

UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Stress Ocupacional, bem-estar e estratégias de coping em Enfermeiros

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia do
Trabalho e das Organizações**.

Carina Sofia Magalhães Lobo

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

DEZEMBRO 2021



CATOLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Stress ocupacional, bem-estar e estratégias de coping em Enfermeiros

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia do
Trabalho e das Organizações**.

Carina Sofia Magalhães Lobo

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Sílvia Pereira
Lopes**

Resumo

Sendo que a preocupação referente ao assunto de *stress* entre enfermeiros, é cada vez maior uma vez que as características do trabalho são por si só geradoras de desconforto, muitos destes profissionais acabam por desenvolver reações agudas e/ou crónicas, podendo desencadear sentimentos de fracasso e exaustão profissional, causados por um excessivo desgaste de energia e de recursos, ou seja, a síndrome de *burnout*, que é expressa como o estágio mais avançado do *stress*. Adicionalmente, o *stress* ocupacional aumentado poderá ter repercussões positivas no *engagement*.

Assim sendo, este estudo pretende explorar a relação entre o *stress* ocupacional, o *engagement* e o *burnout* em enfermeiros, assim como as estratégias de *coping* utilizadas por estes profissionais na gestão do *stress*.

Esta investigação engloba um estudo de natureza transversal e um estudo de natureza longitudinal com 269 e 97 enfermeiros(as), respetivamente. Os resultados destes dois estudos revelaram que as estratégias de *coping*, para lidar com o *stress* ocupacional, funcionam como variáveis mediadoras e dependendo da forma como são empregues podem resultar no *engagement* com o trabalho ou em exaustão ou cinismo, associados ao *burnout*.

Palavras-chaves: *Stress; burnout; engagement; estratégias de coping; enfermagem*

Abstract

The concern regarding the matter of stress among nurses has been increasing, due to labor features which leads to discomfort, consequently a lot these professionals end up developing chronic reactions that may reflect feeling of failing and professional exhaustion, caused by an excessive loss of energy and resources, that leads to burnout disorder, which is the highest condition of stress. Although, work related stress could have positive consequences in engagement.

Thus, this study has the goal to explore the relation between work related stress, engagement and burnout, between nurses, in addition it also analyses the coping strategies used to manage the stress.

The present investigation includes a cross-section study and a longitudinal study, each one with 269 e 97 nurses, respectively. The results of both studies reveal that coping mechanisms, to deal with occupational stress behave as moderator's variables and depending on the way that those are used could result in work engagement or exhaustion or cynicism, which are associated to burnout.

Keywords: Stress; burnout; engagement; coping mechanisms; nurse.

Índice

1. Introdução.....	9
2. Revisão da Literatura	10
2.1. <i>Stress</i> Ocupacional.....	10
2.2. Síndrome de <i>Burnout</i>	13
2.3. <i>Work Engagement</i>	14
2.4. Estratégias de <i>coping</i>	15
3. Metodologia	18
3.1. Desenho do estudo	18
3.1.1. Objetivos	18
3.1.2. Hipóteses e Questões de investigação.....	18
3.2. Participantes e amostra	19
3.3. Instrumentos	21
3.3.1. Questionário sociodemográfico	22
3.3.2. Escala de percepção de <i>stress</i> de Pais Ribeiro.....	22
3.3.3. Inventário de <i>burnout</i> de Maslach	22
3.3.4. Escala de <i>engagement</i> no trabalho de Utrecht	22
3.3.5. Escala de estratégias de <i>coping</i>	23
4. Resultados	24
4.1. Análise Fatorial Exploratória da Escala de Percepção de Stress.....	24
4.1.1. Alfa de <i>Cronbach</i> da Escala de Percepção de <i>Stress</i>	25
4.2. Análise Fatorial Exploratória das Estratégias de <i>Coping</i>	25
4.2.1. Alfa de <i>Cronbach</i> da Escala de Estratégias de <i>Coping</i>	27
4.3. Análise Fatorial Exploratória do Inventário de <i>burnout</i> de Maslach e Utrecht <i>Work Engagement Scale</i>	29
4.3.1. Alfa de <i>Cronbach</i> do <i>Engagement</i>	30
4.3.2. Alfa de <i>Cronbach</i> do <i>Burnout</i>	31
4.4. Análise da Desistência no segundo momento do estudo	32
4.5. Análise Transversal.....	34
4.5.1. Análise Descritiva: Valores médios e Correlações	34
4.5.2. Teste de hipóteses	40
4.6. Análise longitudinal	43
5. Discussão de Resultados.....	44
6. Conclusão.....	49
7. Referências Bibliográficas	50

8.	Anexos	54
8.1.	Pedido de autorização para realização do estudo de investigação	55
8.2.	Consentimento Informado.....	56
8.3.	Questionário sociodemográfico	57
8.4.	Escala de Perceção de Stress	59
8.5.	Inventário de <i>burnout</i> de Maslach e Utrecht <i>Work Engagement Scale</i>.....	60
8.6.	<i>Coping job scale</i>.....	61

Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1: Caracterização da Amostra (T1: n=269, T2: n=97).....	20
Tabela 2: Itens incluídos na 1ª AFE.....	24
Tabela 3: Itens Retidos, após 2ª AFE.....	25
Tabela 4: Alfa de <i>Cronbach</i> da Escala de Stress no primeiro momento do estudo.....	25
Tabela 5: Alfa de <i>Cronbach</i> da Escala de Stress no segundo momento do estudo.....	25
Tabela 6: Itens retidos, após 2ª AFE.....	27
Tabela 7: Alfa de <i>Cronbach</i> da Escala de <i>Coping</i> no primeiro momento do estudo.....	28
Tabela 8: Alfa de <i>Cronbach</i> da Escala de <i>Coping</i> no segundo momento do estudo.....	28
Tabela 9: AFE <i>Engagement</i>	29
Tabela 10: AFE <i>Burnout</i>	30
Tabela 11: Alfa de <i>Cronbach</i> do <i>Engagement</i> no primeiro momento do estudo.....	30
Tabela 12: Alfa de <i>Cronbach</i> do <i>Engagement</i> no segundo momento do estudo.....	30
Tabela 13: Alfa de <i>Cronbach</i> do <i>Burnout</i> no primeiro momento do estudo.....	31
Tabela 14: Alfa de <i>Cronbach</i> do <i>Burnout</i> no segundo momento do estudo.....	31
Tabela 15: Diferenças entre os enfermeiros que responderam uma vez ao questionário e os que responderam duas vezes, face ao nível de <i>stress</i> percebido.....	32
Tabela 16: Diferenças entre os enfermeiros que responderam uma vez ao questionário e os que responderam duas vezes, face às nove estratégias de <i>coping</i>	33
Tabela 17: Diferenças entre os enfermeiros que responderam uma vez ao questionário e os que responderam duas vezes, face ao <i>engagement</i> e <i>burnout</i> (exaustão e cinismo).....	34
Tabela 18: Valores médios e matriz de correlações entre as variáveis em estudo.....	39
Figura 1: Resultado da Análise das relações entre o <i>stress</i> e o <i>engagement</i> com as variáveis mediadoras.....	41
Figura 2: Resultado da Análise das relações entre o <i>stress</i> e a exaustão com as variáveis mediadoras.....	42

Figura 3: Resultado da Análise das relações entre o *stress* e o cinismo com as variáveis mediadoras.....42

Tabela 19: Resultados relativos ao Teste T para Amostras Emparelhadas.....43

1. Introdução

O trabalho é essencial para a sobrevivência, emancipação e realização pessoal do indivíduo. Sendo que o contexto social onde se realiza envolve uma constante atualização de informação, exigindo uma adaptação às mudanças aumentando o desgaste emocional, físico e psicológico dos profissionais que mantêm a nossa sociedade ativa. Neste sentido, devido à sobrecarga que a experiência laboral acarreta, o nível de *stress* aumenta podendo causar comportamentos incomuns e disfuncionais, comprometendo a saúde física e mental dos colaboradores (Lopes, 2017).

Assim sendo, uma consequência do incômodo das situações profissionais é o *stress* ocupacional que apresenta resultados negativos com impacto na realização, no desinteresse, na desmotivação, exaustão emocional e física. Assim, este impacto conjunto pode dar origem a problemas individuais e institucionais. Ao nível dos problemas individuais podemos reforçar o *burnout*, a depressão, a insatisfação profissional e a fadiga relativamente ao trabalho (Clever, 2002).

Deste modo, como resposta positiva ao *stress* ocupacional e ao *burnout* existem um conjunto de estratégias a um nível individual que podem ser aplicadas de forma a promover uma adaptação positiva. Porém, existem tanto estratégias positivas como negativas para lidar com o *stress* (Lazarus & Folkman, 1984).

Uma vez que os enfermeiros ocupam o topo das profissões geradoras de *stress* (Vaz Serra, 2002), neste estudo é analisada a experiência de *stress* ocupacional nos enfermeiros bem como a experiência de *burnout* e as estratégias para lidar com *stress*. Neste sentido, o interesse pelo estudo do *stress* nestes profissionais é justificado pela natureza dos serviços que prestam. Propondo, assim, desta forma contribuir para uma melhoria do conhecimento acerca do *stress* ocupacional numa amostra constituída por enfermeiros.

Sendo que associado ao mundo laboral surge o *engagement*, é importante destacar esta variável e perceber em que medida se relaciona com o *stress* ocupacional bem como, em última instância, com o *burnout*.

2. Revisão da Literatura

O *stress* exagerado experienciado pelos trabalhadores tem sido fortemente associado ao aparecimento de doenças e dano da saúde mental, interferindo na sua capacidade para o trabalho, produtividade, bem-estar e qualidade de vida. Apresentando, assim uma vasta investigação por parte da comunidade científica ao nível da sua conceptualização, avaliação e intervenção (Trigo, Teng & Hallak, 2007).

Segundo Lazarus (1966), o *stress* ocorre quando as exigências percebidas pelo sujeito são excessivas ou parecem exceder as suas capacidades de adaptação. Este não se resume apenas a um estímulo seguido por uma resposta, mas sim ao resultado de uma variedade de processos psicológicos intermediários (Folkamn & Lazarus, 1980). Deste modo, o *stress* torna-se, por fim, o resultado de um processo complexo, influenciado por agentes *stressores* com consequências fisiológicas, psicológicas, emocionais e comportamentais, prejudicando um adequado bem-estar psico-socio-emocional dos indivíduos (Backé, Seidler, Latza, Rossnagel, & Schumann, 2012).

Assim sendo, o *stress* define-se como resultado da discrepância entre uma exigência biológica ou psicológica apresentada e a capacidade do indivíduo para lidar com a mesma (Burrows, 2004).

Os eventos ou fatores causadores de *stress* podem ser avaliados e classificados de formas distintas, já que características pessoais do sujeito parecem interferir com esta avaliação. A avaliação de uma situação como sendo potenciadora de *stress* depende largamente da forma como o indivíduo a experiêcia, como a interpreta e como responde de forma positiva ou negativa, a situações semelhantes, ou seja, como utiliza os seus recursos pessoais e ambientais (Kendall, Murphy, O'Neill, & Bursnall, 2000).

2.1. *Stress* Ocupacional

O *stress* ocupacional está associado a estados emocionais aversivos, negativos e/ou desagradáveis que os indivíduos experiêciam no seu local de trabalho. Neste sentido, o *stress* ocupacional é definido como sendo uma experiência emocionalmente desagradável e negativa, caracterizada por períodos de tensão, frustração, ansiedade, irritabilidade e depressão (Anderson, Ones, Sinangil, & Viswesvaran, 2001b).

Por conseguinte, o desmesurado *stress* ocupacional experiêciado pelos trabalhadores, está associado ao aparecimento de doenças físicas, tais como doenças

cardiovasculares, doenças musculares, e prejuízo da saúde mental, com o desenvolvimento de patologias como a depressão, ansiedade generalizada, *stress* pós-traumático e psicoses, entre outros, interferindo na sua capacidade para o trabalho, produtividade, bem-estar e qualidade de vida (Murta & Tróccoli, 2004; Wu, Chi, Chen, Wang, & Jin, 2010).

De uma forma geral, o *stress* ocupacional ocorre quando existe uma incompatibilidade entre o indivíduo e o meio laboral, isto é, quando o indivíduo avalia e percebe as exigências do meio laboral como excedendo a sua capacidade e recursos disponíveis para poder controlá-los, superá-los ou cooperar com eles. Isto, anteriormente mencionado, dá origem a um conjunto de respostas negativas que têm implicações diretas ao nível da saúde física e mental (Golubic, Milosevic, Knezevic, & Mustajbegovic, 2009).

Os prazos para a realização de tarefas, bem como os possíveis desentendimentos com os colegas e as ameaças de desemprego são exemplos de situações do contexto de trabalho que podem levar os indivíduos ao *stress* (Ladeira, 1996; Moraes, Kilimnik, & Ladeira, 1993). Estas situações, ao serem percebidas pelo indivíduo como uma ameaça às suas necessidades de realização pessoal e profissional, poderão vir a prejudicar a sua interação com as suas funções e o ambiente de trabalho, na medida em que este ambiente contém exigências excessivas, ou a própria pessoa não possui recursos adequados para enfrentar tais situações (Martins, Bonzatti, Vieira, Parra, e Silva, 2000; Santos, Kitzberger, Morais, Lopes, e Possamai, 2008). Desta forma, o tipo de trabalho e a forma como se percebe o próprio contexto laboral, pode provocar consequências a nível da saúde, da segurança e do desempenho (Wellens & Smith, 2006; Servino, 2010).

