

José Manuel Oliveira dos Santos

Stresse Profissional. Consumo de Bebidas Alcoólicas.

Estudos numa Amostra de Enfermeiros.

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2010

José Manuel Oliveira dos Santos

Stresse Profissional. Consumo de Bebidas Alcoólicas.

Estudos numa Amostra de Enfermeiros.

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2010

© 2010

José Manuel Oliveira dos Santos

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

José Manuel Oliveira dos Santos

Stresse Profissional. Consumo de Bebidas Alcoólicas.

Estudos numa Amostra de Enfermeiros.

Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do Grau de
Doutor em Ciências Sociais, sob a orientação da
Professora Doutora Zélia Teixeira

RESUMO

A presente tese teve por objectivo geral conhecer alguns aspectos relacionados com o stress profissional dos enfermeiros e com os seus padrões de consumo de bebidas alcoólicas. Este objectivo foi considerado pertinente, uma vez que o stress profissional em enfermeiros, embora amplamente estudado, foi-o sempre com recurso a escalas que não são específicas das actividades dos enfermeiros, tendo também em consideração que os padrões de consumo de bebidas alcoólicas em enfermeiros nunca foram estudados, tanto quanto foi possível pesquisar, na realidade portuguesa.

Foram traçados vários objectivos específicos, a saber: fazer a adaptação transcultural da escala *Nursing Stress Scale*, validando-a para os enfermeiros portugueses, conhecer a frequência com que determinadas situações profissionais são percebidas pelos enfermeiros como stressantes, conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o nível de stress no exercício da profissão, conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o nível de stress em diferentes dias de semana e turnos de trabalho, conhecer os padrões de consumo de bebidas alcoólicas, no último ano, pelos enfermeiros, saber se existe dependência alcoólica entre os enfermeiros, conhecer os padrões de consumo de bebidas alcoólicas, em diferentes momentos do dia, pelos enfermeiros, saber se existe diferenças significativas em cada um dos aspectos-alvo dos restantes objectivos, em função de alguns dados sócio-demográficos e profissionais (instituição em que exerce funções, tipo de serviço, especialidade do serviço, género, idade, estado civil, categoria profissional, tempo total de exercício profissional, tempo de exercício no actual serviço, razão da presença no actual serviço e vínculo à instituição) e saber se existe alguma relação estatisticamente significativa entre o stress e o padrão/consumo de bebidas alcoólicas.

Para concretizar os objectivos específicos, foram realizados quatro estudos: um, relacionado com a adaptação transcultural da *Nursing Stress Scale*; o segundo, sobre o

stress profissional dos enfermeiros; o terceiro para concretização dos objectivos relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas pelos enfermeiros; e o quarto, para procura de relações entre as duas entidades estudadas.

Os objectivos específicos delineados foram atingidos: tanto a criação e validação da Escala de Stresse Profissional dos Enfermeiros como um conhecimento diversificado a propósito do stress profissional e do consumo de bebidas alcoólicas por parte dos enfermeiros. Não foi encontrada qualquer relação estatisticamente significativa entre estas duas entidades.

ABSTRACT

The aim of this thesis was to search and describe some general aspects of nurses' professional stress as well as their patterns of alcohol consumption. This goal was considered relevant, since work-related stress in nurses, though widely studied, has always been studied through the use of non-specific scales to the activities of nurses; and the patterns of alcohol consumption in nurses have never been studied in Portuguese context.

Several specific goals were defined, namely: to make the cultural adaptation of the Nursing Stress Scale, validating it for the Portuguese nurses; to know the frequency of which certain professional situations are perceived by nurses as stressful; to assess the nurses' perception of professional stress level and more specifically on different days of the week and related with shift work; to evaluate the nurses' patterns of alcohol consumption in the last year; to check the existence of alcohol dependence situations among nurses; to analyze nurses' patterns of alcohol consumption at different times of the day; to check for significant differences in each aspect of the remaining target purposes, according to some socio-demographic and professional data (geographic hospital localization, type of service, specialty of the service, gender, age, marital status, professional category, total of professional experience, time of experience in the current service, reason for the presence in the current service and ties to the institution); and to know if there is any statistically significant relation between stress and the pattern of consumption of alcoholic beverages.

To achieve specific purposes, four studies have been carried through: the first related to the cultural adaptation of the Nursing Stress Scale; the second dedicated to the evaluation of nurses' professional stress; the third aiming to get information on the nurses' alcohol consumption, and the fourth, to search for relations between the two studied entities.

The specific outlined purposes were achieved: the creation and validation of the Escala de Stress Profissional em Enfermeiros and a diverse amount of knowledge regarding occupational stress and consumption of alcoholic beverages by nurses. There hasn't been found any statistically significant relation between these two entities.

RESUMÉ

La présente thèse a eu par objectif général connaître quelques aspects rapportés avec stress professionnel des infirmiers et avec leurs normes de consommation de boissons alcooliques. Cet objectif a été considéré pertinent, vu que stress professionnel dans des infirmiers, bien que suffisamment étudié, l'a été toujours avec ressource à des échelles qui ne sont pas spécifiques des activités des infirmiers, en ayant aussi dans considération que les normes de consommation de boissons alcooliques dans des infirmiers jamais n'ont pas été étudiées, de telle façon combien ce n'a pas été possible de ne pas chercher, dans la réalité portugaise.

