nomeadamente em Portugal, como o estudo de Fragata (2010), Pereira (2004) e Gonçalves (2013), trata-se de um fenómeno complexo e dotado de um dinamismo muito próprio que surge de um conjunto de diversos fatores, como, fatores intrínsecos (condições inadequadas de trabalho, trabalho por turnos, carga horária de trabalho,), grau de responsabilidade para o utente, conflitos interpessoais, falta de progressão na carreira, estrutura organizacional (falta de comunicação, deficiência na gestão).

O bloco operatório (BO), devido ao alto nível tecnológico que apresenta e à especificidade de funções que exige, é um local privilegiado ao aparecimento de momentos de stresse, tensões emocionais e relacionais (Rodrigues, 2008).

Um estudo realizado por Cruz (2001), com enfermeiros perioperatórios na região autónoma dos Açores, que teve como recolha de dados um questionário, utilizando uma metodologia não experimental, de carácter quantitativo e correlacional, num plano transversal. Demonstrou que os enfermeiros perioperatórios, requerem uma atenção maior face aos seus cuidados de saúde, uma vez que a responsabilidade profissional, a intensidade de trabalho físico e mental, a complexidade dos cuidados, o trabalho por turnos e as situações de urgência/emergência podem criar nestes profissionais situações de angústia e ansiedade. O BO pelas suas particularidades, por norma, exige muito aos profissionais de saúde, desde à situação do doente, aos procedimentos terapêuticos, às novas tecnologias e ao ambiente cirúrgico que o rodeia, levando assim posteriormente à exaustão.

O stresse é uma problemática pertinente a nível organizacional e pessoal, já pelo facto de trabalharmos em BO, pretendemos estudar e conhecer quais os fatores relacionados com o stresse em médicos e enfermeiros que trabalham em Bloco Operatório, utilizando os resultados do referido estudo para promover e delinear estratégias para um ambiente menos causador de stresse e mais harmonioso, o qual trará benefícios aos profissionais aumentando a sua motivação e bem-estar.

Por este motivo, sentimos a necessidade de aprofundar uma questão relacionada com esta temática, tendo surgido como problema de investigação: **Quais os fatores geradores de stresse em profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros que trabalham em bloco operatório de dois hospitais do distrito do Porto?**

O estudo de uma problemática implica a sua delimitação, pelo que é uma etapa muito importante, trata-se de uma abordagem ou perspetiva teórica que decidimos adotar para tratar o problema formulado pela pergunta de partida (Rodrigues, 2010). Neste sentido, delimitamos o estudo para **A gestão do stresse nos profissionais de saúde em bloco operatório**, tendo como objetivo principal:

- Conhecer quais os fatores geradores de stresse nos médicos e enfermeiros que trabalham em contexto de BO.

O corpo principal desta dissertação consta de cinco capítulos: no primeiro capítulo, fundamentação teórica, procedemos a uma revisão de literatura, aspetos relacionados com o stresse, BO e profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, onde serão recolhidas todas as informações necessárias para a construção de um modelo conceptual e hipóteses da investigação; o segundo capítulo é dedicado à investigação empírica, contempla a metodologia de investigação, os procedimentos éticos e o tratamento estatístico; o terceiro capítulo diz respeito à apresentação e análise dos resultados do estudo; o quarto capítulo é destinado à discussão dos resultados; por fim, o quinto capítulo compreende as conclusões e reflexões gerais.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo inscreve-se a revisão da literatura no âmbito da problemática em estudo, de forma a constituir um modelo de análise que relacione os conteúdos pertinentes com a temática em estudo.

1.1. Stresse em profissionais de saúde em contexto Organizacional

A origem do conceito de stresse, segundo Myers (1999), surgiu por Hipócrates (470-377 a.c) mas, somente em 1929, após os trabalhos do fisiologista Cannon, que formulou o conceito de homeostase, a reação de stresse passou a ser compreendida enquanto um fenómeno relacionado à interação corpo-mente (Oliveira, 2006).

Hans Selye, médico canadense considerado o "pai da estressologia, ao longo de quatro décadas de pesquisas (1936-1976) através dos trabalhos de Cannon, descreveu stresse como uma reação adaptativa única e geral do corpo quando submetido à agentes estressores, por ele denominada de *síndrome de adaptação geral,* e caracterizada pela existência de três fases: fase 1. *reação de alarme*; fase 2. *resistência*; fase 3. *Exaustão* (Oliveira, 2006).

Vários autores apresentam diferentes conceitos de stresse, de acordo Lazarus (1993) stresse representa a relação que se estabelece entre a "carga" sentido pelo indivíduo e a resposta psicofisiológica que este mesmo desencadeia.

A palavra stresse é "estado do organismo, após o esforço de adaptação, que pode produzir deformações na capacidade de resposta atingindo o comportamento mental e afetivo, o estado físico e o relacionamento com as pessoas" (Limongi-França & Rodrigues 2007, p.30).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) define o stresse como sendo um conjunto de fenómenos que se apresenta no organismo do trabalhador e que, por este motivo, pode afetar a sua saúde. Os principais fatores geradores de stresse presentes no ambiente de trabalho envolvem aspetos de organização, administração e qualidade de relações humanas (Costa, Lima & Almeida, 2003).

De acordo com Serra (2011), o termo stresse:

> …provém do verbo latino *stringo, stringere, strinxi, strictum* que significa apertar, comprimir e restringir. A expressão não é nova, pois existe na língua inglesa desde o século XIV, sendo frequentemente utilizada para exprimir uma pressão ou uma constrição de natureza física. Só no século XIX, o conceito se

> alargou para passar a significar também as pressões que incidem sobre um órgão corporal ou sobre a mente humana. (p.12)

Para Gonçalves (2013) "O stresse pode alterar a forma como uma pessoa sente, pensa e se comporta. Entre os sintomas de stresse ao nível da organização contam-se: absentismo, elevada rotatividade do pessoal, incumprimento de horários, problemas disciplinares, assédio, produtividade reduzida, acidentes, erros e agravamento dos custos de compensação ou de saúde. No contexto individual, os sintomas de stresse são representativos ao nível das reacções emocionais (irritabilidade, ansiedade, perturbações do sono, depressão, hipocondria, alienação, esgotamento, problemas no seio das relações familiares); das reacções cognitivas (dificuldade de concentração, de memória, de aprendizagem e de decisão); reacções comportamentais (abuso de drogas, álcool e tabaco e comportamento destrutivo) e reacções fisiológicas (perturbações lombares, défice imunitário, úlceras pépticas, problemas cardíacos e hipertensão) (p.6).

1.1.1. Fatores geradores de stresse

Segundo Miguel et al. (2008), os fatores geradores de stresse podem ter origem em indicadores internos ou externos ao próprio colaborador. Contudo, a perceção individual do colaborador influência a delimitação de uma fronteira entre o que é externo (exigência de que a pessoa é alvo) e interno (exigência que a pessoa impõe a si mesmo). Os fatores internos e externos tendem a ser maiores ou menores, em consequência de diferenças individuais. As diferenças individuais responsáveis pela maneira como o fator (estímulo/exigência) é sentida como um desafio ou bloqueio, podem distinguir-se através de três indicadores:

- Personalidade: onde pode existir um tendência negativa para as adversidades e exigências;
- Experiências anteriores: podem ser positivas ou negativas, uma pessoa com experiência negativa e que foi capaz de se autocontrolar com eficácia, terá futuramente um controlo positivo ao stresse, pois sente uma menor pressão e menor receios ou medos.
- Capacidade para resolver a situação que foi percecionada: tem haver com a auto-estima e segurança pessoal, sendo esta positiva, também terá controlo com o stresse;

> "*Locus* de Controlo"- a maneira como cada pessoa controla o seu comportamento, também perceciona como controla o stresse"(p.210).

Segundo Holt (1993), cit. por Miguel et al. (2008), um estudo com uma amostra de 108 participantes, oriundos de dois ambientes de trabalho distintos, isto é, trabalhadores de órgão público estadual (Trabalhadores de uma Câmara Municipal) e um hospital público municipal (profissionais de saúde), com metodologia quantitativa, foram identificados os seguintes fatores geradores de stresse:

- Características físicas do ambiente de trabalho (ruído, temperatura, questões ergonómica);
- Variáveis associadas ao tempo (trabalho por turnos, fusos horários, excesso de horas de trabalho);
- Características organizacionais, sociais e enquadramento (excesso de trabalho, monotonia das tarefas, exigência próprias das tarefas, excesso de responsabilidade, mau relacionamento com a equipa, fracas recompensas salariais, conflitos interpessoais, conflitos de valores).

Batista e Bianchi (2006) afirmam que a causa da sobrecarga do stresse, que por vezes leva a confronto entre enfermeiros, doentes e familiares, se deve à diminuição do número de profissionais de saúde e ao aumento acelerado de trabalho. A sobrecarga de trabalho talvez não gere um sentimento tão agudo quanto as situações críticas vivenciadas pelos profissionais, porém se mantida continuamente ela determina o stresse nos profissionais, causando insatisfação pessoal e até mesmo abandono de carreira. Outros fatores que também contribuem para gerar stresse na equipa do BO, são: falta de preparação para lidar com a morte dos doentes situações de urgência, falta de pessoal e material, o ruído constante das aparelhagens, a falta de conhecimentos para lidar com as frequentes mudanças de material tecnológico, o sofrimento dos familiares, o conflito no relacionamento entre os profissionais (Cole, 1992).

Segundo um relatório da OIT, o stresse foi considerado a segunda causa mais frequente dos problemas de saúde relacionados com o trabalho, tendo atingindo 22% dos trabalhadores da União Europeia em 2005. A OIT refere estudos realizados em países europeus e noutros

países desenvolvidos que revelam que o stresse está na origem de 50% a 60% do total de dias de trabalho perdidos (Agencia Lusa, 2010).

De seguida, serão descritas cada uma das fontes indutoras de stresse para melhor perceção das mesmas, enquanto possíveis fatores indutores de stresse (Ramos, 2001).

Condições físicas do trabalho

É consensual que as condições físicas do trabalho são um fator preponderante no bem-estar e até no rendimento que cada um de nós pode trazer para a organização. Assim, nesta fase abordaremos alguns aspetos das condições físicas do trabalho, nomeadamente iluminação, temperatura, ventilação e espaços físicos.

a) Iluminação

Segundo Campos e Pinheiro (1997) e Graça (2009), a iluminação tem como objetivo facilitar a visualização de objetos para que a atividade laboral possa ser efetuada em condições de eficiência, comodidade e segurança. Uma boa iluminação é fundamental no ambiente de trabalho, uma vez que esta é predominantemente artificial e a sua utilização constante pode levar à fadiga visual, que se manifesta por uma série de sintomas que vão desde uma visão "encoberta" até dores de cabeça e contração dos músculos (fadiga muscular).

b) Temperatura e ventilação

A temperatura é outra condição física do trabalho que pode estar na origem de reações de stresse, o frio desanima e desmotiva, muito calor irrita. Também a conjugação da temperatura com a qualidade do ar reveste-se de grande importância, já que estes dois componentes constituem um "micro-ambiente climatérico" dos locais de trabalho.

Atualmente, a generalidade dos locais de trabalho é climatizada através de dispositivos de ar condicionado, que quando inadequados aos sistemas de ventilação têm sido associados reações de irritação respiratória (afetando nariz, olhos e garganta). A Organização Mundial de Saúde (OMS) designou este conjunto de sintomas de "Síndrome de Edifício Doente", já que o mesmo se manifesta maioritariamente em indivíduos que trabalham em ambientes com ar condicionado, janelas fechadas e sem ar fresco. Segundo a OMS, 30% dos edifícios novos

mostra evidências do síndrome e 10% a 30% dos seus ocupantes podem estar afetados (Mendelson, Catano & Kelloway, 2000).

c) Espaço fisico

De acordo com Steele (1973), cit. por Quick, Wright, Adkins, Nelson e Quick (1997), o espaço físico do trabalho deve oferecer proteção e segurança, facilitar o contacto social, promover a instrumentalização das tarefas, aumentar o prazer e estimular o crescimento. Assim, o espaço, bem como as restantes condições físicas do trabalho, podem causar stresse quando não são assegurados níveis mínimos de funcionamento biológico e de segurança física (Ross & Altmaier,1994).

Excesso de trabalho

Normalmente, o excesso de trabalho está associado ao elevado número de atividades a desempenhar e pouco tempo para a sua realização. Ramos (2001) diz que podemos definir dois tipos de excesso de trabalho, a *sobrecarga quantitativa*, que pode ser traduzido pela expressão "ter muito trabalho para fazer". O excesso de trabalho articula-se com o a escassez de tempo para o realizar, originando muitas vezes horários alargados e a necessidade de levar trabalho para casa. Já a *sobrecarga qualitativa*, refere-se ao "trabalho muito díficil", que acontece quando as pessoas não possuem os conhecimentos e as competências adequadas para cumprir determinada tarefa, ou quando atarefa é de grande complexidade (Cartwright & Cooper, 1997). Ramos (2001) afirma que os profissionais de saúde se enquadram neste tipo de sobrecarga qualitativa, pois na sua atividade profissional lidam com situações de dor e morte, e apesar da muita experiência profissional e capacidade de autocontrolo emotivo, torna-se muito difícil para estes profissionais conviver com estas realidades.

Todas as profissões que assentam na relação humana (caso dos médicos, enfermeiros, professores, psicólogos, etc.) apresentam uma pequena sobrecarga qualitativa, uma vez que estas profissões têm não só as exigências/competências que já lhe são atribuídas pelo seu trabalho mas também lhe são exigidas habilidade de relacionamento interpessoal (Ramos, 2001).

Sobre o excesso de trabalho, Dalri, Silva, Mendes e Robazzi (2014) realizaram um estudo transversal, correlacional, quantitativo, com 95 enfermeiros brasileiros de todos os serviços e

a trabalhar por turnos num hospital público, localizado em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, entre o segundo semestre de 2011 e o primeiro de 2012, tendo como objetivo avaliar o diagnóstico das reações fisiológicas de resposta ao stresse, através de um instrumento de recolha de dados composto por 12 questões, direcionadas às variáveis que visavam a identificação do trabalhador e de sua atividade profissional. Dos 95 sujeitos, a maioria dos sujeitos pertencia ao sexo feminino (85 (89,4%)), faixa etária entre 23 e 61 anos, trabalhando de 21 a 78 horas semanais. Quanto ao estado civil, constatou-se que 42 (44,2%) enfermeiros eram solteiros e 41 (43,2%) casados ou viviam com companheiro. Em relação aos vínculos profissionais, 76 (80%) sujeitos tinham somente um, 17 (17,9%) dois vínculos e dois enfermeiros, três vínculos. No que diz respeito ao tipo de contrato de trabalho, 27 (28,4%) enfermeiros eram contratados pela Fundação de Apoio ao Hospital, 65 (68,4%) eram funcionários públicos e apenas três tinham contrato de trabalho pela Fundação e pelo Estado. As reações fisiológicas mais frequentes encontradas, foram dores lombares, fadiga/exaustão, rigidez no pescoço e mau-estar geral, sendo que 46,3% dos sujeitos apresentou baixas respostas fisiológicas ao stresse e 42,1% moderadas. Não houve correlação entre a carga horária de trabalho e as reações fisiológicas do stresse. Assim, com este estudo e tendo em conta com as condições de trabalho, os enfermeiros, fisiologicamente não apresentavam reações elevadas de resposta ao stresse.

Dalri et al. (2014) concluiram que "tais trabalhadores lidavam com conflitos nas relações verticais e horizontais entre profissionais, familiares e pacientes. Nesse sentido, cuidar de profissionais que oferecem serviços de saúde pode ser estratégia fundamental, uma vez que bons atendimentos aos usuários dependem, principalmente, de equipes saudáveis" (p.959).

Trabalho por turnos

Trabalhar por turnos (manhãs, tardes e noites) é uma necessidade social, é indispensável que determinados serviços estejam permanentemente disponíveis (Ramos, 2001).

Para trabalhar por turnos é inevitável haver duas ou mais equipas para que se poderem revesar entre si, podendo, de modo positivo, permitir ao indivíduo gozar de uma disponibilidade de tempo vantajosa em termos sociais. No entanto, quando o trabalho por turnos se estende por um período de tempo mais prolongado pode acarretar consequências negativas e crónicas ao organismo (Ramos, 2001). Isto vai ao encontro do que afirma Gomes (1998), cit. por Ramos

(2001), de que esta alteração ao ritmo interno do organismo provoca alterações da líbido, do apetite, do peso, problemas digestivos e cardiovasculares, apatia, irritabilidade e cansaço, contribuindo para o aparecimento de perturbações do sono (quer ao nível da qualidade e quantidade), da saúde física e psicológica (elevados níveis de ansiedade) e da vida social e familiar (atividades sociais e insatisfação conjugal).

Conflito de papéis

O conflito de papéis acontece quando o indivíduo se vê confrontado com expectativas divergentes sobre o seu papel. Trata-se de uma situação indutora de stresse bastante comum no mundo do trabalho e pode corresponder a mais do que uma situação (Robbins, 1998). Surge um conflito relacionado com a pessoa quando esta é solicitada para efetuar determinadas ações que entram em conflito com os seus valores morais. Há um conflito de desempenho de papel quando as expectativas formuladas a um indivíduo na sua profissão colidem com as expectativas que lhe são colocadas fora dela. Dá-se um conflito entre empregador e utente quando a um indivíduo lhe são criadas exigências que são contrárias às expectativas dos clientes com quem tem de lidar. Por fim, pode dar-se um conflito intrapessoal, quando ao mesmo indivíduo são solicitadas tarefas incompatíveis (Serra, 2011).

Os BO caracterizam-se por áreas físicas com vários grupos profissionais, como enfermeiros, assistentes operacionais e médicos de diversas especialidades, onde deverá existir uma grande cumplicidade, já que cada elemento desempenha funções específicas e devidamente definidas, contribuindo para um objetivo comum, que é cuidar/tratar do doente com qualidade e em segurança. Mas sendo o BO um local fechado e isolado surgem, com frequência, situações de emergência, alterações do plano cirúrgico, falhas dos equipamentos utilizados, que origina, muitas vezes, conflitos interpessoais (Cruz, 2004).

1.1.2. Stresse nos profissionais de saúde

Para Sacadura-Leite e Sousa-Uva (2012), os profissionais de saúde "…constituem um grupo, cuja atividade profissional inclui-se nas chamadas 'profissões de ajuda'. A sua atividade caracteriza-se, … por apresentar múltiplas exigências, quer a nível físico, quer a nível psicológico. Essas últimas exigências parecem contribuir para estados de stresse (relacionado

com o trabalho)" (p.9). Segundo estes autores, os profissionais de saúde referem sistematicamente a "sobrecarga de trabalho" e a "pressão do tempo" como fatores indutores de stresse (Sacadura-Leite & Sousa-Uva, 2012).

Os hospitais são organizações de grande dimensão e de uma grande complexidade, causada pelas múltiplas e complexas relações hierárquicas, quer a nível formal quer a nível funcional, pela interdependência da atividade dos vários grupos profissionais e altos níveis de especialização das tarefas. Todas estas características constituem fatores de natureza organizacional que podem favorecer, por exemplo, o aparecimento de conflitos interpessoais nas organizações (Sacadura-Leite & Sousa-Uva, 2012).

As situações de trabalho são sentidas como indutoras de stresse quando são percebidas como envolvendo exigências que não condizem com os conhecimentos do trabalhador ou com as suas necessidades (sobrecarga quantitativa ou subcarga qualitativa), sempre que estes tenham a perceção de suporte social ou de controlo insuficientes (Sacadura-Leite & Uva, 2007).

A responsabilidade por pessoas, associada à necessidade de tomar decisões em tempo limitado são, provavelmente, os fatores indutores de stresse mais característicos da profissão médica (Heim, 1993).

Os profissionais de saúde exercem a sua atividade laboral em contextos de grande exigência profissional e com condições de trabalho frequentemente difíceis. Prestam cuidados a pessoas em sofrimento, o que, aliado a falta de recursos materiais ou humanos, facilita o aparecimento de stresse, prejudicando a qualidade do serviço prestado aos utentes. Inúmeros autores demonstraram os cuidados de saúde como atividade geradora de stresse, alertando para a necessidade de cuidar de quem cuida (Buunk, Zurriaga & Peiró, 2010; Freudenberger, 1974).

Foram estudados 1.248 enfermeiros de diversos hospitais suíços, através de um estudo transversal efetuado por Heim (1993). Verificou-se que o fator indutor de stresse identificado com mais relevância relacionava-se com a dificuldade na prestação de cuidados aos doentes de um modo responsável, uma vez que estava implícito um conflito entre os valores éticos aprendidos na escola de enfermagem e as limitações práticas exigidas na rotina diária. Esta dificuldade devia-se ao facto dos profissionais de saúde não terem tempo para conversar com os doentes e na pressão em prestar cuidados a vários doentes terminais com apoio médico, por vezes percecionado como insuficiente (Heim, 1993). Os outros fatores indutores de stresse

também identificados naqueles enfermeiros, apresentados, por maior grau de nível de stresse foram: cuidar do doente de um modo responsável, conflitos na equipa, ambiguidade de papéis, sobrecarga do trabalho, falta de autonomia, relação com o superiores hierárquicos e relações com os médicos (Sacadura-Leite & Sousa-Uva, 2007).

Segundo Marques et al. (2006), num BO executam-se cada vez mais funções técnicas e específicas, acontecem um maior número de situações de urgência/emergência e é exigida uma maior seleção de necessidades consoante as prioridades, acompanhado de um maior nível de exigência na aquisição das competências dos enfermeiros. No seu dia a dia, os profissionais de enfermagem deparam-se com situações que envolvem dor, sofrimento e ameaça de vida, podendo levar a um choque com os seus próprios valores, cultura, princípios e sentimentos.

Diversos estudos estudaram quais os fatores que contribuiram para o aumento do nível de stresse em Hospitais Nacionais, na região do Norte do Pais (Gonçalves (2013), Miranda (2011) e Ferreira (2010b)). Todos os estudos foram de caratér quantitativo e tranversal. Foram utilizados como instrumento de recolha de dados um questionário constituido por várias partes. O de Gonçalves (2013), utilizou para medir os niveis de stresse o questionário Maslach Burnout Inventory (MBI), de maslach e Jackson (1986), Nurse Stresse Index (NSI) de Harris (1989) e o Inventário de Resolução de Problemas (IRP) de Vaz Serra (1987). O estudo de Miranda (2011), utilizou na sua investigação o mesmo questionário de Maslach Burnout Inventory (MBI), o Questionário de Stresse nos Profissionais de saúde (QSPS) e a escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). Por fim o estudo de Ferreira (2010b), utilizou duas escalas na sua investigação, a Escala de Relações Interpessoais no Trabalho (ERIT) e tal como Gonçalves (2013), o Nurse Stresse Índex (NSI). Como resultados em termos sociodemgráficos apenas em dois estudos, as mulheres apresentaram um maior nivel de stresse (Gonçalves (2013) e (Ferreira (2010b)), mas em todos os estudo os casados ou que vivem em união de facto têm um maior nível de Stresse.

Em relação às escalas utilizada NSI (Gonçalves (2013) e Ferreira (2010b)), como resultados em ambos os estudos, temos que o nível de stresse aumenta com Clima Organizacional e Lidar com doentes e família. Na escala de MBI (Gonçalves (2013) e Miranda (2011)) nos estudos constatou-se um baixo nível de Bournout.

No questionário de IRP o estudo de Gonçalves (2013), possui razoáveis mecanismos de

coping.

No QSPS e ESSS, de Miranda (2011) verificou-se que os os profissionais de saúde elegem como principais fontes de stresse experienciadas com maior intensidade as seguintes: a falta de encorajamento e apoio por parte dos seus superiores, o ambiente e o "clima" existentes no local de trabalho, o facto de gerir problemas graves dos clientes, o excesso de trabalho e o salário insuficiente.

E por fim no questionário de ERIT (Ferreira, 2010b), que os níveis de Stresse aumentam, de quanto pior é a relação interpessoal e verificou-se ainda que os enfermeiros que estabelecem má/razoável relação com as chefias percepcionam a dimensão "Apoio e envolvimento organizacional" como fonte geradora de stresse.

Como podemos verificar, o profissional de saúde está exposto a diversos stressores ocupacionais que afetam diretamente o seu bem-estar (Carlotto, 2009), e que, por sua vez, afeta diretamente o utente (Melo, Gomes & Cruz, 1997). Como referem Shapiro, Astin, Bishop e Cordova (2005), estes profissionais precisam de mais apoio social de forma a gerirem e a enfrentarem os diversos stressores com que se deparam diariamente no seu trabalho.

Contudo, independentemente das especificidades das diversas áreas profissionais da saúde, existem muitos aspetos que são compartilhados por médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, etc. Assim, o sofrimento psíquico do próprio trabalho no contexto hospitalar é considerado comum a todos estes profissionais (Nogueira-Martins, 2003).

1.1.3. Estratégias de gestão do stresse

Para Miguel et al. (2008), existem dois passos a seguir para minimizar o stresse de cada pessoa, isto é, o *primeiro passo* é assumir e reconhecer a existência do stresse, através da identificação das suas causas e, se possível, recorrer a estratégias que previnam ou reduzam o maleficio que o stresse pode ter na sua vida, e o *segundo passo* é tomar atitudes e desenvolver capacidades de lidar com o stresse.

Existem programas de gestão de stresse que podem ser individuais ou organizacionais. O programa de gestão individual destina-se a ajudar pessoas que já estão a sofrer de stresse, enquanto que o organizacional atua de uma forma mais preventiva, reduzindo os stressores, reais ou potenciais. As estratégias de gestão são classificadas pela sua diferenciação ao nível da intervenção (primária, secundária ou terciária) (Tabela 1). Os programas organizacionais enquadram-se normalmente nas intervenções primárias, enquanto que os programas individuais se dividem pelas intervenções secundárias e terciárias, podendo haver uma sobreposição já que não existe uma exclusividade de categoriais (Ferreira, 2010a) .

Tabela 1
Classificação dos programas de gestão de stresse no trabalho

Nível de intervenção	Locus de intervenção
Primárias	Organizacionais
Secundárias	Individuais
Secundárias	

Fonte: Bicho e Pereira (2007).

Como já referido, os programas organizacionais têm um nível de intervenção primária que se regem pelo princípio de que as consequências negativas do stresse podem ser combatidas através da eliminação e/ou redução, das fontes de stresse do ambiente de trabalho, diminuindo as pressões colocadas sobre os trabalhadores (Bicho & Pereira, 2007). Para melhor satisfação das necessidades dos trabalhadores, a importância das intervenções primárias é colocada na mudança do ambiente físico ou sócio- político. Exemplo dessas intervenções têm a ver com a reestruturação de unidades organizacionais, onde as mudanças no processo de tomada de decisão contam com maior participação dos trabalhadores, o enriquecimento funcional (permitindo maior autonomia e controlo dos trabalhadores sob o desempenho das suas tarefas), a reorganização das linhas de autoridade e o estabelecimento de um sistema de compensação com maior equidade (Bicho & Pereira, 2007).

No entanto, existem algumas intervenções primárias mais dirigidas aos trabalhadores individualmente ou em grupo, como o desenvolvimento de programas orientados para a gestão individual do stresse ou programas de promoção da saúde. São exemplos, o desenvolvimento de espaços de lazer e comunicação na empresa, consultas médicas regulares, o suporte social, como as técnicas de grupos de partilha de emoções, programas de relaxamento e programas de assistência ao trabalhador com problemas específicos (consumo de álcool e de drogas) (Sacadua-Leite & Uva, 2007).

As intervenções secundárias são dirigidas aos trabalhadores, individualmente ou em grupo e destinam-se a reduzir o impato dos stressores organizacionais. Nesta intervenção, as técnicas utilizadas passam pelo treino do relaxamento, meditação, desenvolvimento de capacidades de gestão de tempo ou da resolução de conflitos. Não sendo uma solução preventiva, este tipo de intervenções apresenta algumas vantagens, nomeadamente na rapidez da sua implementação, no desenvolvimento de uma maior flexibilidade dos trabalhadores e de novas competências para lidar com os stressores que não podem ser eliminados em contexto de trabalho. Como desvantagem passa pela possibilidade de tornar-se apenas um atenuamento em situações de stresse estrutural, sem que as causas sejam realmente analisadas, reduzidas e eliminadas. Com o tempo, os riscos de exaustão ou esgotamento mantêm-se, com a agravante de implicarem a passagem de uma parte significativa da responsabilidade para os trabalhadores, retirando-a da organização.

Por fim, as intervenções terciárias têm uma perspetiva de tratamento e não de prevenção e dirigem-se a pessoas com problemas de saúde e de bem-estar, em resultado do stresse. Recorre-se normalmente a programas de assistência aos trabalhadores, que tipicamente envolvem aconselhamento individualizado, em termos de identificação dos stressores e estratégias de *coping*. As intervenções terciárias são cada vez mais subcontratadas a consultores externos à organização, garantindo, por isso, a confidencialidade e a proteção da privacidade do trabalhador (Bicho & Pereira, 2007).

De acordo com Domingos (2005) "… diversas estratégias de gestão de stresse no trabalho têm sido desenvolvidas e implementadas. Com estes programas específicos de prevenção e intervenção e possível atingir uma melhoria e manutenção da qualidade de vida no trabalho e respectiva performance dos colaboradores" (p.32).

1.2. Impacto do Stresse dos Trabalhadores numa Organização

O stresse afeta a saúde das organizações, sendo esta entendida como o conjunto de três conceitos: harmonia, capacidade de produção e vitalidade. Segundo vários autores referidos por Ramos (2001), as organizações são sustentadas por quatro dimensões internas interligadas pela cultura organizacional: pessoas, estruturas, tecnologias e tarefas. Para que uma organização seja uma sucesso empresarial é necessário que as quatros dimensões referidas, se

interligam-se entre si, deve fazer esforços constantes para atingir a integração das suas quatro dimensões internas e o ajustamento com o ambiente externo para que não exista uma ameaça no seu funcionamento.

A saúde organizacional concretiza-se num processo contínuo de vigilância sobre possíveis incongruências internas e relações com o meio. É precisamente ao nível dos desajustamentos internos que resulta o stresse no trabalho que se não for vigiado, prevenido e controlado se torna num dos mais poderosos elementos destabilizadores da saúde organizacional, traduzindo-se em custos para as organizações (Ramos, 2001).

Para Serra (2011), os custos do stresse só podem ser calculados por indicadores indiretos, isto é, são os que consistem no mal-estar, nas incapacidades e nas mortes prematuras que origina, decorrentes de transtornos físicos e psíquicos que induz, no consumo de analgésicos, tranquilizantes, tabaco, drogas ilícitas ou bebidas alcoólicas frequentemente utilizadas pelos indivíduos de forma a tolerar os seus efeitos.

Já em 1989, Everly, cit. por Serra (2011), referia que cerca de 25% da população dos Estados Unidos da América (EUA) era vítima dos efeitos negativos do stresse excessivo e, aproximadamente 50% de todos os doentes ia a um médico de clínica geral em virtude de problemas relacionados com o stresse.

Conforme a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2009), em 2005 observou-se uma redução dos níveis de stresse nos números da UE-27. Contudo, a redução da exposição ao stresse foi registada sobretudo nos países da UE-15 (20,2%), sendo que os novos Estados Membros continuavam a denotar altos níveis de exposição, acima dos 30%. Nos 15 Estados-Membros da UE pré-2004, estima-se que os custos do stresse no local de trabalho e dos problemas de saúde mental dele decorrentes, correspondam entre 3% a 4% do produto nacional bruto, ascendendo anualmente a 265 mil milhões de euros.

Segundo a mesma fonte, através de um estudo efetuado em 31 países europeus, Portugal é o sétimo país com mais stresse no trabalho da Europa. A taxa de incidência de stresse no trabalho apurada em Portugal foi de 59%.

A redução do stresse relacionado com o trabalho e dos riscos psicossociais constitui um imperativo não só moral como jurídico, sendo de extrema importância já que, em 2002, o custo económico do stresse relacionado com o trabalho na UE-15 foi estimado em 20.000

milhões de euros. No que se refere ao absentismo, a investigação mostra que do total de dias de trabalho perdidos, 50% a 60% estão relacionados com o stresse (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2009).

A seguir serão descritos os custos diretos e indiretos que conduzem a custos para as organizações, decorrentes do stresse no trabalho.

1.2.1. Custos diretos

Estes são devidos aos decorrentes da participação dos indivíduos, do desempenho dos mesmos no local de trabalho e dos cuidados de saúde e dos prémios de compensação e indemnização.

Absentismo - Indica a não comparência no local de trabalho. O absentismo acarreta custos para as organizações, uma vez que o trabalho proposto não é realizado. Pode ainda contribuir para diminuir a moral dos restantes trabalhadores, pois muitas vezes são eles a colmatar a ausência do colega em falta. Por outro lado, é muito díficil para uma organização atingir os seus objetivos se os funcionários faltam ao trabalho, podendo mesmo, ao nível da gestão, fazer adiar decisões importantes (Quick et al., 1997; Robbins, 1998).

Turnover - Número e frequência da saída voluntária ou involuntária de pessoas da empresa, Ramos (2001). Uma elevada taxa de *turnover* resulta em custos significativos de recrutamento, seleção e formação com vista à substituição do trabalhador que abandona a organização, estimando-se que esse custo corresponda a cinco vezes o seu salário mensal (Quick et al., 1997). Noutro sentido, o *turnover* pode afetar de forma preocupante a eficiência e eficácia de uma organização, quando são os bons colaboradores que a abandonam. De forma a colmatar as faltas destes, a organização vê-se forçada a encontrar substitutos com os mesmos níveis de conhecimento, experiência e eficácia, o que de alguma forma pode revelar-se dispendioso. Porém, no mundo atual de trabalho em constante mudança, a prática de *turnover* pode revelar-se uma condição saudável, pois promove a flexibilidade das organizações e reforça a empregabilidade das pessoas. Uma organização equilibrada deve procurar manter uma taxa de *turnover* adequada, no sentido de assegurar a sua renovação, evitando perder os colaboradores que não quer perder, evitando desta forma custos consideráveis (Ramos, 2001).

Greve - Para Ramos (2001), a greve revela um desajustamento nas dimensões internas da organização, cuja gravidade percebida pelos empregados justifica a paragem do trabalho. Assim, a organização perde um volume considerável de receitas com as greves, já que é suspensa a produção de trabalho além de acarretar outros prejuízos para as organizações, perturbando a sua relação com o meio exterior, nomeadamente, com clientes e fornecedores.

Desempenho no trabalho - As organizações dependem do rendimento dos seus funcionários, ou seja, do seu desempenho. O stresse afeta o desempenho ao influenciar a maneira como as pessoas decidem os seus comportamentos no trabalho, nomeadamente para que objetivos canalizam os seus esforços, esforçando-se muito ou pouco e se utilizam ou não as suas capacidades (Ramos, 2001). Se o desempenho dos indivíduos no trabalho é prejudicado, o mesmo acontecerá com a eficiência, eficácia e, consequentemente, com a produtividade das organizações (Ramos, 2001). Da mesma forma que os incentivos existem para atenuar o absentismo, as organizações recorrem a estes prémios financeiros, contrariando as quebras de produtividade devidas ao mau desempenho dos colaboradores no sentido de contrariar estes efeitos (Ramos, 2001).

Acidentes de trabalho - O stresse provoca um aumento na propensão para todo o tipo de acidentes. Sabe-se que os acidentes de trabalho implicam custos para as organizações que são tanto maiores, quanto mais grave for o acidente, quer em termos de produção perdida, quer em termos de saúde do trabalhador. Warshaw (1979), cit. por Quick et al. (1997), reforça esta ideia quando afirma que uma pessoa em stresse é um acidente prestes a acontecer.

Custos de saúde - É indiscutível que o stresse aumenta os custos diretos com a saúde, tanto ao nível dos pagamentos de cuidados de saúde, como ao nível do prémios de seguros. Todavia, não é fácil calcular os custos com a saúde e mais díficil ainda é calcular aqueles relativos ao stresse. Tomemos como exemplo os custos organizacionais com dois problemas de saúde relativamente associados ao trabalho: a depressão e os enfartes agudos do miocárdio. A depressão mergulha as pessoas num sofrimento tal, incapacitando-as para o funcionamento social, mas raramente implica um internamento hospitalar. Por outro lado, os enfartes agudos do miocárdio implicam necessariamente esse procedimento. Assim, poder-se-ia quantificar os custos de uma e de outra doença a partir das despesas hospitalares e medicação, no entanto, não só elas não são comparáveis, como a depressão é muito mais frequente que os enfartes agudos do miocárdio (Ramos, 2001). De acordo com Cartwright e Cooper (1997), no total, as

empresas norte-americanas gastam mais de 700 milhões de dólares anualmente para substituir os mais de 200.000 homens entre os 45 e 65 anos que morrem ou ficam incapacitados em resultado de doenças cardiovasculares. Por outro lado, os custos com seguros individuais de saúde subiram cerca de 50% nos últimos vinte anos, mas a contribuição das organizações aumentou cerca de 140%. Em termos de custos organizacionais com a saúde associada ao stresse, só dispomos de exemplos norte-americanos pois, nestes, são as próprias organizações que os suportam, através de seguros de saúde. Segundo o mesmo autor, a nível europeu, tal como em Portugal, estes custos diluem-se nas despesas dos sistemas nacionais de saúde e são os impostos dos cidadãos que suportam essa fatura. Com efeito, os governos mostram uma tendência em motivar os cidadãos, a título individual, e as organizações a suportar essa fatura, assumindo esse tipo de despesas, razão pela qual os seguros de saúde estão em crescente.

Compensação e indemnização - É o quarto tipo de custos organizacionais relativos ao stresse, devido ao pagamento de compensações e indemnizações aos trabalhadores que se queixam de terem sido lesados pelas consequências de stresse no trabalho. Por norma, essas queixas compreendem perturbações emocionais (depressão) e doenças físicas (hipertensão). Nos EUA existe um organismo legal especificamente destinado a este tipo de queixas dos empregados contra os empregadores a fim de executar as indemnizações, o Worker`s Compensation. No início, esta entidade deliberava apenas sobre queixas relativas a problemas físicos, mas com o tempo tornou-se mais comum as queixas relativas a problemas emocionais consequentes da ação negativa do stresse (DeFrank & Ivancevich, 1998). Contudo, apesar da maior dificuldade em analisar dados emocionais do que danos físicos, e das restrições e melhoramentos nas leis operadas durante a década de 90, o patronato norte-americano pagou no ano de 1996, cerca de 80 biliões de dólares em indemnizações a trabalhadores (Quick et al., 1997). A nível europeu, e o mesmo se passa em Portugal, este tipo de custos diretos motivados pelo stresse não possui ainda uma grande expressão, no entanto, assiste-se já a um aumento nos lítigios interpostos por trabalhadores e sindicatos (Cartwright & Cooper, 1997).