Já frente a situações consideradas *stressantes* são desenvolvidas, pelos indivíduos, formas habituais de lidar com o *stress* e estes estilos de *coping* podem influenciar a forma como os indivíduos reagem a novas situações (Antoniazzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998).

Deste modo, o indivíduo irá utilizar mecanismos psicológicos para reduzir o impacto dos *stressores* e retomar os seus níveis de equilíbrio. Tais mecanismos ou estratégias são processos cognitivos através dos quais os indivíduos gerem as exigências da relação pessoa e ambiente e as emoções que tais exigências desencadeiam (Grazziano & Bianchi, 2010; Silveira, Stumm, & Kirchner, 2009). Sendo assim possível considerar as estratégias *coping* como uma mais-valia para a maioria das pessoas, havendo, no entanto, alguma

evidência de que consequências negativas estão associadas com a utilização de estratégias de *coping* não adaptativas, tais como o beber e fumar, o evitamento e a supressão (Antoniazzi et al., 1998).

Em suma, além de proporcionar meios de subsistência, inserção social e independência financeira, o trabalho pode ser estruturado de forma *stressante* para o indivíduo, uma vez que o *stress* ocupacional acontece durante a interação das condições de trabalho com as características do trabalhador, em que o profissional se depara com situações que considera ameaçadoras à sua realização pessoal e profissional (Almeida, Costa, et al 2016).

Nesse sentido, torna-se relevante saber que fatores podem contribuir para o ajustamento das pessoas aos seus contextos de trabalho, particularmente naquelas atividades que parecem mais suscetíveis ao *stress* ocupacional. Dentre elas, a enfermagem que se encontra entre as profissões passíveis de desencadear uma forte pressão sobre os seus profissionais, uma vez que é caracterizada por situações geradoras de *stress* excessivo, como a necessidade de agir com prontidão e competência, o sofrimento e/ou perda do paciente, sobrecarga de trabalho, relações interpessoais, turnos rotativos e baixa remuneração (Almeida, Costa, et al 2016).

Ainda como componentes ameaçadores do ambiente ocupacional da categoria profissional de enfermagem é destacado o número reduzido de profissionais para fazer o atendimento em saúde, o excesso de atividades que executam e a falta de reconhecimento (Stacciarini & Tróccoli, 2001), além de o hospital ser reconhecido como um ambiente insalubre, penoso e perigoso (Elias & Navarro, 2006). Observa-se também a questão dos baixos salários que os obriga a ter mais de um emprego, resultando em longa e desgastante jornada mensal de trabalho (Murofurose, Abranches, & Napoleão, 2005).

Estes desafios físicos e psicológicos, que têm de ser enfrentados no dia-a-dia dos profissionais de saúde, a longo prazo podem funcionar como agentes *stressores* relacionados com o contexto de trabalho, características da organização e as constantes transformações na indústria da saúde. Deste modo, os potenciais efeitos negativos do *stress* ocupacional na saúde e no bem-estar dos profissionais de saúde estão relacionados com a baixa satisfação (Blegen, 1993), as queixas físicas e psicológicas (Cooper, Dewe, & O'Driscoll, 2001) e o absentismo (Borda & Norman, 1997; Cascio, 1995). Por outro lado, deve-se considerar a natureza dos serviços prestados por estes trabalhadores, uma

vez que a qualidade e eficácia do seu trabalho pode ter um impacto decisivo na saúde dos pacientes, pois contrariamente a muitas outras profissões, a tomada de decisão é particularmente determinante nesta ocupação laboral, pois a opção por um procedimento de tratamento e/ou ajuda errados pode não só piorar o estado do paciente como, em casos limite, pode levar à sua morte, sendo assim possível verificar as exigências relativas à responsabilidade para com os seus pacientes, além do fato da enfermagem possuir pouco *status* e prestígio numa organização (Dias, Boas, Dias, & Barcellos, 2005).

É nesse contexto que Silva, Lima, Farias e Campos (2006, p. 442) afirmam que “*os eventos estressantes permeiam os hospitais e levam os enfermeiros, bem como os demais profissionais, ao esgotamento, gerador de profissionais indiferentes, apáticos e cansados, dominados por stress e desmotivação, com consequentes conflitos e insatisfações*”.

2.2. Síndrome de *Burnout*

Uma das possíveis consequências da multiplicidade de exigências laborais é o surgimento do *burnout*. Este é frequentemente entendido como um prolongamento do *stress* ocupacional crónico, no qual o trabalhador sente que os seus recursos para lidar com as exigências colocadas pela situação estão esgotados (Maslach & Schaufeli, 1993). Desta forma, por *burnout* entende-se um processo que leva a uma resposta inadequada a um *stressor* laboral com envolvimento de cariz emocional. Este resultado é crónico e as características principais são o esgotamento físico e psicológico, a atitude fria e despersonalizada para os clientes e o sentimento de fracasso em relação ao trabalho (Maslach & Jackson, 1981).

Deste modo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a síndrome de *burnout* como um dos problemas de saúde mais graves da atualidade, não só pela significativa prevalência do fenómeno em profissionais de saúde, como também pelas repercussões negativas na qualidade dos serviços prestados, na satisfação dos pacientes bem como na adesão ao tratamento (Gaba & Howard, 2002; Williams et al., 2001). Considerando, desta forma que a experiência de *stress* e *burnout* tem um impacto negativo no bem-estar físico e mental dos profissionais de saúde (Spurgeon & Harrington, 1989).

2.3. *Work Engagement*

Considerando este construto como a base para a satisfação e produtividade no trabalho entende-se que é um estado positivo relacionado com o bem-estar com o trabalho, funcionando com um antídoto ao *burnout*. Assim sendo, colaboradores com mais *engagement* apresentam maiores níveis de energia e estão mais envolvidos no seu trabalho (Bakker, Schaufeli, Leiter, & Taris, 2008).

Arnold Bakker e Michael Leiter, no seu livro *Work Engagement: A Handbook of Essential Theory and Research*, publicado em 2014, definem o *engagement* como um construto motivacional. Acreditando que quando comprometidos os colaboradores se sentem no dever de ser bem-sucedidos sempre que desafiados.

De modo que o *work engagement* reflita a energia pessoal que os colaboradores entregam no seu trabalho, percebe-se que estes quando comprometidos estão também mais envolvidos com o trabalho e absorvidos nele, o que faz com que se considerem mais eficientes uma vez que estão mais atentos a pequenos detalhes e dispostos a esforçar-se mais (Bakker & Schaufeli, 2014).

Ao longo de várias investigações é possível averiguar que as organizações que apresentam maiores níveis de *engagement*, entre os seus colaboradores, exibem melhores resultados, assim como maior satisfação, saúde e bem-estar dos seus clientes e colaboradores (Pinto et al., 2015). Verificando-se assim a pertinência em investigar o supracitado construto, sobretudo com a população em estudo.

Uma vez que o principal objetivo das instituições de saúde se constitui na prestação de cuidados, centrada no utente, sendo efetiva e eficiente, a concretização deste objetivo depende de vários fatores, entre eles o *engagement* dos seus trabalhadores (Pinto, et al., 2015). Investigações têm mostrado que o *engagement* dos enfermeiros com o trabalho contribui para o sucesso das organizações de saúde, pelo impacto direto que se evidencia no desempenho e produtividade destes profissionais (Chambel, 2012).

Tendo em conta as mudanças contínuas possíveis de se observar nas instituições de saúde e, também, o elevando potencial para se desenvolver elevados níveis de *stress* na população de enfermeiros é fundamental que se encontrem formas de promover o *engagement* destes profissionais (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2000). Assim, o *engagement* poderá ser compreendido como um elo positivo entre os resultados individuais e os resultados da organização, atuando como agente de desenvolvimento do

capital humano, elemento essencial para a saúde, bem-estar e desempenho dos trabalhadores, sendo por isso um fator natural para o sucesso de toda e qualquer organização, contribuindo para que prospere (Schaufeli & Salanova, 2007).

Podendo chegar-se assim à conclusão de que um nível mais elevado de *engagement* por parte dos enfermeiros favorece a qualidade da prática clínica bem como a segurança dos utentes (Borges, Abreu, Queirós, & Maio, 2017).

2.4. Estratégias de *coping*

Para Lazarus & Folkman (1984), o processo de *coping* é entendido como o conjunto dos esforços assumidos pelos indivíduos perante situações que são avaliadas como ameaçadoras e geradoras de mal-estar. Porém determinados estilos de confronto (*coping*) podem produzir efeitos negativos no indivíduo, nomeadamente na capacidade de se adaptar às exigências laborais. Tais como os estilos de *coping* centrados no evitamento das situações, que são referidos como podendo levar a problemas de saúde mental (Coyne & Racioppo, 2000). Neste caso, algumas estratégias de confronto como, por exemplo, a negação, o desinvestimento mental e os desejos irrealistas estão associados a problemas psicológicos, sintomas psicossomáticos e conflitos na relação família e trabalho (Haisch & Meyers, 2004).

Pelo contrário, estilos de confronto mais ativos, centrados na resolução do problema, representam formas mais ajustadas e saudáveis do trabalhador se adaptar às exigências laborais, principalmente nos casos em que este tem a possibilidade de alterar a situação em que se encontra, podendo exercer controlo sobre as fontes de tensão que o rodeiam (Folkman & Lazarus, 1980).

Posto isto, o confronto ou *coping* não se trata de um traço ou de uma característica assente no indivíduo, mas sim de um conjunto de um determinado número de cognições e de comportamentos que surgem como resposta a uma situação *stressante* específica (De Rider, 1997).

Felton, Revenson (1984) salientam que o *coping* está relacionado com o contexto, sob a influência da avaliação da imposição situacional que o molda. Endler (1997) refere que a pessoa pode preferir estilos habituais de *coping* no entanto, a imposição situacional pode interagir com estas preferências e exigir outras escolhas. Tratam-se, portanto, de mecanismos de resposta às transações definindo-se como esforços realizados pela pessoa, para lidar com as imposições do meio (cit. in Graziani e Swendsen, 2007, p. 88).

Sendo possível destacar diferentes mecanismos de *coping* tais como o de “Evitamento”, que para Meleiro (2001) o mecanismo de evitamento refere-se à negação da dependência e à procura de onipotência (cit. in Silva, 2009), onde se destacam sentimentos como a negação, a raiva, a culpa, o pensamento mágico, os sintomas depressivos e fantasias de onipotência (Silva 2009).

O mecanismo de *coping* de “Filiação”, que segundo Peçanha (2006, pp. 73, 79, 80) refere o sentimento de filiação e de autorrealização no trabalho em equipa, de satisfação consigo mesmo e de reconhecimento no trabalho, a procura de diálogo, o fomento da comunicação, o espírito de cooperação, de solidariedade e de confiança, as reuniões entre equipa e com uma pessoa mediadora, a livre escolha da profissão, a satisfação da vontade de colaborar de modo significativo, num projeto de saúde coletivo e no exercício da sua função.

Ainda o mecanismo de “Sublimação” que se refere à necessidade de equilibrar os efeitos desgastantes da profissão compensando-os com momentos satisfatórios, de libertar-se do peso excessivo que transporta e cuidar de si próprio (Almeida 2009, p. 38).

No mecanismo de *coping* “Transferência”, para Winstanley e Whittington (2002) verifica-se que a manifestação de atitudes negativas associadas aos doentes e que se encontra relacionada com um aumento de despersonalização (cit. in Peçanha, 2006, pp. 73, 74).

Para o mecanismo de *coping* “Resistência”, Marín e García-Ramírez (2005) reparam na relação entre a preponderância de estratégias confrontativas e o pouco tempo de serviço na instituição (cit. in Peçanha, 2006, p. 80). Por outro lado, Silva (2005) reparou na relação mais tempo de serviço e maior frequência de *coping* confrontativo (cit. in Almeida, 2009, pp. 37, 38).

Já a “Antecipação”, como outro mecanismo remete para a discussão de temas como a educação acerca do tema do *stress*, estratégias de gestão, a criação de estratégias em equipa, à flexibilidade nos horários de trabalho, à formação profissional na promoção da autoestima e do sentimento de maior segurança assim como melhoria no desempenho (Guido et alli 2009, pp. 618, 619). Martins (1991) refere a ativação de defesas que se vão incorporando no caráter do Enfermeiro (cit. in Silva, 2009).

Relativamente ao mecanismo de *coping* “Desatenção seletiva”, para Almeida, Amado e Miranda (2003) está focado na separação entre os problemas relacionados com o trabalho e os problemas relacionados com o hospital (cit. in Almeida, 2009, p. 37).

A respeito da “Identificação”, Labate e Cassorla (1999) destacam processos de identificações patológicas associadas ao sofrimento do doente ou à sua doença (cit. in Silva, 2009).

Quanto à “Compensação”, Johnson sublinha dois mecanismos básicos como a reparação da impotência e a reparação do abandono emocional (cit. in Nogueira-Martins, 2003, p. 64)

O mecanismo de *coping* “Reação de conversão”, que segundo Franco (2003) é a evidencia que a perda de certos doentes implica trabalho de luto com sintomatologia psicossomática geradora de dor e sofrimento (cit. in Silva, 2009).

E, finalmente, o mecanismo de “Isolamento ou despersonalização”, em que Valle (1997), Labate e Cassorla (1999) notam que a constatação das próprias fraquezas e vulnerabilidades levam o Enfermeiro a sentir-se constrangido e por isso, constrói defesas à sua volta, isolando-se na sua fragilidade não se permitindo exprimir as suas inquietações (cit. in Silva, 2009).