Ont été tracés plusieurs objectifs spécifiques, à savoir : faire l'adaptation transculturel de l'échelle Nursing Stress Scale, en la validant pour les infirmiers portugais; connaître la fréquence avec laquelle de certaines situations professionnelles sont perçues par les infirmiers comme stressantes; connaître la perception des infirmiers sur le niveau de stress dans l'exercice de la profession; connaître la perception des infirmiers sur le niveau de stress aux différents jours de semaine et tours de travail; connaître les caractéristiques de consommation de boissons alcooliques, dans la dernière année, par les infirmiers; savoir si existe dépendance alcoolique entre les infirmiers; connaître les normes de consommation de boissons alcooliques, aux différents moments du jour, par les infirmiers; savoir s'il existe des différences significatives dans chacun des aspects spécifiques des objectifs, en fonction de quelques données socio-démographiques et professionnels (institution où il exerce des fonctions, type de service, spécialité du service, genre, âge, état matrimonial, catégorie professionnelle, temps total d'exercice professionnel, temps d'exercice dans la fonction actuelle, raison de la présence dans l'actuel service et lien à l'institution) et savoir s'il existe quelque relation statistiquement significative entre stress et la consommation de boissons alcooliques. Pour concrétiser les objectifs spécifiques, ont été réalisés quatre études: une, rapportée avec l'adaptation transculturel de la Nursing Stress Scale; la seconde sur le stress professionnel des

infirmiers; le troisième pour la concrétisation des objectifs rapportés avec la consommation de boissons alcooliques par les infirmiers; et le quatrième, pour recherche de relations entre les deux entités étudiées. Les objectifs spécifiques délinés ont été atteints : tant la création et la validation de l'Escala de Stresse Profissional dos Enfermeiros qu'une connaissance diversifiée à propos du stresse professionnel et de la consommation de boissons alcooliques de la part des infirmiers. Il n'a pas été trouvé toute relation statistiquement significative entre celles-ci deux entités.

DEDICATÓRIA

*O mundo está nas mãos daqueles que tiverem coragem de sonhar
e de viver os seus sonhos.*

(Paulo Coelho, in As Valquírias)

A todos os que acreditam que a pesquisa é fundamental para o desenvolvimento e a utilização do conhecimento na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, e que a prática baseada em evidências fortalece a identidade da enfermagem como profissão, documentando a sua relevância social e a eficácia da prática dentro das várias dimensões da profissão.

AGRADECIMENTOS

*Quando alguém quer alguma coisa,
todo o Universo conspira para que se realize esse seu desejo.
(Paulo Coelho, in O Alquimista)*

À minha Orientadora, Professora Doutora Zélia Teixeira (a “chefinha”, como com o maior carinho sempre a tratei), que foi capaz de estar sempre tão presente quanto necessitei, de me mostrar sempre o caminho certo, de balizar muito claramente esse caminho, e que um dia, já perto do final desta caminhada, me assustou, ao dizer que eu estava a escrever a tese com “requintes de malvadez” (depois, face ao meu ar de espanto, explicou-me o que queria dizer com aquela expressão; e eu fiquei muito, mas muito contente!).

Ao Reitor da Universidade Fernando Pessoa, Professor Doutor Salvato Trigo, ao Director da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Professor Doutor Luís Martins e ao Professor Doutor Miguel Trigo, que me apoiaram das mais variadas formas.

A todos os Colegas da Coordenação da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa (Professores Teresa Guerreiro, Maria José Abreu, Isabel Guimarães Martins, Manuela Guerra e José Teixeira), que sempre me encorajaram a esta realização, e que nos últimos tempos me fizeram o enorme favor de me perguntar todos os dias: “Então, já entregaste a tese?”

À Professora Doutora Conceição Manso, que se disponibilizou para me fazer acreditar que o tratamento estatístico de dados e a sua apresentação é uma coisa fácil. E foi-o, graças a ela.

Ao Professor *James Anderson*, da *Purdue University*, co-autor da *Nursing Stress Scale*, que não hesitou em autorizar a utilização da sua escala, mostrando assim que a investigação não faz sentido se os seus resultados não estiverem universalmente disponíveis (uma lição para muitos...!)

À Ana Carla, à Elisângela e à Maria José, que me empurraram tanto quanto puderam, porque, penso eu, gostam tanto de mim como eu gosto delas.

A todos os Enfermeiros Directores que abriram as portas dos hospitais à realização deste estudo.

A todos os Enfermeiros que se disponibilizaram a colaborar no estudo, respondendo ao instrumento de colheita de dados que o possibilitou.

A todos os que colaboraram nos diferentes passos da adaptação transcultural da *Nursing Stresse Scale*, de modo particular os Enfermeiros e os Docentes que se disponibilizaram para os trabalhos de tradução e de retrotradução da mesma.

À minha Mãe, que se não estou enganado sempre soube que eu estava a fazer qualquer coisa “importante” (isto de passar os fins-de-semana ao computador é estranho...), mas que foi capaz de nunca mo perguntar directamente, para não estragar a surpresa que eu lhe queria fazer.

Ao meu Pai, que acredito que continua muito orgulhoso de mim.

À minha Filha, a Cris, por ser como é: linda por dentro e por fora.

À minha Mulher, a Anjos, por vir “de uma noite demorada, de uma breve manhã, qual feiticeira, inundar-me de vida”.