1.2.2. Custos indiretos

Os custos indiretos resultam da relação que o trabalhador estabelece com a organização, refletindo-se na perda de vitalidade (baixo moral, baixa motivação, insatisfação), nas falhas de comunicação entre colaboradores, nos erros de tomada de decisões e na qualidade das

relações de trabalho.

Perda de vitalidade - Esta traduz-se em baixa moral, reduzida motivação e insatisfação no trabalho. Este deixa de ser prazenteiro, as tarefas não são realizadas com alegria e empenho para dar lugar à obrigação de trabalhar. É sobejamente conhecido que as organizações saudáveis possuem benefícios a longo prazo, sendo desejo de bons profissionais nelas trabalharem (Quick et al., 1997).

Falhas na comunicação - A comunicação é o instrumento essencial ao funcionamento de uma organização, traduzindo a sua perturbação uma nova categoria de custos indiretos organizacionais. As pessoas em stresse tendem a evitar comunicar com os outros de forma a defenderem-se. Reduzir o número e frequência dos comportamentos de comunicação é um mecanismo de *coping* muito utilizado, porque se revela momentaneamente eficaz já que se evita o confronto com o problema. Contudo, ao nível da organização, acarreta custos a médio prazo, pois obstrui a eficácia no trabalho e, como não existe trabalho solitário e independente, no seio de uma empresa, todo aquele que depende em qualquer grau da pessoa que comunica menos, será afetado. Quick et al. (1997) reforçam a importância deste efeito ao nível da gestão, já que ela encerra funções que assentam na transmissão de instruções, na partilha de informação e no esclarecimento de atividades e objetivos para a organização.

Qualidade das relações interpessoais no trabalho - O stresse afeta, sem dúvida, o relacionamento interpessoal, assim como a redução na frequência da comunicação. Quick et al. (1997) apontam que, associado a este distanciamento, se conta a emergência de sentimentos de desconfiança, desrespeito e animosidade, contribuindo decisivamente para a deterioração da qualidade no trabalho. Como resultado, os conflitos normais na vida de uma organização são transformados em situações conflituosas destrutivas. Deste tipo de relações à violência física e psicológica vai um curto espaço que, uma vez percorrido, leva ao declínio das relações interpessoais no trabalho com todos os custos aí implicados.

Erros na tomada de decisão - Tendo por base que a eficácia organizacional assenta nas boas decisões, os custos organizacionais do stresse que resultam dos erros da tomada de decisões, revelam-se de grande importância. De acordo com Ramos (2001), existem dois aspetos na origem das decisões erradas: a insuficiente informação e a diminuição da capacidade de julgamento. Pela insuficiente informação (quantitativa ou qualitativa), entende-se aquela que resulta em grande parte da comunicação deficiente, mencionada anteriormente. Naturalmente,

a eficácia dos processos de decisão pressupõe o conhecimento sensato de todos os aspetos em questão. Se estes forem insuficientes ou desvirtuados, a decisão errada implicará custos para a organização. Por outro lado, se surgir a diminuição da capacidade de julgamento (queixa mais frequente entre os gestores e empresários observada no contexto psiquiátrico), consequente à acumulação do desgaste provocado pelo stresse, esta pode trazer impacto na redução e perspicácia na abordagem dos problemas. Uma pessoa em stresse sente dificuldades em pesar os aspetos envolvidos na tomada de decisão, em ponderar alternativas e em articular informação relevante (Ramos, 2001).

No caso particular de Portugal, um estudo realizado pela Agência Europeia para a segurança e saúde no trabalho (2012), com o objetivo de saber a opinião dos portugueses, sobre o seu nível de stresse no trabalho, ou seja, se irá aumentar bastante. Nesta investigação foram realizadas 1.003 entrevistas, via telefone, a adultos com superior a 18 anos. Exatamente 84% dos portugueses acha que o nível de stresse no trabalho irá aumentar, e 60% acha que vai "aumentar muito" (repare-se que, quando analisamos a média Europeia, apenas 49% dos outros europeus acha que o stresse no trabalho vai aumentar muito). As mulheres são as que mais acham que o stress no trabalho vai aumentar muito (66%) enquanto que há menos homens a pensar assim (52%). São os trabalhadores das grandes empresas (com mais de 250 trabalhadores) que acham que o stresse vai aumentar mais (94%).

1.3. stresse nos profissionais de saúde em contexto de Bloco operatório

1.3.1. Características e particularidades de um bloco operatório

> Os BO caracterizam-se por áreas físicas com elevados recursos humanos para prestar cuidados a doentes em estados críticos, de uma forma rápida e eficaz. O trabalho aí desenvolvido é complexo e intenso e, como tal, os enfermeiros precisam estar preparados para receber doentes com alterações hemodinâmicas relevantes que requerem e exigem continuamente a aquisição de conhecimentos específicos e grande habilidade para tomar decisões. (Ferreira, 2010a, p.50)

É também considerado uma "unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, como o objectivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida" (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações

Portugueses [AESOP], 2006, p.20). É um serviço bastante dispendiosos devido à sua grande especificidade, como os materiais utilizados, procedimentos efetuados, constantes mudanças de tecnologia, e formação mais prolongada dos profissionais. Em contrapartida, é também um serviço das maiores "fontes de rendimento" de um hospital, pois quanto maior for o número de cirurgias efetuadas, maior o orçamento atribuído ao hospital (Fonseca, 2007).

Um BO é constituído por salas de operações que, segundo a AESOP (2006), são as unidades imobiliárias com o fim de realizar intervenções cirúrgicas. Estas são parte integrante de uma "suite" operatória, juntamente com o local de desinfecção, salas de apoio e sala de indução anestésica. De acordo com a mesma fonte, estas definições refletem as diferentes abordagens dos autores, mas os principais objetivos do BO prendem-se com: *i)* cuidados no tratamento de patologia específica ou associada; *ii)* manutenção da integridade física; *iii)* satisfação das necessidades físicas e psíquicas do doente.

Vargas (2010) afirma que "num BO é necessário estar preparado para mudanças rápidas e inesperadas, as emergências ocorrem com frequência, o tempo de reação é fundamental para dar resposta a essas situações de forma eficaz e coerente" (p.19). O BO em qualquer hospital representa cerca de 60% da sua atividade, consome cerca de 10 a 15% do seu orçamento e ocupa cerca de 4,8% da área do hospital. Considerando que este funciona cerca de oito mil e setecentas horas por ano, o custo de um minuto por sala de operações é de 7,51euros, ou seja, é um custo muito elevado comparando com outros serviços, visto este ser um serviço muito específico, com várias áreas de intervenção e utilização de material muito caro (Pinheiro, 2007).

Equipa multidisciplinar

No BO atua uma equipa multidisciplinar que presta cuidados altamente especializados aos utentes. O trabalho em equipa faz parte da dinâmica do BO, onde a comunicação, o bom senso e a flexibilidade são essenciais para o bom funcionamento dos vários profissionais de saúde que integram essa equipa (Fonseca, 2007).

> O grau de homogeneidade ou heterogeneidade de um grupo, no que se refere às suas características demográficas, sociológicas ou psicológicas, influencia os processos de interação e finalmente no desempenho da equipa. A heterogeneidade é defendida como característica vantajosa no envolvimento em tarefas intelectuais relacionadas com a resolução de problemas. Equipas com objetivos, características de personalidade comuns e com elevada

> compatibilidade, despendem menor energia às inteirações de carácter social e afetivo. O nível de satisfação, motivação e consequentemente o desempenho é eficaz e eficiente. No entanto, a interação prolongada de uma determinada equipa resulta em processos de liderança informal. O líder ou líderes emergentes podem condicionar de forma positiva ou negativa a qualidade do desempenho. (Rodrigues, 2008, p.42)

Num BO, cada profissional desempenha uma função distinta mas interdependente. O médico anestesista realiza todas as técnicas anestésicas necessárias para a anestesia e analgesia do doente e o enfermeiro de anestesia colabora diretamente com o anestesista na realização daquelas técnicas, sendo o enfermeiro de referência para o doente, ou seja, é aquele com quem o doente estabelece uma relação de confiança na véspera e dia da cirurgia, no decorrer da visita pré-operatória de enfermagem. O cirurgião principal é sobre quem recai a responsabilidade da cirurgia e o 1º ajudante tem a função de outro cirurgião ou de um interno da especialidade. Na equipa de enfermagem desempenham funções, um enfermeiro circulante e um instrumentista, que se relacionam entre si, promovendo e assegurando a correta preparação dos diversos materiais necessários para a cirurgia, para que a segurança do doente não seja colocada em risco (Rodrigues, 2008). Para Caetano, Ferreira e Neves (2001), *"*...equipa é mais do que grupo" (p.337). Assim, os grupos tornam-se equipas quando ocorrem processos sinergéticos entre si, existindo um sentimento de implicação grupal. De acordo com Savoie e Beaudin, tal como referem Caetano et al. (2001), "...a interdependência entre os membros e o seu caráter formal distingue um agregado de uma equipa de trabalho funcional dentro da organização" (p.338). Na maioria das instituições de saúde, encontramo-nos perante grupos de trabalho que não funcionam como equipa, não partilham os mesmos objetivos, não têm afinidades entre si, enfim, são pessoas completamente diferentes. Na conceção de equipas de trabalho em saúde é importante reunir interesses. As pessoas não devem participar em projetos para os quais não se encontram motivados (Rodrigues, 2008). Os serviços onde trabalham devem proporcionar realização profissional. Hoje em dia, quando um profissional de saúde escolhe um serviço ou especialidade, deve conhecer a realidade, as dificuldades e as vantagens. O serviço deve ser adequado ao profissional, mas o profissional também deve ser adequado ao serviço.

O trabalho em equipa é essencial para as instituições de saúde, permite o aumento do rendimento, promove a comunicação interpessoal e interdisciplinar, uma vez que as equipas são compostas por vários grupos profissionais (por exemplo, equipa multidisciplinar no BO) (Rodrigues, 2008).

Apesar de haver uma equipa multidisciplinar, no BO verifica-se uma alta prevalência de erros e acidentes, desde "as interrupções do fluxo cirúrgico, a acidentes *minor* e eventos catastróficos" (Fragata, 2010, p.17). Segundo este autor, os erros que acontecem mais frequentemente devem-se essencialmente a fatores humanos e de equipa, a fatores organizacionais, à complexidade das tarefas, às influências do ambiente e ao puro acaso. "Os erros típicos e os padrões de erros são revisitados tal como os mecanismos de ocorrência: cirurgia errada, no doente errado, no órgão errado, corpos estranhos deixados, infecção cirúrgica e trombose venosa-embolia pulmonar" (Fragata, 2010, p.17). Para este autor, a segurança dos doentes num BO é um tema muito valorizado atualmente, e considerado uma prioridade pela OMS.

1.3.2. Stresse dos profissionais de saúde no bloco operatório

Tendencialmente imaginamos que os profissionais de saúde se destinam somente a cuidar das doenças dos outros, sem concebermos que eles próprios podem ser afetados por problemas de saúde, sejam eles físicos ou psíquicos.

De acordo com Ferreira (2010a), em função de todo o desgaste físico e psicológico, os Médicos e Enfermeiros foram classificados pela Health Education Authorithy entidade que tem como objetivo melhorar a qualidade dos cuidados de saúde para as pessoas e pacientes, através da educação, formação e desenvolvimento ao longo da vida do pessoal. como a quarta profissão mais stressante, devido à responsabilidade pela vida das pessoas, levando a uma maior incidência de desgaste físico e psicológico.

Num estudo relacionado com o stresse ocupacional a profissionais de saúde, desenvolvido por Schmidt (2009) verificou-se ser necessário prestar maior atenção à saúde dos enfermeiros, já que 84% destes profissionais se encontravam stressados devido à alta exposição ao trabalho.

Os enfermeiros e médicos, na zona perioperatória são os profissionais com mais conhecimentos ao nível de saúde perioperatória, acompanhando o utente durante as fases pré, intra e pós-operatória (European Operating Room Nurses Association, 2012).

No âmbito das competências dos profissionais perioperatórios, o "saber ser" no BO implica consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza,

facilidade de adaptação e de concentração, espírito crítico, resposta rápida a emergências e controlo do stresse (Pinheiro, 2007).

Como já foi referido, o trabalho no BO é desenvolvido por uma equipa multidisciplinar onde deve existir uma grande cumplicidade, já que cada elemento desempenha funções específicas e devidamente definidas, contribuindo para um objetivo comum, que é cuidar/tratar do doente com qualidade e em segurança.

Segundo Marques, Carvalho, Sousa, Borges e Cruz (2006), num BO, os profissionais de saúde deparam-se cada vez mais com situações de urgência/emergência onde, devido a técnicas mais específicas, exige deles uma maior seleção de necessidades consoante as prioridades. Estes profissionais deparam-se normalmente com situações que envolvem dor, sofrimento e ameaça de vida, podendo levar a um choque com os seus próprios valores, cultura, princípios e sentimentos.

Apesar da divisão do trabalho não ser rígida, as funções de cada profissional deve ser perfeitamente definidas para que cada um saiba o que fazer num determinado momento, para não haver falhas. Porque o ato anestésico-cirúrgico não é compatível com falhas, um erro apenas pode significar a morte do doente ou mesmo para os elementos da equipa cirúrgica, no caso de acidente de trabalho (picada de agulha infetada com o vírus da Sida ou de Hepatite B e C).

Para Pinto (1990), referido por Cruz (2004), as situações indutoras de stresse mais frequentes no BO são:

Pressão do tempo: acontece sobretudo nas cirurgias de urgência, complicações intraoperatórias, assim como na preparação do que é necessário para a próxima intervenção cirúrgica, o que exige das pessoas grande dinamismo e capacidade de resposta rápida;

Carência de pessoal: muitas vezes determinada pela dificuldade de integração de pessoal e pelo facto de serem locais muito isolados/fechados;

Situações imprevistas: bastante frequentes neste tipo de ambiente. Referem-se a avarias dos equipamentos eletrónicos, instrumentos cirúrgicos que se conspurcam e que são necessários, tendo que se aguardar a sua re-esterilização; o facto de o doente não ter reserva de sangue e

este ser necessário durante a cirurgia; o aspirador não funcionar durante uma grande hemorragia, entre outros;

Alterações do plano cirúrgico: obrigam, num curto espaço de tempo, à preparação de novos materiais e equipamentos, sendo exigida a estes profissionais uma grande capacidade de improviso e agilidade. Pode acontecer quando um doente está marcado para ser intervencionado, mas que acaba por ser recusado por razões diversas como, por exemplo: complicações súbitas no seu estado de saúde, falta de vaga na unidade de cuidados intensivos, falta de material necessário ao procedimento, inexistência de hemoderivados, entre outras situações;

Deficiências no equipamento e seu funcionamento: avarias em equipamentos indispensáveis à cirurgia, como o bisturi elétrico, a mesa operatória, o ventilador, entre outros, que obrigam o enfermeiro a atuar de forma rápida e eficiente. A situação pode complicar-se quando acontece pela primeira vez e não se conhece minimamente o funcionamento dos aparelhos e materiais;

Conflitos de personalidade: isto acontece pelo número elevado de elementos que constitui a equipa multidisciplinar do BO, funcionando o enfermeiro como elo de ligação, sofrendo quase sempre as consequências;

Fatores ambientais: inclui o vestuário próprio que tem de ser utilizado (barrete e máscara cirúrgica), pouca ou nenhuma luz natural, utilização de gases anestésicos, radiações (prejudiciais à saúde), exposição ao barulho, diferenças de temperatura, risco de contaminação, grandes períodos de permanência em pé, muitas horas em silêncio e falta de comunicação com os colegas de outros serviços (isolamento em relação ao exterior).

Guido, Linch, Pitthan e Umann (2011) realizaram um estudo quantitativo com o objetivo de identificar os níveis de stresse dos enfermeiros, estado geral de saúde e formas de como os enfermeiros lidam na suas tarefas diárias. Para isso utilizou um instrumento de recolha de dados dividido em três partes: formulário para levantamento de atividades diárias, inventário de estratégias de *coping* e inventário sobre o estado geral de saúde. A amostra foi constituída por 143 enfermeiros chineses. A maioria da amostra encontra-se com baixo nível de stresse (55,25%) seguido de 34,26% com médio nível de stresse e 10,49% em alerta para o stresse vivido no trabalho. Com estado regular de saúde encontra-se 50,35%. Salienta-se que nenhum dos enfermeiros foi classificado com alto nível de stresse. Conclui-se também que,

ações educativas devem ser incentivadas, a fim de disponibilizar ferramentas para que o profissional desenvolva estratégias de *coping* resolutivas no seu dia a dia, minimizando o efeito do stresse no seu estado de saúde e no seu trabalho.

Já com os profissionais médicos, nomeadamente anestesistas, Magalhães et al. (2015) realizaram um estudo transversal, com 241 anestesiologistas brasileiros inscritos na Sociedade de Anestesiologia do Distrito Federal. Utilizaram um questionário autoaplicável, composto pelo Inventário de *Burnout* de Maslach/stresse, dados sociodemográficos, profissionais e de lazer. Concluiu-se que dos 134 questionários respondidos, foram predominantemente preenchidos por homens (65,6%), na faixa etária 30 a 50 anos (67,9%). Foram encontrados níveis significativos de baixa realização profissional (47,7%), despersonalização (28,3%) e exaustão emocional (23,1%). A síndrome de *burnout/stresse* apresentou prevalência de 10,4%, ocorreu principalmente em homens (64,2%), na faixa etária de 30 a 50 anos (64,2%), com mais de dez anos de profissão (64,2%), com atuação em plantões noturnos (71,4%), sedentários (57,1%) e que não fazem cursos não relacionados à medicina (78,5%). Dos inquiridos, 50,7% apresentou pelo menos um de três critérios para desenvolver stresse e apenas 8,2% tem baixo risco para sua manifestação.

Num outro estudo sobre o stresse ocupacional em 155 profissionais da área da saúde (médicos e enfermeiros) que trabalhavam em instituições hospitalares e centros de saúde da região norte de Portugal, realizado por Silva e Gomes (2009), foram avaliadas as fontes de stresse, o *burnout*, o *coping* proativo, o comprometimento organizacional e a satisfação e realização profissional. Dos resultados, no que refere ao nível global de stresse experienciado pelos profissionais na sua atividade, salienta-se o facto de que 56% não descreveu problemas significativos neste nível, enquanto 29% assinalou níveis moderados. Para 15% dos participantes, a sua profissão foi sentida como muito stressante. Em termos das principais fontes de stresse, os aspetos relacionados com os erros cometidos, fazer apresentações em público, a falta de perspetivas de progressão na carreira e o mau relacionamento com os superiores, foram os principais aspetos geradores de mal-estar. Numa análise por fatores de stresse, verificou-se igualmente que as ações de formação, a instabilidade profissional, o excesso de trabalho e a possibilidade de cometer erros, foram os domínios de trabalho mais estressantes.

Em termos da escolha profissional, o principal dado a reter relaciona-se com o facto de 66%

dos profissionais voltar a optar pela mesma saída profissional se tivessem uma nova oportunidade de escolher um curso superior, enquanto 18% dos participantes afirmou uma posição contrária. Em termos da satisfação e realização, uma percentagem significativa de participantes assumiu níveis positivos nestas duas dimensões. No que se refere ao desejo de abandonar o local de trabalho e a profissão, existe um padrão de semelhança nos resultados alcançados. Assim, 69% e 83% dos participantes descreveram um baixo desejo de abandonar o local de trabalho e a profissão, respetivamente. Estes valores foram muito elevados para uma percentagem reduzida da amostra (13% afirmou um acentuado desejo de abandonar o local de trabalho e 7% manifestou uma elevada vontade de deixar a profissão). Os resultados obtidos apontaram 5,8% de profissionais com queixas ao nível de exaustão emocional, seguindo-se 1,9% com problemas de realização pessoal e 0,6% com dificuldades ao nível da despersonalização.

1.3.3. Gestão de recursos humanos e materiais no bloco operatório

Nos dias de hoje, os hospitais procuram novas abordagens de gestão e o BO, como um dos serviços que consome mais recursos humanos, técnicos e financeiros para o seu funcionamento, apresenta-se como grande um desafio para os seus gestores. Revela-se um desafio constante e, por isso mesmo, bastante estimulante aplicar os princípios de gestão, com vista a alcançar-se altos níveis de qualidade, eficiência e produtividade (Pereira, 2014).

Considerado por muitos autores o "coração" do hospital, o BO é um centro de produção que se reflete no financiamento hospitalar.

> O atual panorama económico, o recurso a tecnologias mais evoluídas, os cortes no financiamento para a saúde pressupõe a utilização de poderosas ferramentas de gestão capazes de avaliar a performance e que possam dar resposta aos atuais desafios no sector da saúde. O BO é um serviço com características particulares dentro do hospital, 'isolado' do exterior, que consome grande quantidade de recursos. A sua gestão é dificultada pela elevada variabilidade dos recursos envolvidos (Pereira, 2014, p.19).

A gestão do BO não é uma atividade nada fácil, o seu fluxo de trabalho é demasiado complexo para controlar, e as partes interessadas (cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e administradores) têm pontos de vista muito diferentes sobre os processos de melhoria. Como relatam Costa e Lopes (2004), as relações entre gestores e médicos são difíceis de regular e

manter. Um dos problemas tem a ver, do lado dos gestores, com a necessidade imperiosa de racionar recursos e com o valor das medidas de efetividade que são úteis para os clínicos. Por outro lado, os médicos colocam-se frequentemente numa posição de conhecimento que lhes veda a perceção do custo económico das suas intervenções. Identificar, recolher e utilizar os dados disponíveis para uma boa gestão pode revelar-se uma tarefa difícil. A definição de objetivos, o seu alinhamento entre gestores de topo e gestores intermédios, e a transmissão de informação entre estes e os trabalhadores, é um processo que requer método e estratégia.

A despesa envolvida no BO desperta o interesse de muitos dos administradores das instituições de saúde, levando-os a procurar ferramentas de gestão capazes de realçar as causas dos custos associados aos cuidados prestados e, deste modo, desenvolver e implementar políticas de contenção dos gastos em saúde e de combate ao desperdício, gerindo racionalmente os recursos humanos e materiais existentes, tendo em conta que a qualidade dos cuidados não pode ser posta em causa. Segundo Grau, cit. por Bilbao e Fragata (2006), em Espanha está calculado que o BO consome 10% a 15% do orçamento do hospital.

O conceito de eficiência é essencial quando se pretende avaliar o desempenho de uma unidade produtiva, como é o caso do BO. O interesse na medição da produtividade do BO é crescente dado consumir uma grande quantidade de recursos humanos e tecnológicos. São serviços com custos fixos elevados (instalações, equipamento tecnológico e pessoal altamente qualificado e diferenciado). Uma parte substancial dos custos do BO advém das despesas com salários dos profissionais. Uma sala de operações exige a presença de uma vasta equipa de profissionais de saúde para a prestação de cuidados a um doente, segundo recomendações da AESOP (2006), pelo menos dois cirurgiões, um anestesista, três enfermeiros e um assistente operacional.

A viabilidade de um modelo de gestão da atividade cirúrgica torna necessária uma visão integrada de todo o sistema e a introdução de novas ferramentas de gestão na saúde que permitam a adaptação dos recursos às necessidades dos cidadãos. Torna-se uma exigência cada vez maior posicionar a gestão do BO como objetivo estratégico da instituição de saúde e, ao mesmo tempo, focando a sua atenção na melhoria da eficiência deste serviço, uma vez que os ganhos podem ser significativos.

Fragata (2010) propõe a constituição de uma equipa de melhoria de processos constituída por

um elemento de cada área do BO para poder fornecer uma visão abrangente dos requisitos institucionais. No entanto, ela deve ser sensível para balancear o trabalho real dos profissionais e a melhoria dos processos. Isto pressupõe que as propostas de alteração devem ser bem explícitas e do conhecimento de todos os colaboradores.

Para Pereira (2014), o BO é um serviço único, com modelos, normas e processos específicos e diferentes dos outros serviços e outros hospitais. A dualidade qualidade/ eficiência entre os diferentes hospitais potencia a sua melhoria, uma vez que desafia a gestão a ter como objetivos, a qualidade dos cuidados prestados e a utilização adequada dos recursos disponíveis. O desafio passa por recolher dados o mais fidedignos possível, em tempo real, para os tornar acessíveis para a gestão hospitalar. Para que isso seja fiável, é crucial a criação de indicadores que permitam recolher informação para estabelecer um planeamento estratégico e orçamental que conduza a uma melhoria do desempenho do BO e, consequentemente, à rentabilidade do hospital enquanto organização. Por exemplo, a quantificação dos atrasos no início da primeira cirurgia da manhã (um indicador usado frequentemente), só será útil se revelar que pode aumentar-se o volume de casos cirúrgicos. No entanto, este aumento vai significar um aumento de fluxo de doentes, para o qual a unidade de recobro anestésico e os próprios serviços de internamento têm de estar preparados, não só com meios humanos como físicos.

Um novo conceito de gestão de BO surge numa época de contenção de custos e tem como objetivo, precisamente, a eficiência económica. Diferentemente, do anterior conceito, o nível de produção que se pretende não é o máximo possível, mas o adequado sob o ponto de vista económico. Obtém-se este quando o benefício resultante de produção de mais de uma unidade for igual ao custo de produção dessa unidade adicional. Se se produzir para além deste ponto, os benefícios (receitas) serão ultrapassados pelos custos (Tyler, Pasquariello & Chen, 2003). Os gestores têm grande dificuldade em avaliar a *performance* deste serviço. As iniciativas de melhoria de processos, apesar de ser facilmente mensurável, a sua informação disponível encontra-se dispersa e desorganizada, contribuindo para que os resultados não sejam utilizados com o objetivo de melhorar a gestão (porque consideram o fluxo de trabalho demasiado complexo para controlar, e as partes interessadas – cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e administradores – têm pontos de vista muito diferentes sobre os processos de melhoria). Os recursos disponíveis necessitam ser muito bem geridos para que o serviço

cumpra os seus objetivos sem por em risco a qualidade dos cuidados prestados aos utentes (Pereira, 2014).

O BO não pode ser encarado isoladamente na organização, na medida em que está inserido num conjunto mais amplo de serviços que prestam cuidados de saúde ao doente. Deste modo, a sua otimização, para além de depender do seu contexto específico e da organização em que se insere, está intimamente relacionado com outros serviços que respondem pela gestão pré-operatória, pelas admissões (eletivas e urgentes), pela gestão das camas e planeamento de altas, entre outros (Bilbao & Fragata 2006).

Uma gestão ineficaz do risco no BO pode resultar no cancelamento das cirurgias por variados motivos, consequentemente na diminuição das "receitas de produção". Apesar do BO ser um serviço com diferentes normas e formas de trabalhar, não o podemos isolar do resto do hospital, uma vez que este também presta cuidados de saúde ao doente. É um serviço que assume uma grande preponderância na produção e resultados que se refletem no financiamento hospitalar. Para um bom funcionamento do BO, exige-se uma organização estruturada, adequada e adaptada ao contexto esperado, face à capacidade instalada (Pegado, 2010).

O bom funcionamento do BO depende muito do volume importante de interações com os serviços utilizadores e com os serviços de retaguarda (consultas externas, aprovisionamento, farmácia, internamento, etc.). A ideia é que se coloque em prática o conceito de BO integrado (Bilbao & Fragata, 2006). No entanto, não se pode descurar os fatores internos dos envolventes neste serviço, tais como saber distinguir os tempos cirúrgicos dos tempos de ocupação das salas, para que se possam respeitar. Particularmente, deve ter-se em conta o tempo de *turnover,* os recursos humanos existentes, os equipamentos e os consumíveis para a prestação de cuidados com qualidade (Martins, 2003).

Podemos averiguar que os custos relacionados com as intervenções cirúrgicas têm vindo, ao longo dos tempos, a aumentar devido à constante inovação tecnológica (muito dispendiosa e quase sempre de última geração), às instalações próprias e aos recursos humanos altamente especializados. No entanto, essas fontes de investimento produzem um avanço na qualidade de cuidados prestados e na resposta às necessidades do utente.

A AESOP (2006) recomenda que toda a organização e funcionamento do BO devem estar

estabelecidos num programa funcional, que coincide com o plano estratégico da organização hospitalar, de modo a que seja possível planear e acompanhar o desempenho, bem como compreender o potencial de eventuais expansões futuras, no sentido de dar resposta a um aumento de procura dos serviços cirúrgicos.

Algumas das práticas realizadas na gestão deste serviço tão específico deverão ser questionadas, na medida em que não se pode partir da ideia de que o que é importante a realização do máximo número de cirurgias, independentemente dos custos associados e da altura em BO que não tem em conta o tempo cirúrgico para além do estabelecido previamente, tendo o hospital de pagar horas extraordinárias.

A gestão do BO baseia-se em conceitos como a eficiência, a efetividade e da eficácia. Para Teixeira (2005), a eficiência é a relação existente entre a qualidade e a quantidade. Quanto maior for o volume de produção alcançado com o mínimo de fatores, maior o grau de eficiência. Já a eficácia é a medida em que os *outputs* produzidos através do processo se aproximam dos objetivos iniciais. Quanto menores os desvios entre o planeado e o produto final, maior é o grau de eficácia.

Segundo Pereira (2004), a efetividade é decorrente dos resultados de um procedimento ou tecnologia médica aplicados à prática. "A efetividade de um programa de saúde distingue-se da sua eficácia pelo facto de fazer referência a situações reais" (p.23).

A gestão de BO deverá permitir, de uma forma eficaz e eficiente, a utilização dos recursos humanos, materiais e físicos de forma a atingir os objetivos do serviço e uma rentabilização máxima desses mesmos recursos, sem desperdícios e sem perdas de tempo, tornando este serviço o mais rentável possível (Pereira, 2014).

Gerir um BO não é uma tarefa fácil, como já referido, é preciso ter um a visão alargada de tudo o que se passa à sua volta, ou seja, é necessário ter atenção desde a gestão dos recursos humanos, gestão de recursos materiais, projetos existentes e às formações na área, materiais mais inovadores para cada cirurgia, os tempos utilizados em cada sala de operação e como são efetivamente ocupados, a otimização dos recursos e as implicações de uma incorreta utilização dos mesmos (Pereira, 2014).

A viabilidade de um modelo de gestão para o BO torna necessária uma visão integrada de

todo o sistema e a introdução de novas ferramentas de gestão na saúde que permitam a adaptação dos recursos às necessidades dos cidadãos. As organizações devem decidir sobre um conjunto de indicadores-chave para exibir uma visão abrangente da *performance* (Pereira, 2014).

Segue-se a descrição do contributo de dois estudos sobre a gestão que se consideram relevantes:

Para Pegado (2010), os indicadores para uma boa gestão do BO, são: organização do BO, planeamento cirúrgico, constituição da equipa de gestão do BO, sistema de informação, atribuição de incentivos, gestão de risco, recursos humanos uma boa estrutura do BO e um bom funcionamento em equipa. Para Lopes (2012), os indicadores para uma boa gestão do BO, passam por: Gestão de stocks, Minimizar o stresse dos profissionais (nas equipas cirúrgicas), planeamento e o agendamento cirúrgico, incerteza da procura, variabilidade nos procedimentos das equipa e qualidade do ar no BO (Pereira, 2014)

Pegado (2010) criou uma grelha de observação de Modelos de Gestão de BO para comparar as características de gestão, e que permitiu destacar como elementos principais e de diferenciação: o sistema de incentivos implementados; o sistema informático, de comunicação entre os serviços e de débito direto dos gastos; a existência de uma equipa de gestão de BO e de gestão de risco; a importância de um planeamento cirúrgico semanal e da existência de um regulamento do BO. Desenhou um painel de indicadores para uma monitorização do BO: tempo médio de paragem por razões técnicas, tempo médio de paragem por razões operacionais, tempo médio por equipa e tempo médio por procedimento.

Lopes (2012), devido à complexidade deste tipo de organizações, teve necessidade de focar o seu projeto em três dimensões: problemas principais do BO, gestão da informação e criação de um instrumento (fatura de ato cirúrgico) que, de algum modo, permitisse aos vários grupos de interesse e doentes, presentes no BO, compreenderem melhor a problemática associada à racionalização dos custos. Com este estudo, Lopes (2012) procurou uma análise detalhada sobre o problema em estudo, investigando as relações entre os centros de custos e as relações que se estabelecem entre os vários grupos profissionais que se encontram no BO. Ele prevê um *feedback* qualitativo dos diferentes intervenientes sobre os problemas e a forma de melhorar a gestão do BO.

1.4. Requisitos para uma cirurgia segura

Dados de 56 países desenvolvidos mostraram que, em 2004, o volume anual de cirurgias "major" tem um valor estimado entre 187 e 281 milhões de intervenções, o que equivale a cerca de uma cirurgia por ano por cada 25 seres humanos vivos. Trata-se de um grande volume, anteriormente pouco valorizado, com implicações significativas para a saúde pública. Foi quase o dobro do volume anual de partos em 2006, em que ocorreram cerca de 136 milhões de nascimentos e tem, pelo menos, uma ordem de magnitude de maior risco. Embora as taxas de mortalidade e de complicações após cirurgia sejam difíceis de comparar dada a grande diversidade de *case mix*, nos países industrializados, a taxa de ocorrência de complicações major documentada é de 3- 22% dos procedimentos cirúrgicos em regime de internamento e a taxa de mortalidade é de 0,4- 0,8% (5,6). Nestes estudos determinou-se que quase metade dos eventos adversos é evitável. Estudos em países em desenvolvimento sugerem uma taxa de mortalidade de 5% a 10% associada a grande cirurgia, e a taxa de mortalidade durante a anestesia geral reportada é elevada: 1/150 em áreas da África subsaariana . As infeções e outras complicações pós-operatórias são também uma preocupação em todo o mundo (OMS, 2009).

Segundo a OMS (2009), as complicações cirúrgicas evitáveis representam uma grande proporção de lesões e mortes, a nível mundial. Há, pelo menos, quatro desafios subjacentes para melhorar a segurança cirúrgica: *i)* o primeiro problema: a segurança cirúrgica não tem sido reconhecida como um problema de saúde pública significativo; *ii)* o segundo problema está subjacente na melhoria da segurança cirúrgica tem sido a escassez de dados básicos. Os esforços para reduzir a mortalidade materna e neonatal no parto são avaliados por rotina através da vigilância sistemática das taxas de mortalidade e dos serviços de atendimento obstétrico, de modo que os sucessos e as falhas podem ser monitorizados e reconhecidos. O programa da OMS Segurança do Doente concluiu que os dados sobre o volume cirúrgico estavam disponíveis apenas numa minoria de países membros da OMS. Os dados disponíveis não eram padronizados e eram muito variados os tipos de procedimentos registados. Mesmo nos países em que os dados sobre os procedimentos cirúrgicos são recolhidos regularmente havia lacunas significativas: poucos procedimentos cirúrgicos ambulatórios relatados, alguns não abrangendo procedimentos especiais, tais como na cirurgia ginecológica ou ortopédica e a maioria dos países não têm informação sobre os hospitais privados. Os dados de países de

baixo e médio rendimento foram, com frequência, extrapolados a partir de dados regionais ou de estudos publicados para outros fins. Praticamente nenhum dos países tinha informações fiáveis sobre taxas de mortalidade hospitalar ou outros indicadores de resultado adverso;*)*; *iii)* o terceiro problema subjacente para garantir a segurança cirúrgica é que as atuais práticas de segurança não parecem ser utilizadas de forma fiável em qualquer país; *iv)* o quarto problema subjacente para a melhoria da segurança cirúrgica é a sua complexidade.

Assim sendo, e tendo em conta o crescente volume anual de cirurgias, a segurança cirúrgica emergiu como um problema de saúde pública significativo. As complicações cirúrgicas que surgem durante a intervenção ou após a sua concretização, continuam a ser causa importante de morbilidade e mortalidade, gestos simples, como a mera verificação de uma lista ("Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica") enumerando os principais problemas potencialmente associados a cada uma das fases da cirurgia (antes, durante e após), com envolvimento ativo de todos os profissionais de saúde que constituem a equipa cirúrgica, traduzem-se em amplos benefícios já bem demonstrados em estudos internacionais, nomeadamente numa significativa redução das taxas de complicações e de mortalidade (OMS, 2009).

Ainda segundo a mesma fonte, com a "Cirurgia Segura Salva Vidas" é exatamente esse objetivo que se pretende alcançar, através da adesão dos BO portugueses à norma da DGS (2009) que apela para a aplicação da *Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica:*

1. A utilização da *Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica,* simples e aplicável em qualquer contexto, permite a medição do impacto dos procedimentos cirúrgicos, não acrescenta custos, melhora a segurança cirúrgica e evita mortes e complicações;

2. O quadro de procedimentos estabelecido para os cuidados seguros perioperatórios em hospitais, envolve uma sequência de atividades de rotina, cada uma com riscos específicos que podem ser atenuados: avaliação pré-operatória de doentes, intervenção cirúrgica e preparação dos cuidados pós-operatórios adequados:

a) *Na fase pré-operatória*, a obtenção do consentimento informado, a confirmação da identidade do doente, do local da cirurgia e do procedimento a ser realizado, a verificação da integridade dos equipamentos anestésicos e da disponibilidade de medicamentos de emergência, assim como a adequada preparação para o desenrolar da cirurgia, são todos itens merecedores de atenção;

b) *Durante a cirurgia*, o uso adequado e criterioso de antibióticos, a disponibilidade de exames imagiológicos e outros essenciais, a monitorização adequada do doente, o trabalho de equipa eficiente, as decisões anestésicas e cirúrgicas competentes, a técnica cirúrgica meticulosa e a boa comunicação entre cirurgiões, anestesistas e enfermeiros são aspectos a observar necessariamente para garantir um bom resultado;

c) *Após a intervenção,* um plano claro de cuidados, a compreensão dos eventos intra-operatórios e o compromisso com uma monitorização de alta qualidade podem favorecer a abordagem cirúrgica, promovendo, assim, a segurança do doente e a melhoria dos resultados (OMS, 2009).

Segundo a Norma 02/2013 da DGS (2013) *(Apêndice A)*, a implementação do projeto "Cirurgia Segura, Salva Vidas ", de acordo com o manual "Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009", é obrigatória em todos os BO do serviço nacional de saúde e das entidades com ele contratadas, sendo considerado o padrão mínimo de qualidade clínica. Em todas as cirurgias deve proceder-se ao registo da utilização da "Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica" *(Apêndice B*) e do Apgar Cirúrgico nos sistemas de informação locais, que tenham interface com a Plataforma de Dados da Saúde ou diretamente na própria plataforma. A fundamentação para esta norma foi o crescente volume anual de cirurgias que fez emergir a necessidade de se acautelar a segurança cirúrgica. Constatou-se, pela experiência de outros projetos relacionados com a sobrevivência materna e neonatal, que a implementação de estratégias simples de monitorização de indicadores chave melhorava significativamente os resultados finais de saúde com a consequente redução de desperdício de recursos.