Para concluir, é possível considerar que a dinâmica contextual na profissão de enfermagem, suscetível de constituir risco para a saúde mental do enfermeiro, acarreta consequências que poderão ser pouco evidentes, mas que não podem nunca ser ignoradas nem pelo próprio nem por aqueles que se encontram ao seu redor (Campos, 2012). Portanto, se a promoção da saúde mental do enfermeiro não for fomentada pode conduzir ao agravamento do mal-estar sentido convertendo-se em doença afetando todos em torno.

3. Metodologia

3.1. Desenho do estudo

A atual investigação incide sobre um desenho exploratório, transversal, descritivo, correlacional de natureza quantitativa, que adota estratégias sistemáticas, objetivas e rigorosas para gerar e refinar o conhecimento (Sousa, Driessnack & Costa Mendes, 2007).

Os estudos transversais, descritivos e correlacionais, são tipos de desenhos não-experimentais, sendo usados para descrever, diferenciar ou examinar associações, ao invés de procurar relações diretas entre variáveis, grupos ou situações. Assim sendo, num estudo transversal, as variáveis são identificadas no tempo e as relações entre as mesmas são determinadas. Já os estudos descritivos ou exploratórios são usados quando há pouca informação sobre um fenómeno em particular, levando o investigador a observar e descrever os aspetos do fenómeno que documenta. E os desenhos correlacionais envolvem a investigação sistemática da natureza das relações ou associações entre as variáveis, ao invés de relações diretas de causa e efeito (Sousa, Driessnack & Costa Mendes, 2007).

Uma vez que alguns dos participantes do presente estudo foram avaliados três meses depois do primeiro momento, foi conduzida ainda uma análise longitudinal para avaliar a evolução nos construtos avaliados nos dois momentos da investigação.

3.1.1. Objetivos

O presente estudo tem como objetivo perceber quais as principais causas do *stress* ocupacional em enfermeiros e como estes lidam com as fontes de *stress*. Neste âmbito foram definidos como objetivos específicos: 1) Caracterizar o nível de *stress* percebido pelos enfermeiros; 2) Identificar as principais fontes de *stress* nos enfermeiros; 3) Identificar as estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros, na gestão do *stress*; 4) Caracterizar o nível de *burnout* e *engagement* nos enfermeiros.

3.1.2. Hipóteses e Questões de investigação

Foram formuladas as seguintes hipóteses: 1) H₁ Os enfermeiros percecionam níveis elevados de *stress*; 2) H₂ Há diferenças estatisticamente significativas entre nível da perceção de *stress*, *burnout* e *engagement* e das estratégias de *coping*; 3) H₃ Há diferenças estatisticamente significativas ao nível da perceção de *stress*, *burnout* e *engagement* e das estratégias de *coping* em função do género; 4) H₄ Existe uma relação de mediação das

estratégias de *coping* entre o *stress* e o *burnout* e *engagement*; 5) Existem diferenças significativas entre os participantes que responderam apenas num momento do questionário com os que responderam aos dois; 6) Há diferenças significativas entre aqueles que responderam a ambos os momentos do estudo.

E as seguintes questões de investigação: 1) Quais são as principais fontes de *stress* em enfermeiros?; 2) Quais são as estratégias de *coping*, utilizadas pelos enfermeiros, para lidar com o *stress* ocupacional?; 3) Que dimensão do *burnout* assume maior relevância para os enfermeiros?; 4) Existe algum tipo de associação entre a perceção de *stress*, estratégias de *coping*, *burnout* e *engagement*.

3.2. Participantes e amostra

Trata-se de uma amostra não aleatória por conveniência, que diz respeito a uma seleção dentre os indivíduos da população alvo, tendo em conta os que se mostram mais acessíveis, colaborativos ou disponíveis para participar na investigação (Freitag, 2018).

Assim sendo, a amostra total no primeiro momento é composta por 269 enfermeiros(as) e, desses 269 (Tempo1 [T1]) 97 indivíduos cederam o seu e-mail para responder novamente ao questionário (Tempo2 [T2]). De modo que, importa caracterizar a amostra tanto do primeiro como do segundo momento do estudo.

Na tabela 1, verifica-se que, em ambos os momentos do estudo, a maioria da amostra é do sexo feminino (n=243, 90.3%; t2 n=91, 93.8%).

Relativamente ao estado civil, dos participantes que compõem a primeira amostra, 37,5% (n= 101) dos participantes estão solteiros, 55% (n= 148) encontram-se casados ou em união de facto, 0,4% (n=1) são viúvos e 7,1% (n=19) estão divorciados. Já num segundo momento, verifica-se que 29,9% (n=29) são solteiros, 62,9% (n=61) encontram-se casados ou em união de facto, 1% (n=1) é viúvo e 6,2% (n=6) são divorciados.

A maior parte da amostra, em ambos os momentos, tem filhos (n=149, 52.4%; t2 n=61, 62.9%). No que respeita às habilitações literárias, a maior parte da amostra tem Licenciatura ou Bacharelato sendo que na primeira vez que responderam verifica-se 52,4% (n=141) e das pessoas que responderam uma segunda vez ao questionário são 54,6% (n=53).

Das pessoas que participaram num primeiro momento do estudo, a maioria (n=68, 25,3%) trabalham há menos de um ano no hospital onde se encontravam no momento da

resposta. Já das pessoas que participaram nos dois momentos 18 (18,6%) responderam que trabalham há menos de um ano, sendo que foi o mesmo número de pessoas que respondeu que trabalhava entre 21 a 30 anos no mesmo hospital.

Também foi questionado se os participantes acumulavam o presente trabalho com outro remunerado, ao que a maioria respondeu que não (n=164, 61%; t2 n=57, 58.8%).

Dada a atual conjuntura que se vive, e tendo em conta a população alvo do presente estudo, ainda foi questionado se os participantes trabalham numa área exclusivamente dedicada ao Covid-19, ao que 213 (79.2%) dos 269 participantes que responderam numa primeira vez responderam que não e 75 (77.3%) dos 97 participantes que responderam ambas as vezes disseram também que não. Finalmente quando questionados sobre se já testaram positivo ao Covid-19, a maioria respondeu que não, nos dois momentos (n =228, 84.8%, t2 n=82, 84.5%).

Tabela 1

Caracterização da Amostra (T1: n=269, T2: n=97)

Variável		Participação T1		Participação T2			
		Total: n = 269		“Não”: n = 172		“Sim”: n = 97	
Gênero (%)	Masculino	n=26	9,7 %	n= 20	11,6 %	n= 6	6,2 %
	Feminino	n= 243	90,3 %	n= 152	88,4 %	n= 91	93,8 %
Idade (média)		M=37,3 5	DP=10,8 9	M=37,0 5	DP=11,3 5	M=37,8 9	DP=10,0 6
Estado Civil (%)	Solteiro	n= 101	37,5 %	n= 72	41,9%	n= 29	29,9 %
	Casado/ União de Facto	n=148	55 %	n= 87	50,6 %	n= 61	62,9 %
	Viuvo	n= 1	0,4 %	n= 0	0 %	n= 1	1 %
	Divorciado	n= 19	7,1 %	n= 13	7,6 %	n= 6	6,2 %
Filhos (%)	Sim	n= 149	55,4 %	n= 88	51,2 %	n= 61	62,9 %
	Não	n= 120	44,6 %	n= 84	48,8 %	n= 36	37,1 %
Número de filhos (média)		M=1,63	DP=.68	M=1,63	DP=.75	M=1,64	DP=.58
Habilitações literárias (%)	Bacharelato ou Licenciatura	n= 141	52,4 %	n= 88	51,2 %	n= 53	54,6 %
	Pós- graduação/	n= 87	32,3 %	n= 60	34,9 %	n= 27	27,8 %

	Especializaçã o						
	Mestrado	n= 38	14,1 %	n= 22	12,8 %	n= 16	16,5 %
	Doutoramento	n= 3	1,1 %	n= 2	1,2 %	n= 1	1 %
Antiguidade (%)	Menos de 1 ano	n= 68	25,3 %	n= 50	29,1 %	n= 18	18,6 %
	Entre 1 e 2 anos	n= 31	11,5 %	n= 20	11,6 %	n= 11	11,3 %
	Entre 3 a 5 anos	n= 31	11,5 %	n= 20	11,6 %	n= 11	11,3 %
	Entre 6 a 10 anos	n= 24	8,9 %	n= 13	7,6 %	n= 11	11,3 %
	Entre 11 a 15 anos	n= 33	12,3 %	n= 19	11 %	n= 14	14,4 %
	Entre 16 a 20 anos	n= 20	7,4 %	n= 8	4,7 %	n= 12	12,4 %
	Entre 21 a 30 anos	n= 49	18,2 %	n= 31	18 %	n= 18	18,6 %
	Mais de 30 anos	n= 13	4,8 %	n= 11	6,4 %	n= 2	2,1 %
Acumula este trabalho com outro renumerado ? (%)	Sim	n= 105	39 %	n= 65	37,8 %	n= 40	41,2 %
	Não	n= 164	61 %	n= 107	62,3 %	n= 57	58,8 %
Carga horária semanal (média)		M=36,9 7	DP=4,81	M=36,9 0	DP=4,10	M=37,0 9	DP=5,91
Trabalha numa área dedicada aos casos COVID 19? (%)	Sim	n= 56	20,8 %	n= 34	19,8 %	n= 22	22,7 %
	Não	n= 213	79,2 %	n= 138	80,2 %	n= 75	77,3 %
Já testou positivo ao COVID 19? (%)	Sim	n= 41	15,2 %	n= 26	15,1 %	n= 15	15,5 %
	Não	n= 228	84,8 %	n= 146	84,9 %	n= 82	84,5 %
Impacto da COVID 19 no stress (média)		M=7,55	DP=1,96	M=7,37	DP=2,01	M=7,87	DP= 1,84

3.3. Instrumentos

O presente estudo utilizou para recolher a informação os instrumentos: Questionário sociodemográfico; Escala de perceção de *stress* de Pais ribeiro; Escala de estratégias de *coping*; Inventário de *burnout* de Maslach; Escala de *engagement* no trabalho de Utrecht.

3.3.1. Questionário sociodemográfico

Consiste num questionário construído para efeitos deste estudo, composto por perguntas de resposta curta sobre as seguintes variáveis: género, idade, estado civil, se tem filhos ou não, a antiguidade no hospital, sobre a carga horária semanal e ainda sobre a influência da atual pandemia, Covid 19, no trabalho (Anexo 3).

3.3.2. Escala de percepção de *stress* de Pais Ribeiro

Foram realizadas perguntas acerca dos sentimentos e pensamentos, dos participantes, que ocorreram no último mês. Em cada uma foi pedido para indicar com que frequência o participante sentiu ou pensou de determinada maneira. Embora algumas das questões sejam parecidas, há diferenças entre elas. Para cada pergunta, os participantes poderiam escolher as seguintes alternativas: “Nunca”; “Quase Nunca”, “Algumas vezes”; “Com muita frequência”; e “Muitas Vezes”. É, segundo os autores, uma medida global de *stress* que se propõe avaliar o grau em que um indivíduo contempla as suas situações de vida como *stressantes* (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983).

Esta escala, assume a perspetiva teórica que “*a pessoa interage ativamente com o meio ambiente, apreciando os acontecimentos como potencialmente ameaçadores ou desafiantes à luz dos recursos de coping disponíveis*” (Cohen et al, 1983, p. 386) (Anexo 4).

3.3.3. Inventário de *burnout* de Maslach

Para avaliar o *burnout* no trabalho foi utilizado um questionário elaborado por Cristina Maslach e adaptado por Robayo-Tamayo para a população portuguesa. Este questionário foi respondido por meio de uma escala de frequência de cinco pontos que vai de um (nunca) até cinco (sempre). Apresentando três subescalas: a exaustão emocional, a despersonalização e a reduzida realização profissional (Acioli Barboza & Beresin, 2007) (Anexo 5).

3.3.4. Escala de *engagement* no trabalho de Utrecht

Foi utilizada a versão reduzida da Utrecht *Work Engagement Scale* (9 itens), desenvolvida por Schaufeli, Bakker e Salanova (2006). De acordo com os autores, o *engagement* no trabalho inclui as dimensões vigor, dedicação e absorção, as quais são medidas por três itens cada uma. As respostas foram dadas numa escala de Likert de 7 pontos (0 = “nunca” a 6 = “sempre”) (Anexo 5).

3.3.5. Escala de estratégias de *coping*

Na adaptação portuguesa de Jesus e Pereira (1994), destina-se à avaliação das estratégias de *coping* e compreende 57 itens, sendo 17 de controlo, 11 de escape e os restantes 24 de gestão de sintomas, porém no presente estudo é utilizada uma versão reduzida de 28 itens. Sendo importante realçar que as estratégias de controlo consistem em ações e reavaliações cognitivas que são proactivas; as de escape, em ações e cognições que sugerem evitamento; e, por último, as de gestão de sintomas, que se baseiam em estratégias para gerir os sintomas ligados ao *stress* profissional em geral. Na presente investigação não se pretende, contudo, avaliar a eficácia das estratégias de *coping* para a resolução de problemas, mas sim avaliar o grau em que o sujeito utiliza determinadas estratégias, ao qual tem de responder como “Quase nunca”, “Poucas vezes”, “Algumas vezes”, “Muitas vezes” ou “Quase sempre”, o grau em que utiliza cada uma das estratégias referidas quando sente mal-estar por causa de situações do seu trabalho (Anexo 6).