A todos os que, por terem estado e continuarem a estar presentes de diversas formas na minha vida, fizeram e fazem de mim o que sou.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1 – O STRESSE.....	15
1. Conceitos e características.....	17
2. A resposta de stresse.....	24
3. Características das situações de stresse	26
4. Fontes de stresse	28
5. Respostas às situações stressantes	29
CAPÍTULO 2 – O STRESSE PROFISSIONAL.....	35
1. Conceitos e características.....	37
2. O Stresse nos enfermeiros	44
2.1. <i>Burnout</i>	55
2.2. O enfermeiro em <i>burnout</i>	57
CAPÍTULO 3 – AVALIAÇÃO DO STRESSE	63
1. Instrumentos de avaliação do Stresse	65
2. A <i>Nursing Stress Scale</i>	67

CAPÍTULO 4 – O ÁLCOOL	71
1. O álcool	73
2. Breve história.....	76
3. Definições e conceitos	83
4. Farmacocinética do álcool. Adicção, tolerância e dependência.	88
 CAPÍTULO 5 – OS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL.....	93
1. Situação actual do consumo de álcool.....	95
2. Etiologia	100
3. Classificação dos consumos e sinais de alerta.....	105
3.1. CID 10: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool.....	112
4. Consequências individuais	116
5. Consequências sociais	119
6. Tratamento do consumo problemático de álcool.....	122
7. A prevenção do consumo de álcool.....	126
 CAPÍTULO 6 – ÁLCOOL E PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	131
1. O uso do álcool pelos profissionais de saúde	133
1.1. O uso do álcool pelos enfermeiros	135
1.2. O enfermeiro “incapacitado” e o agir deontológico	138
 CAPÍTULO 7 – AVALIAÇÃO DOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL	141
1. Técnicas e instrumentos de avaliação.....	143
1.1. O AUDIT.....	144
 CAPÍTULO 8 – STRESSE E ÁLCOOL	149
1. Stresse e álcool: alguma relação?	151

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	157
INTRODUÇÃO.....	159
CAPÍTULO 1 – ESTUDO 1: CONSTRUÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DA <i>NURSING STRESS SCALE</i>	161
1. Introdução.....	163
2. Metodologia.....	163
2.1. Permissão de utilização da <i>NSS</i> e de elaboração de uma escala portuguesa	164
2.2. Princípios éticos.....	164
2.3. Processo de tradução da <i>NSS</i>	164
2.4. Processo de retrotradução da <i>NSS</i>	166
2.5. Análise semântica da equivalência	166
2.6. Pré-teste	166
2.7. Procedimentos para avaliação das propriedades psicométricas da escala.....	167
3. Resultados.....	171
3.1. Permissão para o uso da <i>NSS</i>	172
3.2. Tradução – Retrotradução	172
3.2.1. Tradução	172
3.2.2. Retrotradução	172
3.3. Análise semântica	173
3.4. Pré-teste	173
3.5. Análise factorial de componentes principais.....	174
3.6. Testes de fidedignidade	176
3.7. Teste – reteste	184
4. Discussão dos resultados	186
CAPÍTULO 2 – ESTUDO 2: STRESSE PROFISSIONAL.....	193
1. Introdução.....	195

2. Metodologia.....	196
2.1. Tipo de Estudo.....	196
2.2. População, amostra, processo de amostragem.....	197
2.3. Variáveis em estudo	210
2.4. Instrumento de colheita de dados	216
2.5. Pré-teste	217
2.6. Procedimentos de aplicação do questionário.....	217
2.7. Princípios éticos.....	218
2.8. Análise e apresentação dos resultados.....	219
3. Resultados.....	219
3.1. A ESPE e os seus sete factores.....	220
3.2. Stresse profissional: global e em diferentes turnos de semana e de fim-de-semana	229
3.3. ESPE / Características sócio-profissionais	230
3.3.1. ESPE / Distrito	232
3.3.2. ESPE / Tipo de Serviço	237
3.3.3. ESPE / Departamento	242
3.3.4. ESPE / Género	249
3.3.5. ESPE / Idade	255
3.3.6. ESPE / Estado Civil.....	261
3.3.7. ESPE / Categoria Profissional	267
3.3.8. ESPE / Tempo de Exercício Profissional	273
3.3.9. ESPE / Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	279
3.3.10. ESPE / Razão da presença no actual Serviço	284
3.3.11. ESPE / Vínculo à Instituição	290
3.4. Stresse profissional / Características sócio-profissionais	296
3.4.1 Stresse profissional / Distrito.....	296
3.4.2. Stresse profissional / Tipo de Serviço	300
3.4.3. Stresse profissional / Departamento	303
3.4.4. Stresse profissional / Género	308

3.4.5. Stresse profissional / Idade	311
3.4.6. Stresse profissional / Estado Civil	315
3.4.7. Stresse profissional / Categoria Profissional	318
3.4.8. Stresse profissional / Tempo de Exercício Profissional	321
3.4.9. Stresse profissional / Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço.....	326
3.4.10. Stresse profissional / Razão da presença no actual Serviço	329
3.4.11. Stresse profissional / Vínculo à Instituição	333

CAPÍTULO 3 – ESTUDO 3: CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS.....	351
1. Introdução.....	353
2. Metodologia.....	353
2.1. Tipo de Estudo.....	354
2.2. População, amostra, processo de amostragem.....	354
2.3. Variáveis em estudo	354
2.4. Instrumento de colheita de dados	355
2.5. Pré-teste	356
2.6. Procedimentos de aplicação do questionário.....	356
2.7. Princípios éticos.....	356
2.8. Análise e apresentação dos resultados.....	357
3. Resultados.....	357
3.1. O AUDIT	357
3.1.1. O AUDIT – leitura global.....	357
3.1.2. O AUDIT, questão a questão.....	358
3.2. Consumos de bebidas alcoólicas	366
3.2.1. Em dias de semana	366
3.2.2. Em dias de fim-de-semana	371
3.2.3. Consumos semanais.....	376
3.3. AUDIT / Características sócio-profissionais.....	379
3.3.1. AUDIT / Distrito	381