Como preconizado pela DGS (2013), são premissas fundamentais do projeto "Cirurgia Segura, Salva Vidas":

1. A utilização da "Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica" sendo simples e aplicável em qualquer contexto, não acrescenta custos, melhora a segurança cirúrgica e evita mortes e complicações, permitindo a medição do impacto da utilização de instrumentos de gestão de risco na qualidade dos resultados dos procedimentos cirúrgicos;

2. O quadro de procedimentos estabelecido para os cuidados seguros perioperatórios em hospitais: avaliação pré-operatória de doentes, preparação da intervenção cirúrgica e

planeamento dos cuidados pós-operatórios adequados;

3. O Índice de Apgar Cirúrgico calculado após o terceiro momento previsto na Lista de Verificação, a ser assegurado pelo equipa cirúrgica, permite dar *feedback* imediato e objetivo aos prestadores de cuidados sobre a condição do doente nesse exato momento, em termos de risco de complicações pós-operatórias imediatas, podendo conduzir a uma melhor gestão de meios para os fins previstos, dando ainda informação sobre mortalidade esperada até ao trigégimo dia de pós-operatório;

4. O estímulo à melhor prática clínica, pela implementação operacional de estratégias de gestão de risco, deve ser incentivado, como forma de melhorar a qualidade global dos cuidados de saúde e reduzir desperdícios no sistema, causados por eventos adversos evitáveis;

5. A adesão, bloco a bloco, permite a cada profissional, equipa, serviço, instituição e serviços centrais do Ministério da Saúde, a obtenção de estatísticas cirúrgicas, as quais se revestem de uma importância fundamental para a melhoria das práticas cirúrgicas e para a segurança do doente.

1.5. Proposta de um modelo conceptual de investigação

O modelo conceptual de investigação proposto encontra-se representado na Figura 1 e pretende demonstrar a estrutura da dissertação.

Através de questionários aos médicos e enfermeiros do BO, será analisado quais os fatores relacionados com o stresse e, desta forma, utilizar os resultados do referido estudo para promover e delinear estratégias para um ambiente menos causador de stresse e harmonioso, o qual trará benefícios aos profissionais aumentando a sua motivação e bem-estar.

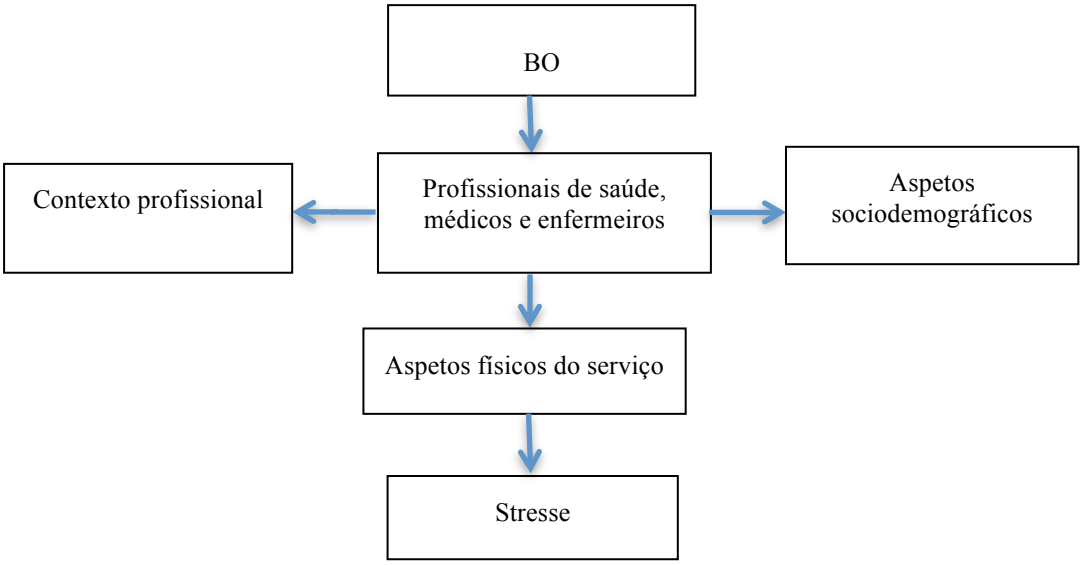


Figura 1. Modelo conceptual de investigação

CAPÍTULO II

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

2.1. Metodologia

Segundo Barãnano (2004), a metodologia refere-se à análise sistemática e critica dos pressupostos, princípios e procedimentos lógicos que modelam a investigação de determinado problema. É através da metodologia que se define a estratégia da investigação, pressupondo uma série de regras, através das quais o conhecimento é produzido.

Neste capítulo, procuramos descrever as opções metodológicas em que nos basearemos na investigação, desde o tipo, às questões e hipóteses a testar, à população em estudo, aos instrumentos de recolha de dados e às variáveis.

2.1.1. Tipo de estudo

Segundo Fortin (2003a), o tipo de estudo descreve a estrutura utilizada tendo por base a questão de investigação, visando descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade.

Pode ser definido como não experimental, quantitativo e transversal. Trata-se de um estudo não experimental, pois não existe controlo das variáveis nem do enquadramento. Considera-se um estudo quantitativo porque permite a quantificação e o dimensionamento do universo estudado e recorre-se a procedimentos estatísticos para analisar os resultados obtidos. Segundo Freixo (2009), o método quantitativo constitui um processo sistemático de recolha de dados que é possível observar e quantificar. De acordo com o mesmo autor, é finalidade deste método contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, oferecendo a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos.

Trata-se de um estudo transversal porque os dados são obtidos num único momento no tempo. Fortin, Côté e Filion (2009) afirmam que este tipo de estudo tem como objetivo medir a frequência da manifestação de um determinado acontecimento ou problema numa população num dado momento.

É ainda um estudo de carácter descritivo e exploratório. Descritivo, porque visa caracterizar um fenómeno que satisfaz dois princípios: a descrição de um conceito relativo a uma população e a descrição das características de uma população no seu conjunto (Fortin, 2003a)

Exploratório, porque o assunto a investigar tem poucos estudos e resultados, principalmente quando se fala em ambiente de BO

2.1.2. Desenho de investigação

De acordo com J. Ribeiro (2010), o desenho de investigação "constitui uma das partes nobres do estudo … permite recolher a informação necessária, de modo apropriado, com os procedimentos apropriados, que permita identificar e exaltar os aspectos mais relevantes da investigação …. Refere-se à estrutura geral ou plano de investigação do estudo" (p.51). Fortin, Côté e Vissandjée (2003), mencionam que "a escolha do desenho depende do problema em causa e do estado dos conhecimentos à volta deste problema" (p.41).

Na Figura 2 é apresentado um desenho da investigação, onde é possível identificar as etapas mais pertinentes deste estudo de uma forma sucinta.

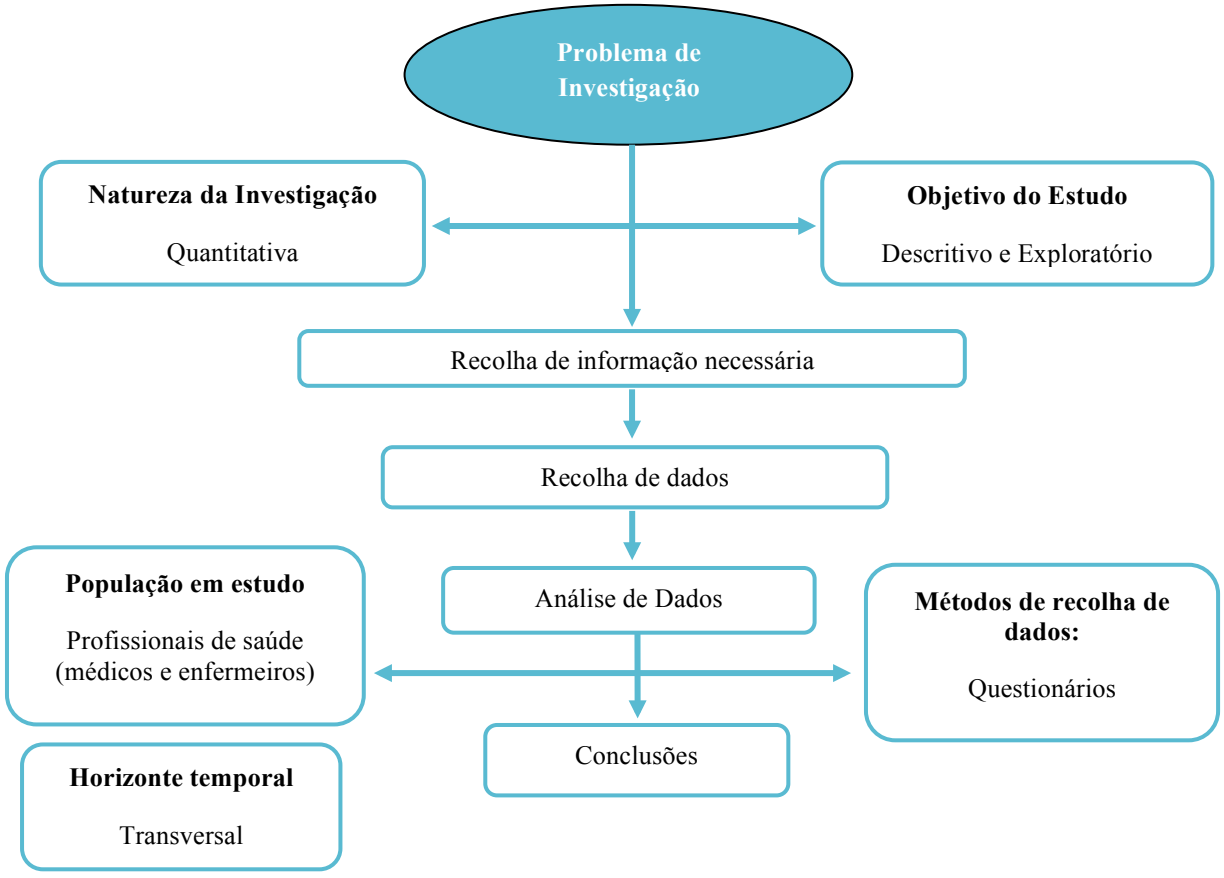


Figura 2. Desenho e estruturação da investigação

2.1.3. Objetivos de investigação

Segundo Fortin (2003b), o objetivo de um estudo "indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação" (pág.100).

Os objetivos da presente investigação são: *i)* Identificar o nível de stresse dos enfermeiros e médicos que trabalham em contexto de BO; *ii)* Identificar a influência de alguns fatores (sociodemográficos, situação e percurso profissional e aspetos físicos do serviço) analisados nos níveis de stresse; *iii)* Verificar a relação existente entre as relações interpessoais dos profissionais de saúde e o nível de stresse; *iv)* Verificar a relação existente entre o cumprimento dos requisitos para cirurgia segura e o nível de stresse.

2.1.4. Hipóteses e questões de investigação

A questão de investigação, segundo Fortin et al. (2009) "…é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo, claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica" (p.101).

De acordo com os mesmos autores as questões "...são enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis em estudo, a população e o tipo de investigação a realizar, no entanto diferenciam-se pelo facto de a hipótese predizer resultados do estudo, confirmando ou infirmando a mesma" (p.101). Assim, a questão central deste estudo passa por saber ***Quais os fatores geradores de stresse em profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros que trabalham no BO em dois hospitais do distrito do Porto?***

Segundo Pocinho (2012), uma hipótese é "uma proposição que prevê uma relação entre dois termos … podem ser conceitos ou fenómenos … uma proposição provisória, uma suposição que deve ser verificada. Por conseguinte, a hipótese será confrontada, numa etapa posterior à investigação, com dados de observação" (p.31). Para Fortin (2003b), a hipótese "combina o problema e o objectivo numa explicação ou predição clara dos resultados esperados de um estudo" (p.102).

Identificado e definido o problema que se pretende estudar, formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

H1: "Existe relação significativa das variáveis sociodemográficas (género e idade) com o nível de stresse dos profissionais de saúde que trabalham em BO em dois hospitais do distrito do Porto".

H2: "Existe relação significativa entre as variáveis relacionadas com a situação profissional e percurso profissional (carreira profissional, tempo de exercício profissional, tempo de experiência profissional em BO, tipo de horário, absentismo, acumulação de funções, incentivos, conflitos e adaptação às tecnologias) e o nível de stresse dos profissionais de saúde que trabalham em BO em dois hospitais do distrito do Porto".

H3: "Existe relação significativa das variáveis relacionadas com os aspetos físicos do serviço (estrutura física) com o nível de stresse dos profissionais de saúde que trabalham em BO em dois hospitais do distrito do Porto".

H4: "Existe uma associação significativa entre as relações interpessoais dos profissionais de saúde que trabalham em BO e o nível de stresse por eles apresentado".

H5: "Existe relação significativa das variáveis relacionadas com o cumprimento dos requisitos para cirurgia segura com o nível de stresse dos profissionais de saúde que trabalham em BO em dois hospitais do distrito do Porto".

2.1.5. Variáveis

Pocinho (2012) refere que "as variáveis são as componentes testáveis da pesquisa, a partir das quais esta se desenvolverá. Os acontecimentos e mudanças que nelas ocorrem serão a base das análises, que demonstrarão se a hipótese é aplicável ou não" (p.32). Define também a variável como sendo "o aspecto discernível de um objecto de estudo" (p.32). Podem classificar-se as variáveis de distintos modos, dependendo da sua utilização na investigação. Os tipos de variáveis mais frequentes são: variáveis independentes e dependentes e variáveis atributo (Fortin, 2003b). Uma vez que no presente estudo se pretende quantificar e analisar variáveis bem como a relação de causalidade entre as mesmas, identificam-se as variáveis dependentes e independentes.

A variável independente é aquela que num estudo experimental permite medir o seu efeito na variável dependente (Fortin, 2003b), ou seja, é aquela cujo efeito se pretende estudar (D' Oliveira, 2007). Para Freixo (2009), a variável independente é aquela que numa experiência é manipulada pelo experimentador de modo a que os seus efeitos se observem na variável dependente.

Sousa (2005) reforça esta ideia ao afirmar que estas variáveis, sendo independentes da investigação, constituem fatores determinantes que a irão influenciar, recorrendo o investigador à sua manipulação de modo a observar os efeitos produzidos nas variáveis dependentes. Neste estudo, foram consideradas como variáveis independentes as variáveis sociodemográficas, as variáveis relacionadas com a estrutura física, as variáveis relacionadas com o contexto do trabalho, as variáveis relacionadas com o cumprimento de requisitos para cirurgia segura, e as variáveis relacionadas com as relações interpessoais no trabalho - escala de Erit.

Para Sousa (2005), as variáveis dependentes são os dados que se obtêm, variando à medida que o investigador modifica as condições da investigação. Para o mesmo autor, variáveis dependentes são "...aquelas que procuramos como resposta para a pergunta. Toda a investigação tem por objectivo chegar à variável dependente, ou seja, ao resultado obtido com os procedimentos da investigação" (p.58).

Tuckman (2005) define variável dependente como o fator que se manifesta, desaparecendo ou variando, à medida que o investigador introduz, remove ou faz variar a variável independente. A variável dependente, neste estudo, é o nível de stresse nos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) do BO, uma vez que é o que se pretende investigar, é o objeto de estudo.

Na Tabela 2 consta a operacionalização das variáveis independentes no contexto sociodemográfico: género, idade, estado civil e habilitações académicas.

Tabela 2.
Operacionalização das variáveis sociodemográficas

Género	Categoria morfossintática baseada na distinçao dos sexos	Opções: masculino e feminino
Idade	Intervalo de tempo correspondente ao número de anos do indivíduo desde o nascimento até ao momento atual.	Idade dos indivíduos expressa em anos
Estado civil	Situação de um indivíduo em relaçao ao matrimónio ou à sociedade conjugal	Opções: Solteiro, casado, união de facto e viúvo
Habilitações académicas	Conjunto de qualificações académicas	Opções: licenciatura, mestrado e doutoramento

De seguida, na Tabela 3 operacionalizam-se as variáveis independentes do contexto profissional, nomeadamente carreira profissional, tempo de exercício profissional, tempo de experiência profissional em BO, tipo de horário, absentismo, acumulação de funções, incentivos, conflitos e adaptação às tecnologias e a estrutura física do serviço.

Tabela 3.
Operacionalização das váriaveis do contexto profissional e estrutura física

Carreira profissional	Origem do conjunto de funções que exerce	Opções: médico cirurgião, médico anestesista e enfermeiro
Tempo de exercicio profissional	Anos e meses completos de exercício profissional como profissional de saúde	Tempo de exercício profissional indicado em anos e meses
Tempo de experiência profissional em BO	Anos e meses completos de exercício profissional como profissional de saúde em BO	Tempo de exercício profissional indicado em anos e meses
Tipo de horário	Diz respeito às horas em que se executa determinado serviço	Opções: fixo, roullement
Absentismo	Circunstância em que uma pessoa (habitualmente) deixa de realizar as obrigações referentes ao seu trabalho	Tempo de exercício profissional indicado em dias e meses
Acumulação de funções	Exercício de funções em simultâneo em duas ou mais instituições	Opções: sim ou não
Incentivos	É um estímulo que se oferece a uma pessoa, uma empresa ou um setor com o objetivo de aumentar a produção e melhorar o rendimento	Opções: sim ou não
Conflitos	Uma tensão que envolve pessoas ou grupos quando existem tendências ou interesses incompatíveis	Opções: sim ou não
Adaptação às novas tecnologias	Introdução de situações inovadoras no desenvolvimento da medicina, estando relacionada como trabalho que exerce	Opções: não tem dificuldades em se adaptar, tem alguma dificuldade em se adaptar, tem bastantes dificuldade em se adptar
Estrutura física	Local/ambiente onde o profissional de saúde exerce as suas funções de trabalho	Opções: sala cirurgica: sim ou não; circuitos: sim ou não; recobro: sim ou não; sala de induçao pré-anestésica: sim ou não

2.1.6. População/Amostra em estudo

A população ou universo consiste em todos os elementos (pessoas, objetos) que partilham características comuns, sendo estas definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo (Freixo, 2009). Para Hill e Hill (2005), trata-se do conjunto total dos casos sobre os quais se pretende retirar conclusões. Segundo Fortin (2003a), uma população é uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. Acrescenta ainda Coutinho (2011) que a população é o grupo sobre o qual o investigador tem interesse em recolher informação e extrair conclusões.

No entanto, o limite de tempo e de recursos leva a que seja necessário definir uma amostra da população. A amostra em estudo é uma "fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo. Ela deve ser representativa desta população, isto é, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população" (Fortin et al., 2009, p.312). Para este estudo a população era constituída pelos médicos e enfermeiros de dois Hospitais do Distrito do Porto, considerou-se uma amostra não probabilística intencional, uma vez que, de acordo com Freixo (2011), a amostragem não probabilística é um "processo pelo qual todos os elementos da população não têm a mesma probabilidade de serem seleccionados para integrarem a amostra" (p.183).

A amostra deste estudo é intencional, pois foi formada a partir da necessidade do investigador ou da imagem que este projeta da situação (Huot, 1999) e foi constituída por 100 profissionais de saúde, trabalham em BO em dois hospitais do distrito do Porto, sendo Hospital A do grupo I *(Apêndice* F) e Hospital B do grupo 2 (*Apêndice* F) no período de tempo compreendido entre os meses de Outubro de 2013 e Junho de 2014. O método de amostragem aplicado inclui-se nos métodos não probabilísticos por conveniência.
Dos cem (100) questionários fornecidos (50 para cada hospital) *(Apêndice C)*, apenas foram validados noventa e oito (98), no qual estes tiveram uma taxa de resposta de 100%. Os restantes dois (2) questionários foram entregues pelos inquiridos mas não foram validados em virtude de os mesmos se encontrarem em branco ou preenchidos incorretamente.

Em relação aos critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos no estudo, estabeleceu-se como critério de inclusão todos os profissionais de saúde que exercem funções nos BO das referidas instituições e como critério de exclusão, todos os profissionais com cargo de chefia, já que estes seriam facilmente identificados e profisionais de saúde que estivessem em integração no serviço, ou seja, com nenhum ou pouco tempo de experiência no BO.

2.1.7. Instrumentos de recolha de dados

Fortin et al. (2003) afirmam que a escolha do método faz-se em função das variáveis e da sua operacionalização e depende igualmente da estratégia de análise estatística considerada. Num estudo descritivo, o investigador, para descrever os fatores ou variáveis e verificar relações

entre as mesmas, deverá escolher métodos de recolha de dados mais estruturados ou semiestruturados.

Nesta investigação será usado como instrumento de recolha de dados um questionário *(Apêndice C),* porque permite uma maior sistematização dos resultados fornecidos, maior facilidade de análise, bem como a redução do tempo necessário para recolher e analisar os dados. Este método apresenta ainda a vantagem de ser reduzido em custos. Como desvantagens, segundo Fortin et al. (2009), dado ser preenchido pela população sem interferência do investigador, existe a probabilidade de uma elevada taxa de não-resposta.

Ainda, Pocinho (2012) refere que o inquérito por questionário consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente, representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimento de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse aos investigadores.

O questionário a ser utilizado é constituído por quatro partes: a primeira parte diz respeito aos dados sociodemográficos, aspetos do contexto do trabalho e aspetos físicos do serviço; a segunda parte é constituída por uma Escala de Relações Interpessoais no Trabalho; a terceira parte é constituída pelo Questionário de Stresse nos Profissionais de Saúde; e da quarta parte consta uma Grelha de Registo da Verificação de Cirurgia Segura. A maioria das perguntas é de resposta fechada, existindo apenas, na primeira parte, seis perguntas de resposta aberta. Todos os questionários são anónimos e foram entregues e recolhidos pelo o próprio investigador.

2.1.7.1.Questionário da caracterização sociodemográfica e profissional

A primeira parte do questionário refere-se à *caracterização sociodemográfica*, e permite caracterizar a amostra relativamente a aspetos demográficos como o género, a idade, o estado civil e as habilitações académicas. A *caracterização profissional*, associada aos aspetos de contexto profissional, é constituída por doze questões, nomeadamente: a carreira profissional, o hospital onde exerce a sua atividade profissional, o tipo de horário praticado, o tempo de exercício profissional, tempo de experiência em BO, tipo de vínculo, absentismo, experiência

profissional em BO, acumulação de funções, conflitos, perceção da sua opinião na tomada de decisão, incentivos e dificuldade da adaptação às tecnologias.

Por forma a aferir a adequabilidade da *estrutura física* foram colocadas quatro questões relativas aos aspetos da estrutura física. Nestas questões foi pedido um parecer de adequabilidade relativamente à sala cirúrgica, sala de indução anestésica, circuitos e recobro, solicitando que a resposta fosse dada em função das necessidades do trabalhador.

Foi criado um índice associado aos aspetos físicos do serviço (estrutura física), tendo sido atribuída a pontuação de '0' a cada resposta de desadequado e de '1' a cada resposta de adequado. Assim, o índice associado aos aspetos físicos do serviço pode oscilar entre os '0' pontos, caso todas as respostas sejam de desadequado e os '4' pontos para o caso em que as 4 respostas são de adequado.

2.1.7.2. Escala das relações interpessoais no trabalho – (ERIT)

A segunda parte do questionário refere-se *à Escala das Relações Interpessoais no Trabalho* (ERIT) desenvolvido por Apóstolo e Loureiro (2002). É uma escala que permite avaliar as relações interpessoais e tem na sua constituição dezassete itens, apresentando uma estrutura tipo Likert de 1 a 6 pontos em que 1 corresponde a completamente em desacordo e 6 completamente de acordo. Os itens estão relacionados com duas dimensões: a sociabilidade e o sentimento de si. O item 16 da dimensão sociabilidade encontra-se invertido. A sociabilidade é uma dimensão que diz respeito a aspetos comportamentais do relacionamento interpessoal no trabalho desenvolvido com os pares de trabalho e o sentimento de si é uma dimensão que diz respeito a sentimentos intrapessoais, sobre as relações desenvolvidas com os pares de trabalho. Esta escala mostrou ter uma boa fiabilidade.

Os seus autores obtiveram um *alpha* de *Cronbach* de 0,866 para a dimensão "Sociabilidade" e 0,72 para a dimensão "Sentimento de si" numa amostra de 213 enfermeiros portugueses e uma correlação teste-reteste para um intervalo mínimo de quatro semanas.

Uma análise fatorial com rotação ortogonal do tipo varimax revelou a existência de dois fatores com raízes latentes superiores a 1, que explicam 44,52% da sua variância.

Fator 1 - constituído pelos 10 itens (1, 3, 4, 5, 7, 8, 12, 13, 16, 17) referentes à dimensão "Sociabilidade" e explica 28,44% da variância.

Fator 2 - constituído pelos sete itens (2, 6, 9, 10, 11, 14, 15) referentes à dimensão "Sentimento de si" e explica 16,08% da variância.

O procedimento a seguir nesta secção passará por tentar aferir as características psicométricas para o instrumento de medida proposto pelo instrumento original, tendo em conta as duas dimensões propostas e os respetivos itens a si associados.

Análise das características psicométricas da ERIT

Neste ponto, o objetivo consiste em garantir que cada uma das duas dimensões ou subescalas propostas pelo instrumento de medida e seus respetivos itens, possuem boas características psicométricas. Como vimos anteriormente, uma das formas de fazer representar cada um dos fatores é através da criação do que se designa por *summated scale* que não é mais do que um método da combinação de várias variáveis numa só que meça o mesmo conceito (Hair Jr., Black, Babin & Anderson, 2009). Vimos também que para isso acontecer deverá ser assegurada a unidimensionalidade dos itens pertencentes a cada um dos fatores obtidos, isto é, que em cada fator os itens constituintes deste se encontram fortemente correlacionados uns com os outros e representem um único conceito (Anderson, Gerbing & Hunter, 1987; Hattie, 1985; McDonald, 1981). O teste da unidimensionalidade consiste em verificar que os itens constituintes de um constructo convergem fortemente neste e é realizado através de uma análise fatorial exploratória.

a) Dimensão "Sociabilidade"

Após a aplicação de análise fatorial exploratória (AFE) a todos os 10 itens constituintes desta dimensão, verificou-se que dois dos seus itens apresentaram pesos fatoriais muito baixos, sendo estes o item "E17 - *O relacionamento com os meus colegas de trabalho reflete a forma como me relaciono comigo mesmo*" que apresentou um peso fatorial de 0,312 e o item "E16 - *É muito difícil para mim confiar nos meus colegas de trabalho*", com apenas 0,240. Por outro lado, em termos de análise da fiabilidade, para além da análise da consistência interna, que afere acerca da consistência da escala na sua globalidade, também existem outras medidas que estão relacionadas individualmente com cada item e incluem a correlação item total corrigida

(coeficiente de correlação *R de Pearson* do item com a média dos restantes itens da escala) e a correlação item-item (correlação entre os itens). Robinson, Shaver e Wrightsman (1991) sugerem que as correlações item total corrigida excedam os 0,50 e as correlações item-item excedam os 0,30. Ora, no nosso caso, para estes dois itens as correlações item total corrigida são inferiores a 0,20 e algumas das correlações item-item não excedem os 0,05. Por tudo isto, podemos concluir que estes dois itens não convergem fortemente neste fator, pelo que optámos por excluí-los da dimensão "Sociabilidade".

Assim, o nosso fator final, correspondente à dimensão "Sociabilidade", ficou constituído apenas por oito dos 10 itens originais (Tabela 4). Os itens que mais convergem são o "E4 - Os meus colegas de trabalho estão dispostos a ouvir quando tenho necessidade de desabafar" (0,741), o "E3 - Estabeleço com facilidade relações com os meus colegas de trabalho" (0,709), o "E5 - Eu e os meus colegas de trabalho compreendemos bem os problemas uns dos outros" (0,707) e o "E12 - Sinto-me contente com o relacionamento que mantenho com os meus colegas de trabalho" (0,700), sendo os que menos convergem os itens "E1 - É fácil manter relações estreitas com os meus colegas de trabalho" (0,585) e o "E13 - Sinto que sou querido pela maioria dos meus colegas de trabalho" (0,559).

Tabela 4.
AFE à dimensão "Sociabilidade" da ERIT

Itens	Pesos Fatoriais
E4 - Os meus colegas de trabalho estão dispostos a ouvir quando tenho necessidade de desabafar	0,741
E3 - Estabeleço com facilidade relações com os meus colegas de trabalho	0,709
E5 - Eu e os meus colegas de trabalho compreendemos bem os problemas uns dos outros	0,707
E12 - Sinto-me contente com o relacionamento que mantenho com os meus colegas de trabalho	0,700
E7 - Os meus colegas de trabalham demonstram ter confiança no meu desempenho profissional	0,683
E8 - Sinto que posso contar com os meus colegas de trabalho	0,645
E1 - É fácil manter relações estreitas com os meus colegas de trabalho	0,585
E13 - Sinto que sou querido pela maioria dos meus colegas de trabalho	0,559

Variância Explicada (%)= 44,72%. KMO = 0,752 e teste esfericidade Bartlett = 299,000 (p<0,001); eigenvalue=3,577

A fiabilidade deste fator foi avaliada recorrendo à análise da sua consistência interna através do alfa de *Cronbach*. Após a remoção dos dois itens referidos, o resultado passou de 0,765 para 0,812.

Segundo Apóstolo e Loureiro (2002), é possível o *score* máximo possível ser de 102, sendo que quanto maior for o *score* obtido, melhor é a relação interpessoal.

b) Dimensão "Sentimento de si"

Após a aplicação de AFE a todos os sete itens constituintes desta dimensão, verificou-se que todos foram considerados (Tabela 5). Os itens que mais convergem são o "E6 - Preocupo-me com a possibilidade dos meus colegas não gostarem de mim" (0,876), "E11 - Sou muito sensível às críticas que os meus colegas de trabalho me fazem" (0,844) e "E15 - Sou facilmente influenciado pela opinião dos outros" (0,811), sendo os que menos convergem os itens "E10 - Sinto-me mais confiante e seguro quando trabalho em equipa" (0,562) e "E2 - Os conflitos com os meus colegas de trabalho fazem-me sentir mal comigo mesmo" (0,548).

Tabela 5.
AFE à dimensão "Sentimento de si" ERIT

Itens	Pesos Fatoriais
E6 - Preocupo-me com a possibilidade dos meus colegas não gostarem de mim	0,876
E11 - Sou muito sensível às críticas que os meus colegas de trabalho me fazem	0,844
E15 - Sou facilmente influenciado pela opinião dos outros	0,811
E9 - O meu desempenho profissional é influenciado pela opinião dos meus colegas de trabalho	0,746
E14 - É difícil para mim quando me sinto rejeitado pelo meu grupo de trabalho	0,651
E10 - Sinto-me mais confiante e seguro quando trabalho em equipa	0,562
E2 - Os conflitos com os meus colegas de trabalho fazem-me sentir mal comigo mesmo	0,548

Variância Explicada (%)= 53,36%. KMO = 0,812 e teste esfericidade Bartlett = 301,166 (p<0,001); eigenvalue=3,735

A fiabilidade deste fator foi avaliada recorrendo à análise da sua consistência interna através do alfa de *Cronbach*, tendo este sido de 0,848.

Depois de verificados os itens que constituem cada uma das dimensões, procedeu-se à criação de um *score* para cada uma das dimensões ou subescalas (*summated scales*), por forma a que através da combinação dos vários itens num só se possa medir o mesmo conceito. Segundo Hair Jr. et al. (2009) poderá ser feito através da média ou da soma dos respetivos itens. Apóstolo e Loureiro (2002) optaram por somar os respetivos itens, sendo que quanto maior for o *score* obtido, melhor é a relação interpessoal. No nosso caso, consideramos que se torna mais percetível que o *score* de cada uma das dimensões da ERIT oscile entre os 0 e os 100 pontos, pelo que procedeu-se à realização de uma transformação linear de forma aos valores obtidos oscilarem entre os 0 e os 100 pontos (Tabela 6).

Tabela 6.
Transformação linear dos vários *scores* da ERIT para o intervalo 0-100

***Scores* transformados**	**Transformação Linear**
ERIT-Sociabilidade$_{100}$	100 * (E1 + E3 + E4 + E5 + E7 + E8 + E12 + E13 – 8) / 40
ERIT-SentimentoSi$_{100}$	100 * (E2 + E6 + E9 + E10 + E11 + E14 + E15 – 7) / 35

2.1.7.3. Questionário de stresse nos Profissionais de Saúde – (QSPS)

A terceira parte do instrumento de recolha de dados refere-se ao Questionário de Stresse nos Profissionais de Saúde (QSPS). Este instrumento foi desenvolvido por Gomes (1998) a partir dos trabalhos originais de Gomes (1998) e Gomes, Cruz e Cabanelas (2009), realizados com profissionais de diferentes domínios (psicólogos, médicos, enfermeiros). Tendo por base as indicações obtidas no estudo realizado por Gomes (1998) esta última versão é constituída por 25 itens que avaliam as potenciais fontes de stresse no exercício da atividade profissional dos profissionais da saúde (independentemente do contexto, área e/ou domínio de atividade). A única alteração introduzida na versão obtida por Gomes (1998) (onde se encontrou uma estrutura fatorial de 24 itens) foi a inclusão de um item na dimensão de problemas familiares, procurando-se, assim, obter uma melhor representatividade do fator (Gomes, 2010).

O questionário compreende duas partes distintas. Numa fase inicial, é proposto aos profissionais a avaliação do nível global de stresse que experienciam na sua acividade, através de um único item (0=Nenhum stresse; 4=Elevado stresse). Na segunda secção, são indicados 25 itens relativos às potenciais fontes de stresse associados à atividade profissional. Os itens distribuem-se por seis subescalas, sendo respondidos numa escala tipo Likert de 5 pontos (0=Nenhum stresse; 4=Muito stresse). A pontuação é obtida através da soma dos itens de cada dimensão, dividindo-se depois os valores encontrados pelo total de itens da subescala respetiva. Assim sendo, valores mais elevados significam maior perceção de stresse em cada um dos domínios avaliados (Gomes, 2010). As dimensões avaliadas por Gomes (2010), são:

1. *Lidar com clientes (4 itens)*: refere-se aos sentimentos negativos dos profissionais relacionados com as pessoas a quem prestam os seus serviços (ex: possibilidade de cometer erros que prejudiquem os clientes, ter de gerir problemas graves dos clientes, etc.);

2. *Excesso de trabalho (4 itens):* diz respeito à excessiva carga de trabalho e de horas de serviço a realizar (ex. trabalhar muitas horas seguidas, falta de tempo para realizar adequadamente as tarefas, etc.);

3. *Carreira e remuneração (5 itens*): indica os sentimentos de mal-estar relacionados com a falta de perspetivas de desenvolvimento da carreira profissional e de insatisfação com o salário recebido (ex: impossibilidade de progressão na carreira, baixa remuneração, etc.);

4. *Relações profissionais (5 itens):* descreve o mal-estar dos profissionais relativamente ao ambiente de trabalho bem como à relação mantida com os colegas de trabalho e superiores hierárquicos (ex: conflitos com colegas, falta de apoio dos superiores, etc.);

5. *Ações de formação (3 itens):* reporta as experiências negativas dos profissionais em situações onde devem elaborar e conduzir ações de formação e efetuar apresentações públicas;

6. *Problemas familiares (4 itens):* descreve os problemas de relacionamento familiar e a falta de apoio por parte de pessoas significativas (ex: instabilidade das relações familiares e/ou conjugais, conflitos com pessoas significativas, etc.).

O procedimento a seguir nesta secção passará, numa primeira fase, por tentar aferir para a totalidade dos itens associados quais as dimensões ou subescalas a si associadas e quais os itens constituintes de cada uma destas, independentemente da organização de itens proposta. Numa segunda fase, o objetivo é tentar aferir as características psicométricas para o instrumento de medida proposto pelo instrumento original, tendo em conta cada uma das dimensões propostas e os respetivos itens a si associados.

Análise fatorial exploratória do QSPS para a totalidade dos itens

A estrutura fatorial do QSPS foi aferida através de uma AFE. Trata-se de uma técnica estatística multivariada que permite identificar variáveis latentes a partir de variáveis inter-correlacionadas, mas não diretamente observáveis (Marôco, 2011). Assim, foi aplicada uma AFE à totalidade dos 25 itens, utilizando como método de extração de fatores o método dos componentes principais com rotação Varimax. Para avaliar a validade da AFE utilizou-se o critério *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO). O KMO é uma medida da homogeneidade das variáveis, que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis (Marôco, 2011). Apesar de não existir um teste rigoroso para os valores KMO, de uma forma geral, estes têm como valores de referência os indicados na Tabela 7 (Marôco, 2011).

Tabela 7.
Valores de referência KMO

KMO	Valores de referência
Excelente	]0,9;1,0]
Boa	]0,8;0,9]
Média	]0,7;0,8]
Medíocre	]0,6;0,7]
Mau, mas ainda aceitável	]0,5;0,6]
Inaceitável	≤ 0,5

Fonte: Marôco (2011)

Foi tido em conta o *Scree Plot*, o *eigenvalue* ser superior a 1 e a percentagem de variância retida, para a determinação do número de fatores a reter, tendo sido retidos 5 fatores não coincidentes com a divisão proposta de seis dimensões. Verificou-se que os 5 fatores retidos apresentaram um *eigenvalue* de 1,220 (superior a 1) e a percentagem de variância retida verificada foi de 67,94%. O KMO verificado foi de 0,828, situando-se assim no bom.

Fiabilidade é a aferição do grau de consistência nas múltiplas medidas de uma variável. O princípio subjacente à consistência interna de um dado fator é que os seus itens individuais ou indicadores meçam o mesmo constructo e, portanto, sejam altamente intercorrelacionados (Churchill, 1979; Nunnally, 1979).

O tipo de medida de diagnóstico que considerámos foi a análise da consistência interna, que afere acerca da consistência da escala na sua globalidade. A medida mais utilizada para o efeito é o alfa de *Cronbach* (Cronbach, 1951, Nunnally, 1979; Peter, 1979). A medida de limite mínimo mais consensual é a de 0,70, podendo assumir o valor de 0,60 em estudos de cariz mais exploratório (Robinson et al., 1991), como se pode constatar na Tabela 8.

Tabela 8.
Valores de referência do alfa de *Cronbach*

Alfa de *Cronbach*	Valores de referência
Muito boa	>0,9
Boa	]0,8;0,9]
Razoável	]0,7;0,8]
Fraca	]0,6;0,7]
Inadmissível	<0,6

Fonte: Marôco (2011)

Para aferir a sua fiabilidade, recorreu-se à análise da consistência interna através do cálculo dos alfas de *Cronbach* para cada conjunto de itens associado a cada um dos domínios, estando estes expressos na Tabela 9. Estes oscilaram entre os 0,905 na dimensão 1 e os 0,732 na dimensão 4.