4. Resultados

4.1. Análise Fatorial Exploratória da Escala de Percepção de Stress

Para validar a escala de *Stress* utilizada no presente estudo recorreu-se à Análise Fatorial Exploratória (AFE). Através desta análise, verificou-se que os 13 itens que compõem a escala se distribuíam por 2 fatores, e obteve-se um índice de KMO de .871.

Constatou-se que os itens 1, 2, 3, 8, 11 e ,13, formulados no sentido negativo (exemplo: “*No último mês com que frequência se sentiu aborrecido com algo que ocorreu inesperadamente?*”) saturaram no primeiro fator que contribuiu para explicar 38.51% da variância. Quanto aos itens 4, 5, 6, 7,9 ,10 e 12, formulados no sentido positivo (exemplo: “*No último mês com que frequência enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e chatas?*”), saturaram no segundo fator que contribuiu para explicar 13.34% da variância. Assim sendo, a escala composta por 13 itens contribuí para explicar no total 51.85% da variância. Como se trata de uma escala cujo objetivo é avaliar o de *stress*, todos os itens formulados no sentido positivo (ver Tabela 2, fator 1), foram invertidos, de forma a poderem ser lidos no mesmo sentido dos itens formulados no sentido negativo (ver itens que saturaram no fator 2, Tabela 2).

Tabela 2

Itens incluídos na 1ª AFE

Fator	Fator 1	Fator 2 (itens invertidos)
Código do Item	I1, I2, I3, I8, I11, I13	I4i, I5i, I6i, I7i, I9i, I10i, I12i

Quando aplicada a matriz rodada *varimax*, verifica-se que os itens 7, 9, 10 e 12 não eram suficientemente discriminativos, isto é, tinham valores de saturação muito próximos nos dois fatores, não sendo suficientes para confirmar que o item saturava mais num fator do que noutra, como tal optou-se por excluí-los.

Após a sua exclusão, realizou-se a uma nova AFE, e da nova análise obteve-se um índice de KMO de .85 e verificou-se que os 9 itens que permaneceram contribuíram para explicar 59.53% da variância. Sendo que no 1º fator, que contribuiu para explicar 41.85%

da variância saturam o item 1,2,3,8,11 e 13 e no 2ª fator, que contribuiu para explicar 17.68% da variância, saturaram os itens o 4,5 e o 6.

Tabela 3

Itens Retidos, após 2ª AFE

Fator	KMO	Variância Explicada	Código do Item	Valor de Saturação
Fator 1	.85	59.53%	I1; I2; I3; I8;	0,77; 0,77; 0,84;
Fator 2			I11; I13	0,66; 0,79; 0,72
			I4i; I5i; I6i	0,76; 0,80; 0,67

4.1.1. Alfa de Cronbach da Escala de Percepção de Stress

Após a realização das análises fatoriais exploratórias da Escala de *Stress*, partiu-se para a análise da consistência interna da medida, analisando o alfa de *Cronbach* de cada uma das dimensões, e uma vez que se trata de um estudo longitudinal realizou-se nos dois momentos em que o estudo foi aplicado, podendo-se verificar os resultados nas tabelas abaixo:

Tabela 4

Alfa de Cronbach da Escala de Stress no primeiro momento do estudo.

Fator	Alfa de Cronbach	Número de itens	Código de itens
Stress	.81	9	I1; I2; I3; I4i; I5i; I6i; I8; I11; I13

Tabela 5

Alfa de Cronbach da Escala de Stress no segundo momento do estudo.

Fator	Alfa de Cronbach	Número de itens	Código de itens
Stress	.84	9	I1; I2; I3; I4; I5; I6; I8; I11; I13

4.2. Análise Fatorial Exploratória das Estratégias de Coping

Procedeu-se à análise fatorial exploratória para se validar a escala utilizada para as estratégias de *coping*, no presente estudo, onde se obteve um índice de KMO de .71.

Sendo que foi definido que os *eigenvalues* seriam superiores a 1, foi identificada uma solução de 9 fatores que contribui para explicar 71.68% da variância.

O Fator 1 (*Coping* Ativo) contribui para explicar 20,04% da variância, agrupando os itens Cop1, Cop2, Cop3, Cop4 e Cop11. Já o Fator 2 (Desinvestimento comportamental e negação), agrupa os itens Cop13, Cop14, Cop19, Cop20, Cop23, Cop24 e explica 12.75% da variância. O Fator 3 (Suporte social emocional e suporte instrumental) explica 7.74% da variância e é composto pelos itens Cop5, Cop6, Cop7 e Cop8. O Fator 4 (Aceitação) contribui para explicar 6.63% da variância sendo composto pelos itens Cop12, Cop15 e Cop16. O Fator 5 (Expressão de sentimentos) reúne os itens Cop17 e Cop18 e explica 6% da variância. Os itens Cop9 e Cop10 compõem o Fator 6 (Religião) que contribui para explicar 5.57% da variância. O Fator 7 (Uso de substâncias) explica 4.67% da variância e agrupa o Cop25 e o Cop26. O Fator 8 (Humor) agrupa os Cop 27 e o Cop 28 e explica 4.34% da variância. E, finalmente o Fator 9 (Auto distração) reúne os itens Cop21 e Cop 22, explicando 3.94% da variância.

Uma vez que os itens Cop11, Cop12 e Cop13 não foram suficientemente discriminativos, não sendo suficientes para confirmar em que fator saturavam optou-se por excluí-los e recorrer, novamente à AFE.

Na segunda AFE, agora sem os itens Cop11, Cop12 e Cop13, obteve-se um valor de KMO de .69 e aumentou-se o poder explicativo da variância em 75.24%.

Relativamente aos itens agrupados pelos fatores, o Fator 1 (*Coping* Ativo) agora contribui para explicar 19.28% da variância, agrupando os itens Cop1, Cop2, Cop3 e Cop4. Já o Fator 2 (Desinvestimento comportamental e negação), agrupa os itens Cop14, Cop19, Cop20, Cop23, Cop24 e explica 13.93% da variância. O Fator 3 (Suporte social emocional e suporte instrumental) explica 8.47% da variância e é composto pelos itens Cop5, Cop6, Cop7 e Cop8. O Fator 4 (Aceitação) contribui para explicar 7.03% da variância sendo composto pelos itens Cop17 e Cop18. O Fator 5 (Expressão de sentimentos) reúne os itens Cop25 e Cop26 e explica 6.61% da variância. Os itens Cop27 e Cop28 compõem o Fator 6 (Religião) que contribui para explicar 6% da variância. O Fator 7 (Uso de substâncias) explica 4.97% da variância e agrupa o Cop9 e o Cop10. O Fator 8 (Humor) agrupa os itens Cop15 e o Cop16 e explica 4,81% da variância. E, finalmente o Fator 9 (Auto distração) reúne os itens Cop21 e Cop22, explicando 4.16%

da variância. Verificando-se assim, após a exclusão dos itens, um aumento da variância explicada em todos os fatores.

Tabela 6

Itens retidos, após 2ª AFE.

Fator	KMO	Variância Explicada	Código do item	Valor de saturação
1. <i>Coping</i> Ativo	.69	75.24%	Cop1; Cop2; Cop3; Cop4	0,72; 0,79; 0,79; 0,76
2. Desinvestimento comportamental e negação			Cop14; Cop19; Cop20; Cop23; Cop24	0,57; 0,70; 0,79; 0,75; 0,75
3. Suporte social emocional e suporte instrumental			Cop5; Cop6; Cop7; Cop8	0,79; 0,77; 0,77; 0,77
4. Aceitação			Cop17; Cop18	0,89; 0,90
5. Expressão de sentimentos			Cop25; Cop26	0,94; 0,94
6. Religião			Cop27; Cop28	0,89; 0,85
7. Uso de substâncias			Cop9; Cop10	0,90; 0,91
8. Humor			Cop15; Cop16	0,79; 0,78
9. Auto Distração			Cop21; Cop22	0,78; 0,82

4.2.1. Alfa de Cronbach da Escala de Estratégias de *Coping*

Após a realização das análises fatoriais exploratórias, para a validação da Escala utilizada para as Estratégias de *Coping*, partiu-se para a análise da consistência interna da medida, analisando o alfa de *Cronbach* de cada uma das dimensões, e uma vez que se trata de um estudo longitudinal foi realizada nos dois momentos em que o estudo foi aplicado, podendo-se verificar os resultados nas tabelas abaixo:

Tabela 7*Alfa de Cronbach da Escala de Coping no primeiro momento do estudo.*

Fator	Alfa de Cronbach	Número de itens	Código de itens
Coping Ativo	.83	4	Cop1; Cop2; Cop3; Cop4
Desinvestimento comportamental e negação	.78	5	Cop14; Cop19; Cop20; Cop23; Cop24
Suporte social emocional e suporte instrumental	.82	4	Cop5; Cop6; Cop7; Cop8
Aceitação	.78	2	Cop15; Cop16
Expressão de sentimentos	.90	2	Cop17; Cop18
Religião	.85	2	Cop9; Cop10
Uso de substâncias	.91	2	Cop25; Cop26
Humor	.83	2	Cop27; Cop28
Auto Distração	.59	2	Cop21; Cop22

Tabela 8*Alfa de Cronbach da Escala de Coping no segundo momento do estudo.*

Fator	Alfa de Cronbach	Número de itens	Código de itens
Coping Ativo	.79	4	Cop1; Cop2; Cop3; Cop4
Desinvestimento comportamental e negação	.77	5	Cop14; Cop19; Cop20; Cop23; Cop24
Suporte social emocional e suporte instrumental	.88	4	Cop5; Cop6; Cop7; Cop8
Aceitação	.66	2	Cop15; Cop16
Expressão de sentimentos	.93	2	Cop17; Cop18

Religião	.79	2	Cop9; Cop10
Uso de substâncias	.89	2	Cop25; Cop26
Humor	.84	2	Cop27; Cop28
Auto Distração	.66	2	Cop21; Cop22

4.3. Análise Fatorial Exploratória do Inventário de *burnout* de Maslach e Utrecht *Work Engagement Scale*

Para validar a escala utilizada para medir o *engagement* com o trabalho e o *burnout* procedeu-se à AFE. Esta é uma escala com 19 itens, sendo que o item 1 até ao 9 descrevem o *Engagement*, e por isso procedeu-se primeiramente à AFE desta dimensão, onde se obteve um índice de KMO de .926, encontrando apenas um fator que explica 61,62% da variância.

Tabela 9

AFE Engagement

Fator	KMO	Variância Explicada	Código do item	Valor de Saturação
<i>Engagement</i>	.926	61,62%	Be1; Be2; Be3; Be4; Be5; Be6; Be6; Be7; Be8; Be9	0,81; 0,88; 0,80; 0,91; 0,86; 0,55; 0,84; 0,70; 0,65

Seguidamente, procedeu-se novamente à AFE para validar os restantes itens do instrumento que medem o *Burnout*, sendo eles do 10 até ao 19, obteve-se um índice KMO de .853 e uma solução com 2 fatores que explica 67,14% da variância.

Estes fatores são a exaustão (fator 1) e o cinismo (fator 2). O 1º fator agrupa os itens Be10, Be11, Be12, Be13 e Be14, contribuindo para explicar 49,46% da variância. Já o 2º fator, que agrupa os itens Be15, Be16, Be17, Be18 e Be19, contribui para explicar 17,67% da variância.

Tabela 10*AFE Burnout.*

Fator	KMO	Variância Explicada	Código do Item	Valor de Saturação
Exaustão	.853	67,14%	Be10; Be11; Be12;	0,84; 0,86; 0,83;
			Be13; Be14	0,72; 0,85
Cinismo			Be15; Be16; Be17;	0,79; 0,78; 0,39;
			Be18; Be19	0,83; 0,85

4.3.1. Alfa de Cronbach do Engagement

Após a realização das análises fatoriais exploratórias, para validar o *Engagement*, partiu-se para a análise da consistência interna da medida, analisando o alfa de *Cronbach* de cada uma das dimensões, e uma vez que se trata de um estudo longitudinal foi realizada nos dois momentos em que o estudo foi aplicado, podendo-se verificar os resultados nas tabelas abaixo:

Tabela 11*Alfa de Cronbach do Engagement no primeiro momento do estudo.*

Fator	Alfa de Cronbach	Número de itens	Código de itens
Engagement	.916	9	Be1; Be2; Be3; Be4; Be5; Be6; Be6; Be7; Be8; Be9

Tabela 12*Alfa de Cronbach do Engagement no segundo momento do estudo.*

Fator	Alfa de Cronbach	Número de itens	Código de itens
Engagement	.920	9	Be1; Be2; Be3; Be4; Be5; Be6; Be6; Be7; Be8; Be9

4.3.2. Alfa de Cronbach do *Burnout*

Para validar os itens que medem o *Burnout*, partiu-se para a análise da consistência interna da medida, analisando o alfa de *Cronbach* de cada uma das dimensões, em ambos os momentos do estudo:

Tabela 13

Alfa de Cronbach do Burnout no primeiro momento do estudo.

Fator	Alfa de Cronbach	Número de itens	Código de itens
Exasutão	.903	5	Be10; Be11; Be12; Be13; Be14
Cinismo	.806	5	Be15; Be16; Be17; Be18; Be19

Tabela 14

Alfa de Cronbach do Burnout no segundo momento do estudo.

Fator	Alfa de Cronbach	Número de itens	Código de itens
Exasutão	.923	5	Be10; Be11; Be12; Be13; Be14
Cinismo	.832	5	Be15; Be16; Be17; Be18; Be19

4.4. Análise da Desistência no segundo momento do estudo

Para atestar se existem diferenças significativas ao nível das variáveis em estudo, entre as pessoas que responderam uma única vez e as pessoas que responderam pela segunda vez ao questionário, procedeu-se ao *Teste t*.