3.3.2. AUDIT / Tipo de Serviço	384
3.3.3. AUDIT / Departamento	387
3.3.4. AUDIT / Género	391
3.3.5. AUDIT / Idade.....	394
3.3.6. AUDIT / Estado Civil.....	397
3.3.7. AUDIT / Categoria Profissional	400
3.3.8. AUDIT / Tempo de Exercício Profissional	403
3.3.9. AUDIT / Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	407
3.3.10. AUDIT / Razões do exercício no actual Serviço.....	410
3.3.11. AUDIT / Vínculo à Instituição	412
3.4. Consumos em dias de semana / Características sócio-profissionais	415
3.4.1. Dias de semana / Distrito.....	416
3.4.2. Dias de semana / Tipo de Serviço	420
3.4.3. Dias de semana / Departamento	423
3.4.4. Dias de semana / Género	425
3.4.5. Dias de semana / Idade	428
3.4.6. Dias de semana / Estado Civil	432
3.4.7. Dias de semana / Categoria Profissional	435
3.4.8. Dias de semana / Tempo de Exercício Profissional	438
3.4.9. Dias de semana / Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço.....	441
3.4.10. Dias de semana / Razão da presença no actual Serviço	444
3.4.11. Dias de semana / Vínculo à Instituição	447
3.5. Consumos em dias de fim-de-semana / Características sócio-profissionais	450
3.5.1. Dias de fim-de-semana / Distrito.....	450
3.5.2. Dias de fim-de-semana / Tipo de Serviço	454
3.5.3. Dias de fim-de-semana / Departamento	457
3.5.4. Dias de fim-de-semana / Género	460
3.5.5. Dias de fim-de-semana / Idade	463
3.5.6. Dias de fim-de-semana / Estado Civil	466

3.5.7. Dias de fim-de-semana / Categoria Profissional	469
3.5.8. Dias de fim-de-semana / Tempo de Exercício profissional.....	473
3.5.9. Dias de fim-de-semana / Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço.....	476
3.5.10. Dias de fim-de-semana / Razão da presença no actual Serviço	480
3.5.11. Dias de fim-de-semana / Vínculo à Instituição	483
4. Discussão dos resultados	486

CAPÍTULO 4 – ESTUDO 4: STRESSE PROFISSIONAL E CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS.....

1. Introdução.....	499
2. Metodologia.....	499
2.1. Variáveis em estudo	500
2.2. Análise e apresentação dos resultados.....	501
3. Resultados.....	501
4. Discussão dos resultados	502

CONCLUSÃO.....	505

BIBLIOGRAFIA	511

ANEXOS	Volume 2

APÊNDICES	Volume 2

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa da Zona Norte de Portugal com a localização dos Hospitais	198

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – ESPE: Análise factorial	175
Gráfico 2 – Amostra: distrito.....	200
Gráfico 3 – Amostra: tipo de serviço.....	201
Gráfico 4 – Amostra: departamento	202
Gráfico 5 – Amostra: género	203
Gráfico 6 – Amostra: idade	204
Gráfico 7 – Amostra: estado civil.....	205
Gráfico 8 – Amostra: categoria profissional	206
Gráfico 9 – Amostra: tempo de exercício profissional.....	207
Gráfico 10 – Amostra: tempo de exercício profissional no actual serviço.....	208
Gráfico 11 – Amostra: razão da presença no actual serviço.....	209
Gráfico 12 – Amostra: vínculo à instituição.....	210
Gráfico 13 – ESPE: factores / médias	221
Gráfico 14 – ESPE: factor I.....	222
Gráfico 15 – ESPE: factor II	223
Gráfico 16 – ESPE: factor III	224
Gráfico 17 – ESPE: factor IV	225
Gráfico 18 – ESPE: factor V	226
Gráfico 19 – ESPE: factor VI.....	227
Gráfico 20 – ESPE: factor VII.....	228
Gráfico 21 – Stresse Profissional: global em turnos de semana e de fim-de-semana	230
Gráfico 22 – ESPE: distrito	232
Gráfico 23 – ESPE: factor I / distrito	233
Gráfico 24 – ESPE: factor II / distrito	233

Gráfico 25 – ESPE: factor III / distrito.....	234
Gráfico 26 – ESPE: factor IV / distrito	235
Gráfico 27 – ESPE: factor V / distrito.....	235
Gráfico 28 – ESPE: factor VI / distrito	236
Gráfico 29 – ESPE: factor VII / distrito	237
Gráfico 30 – ESPE: tipo de serviço.....	238
Gráfico 31 – ESPE: factor I / tipo de serviço	238
Gráfico 32 – ESPE: factor II / tipo de serviço.....	239
Gráfico 33 – ESPE: factor III / tipo de serviço	240
Gráfico 34 – ESPE: factor IV / tipo de serviço	240
Gráfico 35 – ESPE: factor V / tipo de serviço.....	241
Gráfico 36 – ESPE: factor VI / tipo de serviço	241
Gráfico 37 – ESPE: factor VII / tipo de serviço.....	242
Gráfico 38 – ESPE: departamento.....	243
Gráfico 39 – ESPE: factor I / departamento	244
Gráfico 40 – ESPE: factor II / departamento.....	244
Gráfico 41 – ESPE: factor III / departamento	245
Gráfico 42 – ESPE: factor IV / departamento	246
Gráfico 43 – ESPE: factor V / departamento	247
Gráfico 44 – ESPE: factor VI / departamento	248
Gráfico 45 – ESPE: factor VII / departamento.....	249
Gráfico 46 – ESPE: género.....	250
Gráfico 47 – ESPE: factor I / género.....	251
Gráfico 48 – ESPE: factor II / género.....	251
Gráfico 49 – ESPE: factor III / género	252
Gráfico 50 – ESPE: factor IV / género.....	253
Gráfico 51 – ESPE: factor V / género	253
Gráfico 52 – ESPE: factor VI / género.....	254
Gráfico 53 – ESPE: factor VII / género.....	255