Tabela 9.
AFE a todos os itens do instrumento do QSPS

Itens	Dim.1	Dim.2	Dim.3	Dim.4	Dim.5
	α = 0,905	α = 0,809	α = 0,769	α = 0,732	α = 0,746
23. Salário inadequado/insuficiente	0,809				
13. Receber um salário baixo	0,794				
22. A sobrecarga ou excesso de trabalho	0,763				
17. Viver com os recursos financeiros de que disponho	0,693				
5. Problemas interpessoais com pessoas significativas/ Familiares	0,690				
25. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc.)	0,681				
4. Trabalhar muitas horas seguidas	0,658				
21. Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho	0,650				
1. Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes	0,602				
15. Os conflitos interpessoais com outros colegas	0,553				
9. O ambiente e "clima" existentes no meu local de trabalho	0,533				
19. A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos)		0,860			
11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou familiar		0,846			
18. Preparar ações de formação para realizar no meu local de Trabalho		0,628			
20. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes		0,528			
2. O favoritismo e/ou discriminação "encobertos" no meu local de trabalho		0,469			
10. Falta de possibilidades de progressão na carreira			0,841		
3. A falta de perspetivas de desenvolvimento na carreira			0,800		
12. O excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático			0,565		
16. Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais				0,803	
8. Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os clientes esperam de mim				0,700	
14. Gerir problemas graves dos meus clientes				0,672	
6. Falar ou fazer apresentações em público					0,797
24. Realizar atividades de formação sob a minha Responsabilidade					0,586
7. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores					0,530

Variância Explicada (%)= 67,94%. KMO = 0,828 e teste de esfericidade de Bartlett = 1674,093 (p<0,001); eigenvalue=1,220

Análise das características psicométricas do QSPS

Neste ponto, o objetivo consiste em garantir que cada uma das dimensões ou subescalas propostas pelo instrumento de medida e seus respetivos itens, possuem boas características psicométricas. Uma das formas de fazer representar cada um dos fatores é através da criação do que se designa por *summated scale,* que não é mais do que um método da combinação de várias variáveis numa só que meça o mesmo conceito (Hair Jr. et al., 2009). Para isso

acontecer deverá ser assegurada a unidimensionalidade dos itens pertencentes a cada um dos fatores obtidos, isto é, que em cada fator os itens constituintes deste se encontram fortemente correlacionados uns com os outros e representam um único conceito (Anderson et al., 1987; Hattie, 1985; McDonald, 1981). O teste da unidimensionalidade consiste em verificar que os itens constituintes de um constructo convergem fortemente neste e é realizado através de uma AFE.

a) Dimensão "Lidar com clientes"

Foi aplicada uma AFE aos itens constituintes da escala, sendo o item "14. Gerir problemas graves dos meus clientes" o que mais converge com um peso fatorial de 0,828 seguido de "1. Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes" (0,789), "8. Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os clientes esperam de mim" (0,777) e, por último, "20. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes" (0,706), como se pode verificar na Tabela 10.

Tabela 10.
AFE à dimensão fatores tangíveis do QSPS

Itens	Pesos Fatoriais
14. Gerir problemas graves dos meus clientes	0,828
1. Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes	0,789
8. Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os clientes esperam de mim	0,777
20. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes	0,706

Variância Explicada (%)= 60,25%. KMO = 0,741 e teste esfericidade Bartlett = 105,485 (p<0,001); eigenvalue=2,410

A fiabilidade deste fator foi avaliada recorrendo à análise da sua consistência interna através do alfa de *Cronbach*, tendo obtido um resultado de 0,779.

b) Dimensão "Excesso de trabalho"

A dimensão "Excesso de trabalho" confirmou a totalidade dos itens propostos inicialmente. Os seus pesos fatoriais apresentaram valores que oscilaram entre os 0,841 do item "22. A sobrecarga ou excesso de trabalho", os 0,809 do item "4. Trabalhar muitas horas seguidas" ou os 0,745 do item "12. O excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático" e os 0,479 do item "16. Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais" (Tabela 11).

Tabela 11.
AFE à dimensão "Excesso de trabalho" do QSPS

Itens	Pesos Fatoriais
22. A sobrecarga ou excesso de trabalho	0,841
4. Trabalhar muitas horas seguidas	0,809
12. O excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático	0,745
16. Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais	0,479

Variância Explicada (%)= 53,65%. KMO = 0,715 e teste esfericidade Bartlett = 329,72 (p<0,001); eigenvalue=2,955

No que concerne à sua fiabilidade, foi avaliada recorrendo à análise da sua consistência interna através do alfa de *Cronbach*, tendo-se obtido um valor de 0,705.

c) Dimensão "Carreira e remuneração"

De forma análoga aos casos anteriores, foram confirmados todos os itens do fator "Carreira e remuneração". Todos os pesos fatoriais se situaram entre 0,894 do item "23. Salário inadequado/insuficiente" ou 0,877 de "13. Receber um salário baixo" e os 0,576 do item "3. A falta de perspetivas de desenvolvimento na carreira" (Tabela 12).

Tabela 12.
AFE à dimensão capacidade de resposta do instrumento QSPS

Itens	Pesos Fatoriais
23. Salário inadequado/insuficiente	0,894
13. Receber um salário baixo	0,877
10. Falta de possibilidades de progressão na carreira	0,787
17. Viver com os recursos financeiros de que disponho	0,653
3. A falta de perspetivas de desenvolvimento na carreira	0,576

Variância Explicada (%)= 58,90%. KMO = 0,698 e teste esfericidade Bartlett = 263,78 (p<0,001); eigenvalue=2,945

A sua fiabilidade foi avaliada recorrendo à análise da sua consistência interna através do alfa de *Cronbach*, tendo obtido um valor de 0,818.

d) Dimensão "Relações profissionais"

No que diz respeito à dimensão "Relações profissionais" (Tabela 13), os itens que mais convergiram foram o "21. Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho" (0,819), "15. Os conflitos interpessoais com outros colegas" (0,756), "7. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores" (0,752) e "9. O ambiente e 'clima' existentes no meu local de trabalho" (0,714), sendo o que menos convergiu o item "2. O favoritismo e/ou discriminação 'encobertos' no meu local de trabalho" (0,683).

Tabela 13.
AFE à dimensão confiança e segurança do QSPS

Itens	Pesos Fatoriais
21. Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho	0,819
15. Os conflitos interpessoais com outros colegas	0,756
7. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores	0,752
9. O ambiente e "clima" existentes no meu local de trabalho	0,714
2. O favoritismo e/ou discriminação "encobertos" no meu local de trabalho	0,683

Variância Explicada (%)= 55,68%. KMO = 0,800 e teste esfericidade Bartlett = 136,55 (p<0,001); eigenvalue=2,784

No que respeita à fiabilidade, este fator apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,799.

e) Dimensão "Ações de formação"

Todos os itens da escala foram considerados apresentando os pesos fatoriais identificados na Tabela 14, oscilando entre os 0,864 do item "6. Falar ou fazer apresentações em público", 0,858 de "24. Realizar atividades de formação sob a minha responsabilidade" e os 0,804 do item "18. Preparar ações de formação para realizar no meu local de trabalho".

Tabela 14.
AFE à dimensão "Ações de formação" do QSPS

Itens	Pesos Fatoriais
6. Falar ou fazer apresentações em público	0,864
24. Realizar atividades de formação sob a minha responsabilidade	0,858
18. Preparar ações de formação para realizar no meu local de trabalho	0,804

Variância Explicada (%)= 70,93%. KMO = 0,697 e teste esfericidade Bartlett = 88,81 (p<0,001); eigenvalue=2,128

Da mesma forma que nas dimensões anteriores, a fiabilidade foi avaliada recorrendo à análise da consistência interna através do alfa de *Cronbach*, obtendo-se um valor de 0,795.

f) Dimensão "Problemas familiares"

Os itens desta dimensão apresentaram os pesos fatoriais identificados na Tabela 15, oscilando entre os 0,812 do item "19. A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos)", 0,800 de "11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou familiar" e os 0,669 do item "25. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc)".

Tabela 15.
AFE à dimensão "Problemas familiares" do QSPS

Itens	Pesos Fatoriais
19. A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos)	0,812
11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou familiar	0,800
5. Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares	0,695
25. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc.)	0,669

Variância Explicada (%)= 55,78%. KMO = 0,632 e teste esfericidade Bartlett = 105,35 (p<0,001); eigenvalue=2,231

Da mesma forma que nas dimensões anteriores, a fiabilidade foi avaliada recorrendo à análise da consistência interna através do alfa de *Cronbach*, obtendo-se um valor de 0,733.

Depois de verificados os itens que constituem cada uma das subescalas, procedeu-se à criação de um *score* (*summated scale*) para cada dimensão ou subescala, de forma a que através da combinação dos vários itens estes meçam o mesmo conceito. Segundo Hair Jr. et al. (2009) poderá ser feito através da média dos respetivos itens. Após a determinação da média de cada um dos elementos de cada subescala procedeu-se à realização de uma transformação linear de forma aos valores obtidos oscilarem entre os 0 e os 100 pontos (Tabela 16).

Tabela 16.
Transformação linear dos vários componentes do QSPS para o intervalo 0-100

***Score* transformado**	**Transformação Linear**
Valores da Escala (V_{100})	25 x V

Assim sendo, valores mais elevados significam maior perceção de *stresse* em cada um dos domínios avaliados (Gomes, 2010).

2.1.7.4. Grelha de Registo dos Requisitos para uma Cirurgia Segura

A quarta parte do questionário diz respeito à perceção dos inquiridos relativamente ao que realmente se passa no respetivo serviço no que concerne ao registo da verificação da cirurgia segura. O registo de requisitos para uma cirurgia segura é constituído por uma grelha de registo com 20 itens, estruturado em três partes.

A primeira parte da grelha diz respeito aos procedimentos a efetuar antes da indução anestésica e contém oito itens: "1-É confirmado com o doente a sua identidade, o local, o procedimento e se deu consentimento?"; "2-É feita a marcação do local da cirurgia com o doente acordado?"; "3-É verificado o equipamento da anestesia e medicação antes do início";

"4-É verificado se a colocação do oxímetro está correta e em funcionamento?"; "5- É confirmado se o doente alergias?"; "6-É confirmado pelo/a médico/a anestesista se o doente tem uma via aérea difícil ou risco de aspiração?"; "7- É avaliado o risco perda de sangue> 500ml (7ml/kg em crianças)"; e "7.1- Se sim, são estabelecidos 2 acessos IV/Central e administração de fluídos planeada, e tipagem e sangue disponível?".

A segunda parte da grelha está associada aos procedimentos a realizar antes da incisão da pele e é constituída por oito itens: "8-É confirmada a presença de toda a equipa cirúrgica antes do início da cirurgia?"; "9-É confirmado novamente o nome do doente, o procedimento e o local cirúrgico?"; "10-É confirmado se a profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?"; "11- É confirmado se foi efectuada profilaxia tromboembólica?"; "12-O cirurgião costuma referir quais os passos críticos fora da rotina, qual o tempo estimado para o procedimento e qual a perda de sangue prevista (se for o caso)?"; "13-O anestesista costuma referir se tem alguma preocupação com o doente, derivado com a sua saúde e procedimento?"; "14-Os enfermeiros costumam verificar a esterilização do material e o funcionamento dos equipamentos a serem utilizados no procedimento?"; e "15- Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros?".

Por fim, a terceira e última parte da grelha de registo é constituída por quatro itens que dizem respeito aos procedimentos a efetuar antes do doente sair da sala: "16-É confirmado pelo enfermeiro, se possível em voz alta, o nome do procedimento, contagem de instrumentos, o numero de compressas utilizadas e os corta perfurantes?"; "17-São verificados se todos os produtos biológicos ou outros estão devidamente rotulados e identificados?"; "18-É confirmado se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver?"; "19-É fornecida pelo cirurgião, anestesista e enfermeiro à equipa do recobro toda a informação relevante, assim como principais preocupações/necessidades do doente?".

Considerámos que todos os itens da grelha têm o mesmo peso em termos de importância e com base nesta consideração criámos um índice com 20 pontos, um por cada item da grelha, e atribuímos o valor de '1' ponto por cada item efetuado e de '0' pontos por cada item não efetuado. Desta forma, o índice por nós criado, representativo do número de itens de Registo dos Requisitos para uma Cirurgia Segura, poderá oscilar entre os '0' pontos, correspondente à situação onde nenhum dos procedimentos da grelha é realizado e os '20' pontos, correspondente à situação onde são realizados todos os procedimentos listados na grelha.

2.2. Procedimentos éticos

Os aspetos éticos são decisivos em investigação já que sem um código de ética que aponte limites e oriente os passos da investigação, é a própria investigação que fica em causa (Ribeiro, 2010).

Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões éticas e morais e a própria escolha do tipo de investigação determina diretamente a natureza dos problemas que se podem colocar (Fortin et al., 2009).

Para ser possível a aplicação do instrumento de recolha de dados, foram elaborados por escrito pedidos de autorização (*Apêndices D e E)* aos Conselhos de Administração de dois hospitais distrito do Porto.

Após aprovação *(Apêndice D e E)* e antes de se proceder à recolha dados, foram tidos em consideração alguns aspetos éticos. Foram contatados os enfermeiros chefes e diretores clínicos de cada BO, no sentido de os elucidar acerca dos objetivos e relevância do estudo e agendado um dia em que os mesmos tivessem disponibilidade para nos receber. Foi também garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, sendo a participação no estudo de carácter voluntário por parte de cada um dos envolvidos, já que não lhes era pedido o seu nome aquando do preenchimento do instrumento de recolha de dados.

Após as formalidades relativas aos pedidos de autorização, procedeu-se à recolha de dados no período compreendido entre os meses de Outubro de 2013 e Junho de 2014.

Agendada a data, procedeu-se à entrega dos questionários em envelopes individuais aos enfermeiros chefes ou responsáveis dos BO das respetivas instituições. Estes, por sua vez, distribuíram-nos aos profissionais de saúde que, após o seu preenchimento, selaram o envelope colocando-o numa caixa fechada deixada pelo investigador em cada BO.

2.3. Tratamento estatístico dos dados

O tratamento de dados tem como objetivo obter informações que permitam ajudar a responder à problemática em estudo (Aaker, Kumar & Day ,1995).

Selecionado o instrumento de recolha de dados, é importante estimar o tempo necessário para a recolha, bem como prever o que se pretende fazer com os dados, pois só assim se alcançarão os objetivos preconizados.

Neste estudo de investigação, o tratamento dos dados para a análise quantitativa foi efetuado através do programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20 e Excel (versão 2010), com apresentação em tabelas dos seguintes elementos: número de sujeitos (frequência absoluta), que optou por cada uma das respostas e percentagem correspondente (frequência relativa) para cada uma das respostas.

Para a elaboração desta etapa, utilizou-se a estatística descritiva, em que o principal objetivo é caracterizar, sendo um procedimento que se propõe apresentar a fotografia do grupo estudado relativamente a determinado número de variável (Ribeiro, 2010).

Deste modo, aplicou-se a estatística descritiva através das seguintes medidas de tendência central, a média e medidas de dispersão, o desvio padrão. Segundo Ribeiro (2010), a moda é a medida mais pobre de tendência central, sendo o valor que ocorre mais frequentemente numa distribuição, e é adequado quando se trata de varáveis normais. Já a mediana é o valor que divide a população em duas partes iguais.

A apresentação dos dados será feita essencialmente através de tabelas, dado que estas permitem a síntese dos dados observados, tornando-os logicamente mais compreensíveis (Marconi & Lakatos, 2008).

Para dar respostas às hipóteses equacionadas, utilizou-se a estatística inferencial, onde foram utilizados os testes estatísticos paramétricos ou não paramétricos de acordo com os pressupostos da normalidade. Segundo Ribeiro (2007), a estatística paramétrica assume que os valores se distribuem normalmente, ou seja, em curva tipo sino com uma altura apropriada e simétrica. Se a distribuição de valores não se fizer desta forma deve-se recorrer à estatística não paramétrica. Recorreu-se à aplicação do teste de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de *Lilliefors*, para análise da normalidade da distribuição e o teste de *Levene*, para a homogeneidade da variância (Marôco, 2011). Neste estudo recorreu-se à estatística não paramétrica, uma vez que os dados não seguiram os pressupostos da normalidade. Os testes utilizados para testar as hipóteses foram o teste de *Mann-Whitney, Kruskal-Wallis* bem como a correlação de *Spearman*.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa realizada, nomeadamente as evidências encontradas durante o processo de recolha e tratamento estatístico dos dados.

3.1. Caracterização da amostra

3.1.1. Caracterização sociodemográfica

Nesta secção pretende-se caracterizar a amostra em termos de dados sociodemográficos dos profissionais de saúde em estudo. Uma vez que a amostra é constituída por elementos pertencentes a dois grupos profissionais distintos (médicos e enfermeiros), os dados apresentados referir-se-ão sempre aos dados de cada um dos grupos profissionais e à totalidade da amostra.

Assim, a partir da Tabela 17 verifica-se que, da totalidade dos profissionais de saúde que constituem a amostra, 68,0% são do género feminino e 32,0% do género masculino. No entanto, esta distribuição não segue o mesmo padrão nos dois grupos profissionais, uma vez que os elementos do género feminino estão menos representados nos médicos que nos enfermeiros (41,7% *vs.* 76,7%).

No que se refere à idade, na sua totalidade possuem uma média de 39,54 anos com um desvio padrão de 8,6 anos, sendo esta superior nos médicos relativamente aos enfermeiros (44,83±8,4 *vs.* 37,70±7,9). Classificando as idades dos inquiridos em três faixas, é possível verificar que, na totalidade da amostra em estudo, a faixa inferior aos 34 anos de idade é a menos representada nos médicos (16,7%) e a mais representada nos enfermeiros (41,9%). Já na faixa mais elevada correspondente às idades acima dos 43 anos, verifica-se o oposto com 58,3% dos médicos a enquadrar-se nesta contra apenas 24,3% dos enfermeiros.

Relativamente às habilitações académicas dos profissionais de saúde pertencentes à amostra, 79,4% tem licenciatura, 17,5% mestrado e 3,1% doutoramento. Quando comparados os dois grupos profissionais, verifica-se um valor percentual superior por parte dos médicos com doutoramento (8,3% *vs.* 1,4%) e com mestrado (20,8% *vs.* 16,4%), relativamente aos enfermeiros que apresentam um valor percentual superior nos licenciados (82,2% *vs.* 70,8%).

Quanto ao estado civil, verifica-se que o estado mais representativo é o de casado(a) com 50,5%, seguido do estado de solteiro (21,6%), união de facto (13,4%) e divorciado(a) (12,4%). Comparando os dois tipos de grupos profissionais, o padrão é semelhante, verifica-se, no entanto, uma maior percentagem de médicos casados (58,3% *vs.* 47,9%) e em união de facto (16,7% *vs.* 12,3%) relativamente aos enfermeiros.

Tabela 17.
Dados sociodemográficos dos profissionais de saúde em estudo

	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
Género						
Feminino	10	41,7	56	76,7	66	68,0
Masculino	14	58,3	17	23,3	31	32,0
Classe etária						
< 34 anos	4	16,7	31	41,9	35	35,7
34 - 43 anos	6	25,0	25	33,8	31	31,6
> 43 anos	14	58,3	18	24,3	32	32,7
Habilitações Académicas						
Licenciatura	17	70,8	60	82,2	77	79,4
Mestrado	5	20,8	12	16,4	17	17,5
Doutoramento	2	8,3	1	1,4	3	3,1
Estado Civil						
Solteiro(a)	5	20,8	16	21,9	21	21,6
Casado(a)	14	58,3	35	47,9	49	50,5
União de Facto	4	16,7	9	12,3	13	13,4
Divorciado(a)	1	4,2	11	15,1	12	12,4
Viúvo(a)	-	-	2	2,7	2	2,1

3.1.2. Caracterização das variáveis relacionadas com o contexto profissional

De seguida pretende-se caraterizar as variáveis relacionadas com o contexto profissional, referindo o hospital em que exerce a sua atividade profissional, o tipo de horário praticado, o tipo de vínculo, tempo de exercício profissional, tempo de experiência em BO, se acumula funções noutra instituição, se já lhe foi oferecido algum incentivo.

Os profissionais da amostra em estudo exercem a sua atividade em dois hospitais do distrito do Porto, defenindo-os por Hospital A e Hospital B, estando distribuídos de igual forma por estes (Tabela 18).

Cerca de dois terços dos inquiridos (65,3%) tem um horário fixo (manhã/tarde), verificando-se uma maior percentagem de médicos com horário fixo relativamente aos enfermeiros da amostra (73,9% *vs.* 62,5%).

No que se refere ao tipo de vínculo com a instituição em que exercem a sua atividade profissional, predomina o contrato individual de trabalho por tempo indeterminado (85,7%), seguindo-se o contrato administrativo de provimento (7,1%), contrato individual de trabalho com termo (5,1%) e, por ultimo, prestação de serviços (2,0%). Quando comparadas as duas carreiras profissionais, verifica-se que há uma maior percentagem de profissionais com contrato individual de trabalho por tempo indeterminado nos enfermeiros (89,2% *vs.* 75,0%). De notar que prestações de serviços só se verifica nos médicos (8,3%) e contratos individuais de trabalho com termo só se verifica nos enfermeiros (5,1%).

Relativamente ao tempo de exercício da atividade profissional, os elementos da amostra em estudo exercem a sua atividade há uma média de 17,18 anos com um desvio padrão de 9,4 anos, verificando-que que este é superior nos médicos (18,67±8,7 anos *vs.* 16,70±9,6 anos). Classificando hierarquicamente em quatro grupos associados ao tempo que estes exercem a sua atividade profissional, confirma-se, através da Tabela 21, que um pouco mais de um terço dos inquiridos (35,7%) tem mais de 20 anos de atividade professional, sendo este o grupo mais representativo, seguindo-se o grupo entre 11 e 20 anos de exercício profissional (27,6%), o grupo entre 6 a 10 anos (19,4%) e o grupo com 5 ou menos anos de exercício profissional (15,3%). Note-se, no entanto, que os profissionais com mais de 20 anos de serviço estão mais representados nos enfermeiros (40,5% *vs.* 20,8%) e os que têm entre 11 e 20 anos estão mais representados nos médicos (45,8% *vs.* 24,3%).

Tal como no caso anterior, também se aferiu acerca do tempo de experiência em BO, verificando-se que os profissionais de saúde da amostra em estudo possuem uma média de 12,53 anos com um desvio padrão de 8,8 anos. Este valor revelou-se superior nos médicos (16,50±8,8 anos *vs.* 11,24±8,5 anos). Classificando hierarquicamente em quatro grupos associados ao tempo de experiência em BO, verifica-se que cerca de um terço dos profissionais (33,7%) tem 5 ou menos anos de experiência. O segundo grupo mais representado é o dos 11 aos 20 anos de experiência, seguido dos profissionais com mais de 20 anos de experiência. Comparativamente existe uma maior percentagem de médicos na faixa

mais baixa (41,7% *vs.* 31,1%) e uma menor na faixa dos profissionais com mais de 20 anos de serviço (20,8% *vs.* 40,5%), tendo as restantes grupos uma representatividade similar.

Cerca de um terço dos profissionais de saúde (32,7%) acumula funções noutra instituição, verificando-se, no entanto, que este valor percentual é consideravelmente superior por parte dos médicos relativamente aos enfermeiros (58,3% *vs.* 24,3%).

Quando questionados sobre se alguma vez receberam por parte da instituição/serviço algum tipo de incentivo, apenas 7,4% refere já ter recebido (8,7% dos médicos e 7,0% dos enfermeiros), tendo estes referido como incentivo o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).

Segundo os inquiridos existem conflitos na instituição (45,4%) valor que é expresso tanto por médicos (45,8%) como por enfermeiros (45,2%). De entre os conflitos referidos por estes profissionais, salienta-se os conflitos associados às relações interpessoais (57,7%) e aos horários (34,6%).

Para os elementos da amostra em estudo, de uma forma geral, a sua opinião não conta em decisões importantes (53,1%). No entanto, esta perceção é bastante diferente entre médicos e enfermeiros com apenas 16,7% dos médicos a considerar que, a sua opinião, não é tida em conta enquanto por parte dos enfermeiros este valor percentual sobe para os 64,9%.

Quando questionados acerca do seu nível de absentismo, a maioria dos profissionais da amostra referiu não faltar (60,2%), sendo, no entanto, este valor percentual superior nos enfermeiros (63,5% *vs.* 50,0%). Cerca de 22,4% dos inquiridos disse faltar uma a duas vezes por ano e 17,3% referiu faltar mais de duas vezes por ano, sendo este valor superior nos médicos (29,2% *vs.* 13,5%).

No que diz respeito às novas tecnologias, apenas 8,2% referiu ter alguma dificuldade em adaptar-se a estas, sendo este valor percentual semelhante em médicos (8,3%) e enfermeiros (8,1%).

Tabela 18.
Dados relativos às variáveis de contexto profissional

	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Hospital em que exerce a sua atividade profissional						
Hospital A	12	50,0	37	50,0	49	50,0
Hospital B	12	50,0	37	50,0	49	50,0
Tipo de horário praticado						
Fixo (manhã/tarde)	17	73,9	45	62,5	62	65,3
Roullement (por turnos)	6	26,1	27	37,5	33	34,7
Vínculo à Instituição						
Prestação de serviços	2	8,3	-	-	2	2,0
Contrato individual de trabalho com termo	-	-	5	6,8	5	5,1
Contrato indiv. trabalho por tempo indeterm.	18	75,0	66	89,2	84	85,7
Contrato administrativo de provimento	4	16,7	3	4,1	7	7,1
Tempo de exercício Profissional						
1-5 anos	2	8,3	13	17,6	15	15,3
6-10 anos	6	25,0	13	17,6	19	19,4
11-20 anos	11	45,8	18	24,3	29	29,6
>20 anos	5	20,8	30	40,5	35	35,7
Tempo de experiência em Bloco Operatório						
1-5 anos	10	41,7	23	31,1	33	33,7
6-10 anos	4	16,7	13	17,6	17	17,3
11-20 anos	7	29,2	20	27,0	27	27,6
>20 anos	3	12,5	18	24,3	21	21,4
Acumula funções noutra instituição?						
Sim	14	58,3	18	24,3	32	32,7
Não	10	41,7	56	75,7	66	67,3
A sua instituição/serviço já lhe ofereceu algum incentivo?						
Sim	2	8,7	5	7,0	7	7,4
Não	21	91,3	66	93,0	87	92,6
Na sua Instituição existem conflitos?						
Sim	11	45,8	33	45,2	44	45,4
Não	13	54,2	40	54,8	53	54,6
Na sua Instituição a sua opinião conta em decisões importantes?						
Sim	20	83,3	26	35,1	46	46,9
Não	4	16,7	48	64,9	52	53,1
Em média quantos dias falta por ano?						
Não falta	12	50,0	47	63,5	59	60,2
1-2 faltas por ano	5	20,8	17	23,0	22	22,4
Mais de 2 faltas por ano	7	29,2	10	13,5	17	17,3
No que diz respeito as novas tecnologias						
Não tem dificuldade em se adaptar	22	91,7	68	91,9	90	91,8
Tem alguma dificuldade em se adaptar	2	8,3	6	8,1	8	8,2

3.1.3. Caracterização dos aspetos físicos do serviço

Reportando-nos aos dados da Tabela 19, infere-se que os profissionais de saúde pertencentes à amostra em estudo consideram que tendo em conta a sua necessidade, a estrutura que acham mais adequada é a da sua sala cirúrgica (94,9%), seguida do recobro (93,9%), da sala dos circuitos (79,6%) e, por último, da sala de indução anestésica (73,2%). Fazendo uma comparação entre os dois grupos profissionais, verifica-se que embora a sua opinião seja similar no que concerne à adequabilidade da estrutura da sua sala cirúrgica e do recobro, o mesmo já não acontece relativamente à estrutura dos circuitos (95,8% *vs.* 74,3%) e da sala de indução anestésica (87,5% *vs.* 68,5%), com os médicos a valorizar mais a adequabilidade destas estruturas que os enfermeiros.

Tabela 19.
Dados relativos aos aspetos físicos do serviço (estrutura física)

	Médicos				Enfermeiros				Total			
	adequada		desadequa.		adequada		desadequa.		Adequada		desadequa.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tendo em conta as necessidades do trabalhador a estrutura												
da sua **sala cirúrgica**, parece-lhe	23	95,8	1	4,2	70	94,6	4	5,4	93	94,9	5	5,1
da **sala de indução anestésica**, parece-lhe	21	87,5	3	12,5	50	68,5	23	31,5	71	73,2	26	26,8
dos **circuitos**, parece-lhe	23	95,8	1	4,2	55	74,3	19	25,7	78	79,6	20	20,4
do **recobro** parece-lhe	23	95,8	1	4,2	69	93,2	5	6,8	92	93,9	6	6,1

O índice associado aos aspetos físicos do serviço (estrutura física) está ilustrado na Tabela 20, sendo possível constatar que o valor máximo do índice (4 pontos correspondentes a quatro opiniões de adequado) se verifica em quase dois terços dos profissionais de saúde (64,3%), sendo este superior para os médicos (83,3% *vs.* 58,1%). Pode inferir-se também que apenas 4,2% dos médicos contra 16,3% de enfermeiros apresentam um índice inferior a 3 pontos.

Tabela 20.
Totais do índice associado aos aspetos físicos do serviço (estrutura física)

	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
Totais do índice associado aos aspetos físicos do serviço (estrutura física)						
0	-	-	2	2,7	2	2,0
1	1	4,2	2	2,7	3	3,1
2	-	-	11	14,9	11	11,2
3	3	12,5	16	21,6	19	19,4
4	20	83,3	43	58,1	63	64,3

3.1.4. Caracterização das relações interpessoais no trabalho

Pela análise da Tabela 21, que reflete a média dos resultados atribuídos pelos profissionais de saúde da amostra em cada um dos itens da ERIT, constata-se que, no que diz respeito à sociabilidade, as questões que receberam maior concordância pela generalidade dos inquiridos foram "E3 - Estabeleço com facilidade relações com os meus colegas de trabalho" (5,07±0,7), "E7 - Os meus colegas de trabalham demonstram ter confiança no meu desempenho profissional" (4,96±0,8) e "E12 - Sinto-me contente com o relacionamento que mantenho com os meus colegas de trabalho" (4,88±0,8) e as que receberam uma menor concordância foram "E4 - Os meus colegas de trabalho estão dispostos a ouvir quando tenho necessidade de desabafar" (4,43±1,3) e "E5 - Eu e os meus colegas de trabalho compreendemos bem os problemas uns dos outros" (4,44±1,0). De referir que apesar de nos enfermeiros os resultados terem sido semelhantes, no caso dos médicos, o item que reuniu maior concordância foi "E1 - É fácil manter relações estreitas com os meus colegas de trabalho" (5,08±0,7) e o que recebeu a menor concordância foi "E8 - Sinto que posso contar com os meus colegas de trabalho" (4,29±0,9).

Já no que diz respeito à dimensão sentimento de si, os itens que reuniram maior concordância pela generalidade dos inquiridos foram "E10 - Sinto-me mais confiante e seguro quando trabalho em equipa" (4,72±1,1), "E14 - É difícil para mim quando me sinto rejeitado pelo meu grupo de trabalho" (4,08±1,2) e "E2 - Os conflitos com os meus colegas de trabalho fazem-me sentir mal comigo mesmo" (4,07±1,4) sendo o item com menor concordância "E15 - Sou facilmente influenciado pela opinião dos outros" (3,00±1,3). É de salientar que no Sentimento de si, de uma forma geral os médicos atribuem uma menor concordância aos respetivos itens que os enfermeiros.

Tabela 21.
Estatística descritiva dos itens da ERIT

Itens	Médicos		Enfermeiros		Total	
	M	dp	M	dp	M	Dp
Sociabilidade						
E1 - É fácil manter relações estreitas com os meus colegas de trabalho	5,08	0,7	4,74	1,2	4,83	1,1
E3 - Estabeleço com facilidade relações com os meus colegas de trabalho	5,00	0,8	5,09	0,9	5,07	0,9
E4 - Os meus colegas de trabalho estão dispostos a ouvir quando tenho necessidade de desabafar	4,46	1,2	4,42	1,4	4,43	1,3
E5 - Eu e os meus colegas de trabalho compreendemos bem os problemas uns dos outros	4,42	0,7	4,45	1,0	4,44	1,0
E7 - Os meus colegas de trabalham demonstram ter confiança no meu desempenho profissional	4,96	0,8	4,96	0,8	4,96	0,8
E8 - Sinto que posso contar com os meus colegas de trabalho	4,29	0,9	4,66	0,8	4,57	0,8
E12 - Sinto-me contente com o relacionamento que mantenho com os meus colegas de trabalho	4,71	1,0	4,93	0,8	4,88	0,8
E13 - Sinto que sou querido pela maioria dos meus colegas de trabalho	4,33	1,2	4,65	0,9	4,57	1,0
Sentimento de Si						
E2 - Os conflitos com os meus colegas de trabalho fazem-me sentir mal comigo mesmo	3,29	1,5	4,32	1,3	4,07	1,4
E6 - Preocupo-me com a possibilidade dos meus colegas não gostarem de mim	2,75	1,4	3,73	1,3	3,49	1,4
E9 - O meu desempenho profissional é influenciado pela opinião dos meus colegas de trabalho	3,04	1,4	3,62	1,4	3,48	1,4
E10 - Sinto-me mais confiante e seguro quando trabalho em equipa	4,58	0,9	4,77	1,1	4,72	1,1
E11 - Sou muito sensível às críticas que os meus colegas de trabalho me fazem	3,13	1,4	3,88	1,2	3,69	1,3
E14 - É difícil para mim quando me sinto rejeitado pelo meu grupo de trabalho	3,92	1,5	4,14	1,2	4,08	1,2
E15 - Sou facilmente influenciado pela opinião dos outros	2,46	1,1	3,18	1,3	3,00	1,3

Analisando através de estatística descritiva a média e o desvio padrão dos índices da ERIT (Tabela 22) salienta-se que o valor obtido no fator sociabilidade pela totalidade dos elementos da amostra é de 74,36±12,9, sendo este similar tanto nos médicos (73,13±11,1) como nos enfermeiros (74,76±13,5). O mesmo não se poderá dizer no que respeita ao fator sentimento de si, obtendo-se um valor médio de 55,83±18,7 que, no entanto, não espelha o valor nos médicos (46,19±18,4) que é significativamente mais baixo que nos enfermeiros (58,96±18,7).

Tabela 22.
Estatística descritiva dos índices da ERIT

Itens	Médicos		Enfermeiros		Total	
	M	dp	M	dp	M	Dp
ERIT – Sociabilidade	73,13	11,1	74,76	13,5	74,36	12,9
ERIT - Sentimento de Si	46,19	18,4	58,96	18,7	55,83	18,7

3.1.5. Caracterização do registo de verificação da cirurgia segura

Pretende-se, nesta secção, reportar os resultados obtidos relativamente ao que pensam os inquiridos que realmente se passa no seu serviço no que concerne ao registo da verificação da cirurgia segura (Tabela 23).

No que diz respeito às situações ocorridas antes da indução anestésica, a que é reportada mais frequentemente como não efetuada refere-se a "2-É feita a marcação do local da cirurgia com o doente acordado?" referida por 20,4% dos profissionais de saúde da amostra como não sendo usual fazer-se no seu serviço, seguindo-se os itens "7- É avaliado o risco perda de sangue> 500ml (7ml/kg em crianças)" e "7.1- Se sim, são estabelecidos 2 acessos IV/Central e administração de fluídos planeada, e tipagem e sangue disponível?" com 7,1% e 8,2%, respetivamente.

Antes da incisão de pele, as situações que menos vezes ocorrem são as referentes aos itens "9-É confirmado novamente o nome do doente, o procedimento e o local cirúrgico?" (21,4%), "12-O cirurgião costuma referir quais os passos críticos fora da rotina, qual o tempo estimado para o procedimento e qual a perda de sangue prevista (se for o caso)?" (20,4%), "11- É confirmado se foi efetuada profilaxia tromboembólica?" (14,3%), "8-É confirmada a presença de toda a equipa cirúrgica antes do início da cirurgia?" (11,2%) e "13-O anestesista costuma referir se tem alguma preocupação com o doente, derivado com a sua saúde e procedimento?" (10,2%). De notar que, em alguns dos casos, a perceção do que é realizado ou não é distinta para médicos e enfermeiros. Por exemplo, no caso do item "11- É confirmado se foi efetuada profilaxia tromboembólica?", uma maior percentagem de médicos que enfermeiros tem a perceção de não ser efetuado (29,2% *vs.* 9,5%), o mesmo acontecendo, embora com uma menor diferença, relativamente ao item "9-É confirmado novamente o nome do doente, o procedimento e o local cirúrgico?" (29,2% *vs.* 18,9%).

Antes do doente sair da sala destacam-se os itens "16-É confirmado pelo enfermeiro, se possível em voz alta, o nome do procedimento, contagem de instrumentos, o numero de compressas utilizadas e os corta perfurantes?" e "19-É fornecida pelo cirurgião, anestesista e enfermeiro à equipa do recobro toda a informação relevante, assim como principais preocupações/necessidades do doente?" reportados por 8,2% dos profissionais de saúde como

não sendo habitualmente suportados bem como "18-É confirmado se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver?" (7,1%).