Sendo que estes valores médios de comparação concernem à resposta que ambos os grupos deram no primeiro momento, em que foram questionados, e não à dos 36,06% que responderam também ao segundo momento.

Assim, analisando cada variável em estudo, verifica-se que ao nível do *stress* não existem diferenças significativas entre as pessoas que só participaram uma vez e aquelas que participaram duas [$t(27) = -.86, p = .39$].

Tabela 15

Diferenças entre os enfermeiros que responderam uma vez ao questionário e os que responderam duas vezes, face ao nível de stress percebido.

	Não	Sim	
Participa novamente:	($n= 172$)	($n= 97$)	$t(27)$
	Média (DP)	Média (DP)	
<i>Stress</i>	3.064 (.51)	3.12 (.58)	-.86

Nota. DP = Desvio-padrão.

Já para investigar se relativamente ao *coping* existem diferenças entre os participantes, uma vez que esta variável é medida através das nove dimensões que a compõem (i.e., *Coping* ativo; Desinvestimento e negação; Suporte social emocional e Suporte instrumental; Aceitação; Expressão de sentimentos; Religião; Uso de substâncias; Humor; Auto distração), que dizem respeito às nove estratégias de *coping*, foi conduzida uma média de respostas para as respostas dos participantes, tendo em conta os itens que correspondem a cada estratégia de *coping*.

Verificando-se, que não há diferenças significativas entre os participantes que só responderam uma vez ao questionários e aqueles que responderam uma segunda vez no que concerne à estratégia de *Coping* ativo [$t(27) = .94, p = .35$], Desinvestimento e

negação [$t(27) = .89, p = .38$], Suporte social emocional e suporte instrumental [$t(27) = -.23, p = .82$], Aceitação [$t(27) = .61, p = .54$], Expressão de sentimentos [$t(27) = -.00, p = 1.00$], Religião [$t(27) = .26, p = .79$], Uso de substâncias [$t(27) = -.38, p = .70$], Humor [$t(27) = .86, p = .39$] e estratégia de *coping* de Auto distração [$t(27) = 1.11, p = .27$].

Tabela 16

Diferenças entre os enfermeiros que responderam uma vez ao questionário e os que responderam duas vezes, face às nove estratégias de coping.

	Não	Sim	
Participa novamente:	($n= 172$)	($n= 97$)	$t(27)$
	Média (DP)	Média (DP)	
<i>Coping</i> Ativo	3.05 (.39)	2.99 (.61)	.94
Desinvestimento e Negação	1.68 (.44)	1.73 (.54)	-.89
Suporte social emocional e suporte instrumental	2.69 (.56)	2.70 (.73)	-.23
Aceitação	2.63 (.53)	2.59 (.63)	.61
Expressão de Sentimentos	2.46 (.57)	2.46 (.70)	-.00
Religião	1.93 (.67)	1.90 (.84)	.26
Uso de Substâncias	1.15 (.35)	1.18 (.56)	.38
Humor	2.16 (.58)	2.09 (.64)	.86
Auto distração	2.21 (.56)	2.13 (.68)	1.11

Finalmente, para certificar se ao nível do *burnout* existiam ou não diferenças significativas entre os participantes de ambos os questionários e aqueles que só responderam ao primeiro, semelhante ao que se realizou para testar o *coping*, aqui

também se conduziu a uma média das respostas, tendo em conta as variáveis que formam este constructo, como sendo o *engagement*, a exaustão e cinismo.

Podendo-se deste modo confirmar que não há diferenças significativas entre os enfermeiros que participaram nos dois momentos do estudo e aqueles que apenas participaram no primeiro, face ao *engagement* [$t(27) = .24, p = .81$], à exaustão [$t(27) = -1.31, p = .19$] e ao cinismo [$t(27) = -.22, p = .83$].

Tabela 17

Diferenças entre os enfermeiros que responderam uma vez ao questionário e os que responderam duas vezes, face ao engagement e burnout (exaustão e cinismo).

	Não	Sim	
Participa novamente:	(<i>n</i> = 172)	(<i>n</i> = 97)	<i>t</i> (27)
	Média (DP)	Média (DP)	
<i>Engagement</i>	4.91 (1.25)	4.88 (1.33)	.24
Exaustão	4.56 (1.43)	4.80 (1.43)	-1.31
Cinismo	2.78 (1.26)	2.82 (1.33)	-.22

Em suma, e após a análise dos presentes resultados é possível concluir que aquilo que motivou, ou desmotivou, a uma segunda participação não possui uma relação com as variáveis que foram utilizadas em estudo.

4.5. Análise Transversal

4.5.1. Análise Descritiva: Valores médios e Correlações

Primeiramente avaliou-se se as variáveis em estudo estão significativamente relacionadas entre si, através da análise de correlações, incluindo na análise variáveis de controlo para verificar a sua influência no presente estudo, uma vez que poderiam interferir com os resultados.

Após a seleção das variáveis, como o género, a idade, as habilitações, se tem filhos, a antiguidade, o impacto do covid no *stress*, incluíram-se as variáveis mais

pertinentes para o estudo, sendo a percepção de *stress*, todas as estratégias de *coping* avaliadas (i.e., *coping* ativo, o desinvestimento ou negação, o suporte social emocional e suporte instrumental, a aceitação, a expressão de sentimentos, a religião, o uso de substâncias, o humor e a auto distração) e as variáveis *engagement* e *burnout*, que inclui as dimensões exaustão e o cinismo.

Apurando-se, assim que o gênero não tem relação significativa com as variáveis em estudo. Porém, o mesmo não acontece com a idade, que tem uma relação negativa significativa com a estratégia de *coping* de suporte social emocional e suporte instrumental ($r = -.21, p < .01$). Assim sendo, este resultado parece indicar que quanto mais idade têm os participantes menos estes tendem a recorrer a esta estratégia de *coping*. Além disso, verificou-se que a estratégia de *coping* Religião apresenta uma relação significativa positiva com a idade ($r = .15, p < .05$). Desta forma, os participantes com mais idade parecem utilizar mais esta estratégia de *coping* comparativamente com participantes mais jovens.

Ao nível das habilitações literárias, verifica-se que há uma relação negativa significativa com a estratégia de *coping* Uso de substâncias ($r = -.13, p < .05$), bem como exaustão ($r = -.14, p < .05$). Este resultado sugere que as pessoas com menos habilitações literárias poderão utilizar mais a estratégia de *coping* uso de substâncias e ter níveis mais elevados de exaustão, comparativamente com as pessoas que possuem um nível de habilitações literárias mais elevado.

Relativamente à antiguidade, verifica-se uma relação positiva significativa com a estratégia de Desinvestimento e negação ($r = .14, p < .05$), e uma relação negativa significativa com a estratégia de Suporte social emocional e Suporte instrumental ($r = -.20, p < .01$). Assim sendo, estes resultados parecem indicar que quanto mais antiguidade as pessoas têm mais tendência terão para utilizar as estratégias de *coping* desinvestimento e negação, bem como suporte social emocional e suporte instrumental.

Quanto ao impacto do covid 19, a variável onde foram encontradas o maior número de relações significativas, verificou-se que apresenta uma relação positiva significativa com o *stress* ($r = .53, p < .01$). Porém relativamente à estratégia de *Coping* ativo ($r = -.12, p < .05$) e de Humor ($r = -.16, p < .01$), verificou-se uma relação negativa significativa. Desta forma, quanto mais elevado o impacto percebido do

covid 19, mais *stress* e menos utilização das estratégias de *coping* ativo e humor os participantes apresentam.

Finalmente, para as estratégias de *coping* de Aceitação, Expressão de sentimentos e Auto distração não se verificaram relações estatisticamente significativas face ao impacto da pandemia.

Agora, o impacto do covid 19 no *engagement* apresenta uma relação negativa significativa ($r = -.20, p < .01$), quando ao cinismo ($r = .19, p < .01$) e à exaustão ($r = .42, p < .01$), estas variáveis apresentam uma relação positiva significativa com o impacto com o covid. Deste modo, uma percepção mais elevada do impacto do covid parece levar a uma redução do nível de *engagement* e a um aumento nas duas dimensões do *burnout* (i.e., exaustão e cinismo).

A última variável de controlo utilizada foi se os participantes têm filhos, sendo que se constatou uma relação positiva significativa com a estratégia de *coping* de Desinvestimento e negação ($r = .13, p < .05$), a de Expressão de sentimentos ($r = .13, p < .05$) e a de Religião ($r = .15, p < .05$). Assim sendo, pessoas com filhos parecem ter tendência a utilizar mais estas três estratégias de *coping*. No entanto, encontra-se uma relação negativa significativa com a estratégia de Suporte social emocional e Suporte instrumental ($r = -.12, p < .05$), o que parece indicar que as pessoas sem filhos poderão utilizar mais esta estratégia.

Passando agora para a relação entre as variáveis em estudo, o *stress* apresenta uma relação negativa significativa com a estratégia de *coping* de *Coping* ativo ($r = -.35, p < .01$), de Aceitação ($r = -.25, p < .01$) e de Humor ($r = -.28, p < .01$). E, com as estratégias de *coping* de Desinvestimento e negação ($r = .40, p < .01$), expressão de sentimentos ($r = .17, p < .01$) e Uso de substâncias ($r = .20, p < .01$), apresenta uma relação positiva significativa. Por outras palavras, quanto mais elevado o nível de *stress*, menos os participantes tendem a utilizar a estratégia de *coping* ativo, aceitação e humor. Pelo contrário, quanto mais elevado é o nível de *stress*, mais tendência os participantes parecem ter em utilizar a estratégia de *coping* de desinvestimento e negação, expressão de sentimentos e uso de substâncias.

No que concerne ao *engagement*, o *stress* apresenta uma relação negativa significativa ($r = -.48, p < .01$). Já com a exaustão ($r = .59, p < .01$) e com o cinismo

($r = .42, p < .01$), traduz-se numa relação positiva significativa. Assim sendo, o *stress* parece contribuir para diminuir o *engagement* e aumentar a exaustão e o cinismo.

Ao analisar as relações existentes entre as estratégias de *coping*, foi possível deduzir que o *Coping* ativo possui uma relação positiva significativa com as estratégias de Suporte social emocional e Suporte Instrumental ($r = .27, p < .01$), de Aceitação ($r = .36, p < .01$), de Religião ($r = .22, p < .01$), de Humor ($r = .22, p < .01$) e de Auto distração ($r = .15, p < .05$). Ao contrário da relação que apresenta com a estratégia de Desinvestimento e negação ($r = -.31, p < .01$), que apresenta uma relação negativa significativa.

Avaliando as variáveis em estudo, o *Coping* ativo apresenta uma relação positiva significativa com o *engagement* ($r = .39, p < .01$) e negativa significativa com a exaustão ($r = -.24, p < .01$) e com o cinismo ($r = -.21, p < .01$).

A estratégia de *coping* de Desinvestimento e negação apresenta uma relação negativa com a estratégia de Aceitação ($r = -.28, p < .01$) e positiva com a estratégia de Uso de substâncias ($r = .25, p < .01$). Relativamente ao *engagement*, esta estratégia, de negação, apresenta uma relação negativa significativa ($r = -.33, p < .01$). Já quanto à exaustão ($r = .28, p < .01$) e ao cinismo ($r = .47, p < .01$) reflete uma relação positiva significativa.

O Suporte social emocional e Suporte instrumental traduz uma relação positiva significativa com outras estratégias de *coping*, como a Aceitação ($r = .14, p < .05$), a Expressão de sentimentos ($r = .35, p < .01$) a Religião ($r = .22, p < .01$), o Humor ($r = .15, p < .05$) e a Auto distração ($r = .16, p < .05$). E com o *engagement* reflete uma relação positiva significativa ($r = .13, p < .05$), não apresentando relação significativa com a exaustão nem com o cinismo.

A Aceitação apresenta uma relação negativa significativa com a estratégia Uso de substâncias ($r = -.17, p < .01$) e positiva significativa com o Humor ($r = .34, p < .01$). No que concerne ao *engagement*, traduz-se numa relação positiva significativa ($r = .31, p < .01$) e numa relação negativa quanto à exaustão ($r = -.22, p < .01$) e ao cinismo ($r = -.24, p < .01$).

Seguidamente, verifica-se que a estratégia de *coping* Expressão de sentimentos manifesta uma relação positiva significativa com a Religião ($r = .22, p < .01$) e com

a Auto distração ($r = .22, p < .01$). Manifestando de igual forma uma relação positiva significativa com a exaustão ($r = .16, p < .01$) e não apresentando qualquer relação de significância com o *engagement* nem com o cinismo.

A utilização de estratégia de Uso de substâncias traduz-se numa relação negativa significativa com o Humor ($r = -.14, p < .05$). De igual modo, traduz-se a mesma relação para com o *engagement* ($r = -.14, p < .05$), porém para a exaustão ($r = .26, p < .01$) e para o cinismo ($r = .21, p < .01$) apresenta uma relação positiva significativa.

O Humor, apresenta uma relação positiva com a estratégia de Auto distração ($r = .21, p < .01$), bem como com o *engagement* ($r = .27, p < .01$). Com a exaustão ($r = -.24, p < .01$) e com o cinismo ($r = -.17, p < .01$) verifica-se uma relação negativa significativa.

Finalmente, o *engagement* apresenta uma relação negativa significativa com a exaustão ($r = -.52, p < .01$) e com o cinismo ($r = -.51, p < .01$). E, por último a exaustão apresenta uma relação positiva significativa com o cinismo ($r = .48 p < .01$).