Gráfico 54 – ESPE: idade	256
Gráfico 55 – ESPE: factor I / idade	256
Gráfico 56 – ESPE: factor II / idade	257
Gráfico 57 – ESPE: factor III / idade	258
Gráfico 58 – ESPE: factor IV / idade	258
Gráfico 59 – ESPE: factor V / idade	259
Gráfico 60 – ESPE: factor VI / idade	260
Gráfico 61 – ESPE: factor VII / idade	261
Gráfico 62 – ESPE: estado civil	262
Gráfico 63 – ESPE: factor I / estado civil	262
Gráfico 64 – ESPE: factor II / estado civil	263
Gráfico 65 – ESPE: factor III / estado civil	264
Gráfico 66 – ESPE: factor IV / estado civil	264
Gráfico 67 – ESPE: factor V / estado civil	265
Gráfico 68 – ESPE: factor VI / estado civil	266
Gráfico 69 – ESPE: factor VII / estado civil	266
Gráfico 70 – ESPE: categoria profissional	267
Gráfico 71 – ESPE: factor I / categoria profissional	268
Gráfico 72 – ESPE: factor II / categoria profissional	269
Gráfico 73 – ESPE: factor III / categoria profissional	269
Gráfico 74 – ESPE: factor IV / categoria profissional	270
Gráfico 75 – ESPE: factor V / categoria profissional	271
Gráfico 76 – ESPE: factor VI / categoria profissional	272
Gráfico 77 – ESPE: factor VII / categoria profissional	272
Gráfico 78 – ESPE: tempo de exercício profissional	273
Gráfico 79 – ESPE: factor I / tempo de exercício profissional	274
Gráfico 80 – ESPE: factor II / tempo de exercício profissional	275
Gráfico 81 – ESPE: factor III / tempo de exercício profissional	275
Gráfico 82 – ESPE: factor IV / tempo de exercício profissional	276

Gráfico 83 – ESPE: factor V / tempo de exercício profissional.....	277
Gráfico 84 – ESPE: factor VI / tempo de exercício profissional.....	278
Gráfico 85 – ESPE: factor VII / tempo de exercício profissional	278
Gráfico 86 – ESPE: tempo de exercício profissional no actual serviço	279
Gráfico 87 – ESPE: factor I / tempo de exercício profissional no actual serviço	280
Gráfico 88 – ESPE: factor II / tempo de exercício profissional no actual serviço	281
Gráfico 89 – ESPE: factor III / tempo de exercício profissional no actual serviço.....	281
Gráfico 90 – ESPE: factor IV / tempo de exercício profissional no actual serviço	282
Gráfico 91 – ESPE: factor V / tempo de exercício profissional no actual serviço.....	283
Gráfico 92 – ESPE: factor VI / tempo de exercício profissional no actual serviço	283
Gráfico 93 – ESPE: factor VII / tempo de exercício profissional no actual serviço	284
Gráfico 94 – ESPE: razão de presença no actual serviço	285
Gráfico 95 – ESPE: factor I / razão de presença no actual serviço	286
Gráfico 96 – ESPE: factor II / razão de presença no actual serviço.....	286
Gráfico 97 – ESPE: factor III / razão de presença no actual serviço.....	287
Gráfico 98 – ESPE: factor IV / razão de presença no actual serviço	288
Gráfico 99 – ESPE: factor V / razão de presença no actual serviço.....	288
Gráfico 100 – ESPE: factor VI / razão de presença no actual serviço	289
Gráfico 101 – ESPE: factor VII / razão de presença no actual serviço	290
Gráfico 102 – ESPE: vínculo à instituição	291
Gráfico 103 – ESPE: factor I / vínculo à instituição	291
Gráfico 104 – ESPE: factor II / vínculo à instituição	292
Gráfico 105 – ESPE: factor III / vínculo à instituição.....	293
Gráfico 106 – ESPE: factor IV / vínculo à instituição	293
Gráfico 107 – ESPE: factor V / vínculo à instituição.....	294
Gráfico 108 – ESPE: factor VI / vínculo à instituição	295
Gráfico 109 – ESPE: factor VII / vínculo à instituição	295
Gráfico 110 – Stresse global: distrito	297
Gráfico 111 – Stresse: turno diurno de semana / distrito.	297

Gráfico 112 – Stresse: turno nocturno de semana / distrito.....	298
Gráfico 113 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / distrito.	299
Gráfico 114 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / distrito.....	299
Gráfico 115 – Stresse global: tipo de Serviço.	300
Gráfico 116 – Stresse: turno diurno de semana / tipo de serviço	301
Gráfico 117 – Stresse: turno nocturno de semana / tipo de serviço	301
Gráfico 118 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / tipo de serviço	302
Gráfico 119 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / tipo de serviço	302
Gráfico 120 – Stresse global: departamento.....	303
Gráfico 121 – Stresse: turno diurno de semana / departamento.....	304
Gráfico 122 – Stresse: turno nocturno de semana / departamento	305
Gráfico 123 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / departamento.....	306
Gráfico 124 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / departamento	307
Gráfico 125 – Stresse global: género.....	308
Gráfico 126 – Stresse: turno diurno de semana / género.....	309
Gráfico 127 – Stresse: turno nocturno de semana / género	309
Gráfico 128 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / género.....	310
Gráfico 129 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / género.	311
Gráfico 130 – Stresse global: idade.....	312
Gráfico 131 – Stresse: turno diurno de semana / idade	312
Gráfico 132 – Stresse: turno nocturno de semana / idade	313
Gráfico 133 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / idade	314
Gráfico 134 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / idade	314
Gráfico 135 – Stresse global: estado civil	315
Gráfico 136 – Stresse: turno diurno de semana / estado civil	316
Gráfico 137 – Stresse: turno nocturno de semana / estado civil.....	317
Gráfico 138 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / estado civil	317
Gráfico 139 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / estado civil.....	318
Gráfico 140 – Stresse global: categoria profissional	319