Tabela 23.
Situações onde não é efetuado o Registo da Verificação da Cirurgia Segura

Itens	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
Antes da Indução anestésica						
1-É confirmado com o doente a sua identidade, o local, o procedimento e se deu consentimento?	-	-	3	4,1	3	3,1
2-É feita a marcação do local da cirurgia com o doente acordado?	4	16,7	16	21,6	20	20,4
3-É verificado o equipamento da anestesia e medicação antes do início	1	4,2	1	1,4	2	2,0
4-É verificado se a colocação do oxímetro está correta e em funcionamento?	1	4,2	-	-	1	1,0
5- É confirmado se o doente alergias?	1	4,2	-	-	1	1,0
6-É confirmado pelo/a médico/a anestesista se o doente tem uma via aérea difícil ou risco de aspiração?	2	8,3	1	1,4	3	3,1
7- É avaliado o risco perda de sangue> 500ml (7ml/kg em crianças).	3	12,5	4	5,4	7	7,1
7.1- Se sim, são estabelecidos 2 acessos IV/Central e administração de fluídos planeada, e tipagem e sangue disponível?	2	8,3	6	8,1	8	8,2
Antes da incisão da pele						
8-É confirmada a presença de toda a equipa cirúrgica antes do início da cirurgia?	3	12,5	8	10,8	11	11,2
9-É confirmado novamente o nome do doente, o procedimento e o local cirúrgico?	7	29,2	14	18,9	21	21,4
10-É confirmado se a profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?	3	12,5	2	2,7	5	5,1
11- É confirmado se foi efetuada profilaxia tromboembólica?	7	29,2	7	9,5	14	14,3
12-O cirurgião costuma referir quais os passos críticos fora da rotina, qual o tempo estimado para o procedimento e qual a perda de sangue prevista (se for o caso)?	4	16,7	16	21,6	20	20,4
13-O anestesista costuma referir se tem alguma preocupação com o doente, derivado com a sua saúde e procedimento?	3	12,5	7	9,5	10	10,2
14-Os enfermeiros costumam verificar a esterilização do material e o funcionamento dos equipamentos a serem utilizados no procedimento?	2	8,3	1	1,4	3	3,1
15- Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros?	2	8,3	7	9,5	9	9,2
Antes do doente sair da sala						
16-É confirmado pelo enfermeiro, se possível em voz alta, o nome do procedimento, contagem de instrumentos, o numero de compressas utilizadas e os corta perfurantes?	1	4,2	7	9,5	8	8,2
17-São verificados se todos os produtos biológicos ou outros estão devidamente rotulados e identificados?	4	16,7	-	-	4	4,1
18-É confirmado se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver?	2	8,3	5	6,8	7	7,1
19-É fornecida pelo cirurgião, anestesista e enfermeiro à equipa do recobro toda a informação relevante, assim como principais preocupações/necessidades do doente?	2	8,3	6	8,1	8	8,2

Considerando o índice encontrado para representar o registo da verificação da cirurgia segura, verificou-se que, para a totalidade dos inquiridos, este apresentou uma média de 18,32 com um desvio padrão de 2,8 (Tabela 24). Este valor revelou-se um pouco superior por parte dos médicos (19,54±0,7) do que dos enfermeiros (17,92±3,1). Agrupando em três grupos os índices do registo da verificação da cirurgia segura, conclui-se que a maioria dos inquiridos achou serem realizados todos os 20 itens que constituem o registo de verificação de cirurgia segura (56,1%). Quase um terço dos inquiridos (30,6%) referiu serem realizadas entre 16 a 19

itens da lista referida tendo apenas 13,3% referido serem realizados 15 ou menos itens da lista.

Tabela 24.
Índice do Registo da Verificação da Cirurgia Segura

Índice	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
Até 15	4	16,7	9	12,2	13	13,3
16-19	6	25,0	24	32,4	30	30,6
20	14	58,3	41	55,4	55	56,1

3.2. Stresse nos Profissionais de Sáude (QSPS)

Neste subponto pretendemos, numa primeira instância, caracterizar o QSPS, por item e por dimensão. Numa segunda instância, será aferido o tipo de testes a aplicar sobre as variáveis que representam as dimensões do QSPS e proceder-se-á à verificação das hipóteses anteriormente formuladas na metodologia.

3.2.1. Caracterização do stresse

Procurar-se-á agora, através da análise dos resultados na Tabela 25, referir a média dos resultados atribuídos pelos profissionais de saúde da amostra em estudo em cada um dos itens do QSPS.

Começando pelo nível de stresse que cada um dos profissionais de saúde sente na generalidade ao exercer a sua atividade profissional (2,43±0,8), pode inferir-se que este é relativamente mais elevado nos enfermeiros (2,47±0,8) do que nos médicos (2,29±0,9).

Constata-se, no que diz respeito à dimensão "Lidar com clientes", que as questões que refletem um maior stresse pela generalidade dos inquiridos são "1. Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes" (3,14±0,8), seguido de "8. Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os clientes esperam de mim" (2,84±0,8), "14. Gerir problemas graves dos meus clientes" (2,74±0,8) e, por último, "20. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes" (2,68±0,8). De referir que os

níveis de stresse reportados são similares nos médicos e enfermeiros, sendo, no entanto, ligeiramente superiores nos enfermeiros.

Na dimensão "Excesso de trabalho", o item que reflete mais stresse, considerando a totalidade dos profissionais de saúde, é "4. Trabalhar muitas horas seguidas" (2,95±1,0), seguido de "16. Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais" (2,89±0,8), "22. A sobrecarga ou excesso de trabalho" (2,86±1,0) e, por último, "3. A falta de perspetivas de desenvolvimento na carreira" (2,76±0,9). No entanto, verifica-se algumas diferenças entre médicos e enfermeiros nesta dimensão. Por exemplo, o item "4. Trabalhar muitas horas seguidas" é o que reflete mais stresse por parte dos enfermeiros mas os que reflete menos stresse por parte dos médicos (3,14±0,9 *vs.* 2,37±1,1). Um outro item onde é possível constatar algumas diferenças reportados entre os dois grupos profissionais, é "22. A sobrecarga ou excesso de trabalho", com este a refletir mais stresse por parte dos enfermeiros (2,96±0,9 *vs.* 2,54±1,1).

Na dimensão "Carreira e remuneração" verifica-se que 4 dos 5 itens apresentam-se similares em termos de focos de stresse reportados pelos profissionais de saúde da totalidade da amostra, sendo este por ordem decrescente "10. Falta de possibilidades de progressão na carreira" (2,80±0,9), "3. A falta de perspetivas de desenvolvimento na carreira" (2,76±0,9), "23. Salário inadequado/insuficiente" (2,71±1,0) e "13. Receber um salário baixo" (2,67±1,0) e, por último, com valores relativamente menores, o item "17. Viver com os recursos financeiros de que disponho" (2,30±1,0). Quando se faz a mesma análise mas por grupo profissional, verifica-se o mesmo tipo de comportamento nos enfermeiros que o anteriormente reportado, no entanto, nos médicos nota-se uma clara diferença entre os itens 3 e 10, associados ao desenvolvimento e progressão da carreira, e os itens 13, 17 e 23, associados ao salário e recursos financeiros, com os primeiros a revelar-se focos maiores de stresse que os últimos.

No que concerne à dimensão "Relações profissionais", de uma forma geral os itens que geram mais stresse são "21. Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho" (2,62±0,9),"2. O favoritismo e/ou discriminação "encobertos" no meu local de trabalho" (2,60±0,9),"15. Os conflitos interpessoais com outros colegas" (2,51±1,0) e, ainda, "9. O ambiente e "clima" existentes no meu local de trabalho" (2,37±0,9) "7. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores" (2,32±0,9). Estabelecendo uma

comparação entre ambos grupos profissionais, mais uma vez os enfermeiros revelam níveis de stresse superiores aos dos médicos nos itens associados, com exceção do item "9. O ambiente e "clima" existentes no meu local de trabalho", onde médicos (2,33±1,0) e enfermeiros (2,38±0,8) reportaram valores similares de stresse.

Relativamente à dimensão "Ações de formação", para a totalidade dos profissionais de saúde da amostra em estudo, existem dois itens que se destacam do terceiro em termos de reporte de stresse, "24. Realizar atividades de formação sob a minha responsabilidade" (2,44±0,9) e "6. Falar ou fazer apresentações em público" (2,40±1,0), sendo o último o "18. Preparar ações de formação para realizar no meu local de trabalho" (2,03±0,8). De salientar que nos itens 6 (2,43±1,0 *vs.* 2,29±1,0) e 24 (2,51±0,9 *vs.* 2,21±0,8) os enfermeiros revelam mais stresse, no entanto, o contrário acontece no item 18 (2,21±0,7 *vs.* 1,97±0,9) com os médicos a acusar mais stresse que os enfermeiros.

Por último, no que concerne à dimensão "Problemas familiares", o item reportado como fonte de maior stresse é "25. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc.)" (2,65±1,0), seguido de "5. Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares" (2,57±0,9), "11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou familiar" (2,09±1,1) e "19. A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos)" (2,02±0,9). Estabelecendo uma comparação entre os dois grupos profissionais, é possível inferir que, no caso dos enfermeiros, nos itens 25 (2,80±1,0 *vs.* 2,21±0,9) e 5 (2,77±0,9 *vs.* 1,96±0,8) existe uma grande diferença no stresse reportado entre os dois grupos, o que já não acontece nos itens 11 (2,12±1,2 *vs.* 2,00±0,8) e 19 (2,04±0,9 *vs.* 1,96±1,0), com os valores reportados a revelar-se próximos entre os dois grupos profissionais.

Tabela 25.
Estatística descritiva dos itens do QSPS

Itens	Médicos		Enfermeiros		Total	
	M	Dp	M	dp	M	Dp
Nível de *stresse* que sente geralmente no exercício da sua atividade profissional	2,29	0,9	2,47	0,8	2,43	0,8
Lidar com clientes						
1. Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes	3,00	0,8	3,19	0,8	3,14	0,8
8. Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os clientes esperam de mim	2,79	1,0	2,85	0,8	2,84	0,8
14. Gerir problemas graves dos meus clientes	2,67	1,0	2,77	0,8	2,74	0,8
20. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes	2,46	0,8	2,76	0,8	2,68	0,8
Excesso de trabalho						
4. Trabalhar muitas horas seguidas	2,37	1,1	3,14	0,9	2,95	1,0
12. O excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático	2,54	0,9	2,68	0,9	2,64	0,9
16. Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais	2,88	0,7	2,89	0,9	2,89	0,8
22. A sobrecarga ou excesso de trabalho	2,54	1,1	2,96	0,9	2,86	1,0
Carreira e remuneração						
3. A falta de perspetivas de desenvolvimento na carreira	2,58	0,9	2,81	0,9	2,76	0,9
10. Falta de possibilidades de progressão na carreira	2,63	0,9	2,85	0,9	2,80	0,9
13. Receber um salário baixo	2,21	1,1	2,82	0,9	2,67	1,0
17. Viver com os recursos financeiros de que disponho	2,04	1,0	2,38	1,0	2,30	1,0
23. Salário inadequado/insuficiente	2,29	1,0	2,85	1,0	2,71	1,0
Relações profissionais						
2. O favoritismo e/ou discriminação "encobertos" no meu local de trabalho	2,21	0,8	2,73	0,8	2,60	0,9
7. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores	1,88	0,8	2,46	0,9	2,32	0,9
9. O ambiente e "clima" existentes no meu local de trabalho	2,33	1,0	2,38	0,8	2,37	0,9
15. Os conflitos interpessoais com outros colegas	2,13	1,0	2,64	1,0	2,51	1,0
21. Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho	2,29	1,0	2,73	0,8	2,62	0,9
Ações de formação						
6. Falar ou fazer apresentações em público	2,29	1,0	2,43	1,0	2,40	1,0
18. Preparar ações de formação para realizar no meu local de trabalho	2,21	0,7	1,97	0,9	2,03	0,8
24. Realizar atividades de formação sob a minha responsabilidade	2,21	0,8	2,51	0,9	2,44	0,9
Problemas familiares						
5. Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares	1,96	0,8	2,77	0,9	2,57	0,9
11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou familiar	2,00	0,8	2,12	1,2	2,09	1,1
19. A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos)	1,96	1,0	2,04	0,9	2,02	0,9
25. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc.)	2,21	0,9	2,80	1,0	2,65	1,0

Os resultados normalizados de 0 a 100 dos vários componentes ou dimensões do QSPS estão refletidos na Tabela 26. Quando considerada a totalidade dos elementos da amostra, a dimensão "Lidar com clientes" atingiu o valor mais elevado (71,30±15,5), seguido das dimensões "Excesso de trabalho" (70,85±17,1) e "Carreira e remuneração" (66,17±18,0). Os que apresentaram menores índices foram as dimensões "Relações profissionais" (62,09±16,9), "Problemas familiares" (58,35±18,2) e "Ações de formação" (57,23±19,1). Estabelecendo uma comparação entre médicos e enfermeiros, pode verificar-se que os enfermeiros apresentam índices mais elevados de stresse que os médicos, sendo que, em alguns dos casos,

essa diferença atinge os 10 pontos aproximadamente, como é o caso das "Relações profissionais" (64,66±15,6 *vs.* 54,17±18,6), "Problemas familiares" (60,81±18,4 *vs.* 50,78±15,6), "Carreira e remuneração" (68,58±17,7 *vs.* 58,75±17,2) ou, um pouco menos, o "Excesso de trabalho" (72,89±16,9 *vs.* 64,58±16,6). De entre as dimensões com valores mais aproximados entre os elementos dos dois grupos profissionais, destacam-se as dimensões "Lidar com clientes" (72,30±15,6 *vs.* 68,23±15,3) e "Ações de formação" (57,66±19,7 *vs.* 55,90±17,3).

Tabela 26.
Estatística descritiva das dimensões do QSPS

Itens	Médicos		Enfermeiros		Total	
	M	Dp	M	Dp	M	Dp
Lidar com clientes	68,23	15,3	72,30	15,6	71,30	15,5
Excesso de trabalho	64,58	16,6	72,89	16,9	70,85	17,1
Carreira e remuneração	58,75	17,2	68,58	17,7	66,17	18,0
Relações profissionais	54,17	18,6	64,66	15,6	62,09	16,9
Ações de formação	55,90	17,3	57,66	19,7	57,23	19,1
Problemas familiares	50,78	15,6	60,81	18,4	58,35	18,2

3.2.2. Avaliação dos níveis de stresse

Começar-se-á por aferir qual o tipo de testes a aplicar sobre as variáveis que representam as dimensões do QSPS, se testes paramétricos ou não paramétricos. Para tal, é necessário verificar os pressupostos dos testes estatísticos paramétricos, nomeadamente através da aplicação do teste de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de *Lilliefors*, para análise da normalidade da distribuição e o teste de *Levene*, para a homogeneidade da variância (Marôco, 2011). Aplicado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* (Tabela 27), verificou-se que 5 dos 6 índices seguem uma distribuição não normal (p<0,05), pelo que deverão ser utilizados testes não paramétricos.

Tabela 27.
Teste de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de *Lilliefors* dos componentes do QSPS

QSPS	KS	*p*
Lidar com clientes	0,139	**<0,001**
Excesso de trabalho	0,167	**<0,001**
Carreira e remuneração	0,080	0,125
Relações profissionais	0,160	**<0,001**
Ações de formação	0,107	**0,007**
Problemas familiares	0,121	**0,001**

Neste subponto proceder-se-á à verificação das hipóteses anteriormente formuladas na metodologia. Será tida em conta a totalidade da amostra, seguindo-se a análise em separado de médicos e enfermeiros. Será indicada, sempre que possível, a média e o desvio padrão do valor do índice de stresse transformado linearmente para a escala de 0 a 100.

3.2.2.1. Existência de relação significativa das variáveis sociodemográficas com o nível de stresse dos profissionais de saúde que trabalham em BO de dois hospitais do distrito do Porto

Esta secção prende-se com a avaliação da existência de diferenças significativas entre os índices de stresse reportados pelos profissionais de saúde e as suas variáveis sociodemográficase pretende dar resposta à hipótese de investigação H_1.

***H1*:** Existe relação significativa das variáveis sociodemográficas (género e idade) com o nível de stresse dos profissionais de saúde que trabalham em BO de dois hospitais do distrito do Porto.

a) Existência de relação significativa entre o nível de stresse reportado pelos profissionais de saúde que trabalham em BO e o seu género

Para verificar se existe uma relação significativa entre o nível de stresse reportado pelos profissionais de saúde que trabalham em BO e o seu género aplicou-se o teste de *Mann-Whitney* (Tabela 28). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros com os elementos do género feminino a revelar maiores índices de stresse nas dimensões "Excesso de trabalho" (U=657,0; W=1153,0; p=0,004), Carreira e remuneração" (U=630,0; W=1126,0; p=0,002) e "Relações profissionais" (U=759,5; W=1255,5; p=0,040) do QSPS.

Analisando apenas os médicos, é possível concluir que apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas na dimensão "Lidar com clientes" (U=34,5; W=139,5; p=0,034) com os elementos do género feminino a revelar maiores índices de stresse.

No que diz respeito apenas aos enfermeiros, também só se verificam diferenças estatisticamente significativas numa das dimensões ("Excesso de trabalho"), novamente com

os elementos do sexo feminino a revelar maiores índices de stresse (U=323,5; W=476,5; *p*=0,043).

Tabela 28.
Influência do género nas dimensões do stresse (teste de *Mann-Whitney*)

QSPS	Feminino		Masculino		U	W	*P*
	M±dp	Média ordens	M±dp	Média ordens			
Totalidade da amostra							
Lidar com clientes	73,86±14,0	52,64	66,13±17,7	41,26	783,0	1279,0	0,061
Excesso de trabalho	74,24±15,4	54,55	63,31±18,7	37,19	657,0	1153,0	**0,004**
Carreira e remuneração	69,85±17,7	54,95	57,26±14,9	36,32	630,0	1126,0	**0,002**
Relações profissionais	64,77±15,8	52,99	56,13±18,2	40,50	759,5	1255,5	**0,040**
Ações de formação	57,70±19,0	49,70	57,26±19,0	47,52	977,0	1473,0	0,722
Problemas familiares	60,13±18,7	51,27	55,04±17,0	44,18	873,5	1369,5	0,245
Médicos							
Lidar com clientes	75,63±11,6	16,05	62,95±15,8	9,96	34,5	139,5	**0,034**
Excesso de trabalho	70,00±11,7	14,80	60,71±18,7	10,86	47,0	152,0	0,178
Carreira e remuneração	65,50±19,8	15,20	53,93±13,9	10,57	43,0	148,0	0,117
Relações profissionais	60,50±18,0	14,90	49,64±18,3	10,79	46,0	151,0	0,169
Ações de formação	62,50±22,0	14,70	51,19±11,7	10,93	48,0	153,0	0,195
Problemas familiares	54,38±16,2	14,85	48,21±15,2	10,82	46,5	151,5	0,163
Enfermeiros							
Lidar com clientes	73,55±14,4	37,57	68,75±19,1	35,12	444,0	597,0	0,677
Excesso de trabalho	75,00±15,9	39,72	65,44±18,9	28,03	323,5	476,5	**0,043**
Carreira e remuneração	70,63±17,4	39,44	60,00±15,6	28,97	339,5	492,5	0,074
Relações profissionais	65,54±15,4	37,90	61,47±16,7	34,03	425,5	578,5	0,512
Ações de formação	56,85±18,5	35,87	62,26±22,5	40,74	412,5	2008,5	0,407
Problemas familiares	61,16±19,1	36,74	60,66±16,6	37,85	461,5	2057,5	0,853

b) Existência de relação significativa entre o nível de stresse reportado pelos profissionais de saúde que trabalham em BO e a sua idade

De forma a verificarmos se a idade influenciava nível de stresse reportado pelos profissionais de saúde que trabalham em BO, procedeu-se a uma análise correlacional através do teste ao coeficiente de correlação de *Spearman* (Marôco, 2011), não se verificando qualquer relação estatisticamente significativa entre a idade e as dimensões de stresse do QSPS ($p \geq 0,50$).

Efetuada a análise, apenas aos médicos se verificou a existência de correlações positivas estatisticamente significativas nas dimensões "Lidar com clientes" ($\rho=0,493$; $p=0,014$) e "Relações profissionais" ($\rho=0,412$; $p=0,045$) com a idade dos médicos em estudo, pelo que nestas dimensões aos médicos com mais idade está associada um maior índice de stresse (Tabela 29).

No que concerne apenas aos enfermeiros, não se verifica qualquer relação estatisticamente significativa entre a idade e as dimensões de stresse do QSPS ($p \geq 0,50$).

Tabela 29.
Influência da idade nas dimensões de stresse do QSPS (correlação de *Spearman*)

QSPS	N	ρ (rho)	*P*
Totalidade da amostra			
Lidar com clientes	93	0,196	0,060
Excesso de trabalho		0,020	0,853
Carreira e remuneração		0,056	0,593
Relações profissionais		0,058	0,583
Ações de formação		-0,004	0,968
Problemas familiares		-0,098	0,351
Médicos			
Lidar com clientes	24	0,493	**0,014**
Excesso de trabalho		0,027	0,899
Carreira e remuneração		-0,012	0,955
Relações profissionais		0,412	**0,045**
Ações de formação		0,125	0,560
Problemas familiares		0,110	0,608
Enfermeiros			
Lidar com clientes	69	0,206	0,090
Excesso de trabalho		0,147	0,227
Carreira e remuneração		0,199	0,101
Relações profissionais		0,031	0,801
Ações de formação		0,014	0,906
Problemas familiares		-0,008	0,946

3.2.2.2. Existência de relação significativa das variáveis de contexto profissional com o nível de stresse dos profissionais de saúde que trabalham em BO de dois hospitais do distrito do Porto

Esta secção prende-se com a avaliação da existência de diferenças significativas entre os índices de stresse reportados pelos profissionais de saúde e as suas variáveis de contexto profissional e pretende dar resposta à H_2 de investigação.

***H2*:** Existe relação significativa entre as variáveis relacionadas com a situação profissional e percurso profissional (carreira profissional, tempo de exercício profissional, tempo de experiência profissional em BO, tipo de horário, absentismo, acumulação de funções, incentivos, conflitos e adaptação às tecnologias) e o nível de stresse dos profissionais de saúde que trabalham em BO de dois hospitais do distrito do Porto.

a) Existência de relação significativa entre o nível de stresse reportado pelos profissionais de saúde que trabalham em BO e a sua carreia profissional

Para verificar se existe uma relação significativa entre o nível de stresse reportado pelos profissionais de saúde que trabalham em BO e a sua carreira profissional, aplicou-se o teste de

Mann-Whitney (Tabela 30). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre médicos e enfermeiros, com os enfermeiros a revelar maiores índices de stresse nas dimensões "Excesso de trabalho" (U=641,0; W=941,0; *p*=0,038), Carreira e remuneração" (U=613,5; W=913,5; *p*=0,022), "Relações profissionais" (U=610,5; W=910,5; *p*=0,021) e "Problemas familiares" (U=599,0; W=899,0; *p*=0,015) do QSPS.

Tabela 30.
Influência da carreira profissional nas dimensões do stresse (teste de *Mann-Whitney*)

QSPS	Médicos		Enfermeiros		U	W	*p*
	M±dp	Média ordens	M±dp	Média ordens			
Totalidade da amostra							
Lidar com clientes	68,23±15,3	42,33	72,30±15,6	51,82	716,0	1016,0	0,152
Excesso de trabalho	64,58±16,6	39,21	72,89±16,9	52,84	641,0	941,0	**0,038**
Carreira e remuneração	58,75±17,2	38,06	68,58±17,7	53,21	613,5	913,5	**0,022**
Relações profissionais	54,17±18,6	37,94	64,66±15,6	53,25	610,5	910,5	**0,021**
Ações de formação	55,90±17,3	46,02	57,66±19,7	50,63	804,5	1104,5	0,490
Problemas familiares	50,78±15,6	37,46	60,81±18,4	53,41	599,0	899,0	**0,015**

b) Existência de relação significativa entre o nível de stresse reportado pelos profissionais de saúde que trabalham em BO e o tipo de horário praticado

Para verificar se existe uma relação significativa entre o nível de stresse reportado pelos profissionais de saúde que trabalham em BO e o seu tipo de horário, aplicou-se o teste de *Mann-Whitney* (Tabela 31). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais de saúde com diferentes tipos de horários com os profissionais de saúde com horário fixo a revelar maiores índices de stresse nas dimensões "Lidar com clientes" (U=741,5; W=1302,5; *p*=0,026) e "Carreira e remuneração" (U=705,5; W=1266,5; *p*=0,012) do QSPS.

Quando inquiridos apenas os médicos, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com os médicos com horário fixo a revelar maiores índices de stresse na dimensão "Carreira e remuneração" (U=14,0; W=35,0; *p*=0,007).

Da mesma forma foi aferida se existe alguma relação significativa por parte dos enfermeiros, tendo-se verificado a existência de diferenças estatisticamente significativas com os enfermeiros com horário fixo a revelar maiores índices de stresse na dimensão "Lidar com clientes" (U=415,5; W=793,5; *p*=0,023).

Tabela 31.
Influência do tipo de horário nas dimensões do stresse (teste de *Mann-Whitney*)

QSPS	Fixo (Manhãs/tardes)		Por turnos (Manhãs, Tardes, Noites)		U	W	*P*
	M±dp	Média ordens	M±dp	Média ordens			
Totalidade da amostra							
Lidar com clientes	73,49±15,8	52,54	65,91±13,7	39,47	741,5	1302,5	**0,026**
Excesso de trabalho	71,67±17,7	50,82	67,42±15,2	42,70	848,0	1409,0	0,167
Carreira e remuneração	69,03±17,2	53,12	59,55±17,2	38,38	705,5	1266,5	**0,012**
Relações profissionais	63,31±15,7	50,87	58,03±17,9	42,61	845,0	1406,0	0,163
Ações de formação	56,59±21,4	47,44	56,57±13,6	49,05	988,5	2941,5	0,788
Problemas familiares	58,37±18,2	48,80	57,20±18,7	46,50	973,5	1534,5	0,699
Médicos							
Lidar com clientes	69,12±17,3	12,44	64,58±9,4	10,75	43,5	64,5	0,617
Excesso de trabalho	64,71±18,3	12,44	61,46±10,8	10,75	43,5	64,5	0,625
Carreira e remuneração	64,71±16,2	14,18	43,33±9,8	5,83	14,0	35,0	**0,007**
Relações profissionais	57,06±17,9	13,09	44,17±20,1	8,92	32,5	53,5	0,206
Ações de formação	57,35±17,2	12,50	48,61±17,0	10,58	42,5	63,5	0,599
Problemas familiares	53,68±13,6	13,15	40,63±18,4	8,75	31,5	52,5	0,166
Enfermeiros							
Lidar com clientes	75,14±15,0	40,77	66,20±14,6	29,39	415,5	793,5	**0,023**
Excesso de trabalho	74,31±16,9	39,13	68,75±15,9	32,11	489,0	867,0	0,163
Carreira e remuneração	70,67±17,5	39,89	63,15±16,5	30,85	455,0	833,0	0,075
Relações profissionais	65,67±14,4	38,94	61,11±16,3	32,43	497,5	875,5	0,200
Ações de formação	56,30±23,0	35,76	58,33±12,4	37,74	574,0	1609,0	0,697
Problemas familiares	60,14±19,5	36,73	60,88±16,9	36,11	597,0	975,0	0,905

c) Existência de relação significativa entre o nível de stresse reportado pelos profissionais de saúde que trabalham em BO e o tempo de exercício profíssional

De forma a verificarmos se o tempo de exercício profissional influenciava no nível de stresse reportado pelos profissionais de saúde que trabalham em BO, procedeu-se a uma análise correlacional através do teste ao coeficiente de correlação de *Spearman*. Verifica-se uma correlação positiva, embora fraca, na dimensão "Lidar com clientes" (ρ=0,275; p=0,006), pelo que, nesta dimensão, aos profissionais de saúde com mais tempo de serviço estão associados índices de stresse mais elevados (Tabela 32).

No que concerne aos médicos, verificam-se correlações positivas nas dimensões "Lidar com clientes" (ρ=0,591; p=0,002) e "Relações profissionais" (ρ=0,550; p=0,005), pelo que nestas dimensões quanto mais tempo de serviço têm os médicos mais elevados são os índices de stresse.

Relativamente aos enfermeiros, não se verifica qualquer relação estatisticamente significativa entre o seu tempo de exercício profissional e as dimensões do QSPS ($p \geq 0,05$).

Tabela 32.
Influência do tempo de exercício profissional nas dimensões do stresse do QSPS (correlação de *Spearman*)

QSPS	N	ρ (rho)	*P*
Totalidade da amostra			
Lidar com clientes	98	0,275	**0,006**
Excesso de trabalho		0,116	0,254
Carreira e remuneração		0,119	0,244
Relações profissionais		0,122	0,230
Ações de formação		-0,009	0,930
Problemas familiares		-0,130	0,202
Médicos			
Lidar com clientes	24	0,591	**0,002**
Excesso de trabalho		0,130	0,544
Carreira e remuneração		0,177	0,408
Relações profissionais		0,550	**0,005**
Ações de formação		0,377	0,069
Problemas familiares		0,269	0,204
Enfermeiros			
Lidar com clientes	74	0,195	0,096
Excesso de trabalho		0,157	0,181
Carreira e remuneração		0,175	0,135
Relações profissionais		0,049	0,681
Ações de formação		-0,058	0,622
Problemas familiares		-0,154	0,190

d) Existência de relação significativa entre o nível de stresse reportado pelos profissionais de saúde que trabalham em BO e o tempo de experiência em BO

De forma a verificarmos se o tempo de experiência em BO influenciava no nível de stresse reportado pelos profissionais de saúde que trabalham em BO, procedeu-se a uma análise correlacional através do teste coeficiente de correlação de *Spearman*. Verifica-se uma correlação positiva na dimensão "Lidar com clientes" (ρ=0,291; *p*=0,004), pelo que, nesta dimensão, aos profissionais de saúde com mais tempo de experiência em Bo estão associados índices de stresse mais elevados (Tabela 33).

Tabela 33.
Influência do tempo de experiência em BO nas dimensões do stresse do QSPS (correlação de *Spearman*)

QSPS	N	ρ (rho)	*P*
Totalidade da amostra			
Lidar com clientes	98	0,291	**0,004**
Excesso de trabalho		0,163	0,108
Carreira e remuneração		0,171	0,092
Relações profissionais		0,183	0,071
Ações de formação		-0,004	0,971
Problemas familiares		-0,084	0,410
Médicos			
Lidar com clientes	24	0,699	**<0,001**
Excesso de trabalho		0,233	0,273
Carreira e remuneração		0,218	0,307
Relações profissionais		0,628	**0,001**
Ações de formação		0,407	**0,048**
Problemas familiares		0,331	0,114
Enfermeiros			
Lidar com clientes	74	0,237	**0,042**
Excesso de trabalho		0,272	**0,019**
Carreira e remuneração		0,280	**0,016**
Relações profissionais		0,155	0,187
Ações de formação		-0,068	0,566
Problemas familiares		-0,069	0,558

e) Existência de relação significativa entre o nível de stresse reportado pelos profissionais de saúde que trabalham em BO e a acumulação de funções noutra instituição

Para verificar se existe uma relação significativa entre o nível de stresse reportado pela totalidade dos profissionais de saúde da amostra que trabalham em BO e a sua acumulação de funções noutra instituição aplicou-se o teste de *Mann-Whitney* (Tabela 34), tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas em todos as dimensões do QSPS (p<0,05) com os profissionais de saúde sem acumulação de funções a revelarem maiores índices de stresse.

Quando efetuado o teste, apenas no conjunto dos médicos se verificou diferenças estatisticamente significativas nas dimensões "Excesso de trabalho" (U=34,0; W=139,0; p=0,026) e "Carreira e remuneração" (U=34,5; W=139,5; p=0,036) do QSPS com os médicos sem acumulação de funções a revelar maiores índices de stresse.

No que concerne aos enfermeiros, apenas se verificam diferenças significativas na dimensão "Relações profissionais" (U=329,5; W=500,5; p=0,026) com os enfermeiros sem acumulação de funções a revelar maiores índices de stresse.

Tabela 34.
Influência da acumulação de funções nas dimensões do stresse (teste de *Mann-Whitney*)

QSPS	Acumulação de funções		Não acumulação de funções		U	W	*p*
	M±dp	Média ordens	M±dp	Média ordens			
Totalidade da amostra							
Lidar com clientes	65,04±17,7	39,25	74,34±13,5	54,47	728,0	1256,0	**0,012**
Excesso de trabalho	63,48±19,9	38,41	74,43±14,5	54,88	701,0	1229,0	**0,006**
Carreira e remuneração	60,47±20,8	40,75	68,94±16,0	53,74	776,0	1304,0	**0,033**
Relações profissionais	54,38±19,7	37,06	65,83±14,1	55,53	658,0	1186,0	**0,002**
Ações de formação	51,04±16,2	39,98	60,23±19,7	54,11	751,5	1279,5	**0,019**
Problemas familiares	51,76±18,9	38,42	61,55±17,1	54,87	701,5	1229,5	**0,006**
Médicos							
Lidar com clientes	63,84±14,9	10,36	74,38±14,3	15,50	40,0	145,0	0,076
Excesso de trabalho	58,48±14,8	9,93	73,13±15,6	16,10	34,0	139,0	**0,033**
Carreira e remuneração	52,14±12,8	9,96	68,00±18,9	16,05	34,5	139,5	**0,036**
Relações profissionais	51,43±18,5	11,25	58,00±19,0	14,25	52,5	157,5	0,316
Ações de formação	51,79±12,3	11,32	61,67±21,9	14,15	53,5	158,5	0,332
Problemas familiares	46,88±16,2	10,54	56,25±13,5	15,25	42,5	147,5	0,101
Enfermeiros							
Lidar com clientes	65,97±20,0	31,97	74,33±13,5	39,28	404,5	575,5	0,207
Excesso de trabalho	67,36±22,7	32,92	74,67±14,4	38,97	421,5	592,5	0,295
Carreira e remuneração	66,94±23,7	36,56	69,11±15,6	37,80	487,0	658,0	0,834
Relações profissionais	56,67±20,8	27,81	67,23±12,8	40,62	329,5	500,5	**0,026**
Ações de formação	50,46±19,1	29,58	59,97±19,5	40,04	361,5	532,5	0,070
Problemas familiares	55,56±20,4	31,06	62,50±17,6	39,57	388,0	559,0	0,143

f) Existência de relação significativa entre o nível de stresse reportado pelos profissionais de saúde que trabalham em BO e o terem-lhe sido oferecidos incentivos por parte do seu serviço/instituição

Para verificar se existe uma relação significativa entre o nível de stresse reportado pelos profissionais de saúde que trabalham em BO e o terem-lhe sido oferecidos incentivos por parte do seu serviço/instituição, aplicou-se o teste de *Mann-Whitney* (Tabela 35), não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de profissionais a quem foram oferecidos incentivos e o grupo ao qual não foram em quaisquer das dimensões do QSPS ($p \geq 0,05$).

Quando considerados apenas os médicos, as conclusões foram semelhantes às verificadas para a totalidade dos elementos da amostra ,não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em quaisquer das dimensões do QSPS ($p \geq 0,05$).

Nos enfermeiros verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão "Lidar com clientes" (U=70,0; W=85,0; p=0,028), com os enfermeiros que nunca receberam qualquer incentivo a revelar maiores índices de stresse.

Tabela 35.
Influência dos incentivos nas dimensões do stresse (teste de *Mann-Whitney*)

QSPS	Com Incentivos		Sem Incentivos		U	W	*p*
	M±dp	Média ordens	M±dp	Média ordens			
Totalidade da amostra							
Lidar com clientes	62,50±22,8	32,50	72,20±14,6	48,71	199,5	227,5	0,128
Excesso de trabalho	67,86±22,9	46,50	71,26±16,7	47,58	297,5	325,5	0,928
Carreira e remuneração	54,29±16,4	30,57	67,13±17,6	48,86	186,0	214,0	0,088
Relações profissionais	56,43±18,0	38,07	62,41±16,5	48,26	238,5	266,5	0,348
Ações de formação	51,19±17,0	40,21	57,18±19,4	48,09	253,5	281,5	0,470
Problemas familiares	50,00±12,0	31,64	58,69±18,5	48,78	193,5	221,5	0,109
Médicos							
Lidar com clientes	75,00±35,4	13,50	67,86±14,2	11,86	18,0	249,0	0,767
Excesso de trabalho	62,50±17,7	10,00	65,18±17,2	12,19	17,0	20,0	0,719
Carreira e remuneração	55,00±7,1	11,25	58,81±18,3	12,07	19,5	22,5	0,885
Relações profissionais	65,00±21,2	16,00	52,62±18,9	11,62	13,0	244,0	0,431
Ações de formação	50,00±0,0	8,50	56,35±18,4	12,33	14,0	17,0	0,557
Problemas familiares	50,00±0,0	9,00	50,30±16,5	12,29	15,0	18,0	0,565
Enfermeiros							
Lidar com clientes	57,50±19,0	17,00	73,58±14,6	37,44	70,0	85,0	**0,028**
Excesso de trabalho	70,00±26,3	37,90	73,20±16,2	35,86	155,5	2366,5	0,854
Carreira e remuneração	54,00±19,8	21,70	69,77±16,7	37,08	93,5	108,5	0,111
Relações profissionais	53,00±17,9	21,30	65,53±14,5	37,11	91,5	106,5	0,098
Ações de formação	51,67±20,8	30,90	57,45±19,8	36,39	139,5	154,5	0,572
Problemas familiares	50,00±14,7	22,70	61,36±18,5	37,01	98,5	113,5	0,139

g) Existência de relação significativa entre o nível de stresse reportado pelos profissionais de saúde que trabalham em BO e os conflitos na sua instituição

Para verificar se existe uma relação significativa entre o nível de stresse reportado pelos profissionais de saúde que trabalham em BO e a existência ou não de conflitos na sua instituição, aplicou-se o teste de *Mann-Whitney* (Tabela 36), tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com perceção de conflitos e o grupo sem perceção de conflitos no que concerne à dimensão "Carreira e remuneração" (U=813,0; W=2244,0; p=0,010).

Considerando apenas os médicos, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em quaisquer das dimensões do QSPS ($p \geq 0,05$).

Referindo-nos apenas aos enfermeiros, constatou-se existirem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões "Lidar com clientes" (U=436,0; W=1256,0; p=0,011); "Excesso de trabalho" (U=430,5; W=1250,5; p=0,009); e "Carreira e remuneração" (U=412,5; W=1232,5; p=0,005), com o grupo que tem perceção de existência de conflitos no seu serviço/instituição a reportar maiores índices de stresse nas dimensões referidas.

Tabela 36.
Influência da existência de conflitos na instituição nas dimensões do stresse (teste de *Mann-Whitney*)

QSPS	Com perceção de Conflitos		Sem perceção de Conflitos		U	W	*p*
	M±dp	Média ordens	M±dp	Média ordens			
Totalidade da amostra							
Lidar com clientes	73,44±16,9	53,70	69,22±14,1	45,09	959,0	2390,0	0,130
Excesso de trabalho	72,59±20,0	54,01	68,99±14,2	44,84	945,5	2376,5	0,106
Carreira e remuneração	70,34±19,6	57,02	62,17±15,6	42,34	813,0	2244,0	**0,010**
Relações profissionais	62,73±19,5	51,77	61,13±14,4	46,70	1044,0	2475,0	0,376
Ações de formação	54,17±22,0	43,93	59,12±15,6	53,21	943,0	1933,0	0,103
Problemas familiares	56,11±20,9	47,15	59,43±14,7	50,54	1084,5	2074,5	0,554
Médicos							
Lidar com clientes	65,34±14,6	11,18	70,67±16,0	13,62	57,0	123,0	0,409
Excesso de trabalho	60,80±17,9	11,32	67,79±15,3	13,50	58,5	124,5	0,471
Carreira e remuneração	59,55±19,4	12,82	58,08±15,9	12,23	68,0	159,0	0,853
Relações profissionais	51,36±19,9	11,23	56,54±18,0	13,58	57,5	123,5	0,428
Ações de formação	54,54±19,5	11,95	57,05±15,9	12,96	65,5	131,5	0,737
Problemas familiares	46,59±19,0	11,41	54,33±11,5	13,42	59,5	125,5	0,488
Enfermeiros							
Lidar com clientes	76,14±17,0	43,79	68,75±13,6	31,40	436,0	1256,0	**0,011**
Excesso de trabalho	76,52±19,3	43,95	69,38±14,0	31,26	430,5	1250,5	**0,009**
Carreira e remuneração	73,94±18,5	44,50	63,50±15,5	30,81	412,5	1232,5	**0,005**
Relações profissionais	66,52±18,2	41,30	62,63±13,0	33,45	518,0	1338,0	0,114
Ações de formação	54,04±23,0	33,14	59,79±15,7	40,19	532,5	1093,5	0,154
Problemas familiares	59,28±20,8	36,52	61,09±15,4	37,40	644,0	1205,0	0,861

h) Existência de relação significativa entre o nível de stresse reportado pelos profissionais de saúde que trabalham em BO e o grau de absentismo

Para verificar se existe uma relação significativa entre o nível de stresse reportado pelos profissionais de saúde que trabalham em BO e o grau de absentismo, aplicou-se o teste de *Kruskal-Wallis* (Tabela 37), tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas na dimensão "Carreira e remuneração" (χ^2_{kw}=8,176; p=0,017), tendo-se inferido que os grupos com mais absentismo são os que apresentam índices superiores de stresse na dimensão assinalada.