Tabela 18

Valores médios e matriz de correlações entre as variáveis em estudo.

4.5.2. Teste de hipóteses

Tendo em conta os resultados obtidos através da análise de correlações, é possível ter uma noção da possível relação entre todos construtos em estudo.

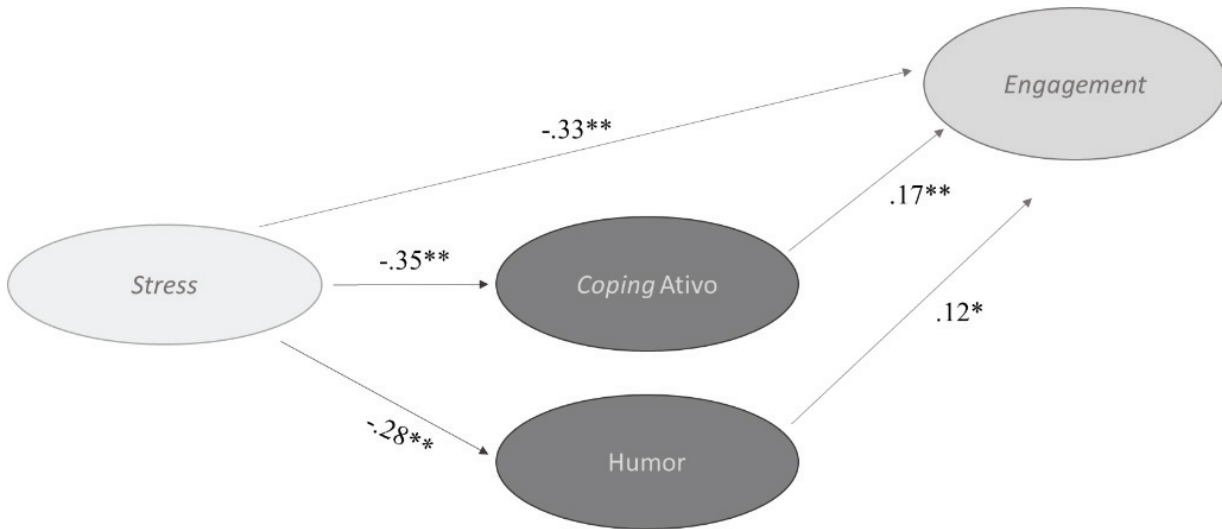
Para se proceder à análise da existência de efeitos de mediação das estratégias de *coping*, executou-se a macro PROCESS, no SPSS IBM *Statistics*. O modelo usado foi o Modelo 4 (Hayes, 2013), que permite até 10 mediadores a operar em paralelo, no caso foram utilizados nove, que correspondem às nove estratégias de *coping*. Porém, como o modelo apenas permite testar uma variável dependente de cada vez, o modelo foi utilizado três vezes, uma vez que as variáveis dependentes são o *engagement*, a exaustão e o cinismo, e não é possível introduzir mais do que uma em simultâneo. Para testar a hipótese da mediação, foi utilizado um *bootstrap* de 5000 amostras com um intervalo de confiança de 95%.

Primeiramente apurou-se se existe relação entre o *stress* e o *engagement*, sendo possível observar na Figura 1, que o *stress* apresenta uma relação negativa e significativa com o *engagement* ($\beta = -.48, p < .01$). Suportando, assim, a hipótese de que as estratégias de *coping* têm o papel de mediador, uma vez que a relação direta do *stress* com o *engagement* ($\beta = -.33, p < .01$) é reduzida quando os mediadores são introduzidos, mostrando a interferência das variáveis nos construtos.

No que se refere às variáveis mediadores, e uma vez que correspondem às nove estratégias de *coping* utilizadas serão analisadas individualmente. Assim, começando por observar o papel mediador da estratégia de *Coping* ativo, na explicação da relação entre o *stress* e o *engagement*, o efeito indireto foi significativo (Efeito indireto = $-.06$, ES = $.03$, IC [$-.11, -.01$]), o que significa que o efeito mediador desta estratégia é significativo, sendo uma variável que contribui para explicar a relação entre o *stress* e o *engagement*.

Figura 1

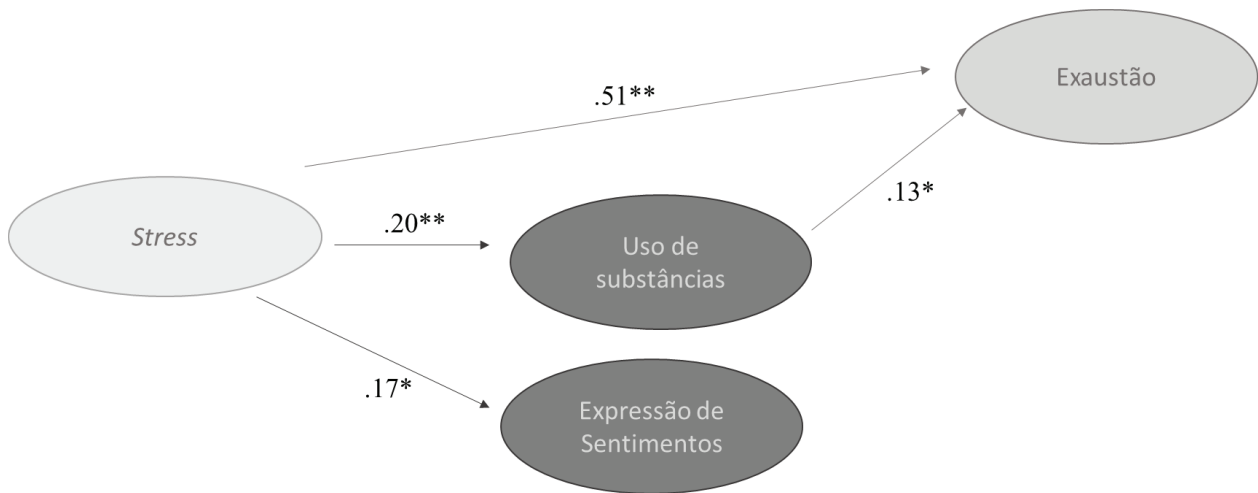
Resultado da Análise das relações entre o stress e o engagement com as variáveis mediadoras.



Uma vez que para a variável dependente em cima utilizada, o *engagement*, não existem mais variáveis mediadoras com poder para explicar a sua relação com o *stress*, procede-se para a análise do mesmo modelo, mas agora com a exaustão com variável dependente. Como se pode analisar através da Figura 2, o *stress* reflete uma relação positiva e significativa com a exaustão ($\beta = .51, p < .01$). De forma a sustentar a interferência dos mediadores quando introduzidos, verifica-se que a relação direta entre o *stress* e a exaustão ($\beta = .58, p < .01$) é superior antes de adicionadas as variáveis mediadoras. Sendo que a única estratégia de *Coping* com um papel de mediador na explicação da relação entre o *stress* e a exaustão é o Uso de substâncias, apresentando um efeito indireto significativo (Efeito indireto = .05, ES = .02, IC [.02, .09]), o que significa que utilizar esta estratégia de *coping* parece contribuir para explicar a relação entre o *stress* e a exaustão.

Figura 2

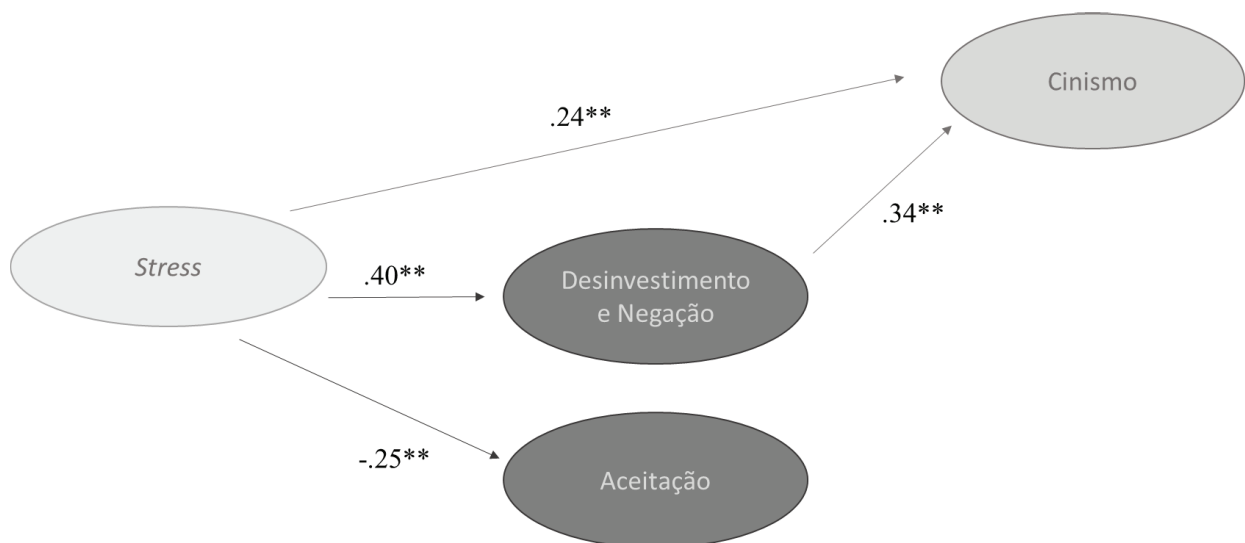
Resultado da Análise das relações entre o stress e a exaustão com as variáveis mediadoras.



Por último conduziu-se à mesma análise, com o cinismo como variável dependente. Ao observar a Figura 3, é possível confirmar que o *stress* apresenta uma relação positiva e significativa com o cinismo ($\beta = .24, p < .01$). Após se confirmar que a relação direta entre o *stress* e o cinismo ($\beta = .42, p < .01$) é superior antes de acrescentadas as variáveis mediadoras, assegurando-se a intervenção dos mediadores nos construtos. A estratégia de *coping* de Desinvestimento e negação tem poder explicativo de mediador na relação entre o stress e o cinismo, expondo um efeito indireto significativo (Efeito indireto = .14, ES = .03, IC [.07, .20]).

Figura 3

Resultado da Análise das relações entre o stress e o cinismo com as variáveis mediadoras.



4.6. Análise longitudinal

De modo a obter a correspondência apenas nas respostas nos dois momentos do estudo foi aplicado um filtro, que resultou na exclusão das respostas dos participantes que apenas responderam ao primeiro momento.

Seguidamente, para se proceder à comparação dos valores médios na evolução do primeiro momento do estudo para o segundo, utilizou-se o *Teste t* para Amostras Emparelhadas uma vez que as duas amostras a serem comparadas correspondem às respostas dos mesmos participantes.

Conclui-se que há diferenças significativas entre a utilização da estratégia de *coping* de Humor no primeiro momento em que o estudo foi aplicado (T1) e nos três meses seguintes, na segunda fase (T2) [$t(96) = -2.36, p < .05$]. Assim como existem também diferenças significativas nos dois momentos do estudo face à utilização da estratégia de Auto distração [$t(96) = -2.82, p < .01$].

Por fim, verificou-se que quanto ao cinismo também existem diferenças significativas quando se compara os dois momentos de aplicação do presente estudo [$t(96) = -1.99, p = .05$].

Tabela 19

Resultados relativos ao Teste T para Amostras Emparelhadas.

	T1 <i>n</i> = 97 Média (DP)	T2 <i>n</i> = 97 Média (DP)	<i>t</i> (96)
<i>Stress</i>	3.21 (.58)	3.06 (.57)	1.35
<i>Coping</i> Ativo	2.99 (.61)	3.02 (.49)	-.45
Desinvestimento e negação	1.73 (.52)	1.81 (.51)	-1.84
Suporte social emocional e Suporte instrumental	2.70 (.73)	2.68 (.75)	.34
Aceitação	2.59 (.63)	2.70 (.56)	-1.75
Expressão de sentimentos	2.46 (.70)	2.56 (.77)	-1.34
Religião	1.90 (.84)	1.85 (.75)	.92
Uso de substâncias	1.18 (.56)	1.15 (.41)	.51
Humor	2.09 (.64)	2.25 (.68)	-2.36*
Auto distração	2.13 (.68)	2.34 (.63)	-2.82**
<i>Engagement</i>	4.88 (1.33)	4.82 (1.27)	.56
Exaustão	4.80 (1.47)	4.72 (1.53)	.68
Cinismo	2.82 (1.33)	3.05 (1.38)	-1.99*

Nota: ** = $p < .01$; * = $p < .05$.

5. Discussão de Resultados

A enfermagem é uma ocupação que abrange uma componente de conhecimentos científicos e técnicos, construídos e reproduzidos por um conjunto de práticas sociais e éticas que se processa pelo ensino, sendo o objetivo do trabalho do enfermeiro favorecer a relação enfermeiro-paciente, cuidado do ser humano (Santos & Vandenberghe, 2013).

Primeiramente, na validação das escalas utilizadas para a população em estudo, importa referir que relativamente à escala que remete para as estratégias de *coping*, com a condução da Análise Fatorial Exploratória, foram identificadas 9 dimensões de *coping*, tal como no estudo de Pais Ribeiro e Rodrigues (2004), que refere encontrar 9 fatores com valores superiores a 1. Porém Pais Ribeiro e Rodrigues (2004) optaram por explorar os dados através da análise de componentes principais com rotação oblíqua forçada a 14 fatores, sendo eles “*Coping Ativo*”, “*Planear*”, “*Utilizar suporte instrumental*”, “*Utilizar suporte social emocional*”, “*Religião*”, “*Reinterpretação positiva*”, “*Auto culpabilização*”, “*Aceitação*”, “*Expressão de sentimentos*”, “*Negação*”, “*Auto distração*”, “*Desinvestimento comportamental*”, “*Uso de substâncias*” e “*Humor*”, que por sua vez todos apresentaram valores de consistência interna satisfatória.