Gráfico 141 – Stresse: turno diurno de semana / categoria profissional	320
Gráfico 142 – Stresse: turno nocturno de semana / categoria profissional	320
Gráfico 143 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / categoria profissional.	321
Gráfico 144 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / categoria profissional.	322
Gráfico 145 – Stresse global: tempo de exercício profissional	322
Gráfico 146 – Stresse: turno diurno de semana / tempo de exercício profissional	323
Gráfico 147 – Stresse: turno nocturno de semana / tempo de exercício profissional.....	324
Gráfico 148 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / tempo de exercício profissional	325
Gráfico 149 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / tempo de exercício profissional	325
Gráfico 150 – Stresse global: tempo de exercício profissional no actual serviço	326
Gráfico 151 – Stresse: turno diurno de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço	327
Gráfico 152 – Stresse: turno nocturno de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço	328
Gráfico 153 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço	328
Gráfico 154 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço	329
Gráfico 155 – Stresse global: razão da presença no actual serviço	330
Gráfico 156 – Stresse: turno diurno de semana / razão da presença no actual serviço	331
Gráfico 157 – Stresse: turno nocturno de semana / razão da presença no actual serviço	331
Gráfico 158 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço.....	332
Gráfico 159 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço.....	333
Gráfico 160 – Stresse global: vínculo à instituição	334
Gráfico 161 – Stresse: turno diurno de semana / vínculo à instituição	334
Gráfico 162 – Stresse: turno nocturno de semana / vínculo à instituição	335
Gráfico 163 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / vínculo à instituição	336

Gráfico 164 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / vínculo à instituição.....	336
Gráfico 165 – AUDIT: pontos de corte	358
Gráfico 166 – AUDIT: Questão 1	359
Gráfico 167 – AUDIT: Questão 2	360
Gráfico 168 – AUDIT: Questão 3	360
Gráfico 169 – AUDIT: Questão 4	361
Gráfico 170 – AUDIT: Questão 5	362
Gráfico 171 – AUDIT: Questão 6	363
Gráfico 172 – AUDIT: Questão 7	363
Gráfico 173 – AUDIT: Questão 8	364
Gráfico 174 – AUDIT: Questão 9	365
Gráfico 175 – AUDIT: Questão 10	365
Gráfico 176 – Unidades-padrão: pequeno-almoço / dia de semana	367
Gráfico 177 – Unidades-padrão: meio da manhã / dia de semana	367
Gráfico 178 – Unidades-padrão: almoço / dia de semana	368
Gráfico 179 – Unidades-padrão: lanche / dia de semana	369
Gráfico 180 – Unidades-padrão: jantar / dia de semana.....	369
Gráfico 181 – Unidades-padrão: após o jantar / dia de semana	370
Gráfico 182 – Unidades-padrão: total / dia de semana.....	371
Gráfico 183 – Unidades-padrão: pequeno-almoço / dia de fim-de-semana	372
Gráfico 184 – Unidades-padrão: meio da manhã / dia de fim-de-semana	372
Gráfico 185 – Unidades-padrão: almoço / dia de fim-de-semana	373
Gráfico 186 – Unidades-padrão: lanche / dia de fim-de-semana	373
Gráfico 187 – Unidades-padrão: jantar / dia de fim-de-semana.....	374
Gráfico 188 – Unidades-padrão: após o jantar / dia de fim-de-semana	375
Gráfico 189 – Unidades-padrão: total / dia de fim-de-semana.....	375
Gráfico 190 – Unidades-padrão: totais / semana.....	379
Gráfico 191 – AUDIT / distrito	381
Gráfico 192 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / distrito	382

Gráfico 193 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / distrito	383
Gráfico 194 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / distrito	384
Gráfico 195 – AUDIT / tipo de serviço.....	385
Gráfico 196 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / tipo de serviço	385
Gráfico 197 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / tipo de serviço	386
Gráfico 198 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / tipo de serviço	387
Gráfico 199 – AUDIT / departamento.....	388
Gráfico 200 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / departamento	389
Gráfico 201 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / departamento	390
Gráfico 202 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / departamento	391
Gráfico 203 – AUDIT / género	391
Gráfico 204 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / género.....	392
Gráfico 205 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / género.....	393
Gráfico 206 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / género.....	394
Gráfico 207 – AUDIT / idade.....	395
Gráfico 208 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / idade	395
Gráfico 209 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / idade	396
Gráfico 210 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / idade	397
Gráfico 211 – AUDIT / estado civil	398
Gráfico 212 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / estado civil	399
Gráfico 213 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / estado civil	399
Gráfico 214 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / estado civil	400
Gráfico 215 – AUDIT / categoria profissional.....	401
Gráfico 216 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / categoria profissional	402
Gráfico 217 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / categoria profissional	402
Gráfico 218 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / categoria profissional	403
Gráfico 219 – AUDIT / tempo de exercício profissional	404
Gráfico 220 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / tempo de exercício profissional	405
Gráfico 221 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / tempo de exercício profissional	405