Nos médicos não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em quaisquer das dimensões do QSPS ($p\geq$0,05).

Já nos enfermeiros foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na dimensão "Carreira e remuneração" (χ^2_{kw}=11,500; p=0,003), verificando-se que os enfermeiros com mais absentismo são os que apresentam índices superiores de stresse na dimensão referida.

Tabela 37.
Influência do absentismo nas dimensões do stresse (teste de *Kruskal-Wallis*)

QSPS	Não falta		1-2 faltas por ano		Mais de 2 faltas por ano		χ^2_{KW}	*P*
	M±dp	Média ordens	M±dp	Média ordens	M±dp	Média ordens		
Totalidade da amostra								
Lidar com clientes	71,29±16,7	50,27	69,03±12,4	46,16	74,26±15,4	51,15	0,413	0,813
Excesso de trabalho	70,23±17,6	48,92	71,31±15,5	48,25	72,43±18,2	53,15	0,356	0,837
Carreira e remuneração	62,80±17,9	44,86	66,36±17,4	48,34	77,65±15,3	67,09	8,176	**0,017**
Relações profissionais	60,68±17,0	46,88	61,82±16,5	51,02	67,35±17,1	56,62	1,648	0,439
Ações de formação	58,19±20,1	50,36	54,92±19,2	47,55	56,86±15,7	49,06	0,165	0,921
Problemas familiares	59,11±19,7	51,03	52,56±16,6	40,98	63,24±12,7	55,24	2,888	0,236
Médicos								
Lidar com clientes	65,63±15,7	11,29	71,25±12,2	14,70	70,54±17,9	13,00	0,899	0,638
Excesso de trabalho	62,50±18,8	12,13	67,50±11,2	13,20	66,07±17,3	12,64	0,088	0,957
Carreira e remuneração	55,42±20,3	11,08	56,00±14,3	11,30	66,43±12,1	15,79	2,160	0,340
Relações profissionais	48,33±19,3	10,08	58,00±18,9	14,50	61,43±16,3	15,21	2,857	0,240
Ações de formação	56,25±23,3	12,04	61,67±4,6	16,70	51,19±8,9	10,29	2,636	0,268
Problemas familiares	44,27±19,1	10,38	56,25±8,8	14,10	58,04±5,9	15,00	2,336	0,311
Enfermeiros								
Lidar com clientes	72,74±16,8	39,02	68,38±12,8	31,65	76,88±13,8	40,30	1,709	0,425
Excesso de trabalho	72,21±16,9	36,60	72,43±16,7	35,65	76,88±18,4	44,90	1,437	0,487
Carreira e remuneração	64,68±16,9	33,20	69,41±17,4	37,06	85,50±12,3	58,45	11,500	**0,003**
Relações profissionais	63,83±15,0	36,04	62,94±16,2	37,03	71,50±17,3	45,15	1,511	0,470
Ações de formação	58,69±19,4	38,10	52,94±21,4	33,38	60,83±18,4	41,70	1,064	0,587
Problemas familiares	62,90±18,2	39,72	51,47±18,3	27,82	66,88±15,0	43,50	4,797	0,091

i) Existência de relação significativa entre o nível de stresse reportado pelos profissionais de saúde que trabalham em BO e a adaptação às tecnologias

Para verificar se existe uma relação significativa entre o nível de stresse reportado pela totalidade dos profissionais de saúde que trabalham em BO e a dificuldade de adaptação às tecnologias, aplicou-se o teste de *Mann-Whitney* (Tabela 38), tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões "Lidar com clientes" (U=198,5; W=4293,5; *p*=0,033), "Carreira e remuneração" (U=194,0; W=4289,0; *p*=0,029) e "Problemas familiares" (U=159,0; W=4254,0; *p*=0,007) do QSPS com o grupo dos elementos com dificuldade de adaptação às tecnologias a reportar maiores índices de stresse nas dimensões referidas.

Tabela 38.
Influência da dificuldade de adaptação às tecnologias na instituição nas dimensões do stresse (teste de *Mann-Whitney*)

QSPS	Sem dificuldade adaptação às Tecnologias		Com dificuldade adaptação às Tecnologias		U	W	*p*
	M±dp	Média ordens	M±dp	Média ordens			
Totalidade da amostra							
Lidar com clientes	70,28±15,4	47,71	82,81±13,3	69,69	198,5	4293,5	**0,033**
Excesso de trabalho	70,35±16,9	48,21	76,56±19,7	64,00	244,0	4339,0	0,128
Carreira e remuneração	65,06±18,0	47,66	78,75±13,3	70,25	194,0	4289,0	**0,029**
Relações profissionais	61,83±17,3	49,11	65,00±13,1	53,94	324,5	4419,5	0,651
Ações de formação	56,02±18,5	47,96	70,83±21,4	66,81	221,5	4316,5	0,069
Problemas familiares	56,88±17,8	47,27	75,00±15,3	74,63	159,0	4254,0	**0,007**
Médicos							
Lidar com clientes	66,19±14,3	11,61	90,63±4,4	22,25	2,5	255,5	**0,043**
Excesso de trabalho	63,35±16,7	11,93	78,13±4,4	18,75	9,5	262,5	0,236
Carreira e remuneração	56,36±15,9	11,55	85,00±0,0	23,00	1,0	254,0	**0,011**
Relações profissionais	52,27±18,3	11,73	75,00±0,0	21,00	5,0	258,0	0,101
Ações de formação	52,27±12,6	11,50	95,84±5,9	23,50	0,0	253,0	**0,004**
Problemas familiares	49,15±15,2	11,50	68,75±0,0	23,50	0,0	253,0	**0,004**
Enfermeiros							
Lidar com clientes	71,60±15,6	36,69	80,21±14,5	46,67	149,0	2495,0	0,280
Excesso de trabalho	72,61±16,4	36,71	76,04±23,2	46,50	150,0	2496,0	0,295
Carreira e remuneração	67,87±17,9	36,57	76,67±15,1	48,08	140,5	2486,5	0,215
Relações profissionais	64,93±15,8	38,01	61,67±13,7	31,75	169,5	190,5	0,502
Ações de formação	57,23±19,9	37,04	62,50±17,3	42,75	172,5	2518,5	0,545
Problemas familiares	59,38±17,9	36,02	77,08±17,5	54,25	103,5	2449,5	**0,044**

3.2.2.3. Existência de relação significativa das variáveis relacionadas com os aspetos físicos do serviço (estrutura física) com o nível de stresse dos profissionais de saúde que trabalham em BO de dois hospitais do distrito do Porto

Esta secção prende-se com a avaliação da existência de diferenças significativas entre os índices de stresse reportados pelos profissionais de saúde e os aspetos físicos do serviço (estrutura física) e pretende dar resposta à hipótese de investigação H_3.

***H3*:** Existe relação significativa das variáveis relacionadas com os aspetos físicos do serviço (estrutura física) com o nível de stresse dos profissionais de saúde que trabalham em BO de dois hospitais do distrito do Porto.

De forma a verificarmos se os aspetos físicos do serviço (estrutura física) influenciam no nível de stresse reportado pela totalidade dos profissionais de saúde que trabalham em BO, procedeu-se a uma análise correlacional através do teste coeficiente de correlação de *Spearman*. Verificam-se correlações estatisticamente significativas e negativas, nas dimensões "Lidar com clientes" (ρ=-0,243; *p*=0,016), "Excesso de trabalho" (ρ=-0,374;

p<0,001); "Carreira e remuneração" (ρ=-0,454; p<0,001) e "Relações profissionais" (ρ=-0,263; p=0,009), pelo que nestas dimensões quanto mais a estrutura física do seu serviço se encontra adequada aos profissionais de saúde mais baixos são os índices de stresse reportados (Tabela 39).

Ao efetuar o mesmo teste somente nos médicos, verifica-se não existir qualquer relação estatisticamente significativa com quaisquer das dimensões de stresse (p≥0,05).

Nos enfermeiros verificam-se correlações estatisticamente significativas e negativas, nas dimensões "Excesso de trabalho" (ρ=-0,405; p<0,001); "Carreira e remuneração" (ρ=-0,512; p<0,001) e "Relações profissionais" (ρ=-0,293; p=0,011), pelo que nestas dimensões quanto mais a estrutura física do serviço se encontra adequada aos profissionais de saúde mais baixos são os índices de stresse reportados.

Tabela 39.
Influência dos aspetos físicos do serviço (estrutura física) nas dimensões do stresse do QSPS (correlação de *Spearman*)

QSPS	N	ρ (rho)	*P*
Totalidade da amostra			
Lidar com clientes	98	-0,243	**0,016**
Excesso de trabalho		-0,374	**<0,001**
Carreira e remuneração		-0,454	**<0,001**
Relações profissionais		-0,263	**0,009**
Ações de formação		0,115	0,258
Problemas familiares		-0,057	0,577
Médicos			
Lidar com clientes	24	-0,217	0,309
Excesso de trabalho		-0,175	0,412
Carreira e remuneração		0,002	0,994
Relações profissionais		0,062	0,772
Ações de formação		0,050	0,817
Problemas familiares		0,142	0,508
Enfermeiros			
Lidar com clientes	74	-0,226	0,053
Excesso de trabalho		-0,405	**<0,001**
Carreira e remuneração		-0,512	**<0,001**
Relações profissionais		-0,293	**0,011**
Ações de formação		0,142	0,229
Problemas familiares		-0,038	0,746

3.2.2.4. Existência de relação significativa das variáveis associadas às escalas de relações interpessoais no trabalho com o nível de stresse dos profissionais de saúde que trabalham em BO de dois hospitais do distrito do Porto

Esta secção prende-se com a avaliação da existência de diferenças significativas entre os índices de stresse reportados pelos profissionais de saúde e as relações interpessoais e pretende dar resposta à hipótese de investigação H_4.

H4 **:** Existe uma associação significativa entre as relações interpessoais dos profissionais de saúde que trabalham em Bo e o nível de stresse por eles apresentados.

De forma a verificarmos se as relações interpessoais dos profissionais de saúde influenciam no nível de stresse reportado pelos profissionais de saúde que trabalham em BO procedeu-se a uma análise correlacional através do teste coeficiente de correlação de *Spearman*. Tendo em conta a totalidade da amostra, não se verifica qualquer relação estatisticamente significativa na dimensão "Sociabilidade" ($p \geq 0{,}05$), o que já não acontece na dimensão "Sentimento de si" onde se verificam relações estatisticamente significativas entre esta dimensão das relações interpessoais e todas as seis dimensões de stresse do QSPS ($p < 0{,}05$), estando associados a maiores índices de stresse valores mais elevados na dimensão "Sentimento de si" (Tabela 40).

Considerando apenas os médicos, verificam-se correlações positivas entre a dimensão "Sociabilidade" e as dimensões "Lidar com clientes" ($\rho = 0{,}637$; $p = 0{,}001$) e "Relações profissionais" ($\rho = 0{,}415$; $p = 0{,}044$). No que diz respeito à dimensão "Sentimento de si", também se verificam correlações positivas com as dimensões "Lidar com clientes" ($\rho = 0{,}494$; $p = 0{,}014$) e "Ações de formação" ($\rho = 0{,}551$; $p = 0{,}005$).

No que concerne aos enfermeiros, não se verifica qualquer relação estatisticamente significativa na dimensão "Sociabilidade" ($p \geq 0{,}05$), no entanto, na dimensão "Sentimento de si", verificam-se relações significativas e positivas com as dimensões "Relações profissionais" ($\rho = 0{,}258$; $p = 0{,}026$), "Ações de formação" ($\rho = 0{,}487$; $p < 0{,}001$) e "Problemas familiares" ($\rho = 0{,}484$; $p < 0{,}001$).

Tabela 40.
Influência das relações interpessoais nas dimensões do stresse do QSPS (correlação de *Spearman*)

QSPS	Sociabilidade		Sentimento de Si	
	ρ (rho)	*p*	ρ (rho)	*P*
Totalidade da amostra (N=98)				
Lidar com clientes	0,122	0,230	0,282	**0,005**
Excesso de trabalho	0,147	0,149	0,282	**0,005**
Carreira e remuneração	-0,013	0,900	0,202	**0,046**
Relações profissionais	0,128	0,209	0,308	**0,002**
Ações de formação	-0,031	0,765	0,508	**<0,001**
Problemas familiares	0,071	0,488	0,491	**<0,001**
Médicos (N=24)				
Lidar com clientes	0,637	**0,001**	0,494	**0,014**
Excesso de trabalho	0,232	0,275	0,405	0,050
Carreira e remuneração	0,072	0,740	0,382	0,066
Relações profissionais	0,415	**0,044**	0,318	0,130
Ações de formação	0,166	0,438	0,551	**0,005**
Problemas familiares	0,204	0,339	0,321	0,127
Enfermeiros (N=74)				
Lidar com clientes	-0,019	0,873	0,159	0,177
Excesso de trabalho	0,093	0,433	0,202	0,084
Carreira e remuneração	-0,082	0,487	0,100	0,396
Relações profissionais	0,012	0,922	0,258	**0,026**
Ações de formação	-0,089	0,450	0,487	**<0,001**
Problemas familiares	0,032	0,786	0,484	**<0,001**

3.2.2.5. Existência de relação significativa das variáveis relacionadas com o cumprimento dos requisitos para cirurgia segura com o nível de stresse dos profissionais de saúde que trabalham em BO de dois hospitais do distrito do Porto

Esta secção prende-se com a avaliação da existência de diferenças significativas entre os índices de stresse reportados pelos profissionais de saúde e as variáveis relacionadas com o cumprimento dos requisitos para cirurgia segura e pretende dar resposta à hipótese de investigação H_5.

***H5* :** Existe relação significativa das variáveis relacionadas com o cumprimento dos requisitos para cirurgia segura com o nível de stresse dos profissionais de saúde que trabalham em BO de dois hospitais do distrito do Porto.

De forma a verificarmos se o cumprimento dos requisitos para cirurgia segura influenciava no nível de stresse reportado pelos profissionais de saúde que trabalham em BO (Tabela 41) procedeu-se a uma análise correlacional através do teste coeficiente de correlação de

Spearman, não se verificando qualquer correlação significativa entre os índices que representa o cumprimento dos requisitos para cirurgia segura e as dimensões do QSPS ($p \geq 0{,}05$), seja considerando a totalidade da amostra, só os médicos ou os enfermeiros.

Tabela 41.
Influência do cumprimento dos requisitos para cirurgia segura nas dimensões do stresse do QSPS (correlação de *Spearman*)

QSPS	N	ρ (rho)	*P*
Totalidade da amostra			
Lidar com clientes	98	0,124	0,225
Excesso de trabalho		0,062	0,547
Carreira e remuneração		-0,060	0,555
Relações profissionais		-0,048	0,637
Ações de formação		-0,078	0,445
Problemas familiares		-0,061	0,551
Médicos			
Lidar com clientes	24	0,149	0,487
Excesso de trabalho		0,043	0,841
Carreira e remuneração		-0,125	0,561
Relações profissionais		0,063	0,768
Ações de formação		0,134	0,533
Problemas familiares		0,080	0,711
Enfermeiros			
Lidar com clientes	74	0,145	0,218
Excesso de trabalho		0,102	0,388
Carreira e remuneração		-0,022	0,856
Relações profissionais		-0,052	0,660
Ações de formação		-0,101	0,391
Problemas familiares		-0,024	0,837

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação e análise dos resultados desta investigação é importante efetuar a discussão dos resultados, ou seja, fazer uma retrospetiva e examinar os resultados alcançados, destacando os dados mais significativos, confrontando-os com estudos realizados.

Aspetos Sociodemográficos

Podemos observar neste estudo que a maioria dos profissionais da carreira médica e de enfermagem são do sexo feminino. Estudos similares constataram os mesmos resultados (Dalri et al., 2014; Guido et al., 2011). Ferreira (2010a) reporta a figura feminina como prevalecente nas profissões de saúde, no entanto, o sexo masculino começa a ter expressão nesta área. Se formos dividir por categorias, em relação aos médicos (55,8%), foram predominantemente preenchidos por homens (65,6%), tal como se verificou no estudo dos profissionais médicos, nomeadamente anestesistas (Magalhães et al., 2015).

A idade média situa-se nos 39,54 anos. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos também

efetuados a estes profissionais (Ferreira (2010a) e Castanheira (2013)).

O estado civil mais representativo é o de casado(a) com 50,5%. Comparando os dois tipos de grupos profissionais, o padrão é semelhante, o mesmo se verificou no estudo de Guido et al. (2011).

Relativamente às habilitações académicas dos profissionais de saúde, verificou-se que todos tem licenciatura, apenas 17,5% detem grau de mestrado e 3,1% grau de doutoramento. Quando comparados os dois grupos profissionais, verifica-se um maior predomínio de doutoramento e mestrado na categoria dos médicos, dados que se relacionam com o desenvolvimento da profissão médica em Portugal. Em relação aos Enfermeiros, os dados também estão de acordo com o esperado, segundo os dados mais recentes da Ordem dos Enfermeiros (2014), o grau académico de licenciatura é predominante na classe da enfermagem, com 52.576 enfermeiros, ou seja, 79,1% do total de profissionais de enfermagem. No entanto hoje em dia têm-se verificado uma tendência para os profissionais de enfermagem, aumentarem as suas qualificações académicas.

Aspetos relativos ao contexto profissional

De seguida pretende-se discutir os resultados nas variáveis relacionadas com o contexto profissional, referindo o hospital em que exerce a sua atividade profissional, o tipo de horário praticado, o tipo de vínculo, tempo de exercício profissional, tempo de experiência em BO, se acumula funções noutra instituição e se já lhe foi oferecido algum incentivo.

Dos inquiridos tem um horário fixo (manhã/tarde), verificando-se uma maior percentagem nos médicos do que nos enfermeiros, isto acontece-se uma vez que nos blocos que estudamos, apenas existe cirurgias durante o dia e não no turno da noite, são normalmente cirurgias programadas.

No que se refere ao tipo de vínculo com a instituição em que exercem a sua atividade profissional, predomina o contrato individual de trabalho por tempo indeterminado com uma uma maior percentagem nos enfermeiros (89,2% *vs.* 75,0%) em relação aos médicos. Estes resultados indicam alguma segurança contratual numa atual era de precaridade e escassez de emprego. Também verificamos que existe prestações de serviços, apenas na categoria profissional dos médicos.

Relativamente ao tempo de exercício da atividade profissional, os elementos da amostra em estudo exercem a sua atividade há uma média de 17,18 anos, verificando-que que este é superior nos médicos. Note-se, no entanto, que os profissionais com mais de 20 anos de serviço estão mais representados nos enfermeiros e os que têm entre 11 e 20 anos estão mais representados nos médicos. Os nossos resultados são contrários aos obtidos pelo o estudo de Guido et al. (2011) que, no que se refere ao tempo de trabalho, observou um percentual de 32,87% da população distribuídos equitativamente em três faixas, de um a 10 anos, de 11 a 20 anos e de 21 a 30 anos de trabalho. Verificou-se que 52,45% dos enfermeiros estavam situados na faixa de um a 10 anos de tempo de serviço no referido hospital.

Tal como no caso anterior, também se aferiu acerca do tempo de experiência em BO, verificando-se que os profissionais de saúde , possuem uma média de 12,53 anos, valor que se revelou superior nos médicos.

Cerca de um terço dos profissionais de saúde (32,7%) acumula funções noutras instituições, verificando-se, no entanto, que este valor percentual é consideravelmente superior por parte

dos médicos relativamente aos enfermeiros, resultado idêntico ao do estudo realizado por Martins et al. (2006), em que se verificou que 66% dos profissionais não acumula funções e 34% dos participantes tem mais que um emprego. Dias, Barcellos e Dias (2005), no seu estudo verificaram o oposto, já que 85% dos inquiridos apresenta dois ou mais empregos com o intuito de melhorar a qualidade de vida e de compensar a baixa remuneração, deixando a vida privada para segundo plano. Num outro estudo, Notaro, Figueiredo, Santos e Velloso (2009) fazem referência ao duplo emprego e ao facto dos profissionais permanecerem demasiado tempo nos locais de trabalho expostos aos riscos aí existentes, podendo acarretar limitações na sua qualidade de vida fora do local de trabalho.

Quando questionados sobre se alguma vez receberam por parte da instituição/serviço algum tipo de incentivo, apenas 7,4% refere já ter recebido, sendo sempre maior nos médicos do que nos enfermeiros, tendo estes referido como incentivo o SIGIC.

Segundo os inquiridos, existem conflitos na instituição (45,4%) valor que é expresso tanto por médicos como por enfermeiros. De entre os conflitos referidos por estes profissionais, salienta-se os conflitos associados às relações interpessoais e ao tipo de horários, que está em consonância com o estudo de revisão feito por Sacadura- Leite e Uva (2007), que referem que a sensação subjetiva de sobrecarga de trabalho" e a "pressão do tempo", entre diversos fatores indutores de stresse, são sistematicamente referidos pelos profissionais de saúde, assim como os conflitos interpessoais e a falta de autonomia.

Quando questionados acerca do seu nível de absentismo, a maioria dos profissionais da amostra referiu não faltar, apesar de enfermeiros assumirem que faltavam mais do que os médicos. Cerca de 22,4% dos inquiridos disse faltar uma a duas vezes por ano e 17,3% referiu faltar mais de duas vezes por ano, valores idênticos aos evidenciados no estudo de Ferreira (2010b), que demonstrou que, relativamente ao absentismo, a maioria dos enfermeiros não falta ao trabalho (90%).

No que diz respeito às novas tecnologias, apenas 8,2% referiu ter alguma dificuldade em adaptar-se a estas, sendo este valor percentual semelhante em médicos (8,3%) e enfermeiros (8,1%), dado normal, uma vez que hoje em dia, existe muita formação antes de começar uma nova experiência, seja com, dispositivos médicos, medicamentos ou novas plataformas de documentação de cuidados.

Aspetos relativos à estrutura física do serviço

Os profissionais de saúde consideram que a sala cirúrgica é mais importante com 94,9% do que as outras áreas do serviço, como por exemplo, o recobro, a sala de circuitos e a sala de indução anestésica. Podemos referir que estes resultados vão de encontro ao esperado, uma vez que as salas operatórias têm que respeitar as recomendações da AESOP em relação ao ambiente, como: ar condicionado apropriado, livre de ruído e fluidos, temperatura recomendada a cada especialidade cirúrgica. Ao analisarmos os resultados da opinião em separados, apesar de a opinião dos enfermeiros ser idêntica, os médicos valorizam mais a sala de indução anestésica (87,5% *vs.* 68,5%), o que pensamos estar relacionado com o facto de que uma percentagem dos médicos a responder serem anestesistas.

Aspetos relativos às relações interpessoais no trabalho

As dimensões "Lidar com clientes", " Excesso de trabalho" e "Carreira e remuneração", representam maiores índices de stresse nos profissionais de sáude, enquanto que as dimensões com menor impacto, foram as "Relações profissionais", "Problemas familiares" e "Acões de formação". Assim, percebe-se que os profissionais sentem maior stresse quando estão em contexto professional, ou seja, o horário praticado, trabalhar sem descansos, se houver prolongamento de cirurgias, gerir recursos para os doentes e definir prioridades. No que diz respeito à "Carreira e remuneração", pensamos que o aumento da carga horária, mantendo-se a mesma remuneração e o congelamento da carreira., são os aspetos que contribuem para maiores indices de stresse.

Ao comparar o nosso estudo com o de Miranda (2011), utilizou o mesmo questionário (QSPS), constatamos que obteve, resultados que mostram que a dimensão que representa um mais baixo nível de stresse é "Problemas familiares", observa-se que nas dimensões "Lidar com clientes", "Relações profissionais", "Excesso de trabalho" e "Carreira e remuneração" predomina o estado de moderado stresse; na dimensão "Ações de formação" predomina equilibradamente os estados de pouco stresse e bastante stresse; na dimensão "Problemas Familiares" predomina o pouco stresse, ainda que muito próximo do moderado stresse. Os níveis de elevado stresse são inexistentes ao nível das relações profissionais, excesso de trabalho e carreira e remuneração.

Para dar resposta à hipótese de investigação H1, onde se pretendeu avaliar se existia diferenças significativas entre os índices de stresse reportados pelos profissionais de saúde e as variáveis sociodemográficas (género e idade), verificou-se que apenas o sexo (feminino) afeta os índices de stresse nos profissionais de saúde. A idade, apenas afeta os índices de stresse na categoria dos médicos, ou seja, quanto mais velhos forem, maiores níveis de stresse.

Relativamente ao sexo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos com os elementos do género feminino a revelar maiores índices de stresse nas dimensões "Excesso de trabalho", "Carreira e remuneração" e "Relações profissionais" do QSPS, isto deve-se ou fato, de muitas vezes serem mulheres casadas e com filhos e com dificuldade em romper barreiras culturais em relação aos homens. Analisando apenas os médicos, é possível concluir que apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas na dimensão "Lidar com clientes", com os elementos do sexo feminino a revelar maiores índices de stresse, o que pode estar relacionado com o fato de os utentes preferirem na maior parte, serem vistos por médicos homens do que por médicas mulheres. No que diz respeito apenas aos enfermeiros, também só se verificam diferenças estatisticamente significativas numa das dimensões ("Excesso de trabalho"), novamente com os elementos do género feminino a revelarem maiores índices de stresse. Isto pode estar relacionado com o facto das mulheres encontrarem dificuldades, aquando comparadas com os homens, e, muitas vezes, criarem conflito com as solicitações de outros papéis, como o de mãe e esposa.

Quando à idade, não se verifica qualquer relação estatisticamente significativa entre a idade e as dimensões de stresse do QSPS, apesar de, na categoria dos médicos, se verificar a existência de relações positivas estatisticamente significativas nas dimensões "Lidar com clientes" e "Relações profissionais", ou seja, a médicos com mais idade está associado um maior índice de stresse. Este resultado é contrário ao encontrado pelo o estudo de Miranda (2011), que nas suas conclusões, através do mesmo QSPS e nas mesmas dimensões, mostrou que os sujeitos mais novos estão mais expostos ao stress à sobrecarga emocional comparativamente com os mais velhos.

Assim, após testar a H1, pode concluir-se que esta é parcialmente suportada, pois verifica-se relação significativa entre as dimensões "Lidar com clientes", "Excesso de trabalho" e

"Carreira e remuneração". Apresentarem maiores índices de stresse nos profissionais de saúde, nas variáveis sociodemográficas sexo e idade (idade, apenas na categoria dos médicos).

Para dar resposta à hipótese H2, avaliação da existência de diferenças significativas entre os índices de stresse reportados pelos profissionais de saúde e as suas variáveis de contexto profissional (carreira profissional, tempo de exercício profissional, tempo de experiência profissional em BO, tipo de horário, absentismo, acumulação de funções, incentivos, conflitos e adaptação às tecnologias), concluindo-se que a carreira profissional, tipo de horário, tempo de exercício profissional (nomeadamente na categoria dos médico), tempo de experiência em BO, acumulação de funções, incentivos por parte do seu serviço/instituição (apenas na categoria dos enfermeiros), conflitos na sua instituição (apenas na categoria dos enfermeiros), absentismo (apenas na categoria dos enfermeiros), e adaptação a novas tecnologias, influenciam os níveis de stresse nos profissionais de saúde, uma vez que têm uma relação estatisticamente significativa. Assim podemos concluir que a H2 é parcialmente suportada, porque existe relações estatisticamente significativas com as variáveis do contexto profissional e o QSPS.

Em relação à carreira profissional, podemos verificar que existe uma relação significativa entre o stresse reportado pelos profissionais de saúde que trabalham no BO, visto que foram encontradas diferenças significativas em ambas as categorias profissionais, tendendo para os enfermeiros a revelar maiores índices de stresse na dimensão "Excesso de trabalho", "Carreira e remuneração", "Relações profissionais" e "Problemas profissionais" do QSPS, isto deve-se, em nosso entender, ao fato de a enfermagem ser profissão bastante stressante e esse fato relaciona-se com o trabalho com pessoas que sofrem e requerem grande atenção, compaixão e simpatia. De acordo com Pedrão & Preto (2009), o enfermeiro quando lida com essa situação pode sentir-se irritado, deprimido e desapontado. Estes sentimentos podem ser considerados incompatíveis com o desempenho profissional, trazendo, consequentemente, o aumento dos níveis de stresse.

Relativamente ao tipo de horário, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com os médicos e enfermeiros com o horário fixo, sendo os primeiros a revelar maoires índices de stresse na dimensão "Carreira e remuneração" e os segundos na dimensão "Lidar com clientes". Podemos comparar estes resultados com o estudo de Ferreira (2010b) que

demonstrou que os níveis de stresse são mais elevados, em enfermeiros que trabalham por turnos do que nos que têm horário fixo.

Quanto ao tempo de exercício profissional, só se verifica relação significativa na categoria dos médicos com as dimensões "Lidar com os clientes" e "Relações profissionais", verificando-se que, quanto maior o tempo de serviço, maiores os índices de stresse. Podemos verificar o contrário no estudo de Silva e Gomes (2009), que afirmam que os profissionais de saúde, quanto mais anos de exercício profissional têm, menor são os níveis de stresse, menor impato emocional.

No que concerne ao tempo de experiência em BO, existe uma correlação positiva em ambas as categorias na dimensão "Lidar com clientes", isto é quanto maior for o tempo profissionais em BO, maior são nos níveis de stresse nesta dimensão.

No que respeita à acumulação de funções, os profissionais com menores índice de stresse, são aqueles que não acumulam funções em outras institições.

Em relação à oferta de incentivos por parte do serviço/instituição, verificou-se que não existem relações significativas nos médicos, apenas na categoria de enfermeiros, verificando-se diferenças, na dimensão "Lidar com clientes", verificando-se que os enfermeiros que nunca receberam incentivos, revelam, maiores índices de stresse, resultado idêntico ao encontrado por Ferreira (2010b), que também afirma que os enfermeiros que não têm incentivos apresentam níveis de stresse mais elevados . Desta forma, os enfermeiros sem incentivos percecionam como fonte geradora de stresse a falta de envolvimento no planeamento e decisão da execução e ainda questões relativas à falta de *feedback* adequado no trabalho.

Quanto à existência de conflitos no BO da sua instituição, identificado, apenas na opinião dos enfermeiros, constatamos, diferenças estatisticamente significativas na dimensão "Lidar com clientes", "Excesso de trabalho" e "Carreira e remuneração". Estes resultados são coincidentes com o estudo de Gonçalves (2013), onde é referido as causas que consideram mais stressantes no desenvolvimento da atividade de enfermagem no BO, constatamos que as causas mais apontadas foram as relacionadas com as relações interpessoais (n=29). Neste tipo de relações, entendemos as que são estabelecidas com os colegas, superiores, subordinados ou outras classes profissionais, nomeadamente a classe médica com quem o enfermeiro perioperatório trabalha em estreita ligação. Selye (1984) chegou mesmo a afirmar que

aprender a viver com os outros é um dos aspetos da vida de cada pessoa que mais stresse causa, já que as diferenças individuais têm grande importância na forma como nos relacionamos com os outros.

Quanto ao absentismo, no nosso estudo apenas podemos considerar a categoria dos enfermeiros, estes com mais tempo de absentismo, apresentam maiores níveis de stresse, este resultado, vai de encontro com o de Fernandes (1996), onde verificou que os níveis de stresse eram mais elevados entre os enfermeiros que tinham faltado, sendo essa diferença estatisticamente significativa para todas as dimensões da NSI, exceto para a dimensão "Lidar com pacientes e familiares". Gonçalves (2010), apresentam resultados contraditórios ao nosso estudo, uma vez que este verificou não existir associação estatisticamente significativa entre o absentismo e os níveis de stresse nos enfermeiros.

Por fim, na adaptação às novas tecnologias, pode verificar-se que a opinião da totalidade dos profissionais de saúde apresenta diferenças estatisticamente significativas nas dimensões "Lidar com clientes", "Carreira e remuneração" e "Problemas familiares", no sentido que quando maiores forem os níveis de stresse nestas dimensões, maiores são os níveis de stresse na adaptação a novas tecnologias.

De entre as seis dimensões do instrumento relativo à caracterização do contexto de trabalho, no QSPS, uma da dimensões ("Ações de formação") não tem qualquer relação significativa relacinada com o contexto de trabalho. A dimensão "Excesso de trabalho" apresenta relações significativas relativamente à carreira profissional e acumulação de funções, a dimensão "Carreira e remuneração" apresenta relações significativas com a carreira profissional, tipo de horário, acumulações de funções, existência de conflitos, absentismo e adaptação às novas tecnologias. A dimensão "Lidar com clientes" apresenta relações significativas com o tempo de exercicio profissional, tempo de exercício profissional em BO, tipo de horário, oferta de incentivos e adaptação às novas tecnologias. A dimensão "Relações profissionais" apresenta relações significativas com a carreira profissional. A dimensão "Problemas familiares" apresenta relações significativas com carreira profissional e adaptação às novas tecnologias.

Neste item vamos também discutir H3, que é a opinião dos profissionais de saúde que trabalham em BO, acerca dos aspetos físicos do serviço e os níveis de stresse que pertence ao contexto profissional.

Apenas existe relação estatisticamente significativa e negativa nas dimensões "Excesso de trabalho", "Carreira e remuneração" e "Relações profissionais", com os enfermeiros a demonstrar que quanto mais adequada é a estrutura física do serviço, mais baixo é o nível de stresse demonstrado, podendo assim confirmar a H3, sendo parcialmente suportada. Este resultado é consonante ao estudo realizado por Queirós (2003) que também revelou que as condições físicas dos BO, incluindo a falta de espaço físico e o excesso de ruído, foram alguns dos aspetos mencionados pelos enfermeiros como causadores dos níveis de stresse nos enfermeiros.

Agora para testar a hipótese H4 relações interpessoais dos profissionais de saúde que trabalham em BO e o nível de stresse por eles apresentado. Relativamente às relações interpessoais dos profissionais de saúde, verificou-se que a totalidade da amostra não apresenta relação significativa com a dimensão "Sociabilidade" em oposicão à dimensão "Sentimento de si", onde se verifica relações estatisticamente significativas entre esta dimensão e todas as dimensões do QSPS, verificando-se também que quanto mais elevados os valores da dimensão " Sentimento de si", maiores são os índices de stresse. Conclui-se que a H4, é suportado muito parcialmente.

Por fim, iremos verificar a hipótese H5, relação das variáveis relacionadas com o cumprimento dos requisitos para cirurgia segura com o nível de stresse dos profissionais de saúde que trabalham em BO de dois hospitais do distrito do Porto.

Desta forma ,verificou-se que não existe qualquer correlação significativa entre os índices que representa o cumprimento dos requisitos para cirurgia segura e as dimensões do QSPS, isto é.os requisitos para a cirurgia segura não influênciam os níveis de stresse. Logo, podemos afirmar que a H5 é uma hipótese não suportada.

Assim concluímos que as hipóteses H1, H2, H3 e H4 , são parcialmente suportadas, uma vez que existe relação estatisticamente significativa, à exceção da H5, sendo não suportada.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES E REFLEXÕES FINAIS

Após a apresentação e análise dos resultados obtidos, a discussão dos resultados e de acordo com a revisão bibliográfica realizada, apresentam-se de seguida as principais conclusões resultantes deste estudo, bem como as sua principais limitações e sugestões para futuras investigações.

Como já referido, aos BO está quase sempre associada a noção de que são contextos desgastantes, onde existe grande stress. Pelas suas especificidades, por norma, exigem muito dos profissionais de saúde, face à situação do doente, aos procedimentos terapêuticos, às tecnologias de ponta e ao ambiente cirúrgico que o rodeia. Assim o presente estudo teve como principal objetivo estudar **"Quais os fatores geradores de stresse em profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros que trabalham em BO de dois hospitais do distrito do Porto"**. A investigação consistiu num estudo não experimental, de natureza quantitativo, transversal e de carácter descritivo e exploratório, cujo alvo foram os médicos e enfermeiros que trabaham em BO de dois hopitais do disrito do Porto. Os resultados obtidos foram conseguidos através da colaboração de uma amostra inicial de 100 participantes, tendo sido apenas validados 98 participantes. A recolha de dados foi realizada no período de tempo compreendido entre os meses de Outubro de 2013 e Junho de 2014.

Para a estudarmos efetuou-se a análise entre as variáveis sociodemográficas (género e idade), as variáveis relacionadas com a situação profissional e percurso profissional (carreira profissional, tempo de exercício profissional, tempo de experiência profissional em BO, tipo de horário, absentismo, acumulação de funções, incentivos, conflitos e adaptação às tecnologias), as variáveis relacionadas com os aspetos físicos do serviço (estrutura física) e as variáveis relacionadas com o cumprimento dos requisitos para cirurgia segura com o nível de stresse dos profissionais de saúde. E também pretendíamos saber a associação entre as relações interpessoais dos profissionais de saúde que trabalham em BO e o nível de stresse por eles apresentado.