Devido ao seu tamanho e pela variedade de estratégias de *coping* que apresenta, a versão portuguesa reduzida da Escala de Estratégias de *Coping*, demonstrou qualidades psicométricas globalmente adequadas, tal como verificado em estudos anteriores. Como tal, pode-se considerar uma boa escala para ser utilizada em investigação em contexto de saúde (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Na presente investigação, uma vez que se efetuou um estudo longitudinal, sendo a resposta a ambos os questionários de carácter voluntário, foi importante perceber se a razão que motivou ou desmotivou a uma segunda participação foram as variáveis em estudo. Concluiu-se que o *dropout* de respostas em nada estaria relacionado com os instrumentos alvos de avaliação.

Assim, e tendo em conta a pertinência da presente investigação, ao avaliar as variáveis, com recurso às variáveis sociodemográficas, verificou-se que o género dos participantes não apresenta uma relação significativa com a sua perceção de *stress*, com a utilização das estratégias de *coping* nem com o *burnout* e o *engagement*. O que difere dos resultados encontrados por Dias (2012) em que se observou que as enfermeiras

apresentaram níveis de vigor e dedicação mais elevados comparativamente com os homens. Adicionalmente, Marques-Pinto et al. (2015) verificaram que as enfermeiras apresentaram um envolvimento com o trabalho mais elevado, comparativamente com os homens. Considerando esta inconsistência de resultados, no futuro, deve continuar a testar-se se a percepção de *stress*, a utilização de estratégias de *coping*, *burnout* e *engagement* difere em função do sexo.

Porém, no presente estudo, verificou-se que quanto maior for a idade dos participantes menor é a tendência para recorrerem a estratégias de *coping* de suporte social emocional e suporte instrumental, podendo-se concluir que esta é uma estratégia que tendencialmente é mais utilizada pelos mais novos. Além disso, verificou-se que a estratégia de *coping* religião apresenta uma relação com a idade, o que significa que quanto mais idade têm os participantes maior é a tendência para recorrer a esta estratégia. Estudos futuros devem continuar a analisar a influência da idade para explicar as variáveis analisadas na presente investigação.

Quanto às habilitações literárias, na presente investigação verificou-se que quanto menor forem as habilitações dos participantes maior será a probabilidade de utilizarem a estratégia de uso de substâncias e de sentirem mais exaustão. De facto, ao encontro do resultado verificado neste estudo, diversos estudos descrevem a presença de maiores níveis de *burnout* em profissionais com maior grau de formação académica, possivelmente pelo acumular de mais responsabilidades na profissão (Ilhan et al. 2007; Maslach et al. 2001; Schaufeli & Enzmann, 1998).

Aqueles participantes que trabalham há mais tempo no mesmo hospital referem usar com maior frequência a estratégia desinvestimento e negação e menor a estratégia de suporte social emocional e suporte instrumental. No futuro, é importante que mais estudos verifiquem se a antiguidade poderá contribuir significativamente para estas variáveis.

Tendo em conta a situação atual que o mundo está a viver, considerou-se importante avaliar o impacto da Covid-19 na percepção de *stress* dos participantes, sendo que foi possível apurar que quanto mais impacto a pandemia tinha na vida dos enfermeiros maior seria o seu nível de *stress* percebido. Tendo em conta a exigência que a profissão aporta, é possível considerar que os profissionais de enfermagem enfrenam

impactos psicológicos que podem desencadear sintomas de depressão, ansiedade e *stress* por períodos de tempo significativos (Miranda et al, 2020).

A atual pandemia COVID-19 intensificou o *stress* nos profissionais de enfermagem (Montelo et al, 2021), uma vez que aumentou a sobrecarga de trabalho e a exposição a situações em que foi necessário lidar com a dor, sofrimento e morte (Humerez, Ohl e Silva, 2020).

Porém relativamente à estratégia de *coping* ativo e de humor verificou-se uma diminuição da sua utilização quando o impacto percebido era maior. E, por fim, quanto maior o impacto da Covid-19 mais os participantes utilizavam as estratégias de desinvestimento e negação, suporte social emocional e suporte instrumental, de religião e a estratégias de uso de substâncias

Ainda no impacto do covid 19, quando relacionado com o *engagement*, verifica-se que o *engagement* é menor quando o impacto a aumenta. Já com a exaustão e o cinismo acontece o contrário, levando a concluir que quanto mais impacto o covid tiver nos participantes maior será a sua probabilidade de desenvolver *burnout*.

Ao analisar a relação que existe com o facto de os participantes terem ou não filhos com as variáveis em estudo, apurou-se que os participantes que têm filhos utilizam mais as estratégias de *coping* de negação, expressão de sentimentos e a de religião. No entanto, a estratégia de suporte social, emocional e suporte instrumental é menos utilizada pelos participantes que têm filhos.

Passando agora para a relação existente entre o *stress* e as estratégias de *coping*, observa-se que quanto maior for o *stress* menor é a utilização das estratégias *coping* ativo, de aceitação e de humor e maior é a utilização das estratégias desinvestimento e negação, expressão de sentimentos e de uso de substâncias. Sendo que o aumento desta variável se traduz na diminuição do *engagement* dos enfermeiros que participaram no estudo e no aumento da exaustão e do cinismo.

As estratégias de *coping* são formas de evitar o *stress* ocupacional, no entanto segundo Rodrigues e Chaves (2008), ao estudarem o *coping* na população em estudo, evidenciaram que o *coping* focado na emoção é o mais utilizado, essencialmente a reavaliação positiva, onde o indivíduo tenta reestruturar o acontecimento, com o intuito de encontrar alguns aspetos mais favoráveis.

Relativamente à relação das dimensões de *coping* com o *engagement*, a exaustão e com o cinismo, avaliando o *coping* ativo conclui-se que a sua utilização reflete no aumento do *engagement* e na diminuição da exaustão e do cinismo. Ao contrário da estratégia de *coping* de desinvestimento e negação, cuja utilização traduz-se em menores níveis de *engagement* e maiores de exaustão e cinismo.

Já a estratégia de suporte social emocional e suporte instrumental está relacionada com o aumento do *engagement*, não apresentando qualquer ligação com exaustão nem com o cinismo.

No que concerne à aceitação, quanto maior for a sua utilização maior é potenciado *engagement* dos participantes e menos a sua exaustão e cinismo. O mesmo não acontece com a estratégia de expressão de sentimentos, que quanto mais manifestada maior é a probabilidade do desenvolvimento da exaustão.

A utilização de estratégia de uso de substâncias traduz-se na diminuição do *engagement* e no aumento da exaustão e do cinismo. E finalmente, o humor está alistado ao aumento do *engagement* e diminuição da exaustão e do cinismo.

Segundo Bakker et al. (2007) o *burnout* e o *engagement* representam dois extremos de um estado emocional contínuo, estando o *burnout* no negativo e o *engagement* no positivo, sendo possível que conceptualizar-se o *engagement* como oposição ao *burnout*, sendo estes conceitos independentes (Schaufeli & Salanova, 2014). Por fim, conclui-se que a diminuição do *engagement* conduz à exaustão e ao cinismo. E que o aumento da exaustão pode levar ao desenvolvimento do cinismo.

A síndrome de *burnout* atua ao nível físico, social e psicológico dos indivíduos, levando à exaustão emocional, cinismo e ineficácia (Maslach & Jackson, 1981),

Em seguida, ao investigar a relação entre o *stress* e o *engagement*, a exaustão e o cinismo, com as estratégias de *coping* como variáveis mediadoras verificou-se que os primeiros construtos apresentam relações significativas entre si. Sendo que o aumento do *stress* leva a um menor *engagement* mas maior exaustão e cinismo e foi possível suportar a hipótese de que as dimensões de *coping* utilizadas são variáveis mediadoras no presente estudo, contribuindo para explicar a razão pela qual o *stress* pode ser positivo e resultar no *engagement* ou negativo e resultar em exaustão e cinismo aumentados.

De acordo com Lazarus e Folkman (1984) a emoção e o *coping* ocorrem numa relação dinâmica e recíproca, onde o fluxo comportamental começa com a transação avaliada como significativa para a conservação do bem-estar da pessoa. Sendo que, a forma como cada indivíduo avalia a situação pode ser tida como estratégia de *coping* que, por sua vez, muda as relações pessoa-ambiente e, por conseguinte, a resposta emocional (Sousa, Mendonça, Zanini, & Nazareno, 2009).

Com a análise longitudinal do estudo, onde foram incluídas apenas as respostas dos participantes em ambos os momentos, verificou-se que desde o primeiro momento para o último da investigação há um aumento das estratégias de *coping* de humor e distração bem como um aumento do cinismo, o que pode levar a acreditar que passados os momentos mais exigentes da carreira estes profissionais de saúde sentiram que poderiam descontraír.

Com o presente estudo detêm-se como contributos o facto de se estudar mais profundamente as características e, por consequente, os riscos psicológicos associados às exigências da profissão em enfermagem, compreendendo-se a importância de estudos futuros para comparar as variáveis em estudo e perceber como diminuir os fatores de vulnerabilidade associados ao trabalho destes profissionais de saúde. Deste modo, aumentando o conhecimento daquilo que são as limitações da profissão é também possível diminuir as suas lacunas e tentar reduzir as repercussões negativas descritas. Apesar dos contributos deste estudo, importa também mencionar as limitações sentidas ao longo da investigação, que passam pela dificuldade na recolha de dados, que em muito se deveu à situação pandémica e pelo facto de se tratar de uma investigação apenas para a população portuguesa, não podendo ser generalizada.

6. Conclusão

Considerando os resultados da investigação, verifica-se a relação direta que o *stress* ocupacional tem sobre o bem-estar dos enfermeiros. E confirma-se a atuação de mediação das estratégias de *coping*, uma vez que através da sua utilização poderá estar a explicação da relação entre o *stress* e o *engagement* e o *burnout*.

Em síntese, com o presente estudo foi possível confirmar as exigências psicológicas associadas à profissão de enfermagem, reforçando, por isso, a necessidade de intervir nos fatores que influenciam o mal-estar ocupacional referido e assim evidenciando a importância de futuras investigações.

7. Referências Bibliográficas

de Almeida, H., Brito-Costa, S., Alberty, A., Gomes, A., Lima, P., & Vicente Castro, F. (2016). Modelos de stress ocupacional: sistematização, análise e descrição. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 2(1), 434–454.

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.309>

Manuela, M., Pereira, A., Rui, A., & Gomes, S. (2016). *Stress, burnout e avaliação cognitiva: estudo na classe de enfermagem*. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Bakker, A. B., Hakanen, J. J., Demerouti, E., & Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of Educational Psychology*, 99(2), 274–284. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.99.2.274>.

Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2014). Work engagement. *Organizational Behaviour: The Blackwell Encyclopedia of Management*. West Sussex, UK: Wiley.

Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Taris, T. W. (2008). Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress*, 22(3), 187–200. <https://doi.org/10.1080/02678370802393649>.

Borges, E., Abreu, M., Queirós, C., & Maio, T. (2017). Engagemen em enfermeiros: estudo comparativo entre Portugal Continental e Açores.

Barboza, A., & Beresin, R. (2007). A síndrome de burnout em graduandos de enfermagem. *Einstein*, 5(3), 225-30.

Campos, I. (2012). *Mecanismos de coping e saúde mental em Enfermeiros*. Tese de Licenciatura. Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde.

Chambel, M.J. (2012). Explaining nurses' engagement and performance with social exchange with hospital. *Ciencia & Trabajo* (Special number about work engagement), 14, 81-88.. *Ciencia & Trabajo*. 14. 81-88.

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of advanced nursing*, 32(2), 454–464. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01496.x>

Dias, S. (2012). A influência dos Traços de Personalidade no Burnout nos Enfermeiros. Tese de Doutoramento. Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Freitag, R. M. Ko. (2018). Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência? *REVISTA DE ESTUDOS DA LINGUAGEM*, 26(2), 667. <https://doi.org/10.17851/2237-2083.26.2.667-686>.

de Humerez, D. C., Ohl, R. I. B., & da Silva, M. C. N. (2020). Mental health of Brazilian nursing professionals in the context of the COVID-19 pandemic: Action of the nursing federal council. *Cogitare Enfermagem*, 25, 1–10. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.74115>.

İlhan, M. N., Durukan, E., Taner, E., Maral, I., & Bumin, M. A. (2008). Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey. *Journal of advanced nursing*, 61(1), 100–106. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04476.x>

Savoia, M. G., & Amadera, R. D. (2016). *UTILIZAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DO INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING EM PESQUISAS DA ÁREA DA SAÚDE* (Vol. 14, Issue 1).

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: *Springer*.

Lima, G., & Bianchi, E. (2010). Estresse entre enfermeiros hospitalares e a relação com as variáveis sociodemográficas. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14(2), 210-218.

Lopes, H. (2017). *Avaliação cognitiva, stress ocupacional e burnout em profissionais de saúde: estudo com enfermeiros*. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho.

Machado, A. (2013). *Stress, avaliação cognitiva, burnout e comprometimento: Um estudo com profissionais de saúde*. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho.