Gráfico 222 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / tempo de exercício profissional	406
Gráfico 223 – AUDIT / tempo de exercício profissional no actual serviço	407
Gráfico 224 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / tempo de exercício profissional no actual serviço.....	408
Gráfico 225 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / tempo de exercício profissional no actual serviço.....	409
Gráfico 226 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / tempo de exercício profissional no actual serviço.....	409
Gráfico 227 – AUDIT / razão do exercício no actual serviço	410
Gráfico 228 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / razão do exercício no actual serviço	411
Gráfico 229 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / razão do exercício no actual serviço	411
Gráfico 230 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / razão do exercício no actual serviço	412
Gráfico 231 – AUDIT / vínculo à instituição	413
Gráfico 232 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / vínculo à instituição	414
Gráfico 233 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / vínculo à instituição.	414
Gráfico 234 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / vínculo à instituição	415
Gráfico 235 – Consumos: almoço em dias de semana / distrito.....	417
Gráfico 236 – Consumos: lanche em dias de semana / distrito	418
Gráfico 237 – Consumos: jantar em dias de semana / distrito	418
Gráfico 238 – Consumos: após o jantar em dias de semana / distrito	419
Gráfico 239 – Consumos: almoço em dias de semana / tipo de serviço	420
Gráfico 240 – Consumos: lanche em dias de semana / tipo de serviço.....	421
Gráfico 241 – Consumos: jantar em dias de semana / tipo de serviço	422
Gráfico 242 – Consumos: após o jantar em dias de semana / tipo de serviço.....	422
Gráfico 243 – Consumos: almoço em dias de semana / departamento	423
Gráfico 244 – Consumos: lanche em dias de semana / departamento	424
Gráfico 245 – Consumos: jantar em dias de semana / departamento.....	424
Gráfico 246 – Consumos: após o jantar em dias de semana / departamento.....	425
Gráfico 247 – Consumos: almoço em dias de semana / género	426

Gráfico 248 – Consumos: lanche em dias de semana / género	426
Gráfico 249 – Consumos: jantar em dias de semana / género.....	427
Gráfico 250 – Consumos: após o jantar em dias de semana / género	428
Gráfico 251 – Consumos: almoço em dias de semana / idade	429
Gráfico 252 – Consumos: lanche em dias de semana / idade.....	430
Gráfico 253 – Consumos: jantar em dias de semana / idade	430
Gráfico 254 – Consumos: após o jantar em dias de semana / idade.....	431
Gráfico 255 – Consumos: almoço em dias de semana / estado civil.....	432
Gráfico 256 – Consumos: lanche em dias de semana / estado civil.....	433
Gráfico 257 – Consumos: jantar em dias de semana / estado civil	433
Gráfico 258 – Consumos: após o jantar em dias de semana / estado civil.....	434
Gráfico 259 – Consumos: almoço em dias de semana / categoria profissional	435
Gráfico 260 – Consumos: lanche em dias de semana / categoria profissional.....	436
Gráfico 261 – Consumos: jantar em dias de semana / categoria profissional	436
Gráfico 262 – Consumos: após o jantar em dias de semana / categoria profissional.....	437
Gráfico 263 – Consumos: almoço em dias de semana/ tempo de exercício profissional.....	438
Gráfico 264 – Consumos: lanche em dias de semana / tempo de exercício profissional.....	439
Gráfico 265 – Consumos: jantar em dias de semana / tempo de exercício profissional	440
Gráfico 266 – Consumos: após o jantar em dias de semana / tempo de exercício profissional	441
Gráfico 267 – Consumos: almoço em dias de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço	442
Gráfico 268 – Consumos: lanche em dias de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço	442
Gráfico 269 – Consumos: jantar em dias de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço	443
Gráfico 270 – Consumos: após o jantar em dias de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço	444
Gráfico 271 – Consumos: almoço em dias de semana / razão da presença no actual serviço.....	445

Gráfico 272 – Consumos: lanche em dias de semana / razão da presença no actual serviço.....	446
Gráfico 273 – Consumos: jantar em dias de semana / razão da presença no actual serviço.....	446
Gráfico 274 – Consumos: após o jantar em dias de semana / razão da presença no actual serviço.....	447
Gráfico 275 – Consumos: almoço em dias de semana / vínculo à instituição	448
Gráfico 276 – Consumos: lanche em dias de semana / vínculo à instituição.....	448
Gráfico 277 – Consumos: jantar em dias de semana / vínculo à instituição	449
Gráfico 278 – Consumos: após o jantar em dias de semana / vínculo à instituição	450
Gráfico 279 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / distrito.....	451
Gráfico 280 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / distrito	452
Gráfico 281 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / distrito	452
Gráfico 282 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / distrito	453
Gráfico 283 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / tipo de serviço	454
Gráfico 284 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / tipo de serviço.....	455
Gráfico 285 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / tipo de serviço	456
Gráfico 286 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / tipo de serviço.....	456
Gráfico 287 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / departamento	457
Gráfico 288 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / departamento.....	458
Gráfico 289 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / departamento.....	459
Gráfico 290 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / departamento.....	459
Gráfico 291 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / género	461
Gráfico 292 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / género	461
Gráfico 293 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / género.....	462
Gráfico 294 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / género	463
Gráfico 295 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / idade	463
Gráfico 296 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / idade.....	464
Gráfico 297 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / idade	465

Gráfico 298 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / idade.....	466
Gráfico 299 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / estado civil.....	467
Gráfico 300 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / estado civil.....	468
Gráfico 301 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / estado civil	468
Gráfico 302 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / estado civil.....	469
Gráfico 303 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / categoria profissional	470
Gráfico 304 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / categoria profissional.....	471
Gráfico 305 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / categoria profissional	471
Gráfico 306 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / categoria profissional	472
Gráfico 307 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional	473
Gráfico 308 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional	474
Gráfico 309 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional	475
Gráfico 310 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional	476
Gráfico 311 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço	477
Gráfico 312 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço	478
Gráfico 313 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço	478
Gráfico 314 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço	479
Gráfico 315 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço	480
Gráfico 316 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço	481