Através dos resultados obtidos verificou-se que:

i) 68% dos participantes era do sexo feminino e 32% era do sexo masculino;

ii) Relativamente à categoria profissional, 76% eram enfermeiros, 18% médicos cirurgiões e 6% médicos anestesistas;

iii) No que se refere à idade, classificando as idades dos inquiridos em três faixas, é possível verificar que na totalidade da amostra em estudo, a faixa inferior aos 34 anos de idade é a menos representada nos médicos (16,7%) e a mais representada nos enfermeiros (41,9%). Já na faixa mais elevada correspondente às idades acima dos 43 anos, verifica-se o oposcom 58,3% dos médicos a enquadrar-se nesta contra apenas 24,3% dos enfermeiros. Na sua totalidade, possuem uma média de 39,54 anos;

iv) Nas habilitações académicas dos profissionais de saúde pertencentes à amostra, 79,4% tem licenciatura, 17,5% mestrado e 3,1% doutoramento. Sendo o valor mais percentual de doutoramento (8,3% *vs.* 1,4%) e mestrado 20,8% *vs.* 16,4%) em relação aos enfermeiros;

v) Quanto ao estado civil, verifica-se que o estado mais representativo é o de casado(a) com 50,5%, seguido do estado de solteiro (21,6%), união de facto (13,4%) e divorciado(a) (12,4%);

vi) Em termos de horário praticado, cerca de 2 terços dos inquiridos (65,3%) tem um horário fixo (manhã/tarde), verificando-se uma maior percentagem de médicos com horário fixo relativamente aos enfermeiros da amostra (73,9% *vs.* 62,5%). Além disso, referente ao vínculo com a instituição, predomina o contrato individual de trabalho por tempo indeterminado (85,7%);

vii) Em relação ao tempo de exercício da atividade profissional, a média é de 17,18 anos. E em relação ao tempo de exercício em BO, possuem uma média de 12,53 anos. Este valor revelou-se superior nos médicos (16,50 *vs*.11,24);

viii) Cerca de um terço dos profissionais de saúde (32,7%) acumula funções noutra instituição, verificando-se maior predominio na categoria dos medicos em relação aos enfermeiros (58,3% *vs*. 24,3%);

ix) Em relação aos incentivos dados por parte da instituição, os inquiridos responderam que já tinham recebido . Os medicos com 8,7% e enfermeiros com 7,0%;

x) No que concerne aos conflitos, 45,4% tem a percepção de que existem conflitos na instituição. Sendo referido por 45,8% nos Médicos e 45,2%. nos enfermeiros De entre os conflitos referidos por estes profissionais, salientam-se os conflitos associados às relações interpessoais (57,7%) e aos horários (34,6%);

xi) Em relação ao absentismo, 60,2% dos participantes refere não faltar ao trabalho. Comparando os resultados entre médicos e enfermeiros, verificamos que os enfermeiros, são os profissionais que faltam mais (63,5% *vs*. 50,0%);

xii) No que diz respeito à introdução de novas tecnologias, apenas 8,2% referiu ter alguma dificuldade em adaptar-se, sendo semelhante nas duas categorias;

xiii) Verifica-se que as dimensões "Excesso de trabalho", "Carreira e remuneração" e "Relações profissionais", entre as seis dimensões do QSPS, têm relação estatisticamente significativas com o sexo feminino e com a idade na categoria dos médicos, isto é, profissionais do sexo feminino e médicos com mais idade, têm maiores níveis de stresse em BO;

xiv) Conclui-se que todas as variáveis do contexto de trabalho em BO, influenciam os níveis de stresse nos profissionais de saúde, uma vez que têm uma relação eststisticamente significativa com as dimensões do QSPS;

xv) Na variável carreira profissional, os profissionais de saúde revelam maiores índices de stresse com a dimensão "Excesso de trabalho," "Carreira e remuneração", "Relações profissionais" e com os" Problemas familiares" do QSPS;

xvi) Na variável de tempo de exercício profissional, o aumento de tempo de experiência em BO está associado a maiores índices de *stress*e com a dimensão "Lidar com clientes" do QSPS;

xvii) Em relação ao tipo de horário, concluímos que os Profissionais de saúde com horário fixo (manhã/ tarde) revelam maiores índices de *stress* com as dimensões "Lidar com clientes" e "Carreira e remuneração" do QSPS;

xviii) Em relação à variável dos conflitos e absentismo, conclui-se que os profissionais de saúde que referem existirem conflitos na instituição onde exercem a sua atividade profissional, e com mais absentismo, apresentam índices de *stress* mais elevados na dimensão "Carreira e remuneração" no QSPS;

xix) Na variável de adaptação a novas tecnologias os profissionais de saúde que referem ter mais dificuldade na adaptação apresentam índices de *stress* mais elevados na dimensão Lidar com clientes", " Carreira e remuneração" e "Problemas familiares"no QSPS;

xx) Nas variáveis acumulação de funcões noutros serviços e acumulação de incentivos, revelam menores índices de stress em todas as dimensões do QSPS;

xxi) verifica-se que apenas as dimensões "Lidar com clientes", "Carreira e remuneração", "Excesso de trabalho" e "Relações profissionais", de entre as seis dimensões do QSPS, têm relação significativamente estatística com a variável estrutura física do BO, quanto maior for a percepção de uma estrutura mais adequada, menor são os índices de stresse;

xxii) De entre as seis dimensões do QSPS, que representa os níveis de stresse a dimensão "Ações de formação" não tem qualquer relação estatisticamente significativa com nenhuma das variáveis do contexto de trabalho;

xxiii) Na escala de ERIT, conclui-se que apenas na categoria dos médico, verifica-se relação significativamente estatística na dimensão "Sentimento de si" ,ou seja, quanto maior este é, menor são os índices de stresse a lidar com clientes;

xxiv) Por fim conclui-se que não existe qualquer relação estatisticamente significativa com as variáveis do cumprimento dos requisitos para cirurgia segura com os níveis de stresse.

Assim, o trabalho desenvolvido pretendeu ampliar conhecimentos acerca dos fatores geradores de stresse em profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros que trabalham em BO de dois hospitais do distrito do Porto, mas está longe de esgotar todas as informações e estudos sobre esta temática.

Limitação do estudo

Como em todos os trabalhos de investigação, este também apresenta limitações e é necessário referenciá-las com o intuito de melhorar a interpretação dos resultados conseguidos. Em primeiro lugar, é necessário salientar, como ponto negativo, a inexperiência do investigador na interpretação e correlação dos resultados, contudo, esta dificuldade foi superada e alcançados os objetivos inicialmente pretendidos. Outra das limitações prendeu-se com o facto da Comissão de Ética de ambos os hospitais terem reunião mensal, para analisar em conjunto com o Conselho de Administração o estudo proposto para posterior aprovação, traduzindo-se num tempo de espera pouco rentabilizado na fase de recolha de dados.

A consciencialização das limitações encontradas na investigação permite corrigir alguns erros, aperfeiçoar o carácter científico do estudo e o rigor dos resultados obtidos, com o objetivo de

corrigir e melhorar o trabalho realizado, tornando, assim, possível atingir objetivos pessoais propostos, ajudar outros futuros investigadores e contribuir para o conhecimento deste tema.

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2012), as entidades patronais têm obrigação de gerir o stresse relacionado com o trabalho, através da Diretiva 89/391/CEE, relativa à saúde e à segurança na União Europeia. Esta diretiva, e a correspondente legislação de transposição adotada ao nível dos Estados-Membros, colocam inquestionavelmente o stresse no domínio jurídico da saúde e da segurança no trabalho. Demonstram a clara expectativa de que o stresse seja abordado da mesma forma lógica e sistemática que qualquer outra questão relacionada com a saúde e a segurança no trabalho ao aplicarem o modelo de gestão dos riscos, colocando a tónica nas medidas preventivas. A gestão do stresse tem, tendencialmente, valorizado mais os indivíduos do que as organizações. Não obstante, o mais importante para prevenir o stresse relacionado com o trabalho e os riscos psicossociais é a organização e a gestão do trabalho. Mais vale prevenir as consequências do stresse relacionado com o trabalho do que procurar remediá-las depois destas terem ocorrido. É necessário às instituições diminuirem os níveis de stresses nos trabalhadores, através de melhores horários, melhores condições salariais, melhores estruturas e organização do trabalho, aumentar ações de formação e condições para melhores relacionamentos interpessoais e com as chefias.

Sugestões

Antes do término deste capítulo, é necessário referir que durante a investigação várias ideias foram surgindo e que poderiam melhorar o trabalho realizado. É neste sentido que surgem algumas propostas para estudos que poderão ser realizados futuramente.

Sugere-se a repetição deste estudo com o mesmo instrumento de recolha de dados, mas neste caso somente em enfermeiros de todos os serviços de um hospital e comparar qual o serviço com maiores fatores/índices de stresse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aaker, D. A., Kumar, V., & Day, G. S. (1995). *Marketing research*. New York: John Wiley & Sons.

Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho. (2002). *Contra o stresse no trabalho, trabalhe contra o stresse***.** Informação à imprensa no âmbito da Semana Europeia da Segurança e a da Saúde no Trabalho em 2002:. Retirado de http:/osha.eu.in/ew2002/.

Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2009). *Perspectivas 1 – Novos riscos emergentes para segurança e saúde no trabalho*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias. Retirado de http://osha.europa.eu/pt/publications/outlook/te8108475enc_osh_outlook#stresse_relacionado_com_o_trabalho.

Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2012). *Stress relacionado com o trabalho.* Retirado de http://osha.europa.eu/pt/topics/stress.

Agência Lusa. (2010). *Trabalho: Stress está na origem de mais de metade de faltas por doenças relacionadas com profissão – OIT*. Retirado de http://noticias.sapo.pt/lusa/artigo/10954992.html.

Anderson, J., Gerbing, D., & Hunter, J. (1987). On the assessment of unidimensional measurement: Internal and external consistency and overall consistency criteria. *Journal of Marketing Research, 24* (4), 432-437. Retrieved from ww.jstor.org/discover/10.2307/3151392?uid=3738880&uid=2&uid=4&sid=21104811126187.

Apóstolo, J., & Loureiro, L. (2002). ERIT: Um instrumento para avaliação das relações interpessoais no trabalho. *Revista de Educação e Formação em Enfermagem, 9*, 5- 9.

Araújo, P. (2012). *Stress dos portugueses vai aumenta?!* Retirado de https://www.portal-gestao.com/item/6813-stress-dos-portugueses-vai-aumentar.html.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem peri operatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Lisboa: Lusodidacta.

Barañano, A. M. (2004). *Métodos e técnicas de investigação em gestão: Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação.* Lisboa: Editora Sílabo.

Batista, K. D. M., & Bianchi, E. R. F. (2006). Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem., 14* (4), 534-539. Retirado de file:///C:/Users/User/Downloads/2328-3344-1-PB.pdf.

Bicho, L. M. D., & Pereira, S. R. (2007). *Stress ocupacional*. Retirado de http://www.academia.edu/6372105/STRESS_OCUPACIONAL_LEANDRO_MANUEL_DIAS_BICHO_SUSETE_RODRIGUES_PEREIRA.

Bilbao, M., & Fragata, I. (2006). Gestão do bloco operatório. In J. Fragata, *Risco clínico: Complexidade e performance* (p. 346). Coimbra: Edições Almedina.

Buunk, A. P., Zurriaga, R., & Peiró, J. M. (2010). Social comparison as a predictor of changes in burnout among nurses. *Anxiety, Stress & Coping, 23* (2), 181-194. doi: 10.1080/10615800902971521.

Caetano, A. J., Ferreira, J. M. C., & Neves, J. G. (2001). *Manual de psicossociologia das organizações.* Lisboa: McGraw-Hill.

Campos, M., & Pinheiro, D. (1997). Segurança dos trabalhadores no bloco operatório. *Revista Enfermagem, 8*, 2ª Série, 16-23.

Caregnato, R., Martini, R., & Lautert, L. (2005). *Gadamer: Fundamentando uma proposta para o estudo do estresse no bloco cirúrgico*. Retirado de http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23626/000709969.pdf?sequence=1.

Carlotto, M. S. (2009). A relação profissional-paciente e a síndrome de Burnout. *Encontro: Revista de Psicologia, 12* (17), 7-20. Retirado de file:///C:/Users/User/Downloads/2543-9782-1-PB.pdf.

Cartwright, S., & Cooper, C. (1997). *Managing workplace stress*. California: Sage Publications.

Castro, A. B. R., Fidelis, R. O., & Donati, T. D. (2008). *Trabalhando em equipe e trabalhando a equipe: Limites e possibilidades da inserção da psicologia na equipe multidisciplinar Práxis e Formação, 1,* 77-83. Retirado de http://www.praxiseformacao.uerj.br/revistaXI/pdf/a0607ar13.pdf.

Cavalheiro, A. M., Moura, D. M. Jr., & Lopes, A. C. (2008). Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem, 16* (1), 29-35. Retirado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_04.pdf.

Churchill, G. (1979). A paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of Marketing Research, 16* (1), 64-73. Retrieved from http://faculty.mu.edu.sa/public/uploads/1358140477.8024Encontro%203.%20A%20paradigm%20for%20developing%20better%20measures%20of%20marketing%20constructs.pdf.

Coimbra, I. B., Pastor, E. H., Greve, J. M. A., Puccinelli, M. L. C., Fuller, R., Cavalcanti, F. S., Honda, E. (2002). Consenso brasileiro para o tratamento da osteoartrite (artrose). *Revista Brasileira Reumatol., 42* (6), 371-374. Retirado de http://www.sncsalvador.com.br/artigos/tratamento-de-artrose-consenso-brasileriro.pdf.

Cole, A. (1992). High anxiety. *Nurs Time, 12*, 26-30. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1561130.

Costa C., & Lopes, S. (2004). Produção hospitalar: A importância da complexidade e da gravidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 4* (Vol. temático), 35-50.

Costa, J. R. A., Lima, J. V., & Almeida, P. C. (2003). Stress no trabalho do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem do USP, 37* (3), 63-71. Retirado de http://www.ee.usp. br/reeusp/upload/pdf/170.pdf.

Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika, 16* (3), 297-334. Retrieved from: http://psych.colorado.edu/~carey/courses/psyc5112/readings/alpha_ cronbach.pdf.

Cruz, A. (2004). O desgaste profissional dos enfermeiros do bloco operatório na região autónoma dos Açores. *Revista de Investigação em Enfermagem, 9,* 35-44.

D'Oliveira, T. (2007). *Teses e dissertações: Recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos* (2a ed.). Lisboa: Editora RH.

Dalri, R., Silva, L., Mendes, A., Robazzi, M. L. (2014). *Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse.* Revista Latino-Am. Enfermagem, 22 (6), 959-965. doi:10.1590/0104-1169.3292.2503.

DeFrank, R. S., & Ivancevich, J. M. (1998). Stress on the job: An executive update. *The Academy of Management Executive, 12* (3), 55-66.

Dias, S. M. M., Barcellos, K. C. P., & Dias, M. R. G. (2005). Fatores indutores de desmotivação no ambiente e na profissão do enfermeiro em instituição hospitalar. *Associação Educacional Dom Bosco*, 460-472. Retirado de http://www.aedb.br/seget/arquivos/ artigos05/57_artigo% 20Fatores%20Indutores.pdf.

Direção-Geral da Saude. (2013). *Norma 02/2013: Cirurgia segura, salva vidas*. Lisboa: Autor. Retirado de file:///C:/Users/User/Downloads/i019152.pdf.

Domingos, G. (2005). Stress ocupacional. *Dirigir,* 89, 28-36.

European Operating Room Nurses Association. (2012). Retirado de http://www.eorna.eu/.

Fernandes, M. D. (1996). *Avaliação do stress nos enfermeiros de cuidados intensivos*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina de Coimbra.

Ferreira, A. C. (2010a). *O cuidar de si, como pessoa. Como o fazem os enfermeiros perioperatórios?* Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto. Retirado de http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/26916?mode=simple.

Ferreira, A. S. (2010b). *A gestão do stress ocupacional em enfermeiros intensivistas*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.

Fonseca, S. (2007). A gestão de conflitos no bloco operatório e as dinâmicas de grupo. *Revista AESOP, 8* (24).

Fortin, M.-F. (2003a). O desenho de investigação. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 10, pp. 131-145). Loures: Lusociência.

Fortin, M.-F. (2003b). Os objectivos da investigação e as suas questões ou hipóteses. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 8, pp. 99-110). Loures: Lusociência.

Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures. Ludodidacta.

Fortin, M.-F., Côté, J., & Vissandjée. (2003). As etapas do processo de investigação. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 3, pp. 35-43). Loures: Lusociência.

Fragata, J. I. G. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: Revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 10* (Vol. temático), 17-26.

Frasquilho, M. A. (2005). Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos: prevenção e tratamento. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 23* (2), 89-98.

Freixo, M. (2009). *Metodologia científica. Fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Freixo, M (2011) *Metodologia científica: Fundamentos métodos e técnicas* (3a ed). Lisboa: Instituto Piaget.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues, 30* (1), 159-165. doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x.

Gomes, A. R. (1998). *Stress e burnout nos profissionais de saúde*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Minho Braga.

Gomes, A. R. (2010). *Questionário de stress nos profissionais de saúde (QSPS)*. Braga: Universidade do Minho.

Gomes, A. R., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25* (3), 307-318. Retirado de http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n3/a04v25n3.pdf.

Gonçalves, A. R. V. (2013). *Gestão do stresse em enfermeiros perioperatórios*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Politécnico de Bragança. Retirados de https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8467/1/Stress%20nos%20Enfermeiros%20Perioperat%C3%B3rios%20-%20Ana%20Rita%20Veloso%20Gon%C3%A7alves.pdf.

Graça, L. (2009). Risco radiológico ocupacional no bloco operatório. *Revista Nursing, 249,* 6-12.

Guido, L., Linch, G., Pitthan, L., & Umann, J. (2011). Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. *Revista Escola Enfermagem USP, 45* (6), 1434-1439. Retirado de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a22.pdf.

Hair, J. F. Jr., Black, W.C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2009). *Multivariate data analysis* (7th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.

Hattie, J. (1985). Methodology review: Assessing unidimensionality of tests and items. *Applied Psychological Measurement, 9* (2), 139-164. Retrieved from http://conservancy.umn.edu/ bitstream/handle/11299/102073/1/v09n2p139.pdf.

Heim, E. (1993). Job stressors and coping in health professions. *Psychother Psychosom, 55* (2-4), 90-99. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1891573.

Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotion. *Annual Reviews Pychol., 44*, 1-21.

Limongi-França, A., & Rodrigues, A. (2007). *Stress e trabalho: Uma abordagem psicossomática* (4a ed.). São Paulo: Atlas.

Linzer, M., Gerrity, M., Douglas, J. A., McMurray, J. E., Williams, E. S., & Konrad, T. R. (2002). Physician stress: Results from the physician work life study. *Stress and Health, 18* (1), 37-42. doi:10.1002/smi.917.

Lopes, A. J. M. (2012). *Gestão do bloco operatório.* Dissertação de mestrado integrado não publicada, Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão, Braga. Retirado de http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/19778.

Magalhães, E., Oliveira, A. C. M. S., Govêia, C. S., Ladeira, L., Queiroz, D. M., & Vieira, C. V. (2015). Prevalência de síndrome de burnout entre os anestesiologistas do Distrito Federal. *Revista Brasileira de Anestesiologia, 65* (2), 104-110. doi.org/10.1016/j.bjan.2013.07.016.

Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2008). *Técnicas de pesquisa* (7a ed.). São Paulo: Atlas.

Marôco, J. (2011). *Análise estatística com a utilização do SPSS* (5a ed). Lisboa: Report Number.

Marques, P., Carvalho, J. C., Sousa, P., Borges, E., & Cruz, S. (2006). *Rumo ao conhecimento em enfermagem*. Porto: Escola Superior de Enfermagem de São João.

Martins, C., Kobayashi, R.M., Ayoub, A.C., & Leite, M.M.J. (2006). Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Revista Texto e*

Contexto em Enfermagem, 15 (3). Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-07072006000 300012&script=sci_arttext.

Martins, M. S. A. L. (2003). *Identificação e aplicação a blocos operatórios de Key Performance Indicators*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. . In S. Oskamp (Ed.), *Applied social psychology annual* (Vol. 5, pp. 133-153). Beverly Hills, CA: Sage.

Maslach, C., & Ozer, E. (1995). Theoretical issues related to burnout in health workers. In L. Bennett, D. Miller & M. Ross (Eds.), *Health workers and AIDS: Research, intervention and current issues in burnout and response* (pp. 1-14). London: Harwood Academic Publishers.

McDonald, (1981). The genome of drosophila melanogaster. *Canad. J. Genet. Cytol. 23* (2), 305-313.

Melo, B., Gomes, A., & Cruz, J. (1997). Stress Ocupacional em profissionais de saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 2*, 53-71. Retirado de http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5350.

Mendelson, M. B., Catano, V. M., & Kelloway, K. (2000). The role of stress and social support in Sick Building Syndrome. *Work and Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations 14* (2), 137-155. doi:10.1080/026783700750051658.

Miguel, A., Rocha, A., & Röhrich, O. (2008). *Gestão emocional de equipas em ambiente de projecto* (3a ed). Lisboa. Lidel.

Miranda, S. (2011). *Stress ocupacional, burnout e suporte social nos profissionais de saúde.* Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa, Braga. Retirado de http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8796/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Susana%20Miranda.pdf.

Nogueira-Martins, L. A. (2003). *Saúde Mental dos profissionais de saúde.* Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, 1 (1), 59-71. Retirado de file:///C:/Users/User/Downloads/Revista%20Brasileira%20de%20Medicina%20do%20Trabalho%202003.pdf.

Notaro, K. A. M., Figueiredo, L. A., Santos, M. S. G., & Velloso, I. S. C. (2009). *Fatores que influenciam nas condições de trabalho em enfermagem e suas repercussões para o trabalhador*. Retirado de http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEFjAA&url=http%3A%2F%2F189.59.9.179%2FCBCENF%2Fsistemainscricoes%2FarquivosTrabalhos%2FI10754.E3.T1670.D3AP.doc&ei=8XQYVf3tBczZU9XTgogN&usg=AFQjCNE1ae9TtGYyUnMeav0l9jA9ivco3g&bvm=bv.89381419,d.d24.

Nunnally, J. (1979). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.

Oliveira, E. (2006). *Delimitando o conceito de stress*. PUC/Campinas.

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Dados estatísticos a 31-12-2014*. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica_V01_2014.pdf.

Organização Mundial de Saúde. (2009). *Manual de implementação lista de verificação da segurança cirúrgica da OMS: Cirurgia Segura Salva Vida*. Retirado de http://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=16317.

Pedrão, L., & Preto, V. (2009). O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Escola Enfermagem USP*. *43* (4), 841-848.

Pegado, A. (2010). *Gestão de bloco operatório: Modelos de gestão e monitorização.* Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa. Retirado de http://run.unl.pt/handle/10362/5468.

Pereira, H. (2014). *Modelo de gestão do bloco operatório.* Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa. Retirado de http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/440/1/Dissertação%20Helena%20Pereira.pdf.

Pereira, J. (2004). *Economia da saúde: Um glossário de termos e conceitos* [Documento de trabalho 1/93]. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.

Peter, J. P. (1979). Reliability: A review of pschometric basics and recente marketing practices. *Journal of Marketing Research, 16*, 6-17.

Pinheiro, M. J. D. (2007). Competências dos enfermeiros perioperatórios. *AESOP Revista, 8* (22), 17-25.

Pocinho, M. J. D. (2012). *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico*. Lisboa: Lidel.

Queirós, P. (2003). O que causa mal-estar, stress, em enfermeiros? *Revista de Investigação em Enfermagem, 8*, 3-7.

Quick, J. C. Wright, T. A., Adkins, J. A., Nelson, D. l., & Quick, J. D. (1997). *Preventive stress management in organizations*. Washington DC: American Psychological Association.

Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio. Prevenção do stress no trabalho*. Lisboa: Editora RH.

Ribeiro, J. P. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3a ed.). Porto: Legis Editora. Rodrigues, L. M. (2010). *Metedologias de investigação. Metedologia de investigação em teologia pastoral*. Faculade de Teologia. Universidade Católica Portuguesa. Braga.

Robbins, S. (1998). *Comportamento organizacional*. Rio de Janeiro: LTC.

Robinson, J., Shaver, P., & Wrightsman, L. (1991). Criteria for scale selection and evaluation. In J. Robinson, P. Shaver & L. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes*. San Diego, CA: Academic Press.

Rodrigues, M. (2008). *Stress e burnout na equipa multidisciplinar cirúrgica.* Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Aberta, Lisboa. Retirado de https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/710/1/LC417.pdf.

Ross, R., & Altmaier, M. (1994). *Intervention in occupational stress*. London: Sage Publications.

Sacadura-Leite, E., & Sousa-Uva, A. (2012). *Fatores indutores de stress em profissionais de saúde*. Saúde e Trabalho, 8, 7-21. Retirado de http://www.spmtrabalho. com/downloads/st8/01.pdf.

Sacadura-Leite, E., & Uva, A. S. (2007). *Stress* relacionado com o trabalho. *Saúde & Trabalho, 6*, 25-42.

Schmidt, G. A. (2009). Spurious correlations between recent warming and indices of local economic activity. *Int. J. Climatol.*, *29* (14), 2041-2048. doi:10.1002/joc.1831.

Selye, H. (1984). *Stress: Uma realidade da vida* (Vol. 3). Rio de Janeiro: Editora Salvat.

Serra, A. V. (2011). *O stress na vida de todos os dias* (3a ed). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Shapiro, S., Astin, J., Bishop, S., & Cordova, M. (2005). Mindfulnes based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Managemant, 12* (2), 164-176. doi:10.1037/1072-5245.12.2.164.

Silva, M. C., & Gomes, A. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia, 14* (3), 239-248.

Sousa, A. B. (2005). *Investigação em educação*. Lisboa: Livros Horizonte.

Tuckman, B. W. (2005). Manual de investigação em educação. *Como conceber e realizar o processo de investigação em educação* (3a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Tyler, D. C., Pasquariello, C. A., & Chen, C. H. (2003). Determining optimum operating room utilization. *Anesthesia & Analgesia, 96* (4), 1114-1121. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12651670.

Vargas, M. (2010). *Gestão de conflitos e desgaste profissional no bloco operatório.* Retirado de http//:reportorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/1702/3/GEST%C3%830%20DE%CONFLITOS.pdf.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Norma da Direção- Geral da Saúde- Cirurgia Segura

Francisco Henrique Moura George
Digitally signed by Francisco Henrique Moura George
DN: c=PT, o=Ministério da Saúde, ou=Direcção-Geral da Saúde, cn=Francisco Henrique Moura George
Date: 2013.06.25 12:08:47 +01'00'

1999-2013 113 anos

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt

Ministério da Saúde

NORMA
DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

NÚMERO:	**02/2013**
DATA:	**12/02/2013**
ATUALIZAÇÃO	**25/06/2013**

ASSUNTO:	**Cirurgia Segura, Salva Vidas**
PALAVRAS-CHAVE:	**Cirurgia, Segurança do Doente, Segurança Cirúrgica, "Checklist"**
PARA:	**Todos os Blocos Operatórios do Serviço Nacional de Saúde e das entidades com ele contratadas**
CONTACTOS:	**Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)**

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, em parceria com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), emite, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, na área da qualidade organizacional, a seguinte:

I – NORMA

1. A implementação do projeto "Cirurgia Segura, Salva Vidas" de acordo com o manual *"Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009"* publicado no sítio desta Direção-Geral é obrigatório em todos os blocos operatórios do Serviço Nacional de Saúde e das entidades com ele contratadas, sendo considerado o padrão mínimo de qualidade clinica.
2. Em todas as cirurgias deve proceder-se ao registo da utilização da "Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica" e do Apgar Cirúrgico nos sistemas de informação locais, que tenham interface com a Plataforma de Dados da Saúde (PDS) ou diretamente na própria PDS.
3. Todas as organizações hospitalares devem, no final de cada semestre, enviar ao Departamento da Qualidade na Saúde, a monitorização do nível de implementação do projeto, de acordo com formulário, disponível no sítio desta Direção-Geral.
4. A presente Norma revoga a Circular Normativa nº Nº. 16/DQS/DQCO, de 22/06/2010.

II – CRITÉRIOS

A. A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e o Índice de Apgar Cirúrgico (ANEXOS I e II), bem como o Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS e as Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009, disponibilizados no sítio da DGS (www.dgs.pt), fazem parte integrante desta Norma, e devem ser considerados como referenciais para a implementação do projeto "Cirurgia Segura, Salva Vidas".

B. A implementação do projeto "Cirurgia Segura, Salva Vidas" deve ter em conta o desenvolvimento de estratégias de dinamização e melhoria do trabalho em equipa, com uma ênfase primordial na comunicação interprofissional, das equipes cirúrgicas.

C. Todas as organizações hospitalares, através da sua estrutura de garantia e monitorização da Qualidade, devem garantir a adequada implementação do projeto de acordo com a Orientação nº 030/2011 de 31/08/2011, bem como a realização de auditorias internas de acompanhamento e avaliação.

III - AVALIAÇÃO

A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua e executada através de processos de auditoria interna e externa.

B. A efetividade da implementação da presente Norma e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade das direções clínicas dos hospitais.

C. A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada centralmente através dos seguintes indicadores de processo e resultado:

i. Indicadores de Processo:

i) Taxa de utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.
ii) Taxa de Listas com falhas registadas.
iii) Taxa de não conformidade da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.

ii. Indicadores de Resultado:

i) Índice de Apgar Cirúrgico.
ii) Taxa de retorno não planeado à sala de operações no período de 24h.
iii) Taxa de mortalidade no dia da cirurgia (intra-operatória e pós-operatória até às 24h).
iv) Taxa de mortalidade pós-operatória hospitalar.
v) Taxa de mortalidade no dia da cirurgia por procedimento.
vi) Taxa de mortalidade intra-hospitalar pós cirúrgica por procedimento.
vii) Taxa de infeção do local cirúrgico (por especialidade cirúrgica, por cirurgia padrão, mais prevalente ou outra considerada adequada, nível de conspurcação do local cirúrgico e estado físico ASA, índice risco NNIS) – de acordo com o definido em colaboração com o Programa Nacional Controlo de Infeção (anexo III).
viii) Taxa de complicações cirúrgicas tipo "never event" / eventos inadmissíveis: local cirúrgico errado, procedimento errado, doente errado, retenção de objetos estranhos no local cirúrgico, morte intra-operatória em doente ASA 1.

D. O indicador de processo iii – Taxa de não conformidade da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica – deve ser recolhido, através de auditoria interna, e enviado pelas organizações hospitalares ao Departamento da Qualidade na Saúde, como previsto no ponto 3, do capítulo "I – Norma".

E. Os indicadores de resultado vii e viii acima referidos - a taxa de infeção do local cirúrgico e a taxa de complicações cirúrgicas tipo "never event"/eventos inadmissíveis - devem ser recolhidos e enviados pelas organizações hospitalares ao Departamento da Qualidade na Saúde, tal como previsto no ponto 3. do capitulo "I – Norma". Para a obtenção do indicador vii, está disponível a aplicação de vigilância epidemiológica HELICS Cirurgia, no sítio da internet do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (http://www.insa-rios.net/).

F. A Administração Central do Sistema de Saúde, no âmbito das suas competências, acompanhará o cumprimento da presente norma nomeadamente em matéria de gestão e financiamento das unidades hospitalares.

IV - FUNDAMENTAÇÃO

O crescente volume anual de cirurgias fez emergir a necessidade de se acautelar a segurança cirúrgica. Constatou-se, pela experiência de outros projetos relacionados com a sobrevivência materna e neonatal, que a implementação de estratégias simples de monitorização de indicadores chave melhorava significativamente os resultados finais de saúde com a consequente redução de desperdício de recursos.

São premissas fundamentais do projeto "Cirurgia Segura, Salva Vidas" que:

1. A utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, sendo simples e aplicável em qualquer contexto, não acrescenta custos, melhora a segurança cirúrgica e evita mortes e complicações, permitindo a medição do impacto da utilização de instrumentos de gestão de risco na qualidade dos resultados dos procedimentos cirúrgicos.

2. O quadro de procedimentos estabelecido para os cuidados seguros perioperatórios em hospitais, envolve uma sequência de atividades de rotina, cada uma com riscos específicos que podem ser atenuados: avaliação pré-operatória de doentes, preparação da intervenção cirúrgica e planeamento dos cuidados pós-operatórios adequados.

3. O Índice de Apgar Cirúrgico calculado após o 3.º momento previsto na Lista de Verificação, a ser assegurado pelo equipe cirúrgica, permite dar *feedback* imediato e objetivo aos prestadores de cuidados sobre a condição do doente nesse exato momento, em termos de risco de complicações pós-operatórias imediatas, podendo conduzir a uma melhor gestão de meios para os fins previstos, dando ainda informação sobre mortalidade esperada até ao 30º dia de pós-operatório.

4. O estímulo à melhor prática clínica, pela implementação operacional de estratégias de gestão de risco, deve ser incentivado, como forma de melhorar a qualidade global dos cuidados de saúde e reduzir desperdícios no sistema, causados por eventos adversos evitáveis.

5. A adesão, bloco a bloco, permite a cada profissional, equipa, serviço, instituição e serviços centrais do Ministério da Saúde, a obtenção de estatísticas cirúrgicas, as quais se revestem de uma importância fundamental para a melhoria das práticas cirúrgicas e para a segurança do doente.

V - APOIO CIENTÍFICO

A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pela Administração Central do Sistema de Saúde.

BIBLIOGRAFIA

Agres T. Wrong-Site Blocks Vex OR Safety Efforts. Anesthesiology News 2011 [acedido a 11 de maio]; disponível em http://www.anesthesiologynews.com/PrintArticle.aspx?A_Id=16794&D_Id=1&D=Cl

Burke S, Wilson-Donnelly K, et al. How to turn a team of experts into an expert medical team: guidance from the aviation and military communities. BMJ Qual Saf 2004 [acedido a 13 de outubro]; Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765796/

Catchpole KR, Dale TJ, Trevor JF. A Multicenter Trial of Aviation-Style Training for Surgical Teams. Journal of Patient Safety 2010; 6(3):180-186.

Cohen FL, Mendelsohn D, e Bernstein M. Wrong-site craniotomy: analysis of 35 cases and systems for prevention. J Neurosurg 2010; 113: 461-473.

Davenport et al. Safety Factors and Risk-Adjusted Surgical Outcomes. J Am Coll Surg 2007; 205 (6): 778-784.

Doucette J. View from the cockpit: What the airline industry can teach us about patient safety. Nursing 2006; 36 (11): 50-53.

Fourcade A, Blache J-L, Grenier C, et al. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. BMJ Qual Saf 2011. [acedido a 2 de dezembro]; disponível em http://qualitysafety.bmj.com/content/21/3/191.full.

Guerlain et al. Intraoperative Assessment Tools. J Am Coll Surg. 2005 Jan; 200 (1).

Haynes et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. BMJ Qual Saf 2012 [acedido a 24 de maio]; Disponível em http://qualitysafety.bmj.com/content/20/1/102.abstract.

Julia Neily; Peter D. Mills; Yinong Young-Xu; et al. Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality. JAMA 2010; 304(15):1693-1700.

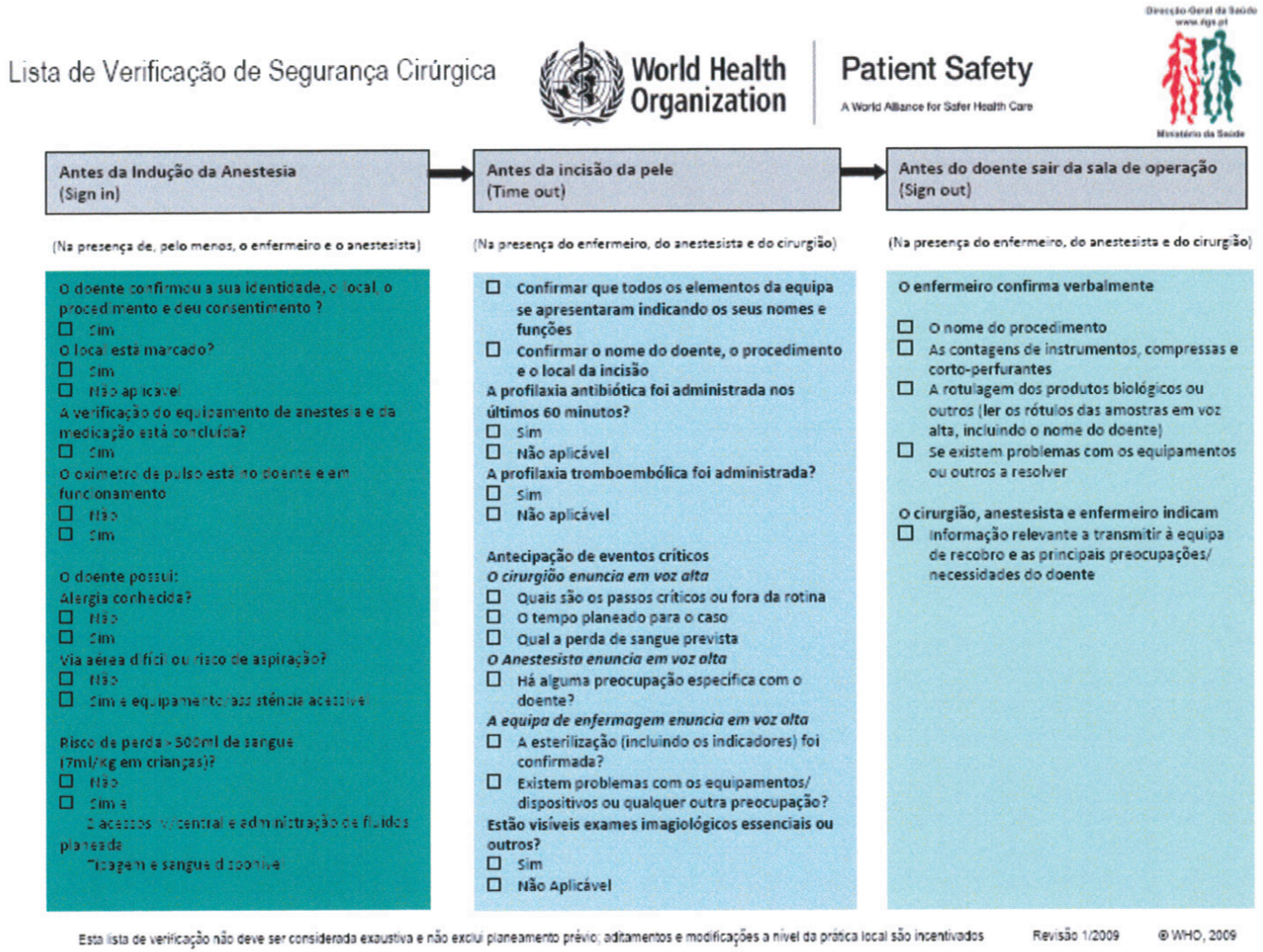
Kassin et al. Postoperative Readmission Risk Factors. J Am Coll Surg 2012; 215 (3): 322-330.

Klei et al. Effects of the Introduction of the WHO "Surgical Safety Checklist" on In-Hospital Mortality. Annals of Surgery 2012; 255: 44–49.

McCulloch P, Rathbone J e Catchpole K. Interventions to improve teamwork and communications among healthcare staff. Brit Journal Surgery 2011; 98: 469–479.