Marques-Pinto, A., Elvio, J., Oliveira, A. M., & Mendes, C. (2015). *Estudo RN4Cast em Portugal: Work Engagement dos Enfermeiros Estudo RN4Cast em Portugal View project*. www.rn4cast.eu/.

- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2, 99 - 113.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Miranda, F. B. G., Yamamura, M., Pereira, S. S., Pereira, C. dos S., Protti-Zanatta, S. T., Costa, M. K., & Zerbetto, S. R. (2021). Sofrimento psíquico entre os profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19: Scoping Review. *Escola Anna Nery*, 25(spe). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0363>.
- Mcintyre, T., & McIntyre, S., & Silvério, J. (1999). Resposta de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 17, 513-527.
- Montelo, B. M., Sindeaux, E. do N., Cunha, S. C. da, Sousa, V. C. S. de, Gatti, V. C. do M., Barata, H. da S., Silva, C. R. da, Silva, P. A., & Coelho, A. L. (2021). O impacto da COVID-19 na saúde mental do enfermeiro atuante na pandemia: uma revisão bibliográfica. *Research, Society and Development*, 10(15), e30101522066. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22066>.
- Pais Ribeiro, J., & Marques, T. (2009). A avaliação do stresse: a propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de stresse. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 237-248.
- Pais Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde e Doenças*, (1), 3-15.
- Pocinho, M., & Capelo, M. (2009). Vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e autoeficácia em professores portugueses. *Educação e Pesquisa*, 35(2), 351-367.
- Porto-Martins, P. C., Basso-Machado, P. G., & Benevides-Pereira, A. M. T. (2013). Engagement no trabalho: uma discussão teórica. *Fractal: Revista De Psicologia*, 25(3), 629-644. <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/4964>.
- Rodrigues, A. B., & Chaves, E. C. (2008). Fatores estressantes e estratégias de coping dos enfermeiros atuantes em oncologia. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 16(1), 24-28. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000100004>.
- Sá, A., Martins-Silva, P., & Funchal, B. (2014). Burnout: o impacto da satisfação no trabalho em profissionais de enfermagem. *Psicologia & Sociedade*, 26(3), 664-674.

- Santos, D. A. da S., & Vandenberghe, L. (2013). Atuação profissional e bem-estar em enfermeiros. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 3(1).
<https://doi.org/10.5902/217976926676>.
- Savoia, M. G., & Amadera, R. D. (2016). *Utilização da versão brasileira do inventário de estratégias de coping em pesquisas da área da saúde* (Vol. 14, Issue 1).
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis* (1st ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781003062745>
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire: A cross-national study. *Educational and Psychological Measurement*, 66(4), 701–716.
<https://doi.org/10.1177/0013164405282471>.
- Schaufeli, W.B., & Salanova, M. (2007). Work engagement: An emerging psychological concept and its implications for organizations. In S.W. Gilliland, D.D. Steiner, & D.P. Skarlicki (Eds.), *Research in social issues in management* (Vol. 5; pp. 135–177). Greenwich, CT: Information Age Publishers.
- Schaufeli, W.B., & Salanova, M. (2014). Burnout, boredom and engagement at the workplace. In M. Peeters, M., J. Jonge, & T. Taris (Eds.), *People at work: An Introduction to Contemporary Work Psychology* (pp.293-320).
- Silva, M., & Gomes, A. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-248.
- Sousa, V., Driessnack, M., & Mendes, I. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(3), 502-507.
- Sousa, I. F., Mendonça, H., Zanini, D. S., & Nazareno, E. (2009). Estresse ocupacional, coping e burnout. *Revista EVS-Revista de Ciências Ambientais e Saúde*, 36(1), 57-74.
- Trigo, T., Teng, C., & Hallak, C. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), 34(5), 223-233.

8. Anexos

Anexo 1:

8.1. Pedido de autorização para realização do estudo de investigação

No âmbito do segundo ano de Mestrado em Psicologia do Trabalho e das Organizações, na Universidade Católica Portuguesa, mais concretamente o Centro Regional de Braga, é exigida a realização da dissertação de mestrado sobre um tema da área científica, sendo esse trabalho supervisionado por uma docente da referida universidade.

No caso concreto, a escolha recaiu sobre o tema “*Stress ocupacional, bem-estar e estratégias de coping em enfermeiros*”.

Constituem objetivos deste estudo:

- 1) Caracterizar o nível de stress percebido pelos enfermeiros
- 2) Identificar as principais fontes de *stress* nos enfermeiros
- 3) Identificar as estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros na gestão do stress
- 4) Caracterizar o nível de *burnout* e *engagement* nos enfermeiros

A recolha de informação será efetuada com recurso ao questionário de autopreenchimento.

Este estudo não envolve qualquer risco ou benefício à instituição, nem ao participante. Após ter autorizado a sua participação (consentimento informado) poderá a qualquer momento, se assim o desejar, abandonar o estudo.

Garantimos a confidencialidade e o anonimato da informação recolhida, sendo que apenas a equipa envolvida na investigação tem acesso aos questionários.

Deste modo, solicitamos a permissão de elaborar esta investigação.

Eu, _____ aceito que este projeto se desenvolva na instituição mencionada.

(Diretor da Instituição)

Anexo 2:

8.2. Consentimento Informado

Título do Estudo: “*Stress ocupacional, bem-estar e estratégias de coping em enfermeiros*”.

Equipa de Investigadores: Carina Lobo, sob orientação da Prof.^a Doutora Silvia Lopes.

Universidade: Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Braga

Eu _____ reconheço que o processo de investigação descrito no formulário aqui junto, foi-me explicado e que responderam a todas as questões de forma totalmente esclarecedora. Compreendo a natureza do estudo. Asseguraram-me que os meus dados pessoais e os que vierem a ficar ao cuidado dos investigadores serão guardados confidencialmente e garantiram-me que nenhuma informação, revelando a minha identidade, será dada ou publicada sem o meu consentimento.

Sei que posso colocar, agora ou mais tarde, questões sobre o estudo ou sobre o processo de investigação e tenho consciência de que sou livre de abandonar este estudo a qualquer momento.

Qualquer dúvida, ou questão, por favor, contactar o contacto 914581520, ou pelo e-mail carinasofiaml@gmail.com

Nome (Participante)

Data

Assinatura (Pela equipa de Investigação)

Anexo 3:

8.3. Questionário sociodemográfico

1. **Género:** Masculino Feminino

2. **Idade (indique numericamente, por favor):** _____

3. **Estado civil:** Solteiro Casado/União de Facto Viúvo Divorciado

Outro: _____

4. **Tem filhos?** Sim Não

4.1. Se sim, quantos? _____

5. **Habilitações:** 9º ano ou inferior Entre o 10º e o 12º ano
Bacharelato ou Licenciatura Pós-graduação/Especialização Mestrado
Doutoramento

6. **Qual a sua profissão?**

Assistente operacional...	Enfermeiro(a)...
Assistente técnico(a)...	Médico(a)...
Técnico(a) superior...	
Técnico(a) de diagnóstico e terapêutica...	

7. **Há quanto tempo trabalha no presente hospital?**

Menos de 1 ano...	Entre 11 a 15 anos ...
Entre 1 e 2 anos...	Entre 16 a 20 anos ...
Entre 3 a 5 anos ...	Entre 21 a 30 anos ...
Entre 6 a 10 anos ...	Mais de 30 anos...

8. **Qual a sua carga horária semanal? (indique numericamente, por favor)**

9. **Acumula este trabalho com outro remunerado?** Sim Não

10. Numa escala de 10 pontos, defina o impacto que o Covid-19 teve na sua percepção de stress (0 – Nenhum impacto; 10 – Totalmente impactante):

11. Trabalha numa área exclusivamente destinada ao atendimento de casos Covid-19? Sim Não

12. Já testou positivo ao Covid-19? Sim Não

Anexo 4:

8.4. Escala de Percepção de Stress

(J. Pais Ribeiro & T. Marques, 2009)

Nesta escala fazemos perguntas acerca dos seus sentimentos e pensamentos que ocorreram no último mês. Em cada uma pedimos para indicar com que frequência o participante se sentiu ou pensou de determinada maneira. Embora algumas das questões sejam parecidas, há diferenças entre elas e deverá responder a cada uma como uma questão diferente. A melhor maneira de o fazer é responder a cada questão rapidamente. Ou seja, não se preocupe em lembrar do número de vezes que se sentiu de determinada maneira. Em vez disso assinale a alternativa que lhe pareça uma estimativa razoável. As alternativas que pode escolher são: “Nunca” (A); “Quase Nunca” (B), “Algumas vezes” (C); “Com muita frequência” (D); e “Muitas Vezes” (E).

	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Com Muita Frequência	Muitas Vezes
1. No último mês com que frequência se sentiu aborrecido com algo que ocorreu inesperadamente?	A	B	C	D	E
2. No último mês com que frequência se sentiu que era incapaz de controlar as coisas que são importantes na sua vida?	A	B	C	D	E
3. No último mês com que frequência se sentiu nervoso ou “ <i>stressado</i> ”?	A	B	C	D	E
4. No último mês com que frequência enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e chatas?	A	B	C	D	E
5. No último mês com que frequência sentiu que estava a enfrentar com eficiência mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida?	A	B	C	D	E
6. No último mês com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?	A	B	C	D	E
7. No último mês com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?	A	B	C	D	E
8. No último mês com que frequência reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha que fazer?	A	B	C	D	E
9. No último mês com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações?	A	B	C	D	E
10. No último mês com que frequência sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor?	A	B	C	D	E
11. No último mês com que frequência	A	B	C	D	E

se sentiu irritado com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo?					
12. No último mês com que frequência foi capaz de controlar o seu tempo?	A	B	C	D	E
13. No último mês com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?	A	B	C	D	E

Anexo 5:

8.5. Inventário de *burnout* de Maslach e Utrecht *Work Engagement Scale*

Nesta secção encontram-se algumas afirmações sobre sentimentos relacionados com a sua atividade profissional. Por favor leia cada frase atentamente e pense se alguma vez se sentiu dessa forma, e com que frequência.

		<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Nunca Algumas vezes por ano Uma vez ou menops por mês Algumas vezes por mês Uma vez por semana Algumas vezes por semana Todos os dias </div>						
		0	1	2	3	4	5	6
1.	No meu trabalho, sinto-me cheia (o) de energia	0	1	2	3	4	5	6
2.	Estou entusiasmada (o) com o meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
3.	Estou contente quando estou a trabalhar intensamente.	0	1	2	3	4	5	6
4.	No meu trabalho, sinto-me forte e com vigor.	0	1	2	3	4	5	6
5.	O meu trabalho inspira-me.	0	1	2	3	4	5	6
6.	Estou imerso no meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
7.	Quando acordo de manhã, sinto-me bem por ir trabalhar.	0	1	2	3	4	5	6
8.	Tenho orgulho no trabalho que faço.	0	1	2	3	4	5	6
9.	Esqueço-me “do resto” quando estou a trabalhar.	0	1	2	3	4	5	6
10.	Sinto-me emocionalmente esgotado(a) pelo meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
11.	Sinto-me desgastado(a) no fim do dia de trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
12.	Sinto-me fatigado(a) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
13.	Trabalhar durante todo o dia é realmente uma pressão para mim.	0	1	2	3	4	5	6
14.	Sinto-me esgotado(a) pelo meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
15.	Perdi interesse pelo meu trabalho desde que comecei com este emprego.	0	1	2	3	4	5	6
16.	Perdi entusiasmo pelo meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6

17.	Quando estou a trabalhar não gosto que me incomodem com outras coisas.	0	1	2	3	4	5	6
18.	Tornei-me mais reticente em relação à utilidade do meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
19.	Duvido do valor e utilidade do meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6

Anexo 6:

8.6. *Coping job scale*

As seguintes frases descrevem formas de pensar, sentir ou comportar-se que as pessoas costumam utilizar para enfrentar os problemas pessoais ou situações difíceis, que provocam tensão e *stress*.

As formas de enfrentar os problemas, como estão descritas aqui, não são nem boas nem más.

Coloque 0, 1, 2, ou 3 no espaço ao lado, escolhendo o número que melhor descreve a sua forma de enfrentar os problemas.

0	1	2	3
Não, nunca.	Um Pouco.	Bastante	Muito

1. Concentro os meus esforços em alguma coisa que me permita enfrentar a situação.	
2. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação.	
3. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho de fazer.	
4. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação	
5. Peço conselhos e ajuda a pessoas para enfrentar melhor a situação.	
6. Peço ajuda e conselhos a pessoas que passaram pelo mesmo.	
7. Procuo apoio emocional de alguém (família e amigos)	
8. Procuo o conforto e compreensão de alguém.	
9. Tento encontrar conforto na minha religião ou em uma crença espiritual	
10. Rezo ou medito.	
11. Tento analisar a situação de maneira diferente, de modo a torná-la mais positiva.	
12. Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer.	
13. Faço críticas a mim mesmo	
14. Culpo-me pelo que está a acontecer.	

15. Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer.	
16. Tento aprender a viver com a situação.	
17. Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos.	
18. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento.	
19. Tenho dito para mim mesmo: “Isto não é verdade”	
20. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo.	
21. Refugio-me em outras atividades para abstrair-me da situação.	
22. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tais com o ir ao cinema, ver televisão, fazer compras, praticar desporto, etc.	
23. Desisto de me esforçar para obter o que quero.	
24. Simplesmente desisto de atingir o meu objetivo.	
25. Refugio-me no álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a superar os problemas.	
26. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me sentir melhor.	
27. Enfrento a situação levando-a na brincadeira	
28. Enfrento a situação com senso de humor.	