APÊNDICE B

Check-list- Lista de verificaçao de Segurança Cirúrgica


Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
World Health Organization
Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care
Direcção Geral da Saúde
www.dgs.pt
Ministério da Saúde
Antes da Indução da Anestesia
(Sign in)
Antes da incisão da pele
(Time out)
Antes do doente sair da sala de operação
(Sign out)
(Na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesista)
O doente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e deu consentimento ?
☐ Sim
O local está marcado?
☐ Sim
☐ Não aplicável
A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída?
☐ Sim
O oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento
☐ Não
☐ Sim
O doente possui:
Alergia conhecida?
☐ Não
☐ Sim
Via aérea difícil ou risco de aspiração?
☐ Não
☐ Sim e equipamento/ajuda existente
Risco de perda > 500ml de sangue (7ml/Kg em crianças)?
☐ Não
☐ Sim e
Dois acessos IV central e administração de fluidos planeada
Tipagem e sangue disponível
(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)
☐ Confirmar que todos os elementos da equipa se apresentaram indicando os seus nomes e funções
☐ Confirmar o nome do doente, o procedimento e o local da incisão
A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?
☐ Sim
☐ Não aplicável
A profilaxia tromboembólica foi administrada?
☐ Sim
☐ Não aplicável
Antecipação de eventos críticos
O cirurgião enuncia em voz alta
☐ Quais são os passos críticos ou fora da rotina
☐ O tempo planeado para o caso
☐ Qual a perda de sangue prevista
O Anestesista enuncia em voz alta
☐ Há alguma preocupação específica com o doente?
A equipa de enfermagem enuncia em voz alta
☐ A esterilização (incluindo os indicadores) foi confirmada?
☐ Existem problemas com os equipamentos/ dispositivos ou qualquer outra preocupação?
Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros?
☐ Sim
☐ Não Aplicável
(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)
O enfermeiro confirma verbalmente
☐ O nome do procedimento
☐ As contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes
☐ A rotulagem dos produtos biológicos ou outros (ler os rótulos das amostras em voz alta, incluindo o nome do doente)
☐ Se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver
O cirurgião, anestesista e enfermeiro indicam
☐ Informação relevante a transmitir à equipa de recobro e as principais preocupações/ necessidades do doente
Esta lista de verificação não deve ser considerada exaustiva e não exclui planeamento prévio; aditamentos e modificações a nível da prática local são incentivados
Revisão 1/2009
© WHO, 2009

APÊNDICE C

Consentimento Informado e Instrumento de recolha de Dados

Questionário nº____

Consentimento Informado

Lígia Andreia da Silva Soares, enfermeira no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro - Hospital de Proximidade de Lamego, do serviço de cirurgia de Ambulatório – Consulta externa e Bloco Operatório, com a cédula profissional 4-E-61182, estando neste momento a realizar um trabalho de investigação, no âmbito da dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, com o tema " Avaliação do stress nos Profissionais de saúde em Bloco Operatório", sob a orientação dos Professores Doutores Elsa Maria Oliveira Pinheiro de Melo e Vítor Manuel Costa Pereira Rodrigues, venho, neste sentido, pedir a sua colaboração para participar neste estudo.

Gostaria de salientar que este trabalho de investigação foi aprovado pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e pela Comissão de Ética para a Saúde deste Centro Hospitalar, e tem como objetivo principal identificar factores geradores de stress em profissionais de Saúde que trabalham em Bloco Operatório de dois Hospitais do distrito do Porto.

A sua colaboração neste estudo, consiste no preenchimento deste questionário, que é anónimo e confidencial, podendo suspender a sua participação a qualquer momento.

Tendo em conta os resultados obtidos do referido estudo, pretende-se promover e delinear estratégias para um ambiente menos causador de stress e harmonioso, o qual trará benefícios aos profissionais aumentando a sua motivação e bem-estar. Se estiver interessado (a) em conhecer os resultados desta investigação, poderão ser-lhe facultados no final do estudo, tendo que para isso, o envio de um mail para ligia.ika@gmail.com. Agradeço a sua importante colaboração e mostro-me disponível para qualquer esclarecimento.

_____

Lígia Andreia da Silva Soares

Declaro que tomei conhecimento e que concordo em participar

_____

Questionário nº____

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

Questionário

Avaliação do stress nos Profissionais de saúde em Bloco Operatório

Instrumento de Colheita de Dados

Caro (a) Profissional de Saúde

Estando a realizar um estudo, no âmbito do mestrado de Gestão dos Serviços de Saúde, a decorrer na Universidade de Trá-os-Montes e Alto Douro e que tem como objectivo principal identificar factores geradores de stresse em profissionais de Saúde que trabalham em Bloco Operatório, solicito a sua colaboração para o preenchimento deste breve questionário.

Este questionário encontra-se dividido em 4 partes: a primeira parte refere-se aos dados sócio-demográficos e situação profissional, aspetos físicos do serviço e aspetos do contexto do trabalho, a segunda parte é constituída por uma escala de relações interpessoais no Trabalho, a terceira parte é constituída pelo Questionário QSPS e a quarta parte é constituída por uma grelha de registo com 19 itens de Verificação de cirurgia segura.

Salientando que esta investigação é fundamental pra promover e delinear estratégias para um ambiente menos causador de stress e mais harmonioso, o qual trará benefícios aos profissionais de saúde aumentando a sua motivação e bem-estar.

Não existem respostas certas ou erradas, ou seja, qualquer resposta que for dada está correta.

Sendo importante a sua colaboração, penso que responda com sinceridade a todas as questões.

Todos os dados recolhidos destinam-se a fins estritamente científicos e está garantida a confidencialidade e anonimato dos inquiridos.

Muito Obrigada!

I-Parte

Preencha ou assinale com uma (X) a sua resposta**:**

A- caracterização socio-demográfica

A1- Idade: _____ anos

A2- Sexo: F 1 M 2

A3- Estado Civil: Solteiro 1
Casado 2
União de Fato 3
Divorciado 4
Viuvo 5

A4- Habilitações Académica: Licenciatura 1
Mestrado 2
Douturamento 3

Situação Profissional

A5- Tempo de exercício profissional: _____ anos

A6- Carreira Profissional: Médico Cirurgião 1
Médico Anestesista 2
Enfermeiro 3

A7- Tempo de experiência em Bloco Operatório: ____ anos

A8- Tipo de horário praticado: Fixo (Manhãs/ Tardes) 1
Roullement (Por turnos(Manhãs/Tardes/Noites)) 2

B- Aspetos Físicos do Serviço

B1- Tendo em conta as necessidades do trabalhador, a estrutura física do seu serviço parece-lhe:

B1.1-Sala cirúrgica: Adequada 1 Desadequada 2

B1.1.1- Se respondeu desadequado, diga porquê?

_____

_____

B1.2-Sala de indução anestésica: Adequada 1 Desadequada 2

B1.2.1- Se respondeu desadequada, diga porquê?

_____

_____

B1.3-Circuitos: Adequada 1 Desadequada 2

B1.3.1-Se respondeu desadequada, diga porquê?

_____

_____

B1.4- Recobro: Adequada 1 Desadequada 2

B1.4.1-Se respondeu desadequada, diga porquê?

_____

_____

C- Aspetos do Contexto do trabalho:

C1- Acumula Funções noutra Instituição?: Sim 1 Não 2

C2- A sua instituição/serviço já lhe ofereceu algum incentivo?: Sim 1 Não 2

C2.1- Se respondeu sim, qual o incentivo?

_____

_____

C3- Na sua instituição/serviço existem conflitos?: Sim 1 Não 2

C3.1- Se respondeu sim, refira em quê?

_____

_____

C4- Em média quantos dias falta por ano?:_____

C5- No que diz respeito as novas tecnologias:

Não tem dificuldades em se adaptar 1

Tem alguma dificuldade em se adaptar 2

Tem bastantes dificuldades em se adaptar 3

II-Parte

E- Escalas de Relações interpessoais no Trabalho **Apóstolo 2000**

Por favor leia cada uma das afirmações que se seguem e assinale o número correspondente ao grau em que cada uma descreve a forma como se sente relativamente às relações que estabelece com os seus colegas de trabalho. Responda de acordo com o que pensa sentir em cada situação, com base na seguinte escala:

Completamente em desacordo	Moderadamente em desacordo	Ligeiramente em desacordo	Ligeiramente em acordo	Moderadamente em acordo	Completamente em acordo

E1- É fácil manter relações estreitas com 7os meus colegas de trabalho	
E2- Os conflitos com os meus colegas de trabalho fazem-me sentir mal comigo mesmo	
E3- Estabeleço com facilidade relações com os meus colegas de trabalho	
E4- Os meus colegas de trabalho estão dispostos a ouvir quando tenho necessidade de desabafar	
E5- Eu e os meus colegas de trabalho compreendemos bem os problemas uns dos outros	
E6- Preocupo-me com a possibilidade dos meus colegas não gostarem de mim	
E7- Os meus colegas de trabalham demonstram ter confiança no meu desempenho profissional	
E8- Sinto que posso contar com os meus colegas de trabalho	
E9- O meu desempenho profissional é influenciado pela opinião dos meus colegas de trabalho	
E10- Sinto-me mais confiante e seguro quando	

trabalho em equipa	
E11- Sou muito sensível às críticas que os meus colegas de trabalho me fazem	
E12- Sinto-me contente com o relacionamento que mantenho com os meus colegas de trabalho	
E13- Sinto que sou querido pela maioria dos meus colegas de trabalho	
E14- É difícil para mim quando me sinto rejeitado pelo meu grupo de trabalho	
E15- Sou facilmente influenciado pela opinião dos outros	
E16- É muito difícil para mim confiar nos meus colegas de trabalho	
E17- O relacionamento com os meus colegas de trabalho reflete a forma como me relaciono comigo mesmo	

III-Parte

F– Questionário QSPS

Este questionário é constituído por duas partes, Responda de acordo com o que pensa sentir em cada situação, com base na seguinte escala:

Nenhum Stresse	Pouco Stresse	Moderado Stresse	Bastante Stresse	Elevado Stresse
0	1	2	3	4

1ª Parte

1. Na escala que se segue, assinale com um círculo o número que melhor indicar o nível de "stresse" que sente geralmente no exercício da sua atividade profissional.

2ª Parte

2. Apresentam-se seguidamente várias fontes potencialmente geradoras de stresse na sua atividade profissional. Por favor, assinale com um círculo o número que melhor indica o nível de stresse/pressão gerado por cada potencial fonte ou factor no exercício da sua atividade profissional (0=Nenhum Stresse; 4=Elevado Stresse).

Se alguma das situações referidas não se aplicar ao seu caso particular, por favor não responda a essa questão, deixando-a "em branco". Tenha igualmente em consideração o facto de neste questionário o termo "clientes" ser utilizado para identificar as pessoas a quem presta os seus serviços, cuidados, tratamentos ou instrução. Nas suas respostas pense nessas pessoas como "clientes" do serviço que presta, mesmo que possa usar outro termo no seu trabalho.

	Nenhum Stresse				**Elevado Stresse**
1. Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes	0	1	2	3	4
2. O favoritismo e/ou discriminação "encobertos" no meu local de trabalho	0	1	2	3	4
3. A falta de perspetivas de desenvolvimento na carreira	0	1	2	3	4
4. Trabalhar muitas horas seguidas	0	1	2	3	4
5. Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares	0	1	2	3	4
6. Falar ou fazer apresentações em público	0	1	2	3	4
7. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores	0	1	2	3	4
8. Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os clientes esperam de mim	0	1	2	3	4
9. O ambiente e "clima" existentes no meu local de trabalho	0	1	2	3	4
10. Falta de possibilidades de progressão na carreira	0	1	2	3	4
11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou familiar	0	1	2	3	4
12. O excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático	0	1	2	3	4

13. Receber um salário baixo	0 1 2 3 4
14. Gerir problemas graves dos meus clientes	0 1 2 3 4
15. Os conflitos interpessoais com outros colegas	0 1 2 3 4
16. Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais	0 1 2 3 4
17. Viver com os recursos financeiros de que disponho	0 1 2 3 4
18. Preparar ações de formação para realizar no meu local de trabalho	0 1 2 3 4
19. A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos)	0 1 2 3 4
20. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes	0 1 2 3 4
21. Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho	0 1 2 3 4
22. A sobrecarga ou excesso de trabalho	0 1 2 3 4
23. Salário inadequado/insuficiente	0 1 2 3 4
24. Realizar atividades de formação sob a minha responsabilidade	0 1 2 3 4
25. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc.)	0 1 2 3 4

IV-Parte

G- Grelha de Registo da Verificação da Cirurgia Segura

Neste Grupo assinale com uma cruz (X), o que considera realmente que se passa no seu serviço. Responda com sinceridade.

Antes da indução anestésica:	Sim	Não
1-É confirmado com o doente a sua identidade, o local, o procedimento e se deu consentimento?		
2-É feita a marcação do local da cirurgia com o doente acordado?		

3-É verificado o equipamento da anestesia e medicação antes do início da cirurgia?		
4-É verificado se a colocação do oxímetro está correta e em funcionamento?		
5- É confirmado se o doente alergias?		
6-É confirmado pelo/a médico/a anestesista se o doente tem uma via aérea difícil ou risco de aspiração?		
7- É avaliado o risco perda de sangue> 500ml (7ml/kg em crianças).		
7.1- Se sim, são estabelecidos 2 acessos IV/Central e administração de fluídos planeada, e tipagem e sangue disponível?		
Antes da incisão da pele:		
8-É confirmada a presença de toda a equipa cirúrgica antes do início da cirurgia?		
9-É confirmado novamente o nome do doente, o procedimento e o local cirúrgico?		
10-É confirmado se a profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?		
11- É confirmado se foi efectuada profilaxia tromboembólica?		
12-O cirurgião costuma referir quais os passos críticos fora da rotina, qual o tempo estimado para o procedimento e qual a perda de sangue prevista (se for o caso)?		
13-O anestesista costuma referir se tem alguma preocupação com o doente, derivado com a sua saúde e procedimento?		
14-Os enfermeiros costumam verificar a esterilização do material e o funcionamento dos equipamentos a serem utilizados no procedimento?		
15- Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros?		
Antes de o doente sair da sala:		
16-É confirmado pelo enfermeiro, se possível em voz alta, o nome do procedimento, contagem de instrumentos, o numero de		

compressas utilizadas e os corta perfurantes?		
17-São verificados se todos os produtos biológicos ou outros estão devidamente rotulados e identificados?		
18-É confirmado se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver?		
18-É fornecida pelo cirurgião, anestesista e enfermeiro à equipa do recobro toda a informação relevante, assim como principais preocupações/necessidades do doente?		

Grupo VII- Grelha de Registo

Neste Grupo assinale com uma cruz (X), o que considera realmente que se passa no seu serviço. Responda com sinceridade.

Antes da indução anestésica:	Sim	Não
1-É confirmado com o doente a sua identidade, o local, o procedimento e se deu consentimento?		
2-É feita a marcação do local da cirurgia com o doente acordado?		
3-É verificado o equipamento da anestesia e medicação antes do inicio da cirurgia?		
4-É verificado se a colocação do oxímetro está correta e em funcionamento?		
5-É confirmado pelo/a médico/a anestesista se o doente tem uma via aérea difícil ou risco de aspiração?		
Antes da incisão da pele:		
6-É confirmada toda a equipa cirúrgica antes do início da cirurgia?		
7-É confirmado novamente o nome do doente, o procedimento e o local cirúrgico?		
8-É realizado algum tipo de profilaxia antibiótica e anti trombótica?		
9-O cirurgião costuma referir quais os passos críticos da rotina, qual o tempo estimado para o procedimento, e quando sangue pode o doente perder durante o procedimento (se for o caso)?		
10-O anestesista costuma referir se tem alguma preocupação com o doente, derivado com a sua saúde e procedimento?		
11-Os enfermeiros costumam verificar a esterilização do material e o funcionamento dos equipamentos a serem utilizados no procedimento?		
12-Todos os exames necessários ao procedimento estão visíveis e de fácil acesso?		
Antes de o doente sair da sala:		
13-É confirmado pelo enfermeiro, se possível em voz alta, o nome		

do procedimento, contagem de instrumentos, o numero de compressas utilizadas e os corta perfurantes?		
14-São verificados se todos os produtos biológicos ou outros estão devidamente rotulados e identificados?		
15-É confirmado o estado dos equipamentos no final da cirurgia?		
16-É fornecida toda a informação relevante, assim como principais preocupações/necessidades do doente, pelo cirurgião, anestesista e enfermeiro à equipa do recobro		

APÊNDICE D

Pedido e autorização da Comissão de Ética do Hospital A para aplicação do questionário

Exmo. Sr.
Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

Lígia Andreia da Silva Soares, Enfermeira do Serviço de Cirurgia de Ambulatório de Oftalmologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., com a cédula Profissional 4-E-61182, encontrando-se a realizar a Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, sob a orientação dos Professores Doutores Elsa Maria Oliveira Pinheiro de Melo e Vítor Manuel Costa Pereira Rodrigues, vem por este meio solicitar a V. Ex.ª que se digne a autorizar a aplicação de um questionário aos Médicos e Enfermeiros que trabalham no Bloco Operatório Central e Bloco Operatório de Ambulatório desta instituição (Unidade de Penafiel e Amarante).

Este instrumento de recolha de dados tem como objetivo a recolha de informações que servirão de referência à minha Dissertação de Mestrado, subordinada ao tema: " Avaliação do stress nos Profissionais de saúde em Bloco Operatório".

Os participantes do estudo poderão desistir do preenchimento do questionário a qualquer momentos e os dados recolhidos serão confidenciais e utilizados apenas para o estudo em questão. Qualquer encargo económico na elaboração e distribuição do questionário será da responsabilidade do mestrando.

Pede deferimento,

Atenciosamente

Penafiel, ____/Novembro/2013

(Lígia Andreia da Silva Soares)

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

Ex. ma Senhora
Lígia Andreia Silva Soares
Rua de Santa Luzia, nº 62
4560-530 Penafiel

Correio Normal

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		N.º Proc.	31-10-2013

ASSUNTO: Investigação

Ex . ma Senhora,

Acusamos a recepção do seu pedido para investigação, sobre o tema "**Avaliação do stress nos profissionais de saúde no bloco operatório** ".

Após apreciação pela Comissão de Ética deste Centro Hospitalar, temos o prazer de informar a autorização do estudo proposto. Mas, dadas as particularidades dos questionários, incluindo identificação da instituição onde são aplicados, o conhecimento desses dados pode por em questão o correto cumprimento das normas da " cirurgia segura" no hospital, **pelo que sugerimos que não seja identificada a instituição em que decorre o estudo**.

A investigadora deverá entregar cópia dos resultados do seu trabalho, conforme a Norma de Investigação Clínica do CHTS.

Com os melhores cumprimentos,

O Vogal Executivo do
Conselho de Administração,

Enf. Luciano Monteiro
(Enfermeiro - Diretor

FP

CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA, E.P.E.
LUGAR DO TAPADINHO | 4564-007 GUILHUFE PENAFIEL
T. 914 206 149 | F. 255 714 575 | E. sfap@hparmerico.min-saude.pt

APÊNDICE E

Pedido e autorização da Comissão de Ética do Hospital B para aplicação do questionário

Exmo. Senhor

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do

Centro Hospitalar de S. João – EPE

Assunto: *Pedido de apreciação e parecer para estudo/projecto de investigação*

Nome do Investigador Principal: Lígia Andreia da Silva Soares

Título do projecto de investigação: Avaliação do Stress nos Profissionais de Saúde em Bloco Operatório

Pretendendo realizar no Serviço de Bloco Central do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, a sua apreciação e a elaboração do respectivo parecer.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier dessa Comissão respeitante a estudos/projectos de investigação.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, ____ / Novembro / 2013

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

_____

24-1-2014
Parei conhecimento.
Nada a opor.
Peço aos investigadores cópia do trabalho final para informação do Serviço de Saúde Ocupacional do CHSJ.

SÃO JOÃO
HOSPITAL

Exma. Sra.
Dra. Margarida Tavares
Directora Clínica do Centro Hospitalar de São João

Centro Hospitalar São João
Centro de Investigação
Prof. Dra. Ana Azevedo
Coordenadora CIC

Assunto: Projecto submetido à Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João

"*Avaliação do Stress nos profissionais de saúde em Bloco Operatório*" – **Enf.ª Lígia Andreia da Silva Soares** - ***Proj. 302/13***

Junto envio a V. Exa. para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 7 de Janeiro de 2014

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

AUTORIZADO
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO REUNIÃO DE 30 JAN 2014
Presidente do Conselho de Administração
(Prof. Doutor António Ferreira)

Directora Clínica	Enfermeira Directora	Vogal Executivo	Vogal Executivo
(Dra. Margarida Tavares)	(Enfermeira Eurídice Portela)	(Dr. João Oliveira)	(Dr. Amaro Ferreira)

Comissão de Ética para a Saúde do Centro HSJ
Parecer

Projeto de Investigação: "Avaliação do Stress nos Profissionais de Saúde em Bloco Operatório".

Investigador: Enfª Lígia Andreia da Silva Soares.

A investigadora delineou os seguintes **objetivos**:

- Conhecer quais os factores geradores de stress nos médicos e enfermeiros que trabalham no BO;

Conceção e pertinência do estudo:

O estudo é realizado no âmbito do Mestrado em Gestão de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, sob orientação do Professor Doutor Vitor Manuel Costa Pereira Rodrigues e Coorientação da Prof.ª Doutora Elsa Melo. (Declarações anexas).

É um estudo de tipo descritivo, exploratório e transversal, de natureza quantitativa, cuja população alvo é constituída por médicos e enfermeiros que trabalham no BO Central.

O estudo vai ser desenvolvido no Serviço de Bloco Operatório Central do Centro Hospitalar de São João – EPE, para o qual dispõe de autorização do Exmo. Diretor de Serviço Prof. Doutor Silvestre Carneiro e Senhora Enfª Chefe Graça Rente (declarações anexas).

Prevê para a colheita de dados a utilização de um questionário, de auto preenchimento, dividido em quatro partes (anexo):
I-Parte Dados Sociodemográficos;
II Parte: Escala de Relações Interpessoais no trabalho (ERIT);
III Parte: Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS);
IV Parte: Grelha de Registo da verificação de cirurgia segura.

Os procedimentos éticos inerentes ao tipo de estudo estão acautelados.
O estudo está delineado em concordância com os objetivos do mesmo.

Benefício / Risco:
Para os participantes não existem benefícios imediatos nem apresenta qualquer risco para o participante, apenas o incómodo relacionado com o tempo para responder ao questionário.
Respeito pela liberdade e autonomia:
Está salvaguardada pelo Modelo de Consentimento Informado da investigadora.
Confidencialidade dos dados:
A proposta apresentada pela investigadora garante a confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes.
Indemnização por danos
Não aplicável
Continuação do tratamento
Não aplicável.
Propriedade dos dados:
Não aplicável.
Conclusão:
De acordo com a análise efetuada, propõe-se à CES do Centro Hospitalar do São João, um parecer favorável à realização do estudo.

Porto, 22 de Novembro de 2013

O relator,

Teresa Guerreiro

7. SEGURO

a. *Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?*

SIM ☐ (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)
NÃO ☐
NÃO APLICÁVEL ☒

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Lígia Andreia da Silva Soares, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 1 / Novembro / 2013

Lígia Andreia da Silva Soares
O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO

A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.

2013.11.22

Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

VI

APÊNDICE F

Ministerio da Saúde - Portaria 82/2014

Secretaria-Geral

Declaração de Retificação n.º 24/2014

Nos termos das disposições da alínea *h*) do n.º 1 do artigo 4.º e do artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 4/2012, de 16 de janeiro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 41/2013, de 21 de março, declara-se que o Decreto Regulamentar Regional n.º 3/2014/M, de 3 de março, publicado no *Diário da República,* 1.ª série, n.º 43, de 3 de março de 2014, saiu com a seguinte inexatidão que, mediante declaração da entidade emitente, assim se retifica:

No título, onde se lê:

«PROJETO DE DECRETO REGULAMENTAR REGIONAL»

deve ler-se:

«DECRETO REGULAMENTAR REGIONAL»

Secretaria-Geral, 3 de abril de 2014. — A Secretária-Geral Adjunta, *Catarina Maria Romão Gonçalves*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Portaria n.º 82/2014

de 10 de abril

A Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1946, veio estabelecer a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde então existentes, tendo recorrido ao critério geográfico - área geográfica de influência - para determinar a definição da tipologia de cada unidade hospitalar e o tipo de assistência hospitalar a assegurar em cada um dos níveis de hospitais.

Posteriormente, o Estatuto Hospitalar, aprovado pelo Decreto n.º 48357, de 27 de abril de 1968, estabelece os princípios orientadores da organização hospitalar, tendo-lhe conferido uma diferente categorização face ao diploma de 1946. Em concreto, o artigo 5.º do Estatuto Hospitalar previa a existência de i) hospitais gerais e especializados, ii) centros médicos especializados, iii) centros de reabilitação, iv) hospitais de convalescentes e de internamento prolongado e v) postos de consulta e de socorro. Já o artigo 7.º do mesmo diploma, referia que tais estabelecimentos e serviços poderiam ser centrais, regionais ou sub-regionais, conforme a área territorial em cuja assistência médica assumiriam a responsabilidade da prestação de cuidados.

Juntamente com o Estatuto Hospitalar foi aprovado pelo Decreto n.º 48358, de 27 de abril de 1968, o Regulamento Geral dos Hospitais, que veio estabelecer a organização e o funcionamento dos hospitais gerais e, nos casos expressamente previstos, os hospitais especializados. Estes diplomas estabeleciam uma classificação dos hospitais assente numa estrutura hierárquica, definida com base num critério geográfico, ainda que atendesse igualmente a dimensão do hospital, em termos de capacidade de internamento, e com três níveis diferentes de prestação de cuidados hospitalares.

Após a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, mais concretamente em 1986, assistiu-se a uma evolução na organização hospitalar com a publicação dos Despachos da Ministra da Saúde n.º 10/86, de 5 de maio, n.º 23/86, de 16 de julh n.º 32/86, de 5 de setembro, e n.º 36/86, de 5 de setembr que anunciavam o estabelecimento de uma Carta Hosp talar Portuguesa e os seus princípios orientadores.

A Carta Hospitalar nunca veio a ser integralmente impl mentada, contudo, os conceitos então desenvolvidos fora seguidos no Estatuto do SNS (de 1993), que determina qu as instituições e os serviços integrados no SNS «[...] cla sificam-se segundo a natureza das suas responsabilidad e o quadro das valências efetivamente exercidas».

Já na primeira década deste século, o Despach n.º 727/2007, de 15 de janeiro, que alterou o Despa cho n.º 18459/2006, de 12 de setembro, e o Despach n.º 5414/2008, de 28 de janeiro, definem e classificam serviços de urgência que constituem os pontos da Rede d Referenciação de Urgência/Emergência, estabelecendo existência de uma rede articulada de serviços de urgênc com três níveis de hierarquização (urgência polivalente, u gência médico-cirúrgica, urgência básica) correspondent a capacidades diferenciadas de resposta para necessidad distintas, evitando, assim, encaminhamentos sucessivos d doente urgente/emergente.

A necessidade de garantir a obtenção de resultados e saúde exige uma qualificação do parque hospitalar e seu planeamento estratégico. Neste contexto, a categor zação dos diferentes hospitais e a definição da respetiv carteira de valências afirmam-se como instrumentais a alinhamento dos diferentes atores no planeamento e op racionalização da oferta de cuidados de saúde hospitalare devendo, pois, obedecer a um sistema de classificaçã compreensível, assentar numa base populacional, em linh com a área de influência direta e indireta, e ter em cons deração as necessidades em saúde, garantindo-se, assin a proximidade, complementaridade e hierarquização d rede hospitalar.

Neste sentido, e refletindo os diversos contribut dos estudos e trabalhos realizados entre 2011 e 201 pela Administração Central do Sistema de Saúde, I Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, Entidad Reguladora da Saúde e Administrações Regionais d Saúde, a presente portaria visa classificar as institu ções hospitalares e serviços do SNS. Importa dar not que a presente portaria assenta, primordialmente, e critérios de base populacional e complementaridade d rede hospitalar para a prestação de cuidados de saúd de elevada qualidade e proximidade. Neste sentido, diferentes grupos de hospitais distinguem-se entre pela complexidade da resposta oferecida à população servida, garantindo proximidade e hierarquização d prestação de cuidados. As instituições classificadas n Grupo I apresentam exclusivamente uma área influ ência direta. As instituições pertencentes ao Grupo apresentam uma área de influência direta e uma áre de influência indireta, correspondente à área de influ ência direta das instituições do Grupo I. Por sua ve as instituições classificadas no Grupo III apresenta uma área de influência direta, oferecendo cuidados populações pertencentes às áreas de influência dire dos estabelecimentos classificados nos Grupos I e I Os hospitais do Grupo IV correspondem a hospita especializados. Paralelamente, serão desenvolvidos m canismos de liberdade de escolha informada de acord com critérios de acesso e qualidade, sem contudo colo em causa a presente categorização da oferta de cuidad hospitalares.

Assim:

Ao abrigo do artigo 12.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, manda o Governo, pelo Secretário de Estado da Saúde, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

A presente portaria tem por objeto estabelecer os critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, e o seu posicionamento da rede hospitalar e proceder à sua classificação.

Artigo 2.º

Classificação das instituições e serviços

1 — Os hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde classificam-se hierarquicamente segundo a natureza das suas responsabilidades e o quadro das valências efetivamente exercidas em quatro grupos, nos termos das alíneas seguintes:

a) O Grupo I obedece às seguintes características:

i. Área de influência direta para as valências existentes entre 75.000 e 500.000 habitantes, sem área de influência indireta;

ii. Valências médicas e cirúrgicas de, medicina interna, neurologia, pediatria médica, psiquiatria, cirurgia geral, ginecologia, ortopedia, anestesiologia, radiologia, patologia clínica, imunohemoterapia e medicina fisica e de reabilitação;

iii. Outras valências, nomeadamente, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, cardiologia gastrenterologia, hematologia clínica, oncologia médica, radioterapia, infecciologia, nefrologia, reumatologia e medicina nuclear são incluídas no Grupo I, de acordo com um mínimo de população servida e em função de mapas nacionais de referenciação e distribuição de especialidades médicas e cirúrgicas

iv. Não exerce as valências de genética médica, farmacologia clínica, imuno-alergologia, cardiologia pediátrica, cirurgia vascular, neurocirurgia, cirurgia plástica, reconstrutiva e estética, cirurgia cardiotorácica, cirurgia maxilofacial, cirurgia pediátrica, e neuroradiologia.

b) O Grupo II obedece às seguintes características:

i. Área de influência direta e indireta para as suas valências;

ii. Valências médicas e cirúrgicas do Grupo I, acrescido das valências de oftalmologia, pneumologia, cardiologia, reumatologia, gastrenterologia, nefrologia, hematologia clínica, infecciologia, oncologia médica, neonatologia, imuno-alergologia, ginecologia/obstetrícia, dermato-venerologia, otorrinolaringologia, urologia, cirurgia vascular, neurocirurgia, anatomia patológica, medicina nuclear e neurorradiologia;

iii. Restantes valências são definidas de acordo com um mínimo de população servida e em função de mapas nacionais de referenciação e distribuição de especialidades médicas e cirúrgicas;

iv. Não exerce as valências de farmacologia clínica genética médica, cardiologia pediátrica, cirurgia cardio torácica e cirurgia pediátrica;

c) O Grupo III obedece às seguintes características

i. Área de influência direta e indireta para as suas va lências;

ii. Abrange todas as especialidades médicas e cirúrgicas sendo que as áreas de maior diferenciação e subespeciali zação estão sujeitas a autorização do membro do Govern responsável pela área da saúde, sob proposta da Adminis tração Central do Sistema de Saúde, IP.;

d) O Grupo IV corresponde aos hospitais especializados nas áreas de:

i. Oncologia, Grupo IV- a;

ii. Medicina Física e Reabilitação, Grupo IV -b;

iii. Psiquiatria e Saúde Mental, Grupo IV -c.

2 — A lista de instituições por grupo de classificaçã consta no Anexo à presente Portaria e dela faz parte in tegrante.

3 — Para efeitos do disposto no n.º 1, a área de influênci indireta considera a área de influência direta dos hospitai que referenciam utentes para o hospital em causa.

4 — Para efeitos do disposto nos pontos *iii* das alí neas *a)* e *b)* do n.º 1, a relação mínima entre população oferta de valências é proposta pela Administração Centra do Sistema de Saúde, IP. e submetida para aprovação d membro do Governo responsável pela área da saúde, at 30 de setembro de 2014.

5 — Para as valências que vierem a ser definidas d acordo com o previsto nos pontos *ii* das alíneas a) e b) nos pontos *iii* das alíneas b) e c) do nº 1, as instituiçõe deverão prosseguir um modelo de organização em qu haja a preferência para a agregação de especialidades em serviços ou departamentos de medicina interna ou cirurgi geral.

6 — Por despacho do membro do governo responsáve pela área da saúde, sob proposta da Administração Centra do Sistema de Saúde, IP., as valências de cada instituiçã podem assumir áreas de influência direta e indiretas supe riores ou inferiores às da própria instituição.

7 — Atendendo às especificidades dos hospitais em regime de Parceria Público-Privada (PPP), a carteira d valências é definida através dos respetivos contratos d gestão.

8 — As instituições do SNS que não constam da lista em anexo à presente portaria e os estabelecimentos de saúd em regime de Acordo de Cooperação com o SNS, poder ser classificados num dos grupos previsto no n.º 1 ou pelas suas características, ser qualificadas singularmente mediante despacho do membro do governo responsáve pela área da saúde, sob proposta da Administração Centra do Sistema de Saúde, IP.

Artigo 3.º

Partilha e complementaridade de recursos da rede hospitalar

1 — As instituições do grupo I estabelecem relaçõe de referenciação com instituições do grupo II e grupo II para as áreas em que não tenham capacidade técnica o recursos disponíveis.

2 — As instituições do grupo II estabelecem relações de referenciação com instituições do grupo III para as áreas em que não tenham capacidade técnica ou recursos disponíveis.

3 — Para garantir a complementaridade e proximidade de cuidados, as instituições do grupo I e II podem propor a celebração de acordos com instituições de outros grupos mais diferenciados para a prestação de cuidados de saúde no âmbito das valências não disponíveis, com recurso aos mecanismos de mobilidade legalmente previstos, mediante prévia autorização da Administração Central do Sistema de Saúde, IP. e após parecer da Administração Regional de Saúde respetiva.

4 — Cada instituição estabelece com os prestadores de cuidados de saúde primários e cuidados continuados integrados da sua área de influência direta mecanismos para a efetiva coordenação e continuidade das prestações de cuidados de saúde à população servida.

Artigo 4.º

Disposições finais e transitórias

1 —As instituições hospitalares e as respetivas Administrações Regionais de Saúde operacionalizam o cumprimento da presente portaria, até 31 de dezembro de 2015.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior:

a) A abertura de valências a que se referem os pontos *iii* das alíneas *a) e b)* do n.º 1 ausentes da carteira de cada instituição ocorrerá sempre que exista disponibilidade de recursos humanos e desde que seja garantido o equilíbrio económico e financeiro da instituição;

b) O ajustamento de valências ocorre de uma forma faseada, com recurso aos mecanismos de mobilidade legalmente previstos, salvaguardando-se o acesso equitativo aos cuidados de saúde hospitalares do SNS.

c) Caso se verifique a existência de instituições hospitalares ou serviços do SNS com áreas de influência direta superiores a 500.000 habitantes, a respetiva Administração Regional de Saúde propõe a revisão das áreas de influência da respetiva região ao membro do governo responsável pela área da saúde, até 30 dias após a publicação da presente portaria.

O Secretário de Estado da Saúde, *Manuel Ferreira Teixeira,* em 28 de março de 2014.

ANEXO

Região	Instituições	GRUPOS
Alentejo	Unidade Local de Saúde Norte Alentejo, EPE	I
Alentejo	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	I
Alentejo	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	I
Centro. . .	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	I
Centro. . .	Centro Hospitalar de Leiria, EPE.	I
Centro. . .	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	I
Centro. . .	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	I
Centro. . .	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	I
Centro. . .	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	I
LVT	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	I
LVT	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	I
LVT	Centro Hospitalar do Oeste	I
LVT	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	I
LVT	Hospital de Cascais, PPP	I
LVT	Hospital de Loures, PPP.	I
LVT	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	I
LVT	Hospital Distrital de Santarém, EPE	I
LVT	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	I
Norte . . .	Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	I
Norte . . .	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	I
Norte . . .	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE . .	I
Norte . . .	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE.	I
Norte . . .	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE.	I
Norte . . .	Hospital Santa Maria Maior, EPE	I
Norte . . .	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	I
Norte . . .	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	I
Norte . . .	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE. . . .	I
Alentejo	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	II
Algarve	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	II
Centro. . .	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	II
LVT	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE. . .	II
LVT	Hospital Garcia de Orta, EPE	II
Norte . . .	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE.	II
Norte . . .	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	II
Norte . . .	Hospital de Braga, PPP	II
Centro. . .	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	III
LVT	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	III
LVT	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	III
Norte . . .	Centro Hospitalar de São João, EPE	III
Norte . . .	Centro Hospitalar Porto, EPE	III
Centro. . .	Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil, E.P.E.	IV-a
LVT	Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E.P.E..	IV-a
Norte . . .	Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E..	IV-a
Algarve	Centro de Medicina Física de Reabilitação do Sul	IV-b
Centro. . .	Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais.	IV-b
Norte . . .	Centro de Reabilitação do Norte	IV-b
LVT	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	IV-c
Norte . . .	Hospital Magalhães de Lemos, E.P.E.	IV-c

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

Assembleia Legislativa

Decreto Legislativo Regional n.º 2/2014/M

Aprova o Plano de Desenvolvimento Económico e Social Regional para o período 2014-2020 designado «Compromisso Madeira@2020»

As políticas da Região Autónoma da Madeira (RAM) têm beneficiado do Referencial de orientação do Plano Estratégico do Desenvolvimento Económico e Social (PDES), 2007-2013.

As perspetivas de desenvolvimento desenhadas nesse Documento sofreram o embate da crise macroeconómica e financeira internacional e com efeitos que atingiram profundamente as atividades da especialização económica regional cujo crescimento beneficiara de uma ligação virtuosa e prolongada entre infraestruturas-construção imobiliária-turismo.

As tendências persistentes de recessão económica (quebra de atividades e dos níveis de emprego, com inversão mais recente da tendência dos indicadores de rendimento *per capita* da Região), viriam a acentuar-se com o quadro de restrições orçamentais decorrente das condições impostas pelo *Memorandum* de Entendimento entre Portugal e o Fundo Monetário Internacional (FMI)/ Banco Central Europeu(BCE)/Comissão Europeia e pelo