Gráfico 317 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço.....	482
Gráfico 318 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço	482
Gráfico 319 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / vínculo à instituição	483
Gráfico 320 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / vínculo à instituição.....	484
Gráfico 321 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / vínculo à instituição	485
Gráfico 322 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / vínculo à instituição...	485

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – As sete fontes de stress profissional	69
Quadro 2 – Cálculo dos gramas de álcool ingeridos	85
Quadro 3 – Cálculo do consumo de álcool.....	86
Quadro 4 – Previsão da alcoolémia	87
Quadro 5 – Tempo de eliminação do álcool no organismo	87
Quadro 6 – Metabolismo do álcool	90
Quadro 7 – Análise do consumo excessivo de álcool	103
Quadro 8 – Programa de prevenção do consumo de álcool: fases, contextos e actores.....	129
Quadro 9 – Processo de adaptação transcultural: da NSS à ESPE.....	171
Quadro 10 – ESPE: Teste de KMO e de esfericidade de Bartlett	174
Quadro 11 – ESPE: análise dos componentes principais	175
Quadro 12 – ESPE: processamento dos casos.....	176
Quadro 13 – ESPE: média	177
Quadro 14 – ESPE: desvio-padrão	177
Quadro 15 – ESPE: correlação item-item.....	178
Quadro 16 – ESPE: correlação item-total.....	179
Quadro 17 – ESPE: alfa de Cronbach	180
Quadro 18 – ESPE: alfa de Cronbach / metade da escala	180
Quadro 19 – ESPE: alfa de Cronbach / item-restante	181
Quadro 20 – ESPE: Média / item restante	182
Quadro 21 – ESPE: metade-metade de Spearman-Brown	182
Quadro 22 – ESPE: metade-metade de Guttman	183
Quadro 23 – ESPE: Spearman-Brown, Guttman, e alfa de Cronbach / itens por factores.....	183

Quadro 24 – ESPE: Mann-Whitney / médias e somas por item e por grupo	185
Quadro 25 – ESPE: Mann-Whitney / item por item.....	186
Quadro 26 – Escala de Stresse Profissional em enfermeiros	191
Quadro 27 – Amostra: idade. Estatística descritiva.....	203
Quadro 28 – Amostra: tempo de exercício profissional. Estatística descritiva	206
Quadro 29 – Amostra: tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva.....	208
Quadro 30 – ESPE: estatística descritiva	220
Quadro 31 – Unidades-padrão em dia de semana / Unidades-padrão em dia de fim-de- semana	377
Quadro 32 – Unidades-padrão: totais	378
Quadro 33 – Stresse / consumo de bebidas alcoólicas	502

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ARS Norte IP – Administração Regional de Saúde do Norte, Instituto Público

AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test

B – Braga

Brg – Bragança

c.c. – centímetro cúbico

CAGE – Cut down/ Annoyed/ Guilty/ Eye-opener Questionnaire

CI – Cuidados Intensivos

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

Cir – Cirurgia

ESPE – Escala de Stresse Profissional em Enfermeiros

g/l – gramas por litro

g/l/h – gramas por litro por hora

GABA – Ácido gama-aminobutínico

ICN – International Council of Nurses

INS – Inquérito Nacional de Saúde

ISCA – Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos

KMO – Teste de Keiser-Meyer-Olkin

M e C – Mulher e Criança

MALT – Munich Alcoholism Test

MAST – Michigan Alcoholism Screening Test

Med – Medicina

MEOS – Sistema oxidativo microsomial do etanol

mg/dl – miligramas por decilitro de sangue

NSS – Nursing Stress Scale

OMS – Organização Mundial de Saúde

Onc e Psi – Oncologia e Psiquiatria

Ort – Ortopedia

p – nível de significância

P – Porto

R1 – Retrotradutor 1

R2 – Retrotradutor 2

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SGA – Síndrome Geral de Adaptação

SN e OS – Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos

SOE – Sem outra especificação

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

T1 – Tradutor 1

T2 – Tradutor 2

Urg – Urgência

VC – Viana do Castelo

Versão 1.0 – Versão 1.0

vol% – graduação alcoólica

VR – Vila Real

WHO – *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

Historicamente, a humanidade passou por vários momentos críticos, por vários momentos de mudança. E em todos os tempos, o indivíduo desenvolveu a sua própria forma de reagir às circunstâncias da vida, criando o seu estilo pessoal de interagir consigo mesmo e com o meio. Tais reacções podem ser mais ou menos saudáveis, na medida em que provocam no Homem mais ou menos sofrimento, mais ou menos desgaste.

A sociedade actual é hostil em muitos aspectos: urbanização caótica, aglomeração de pessoas nos centros urbanos, ameaça de desqualificação profissional, competitividade académica e profissional, desemprego, etc. Estes e outros aspectos contribuem para a exclusão social, para a desagregação das relações interpessoais e levam à busca de alternativas de sobrevivência, muitas vezes à margem das prerrogativas preconizadas pela sociedade e implicando por isso risco de toda a sorte. São marcas contemporâneas do incentivo exacerbado à produtividade, à competitividade e à necessidade de actualização constante e de retenção de informações, cada vez em maior número e sem o necessário tempo para a imprescindível elaboração mental das mesmas. Estes aspectos obrigam cada vez mais as pessoas a viverem no limite das suas capacidades físicas e mentais. A sua adaptação às exigências do meio é, cada vez mais, feita à custa de distanciamentos ou da perda de vínculos afectivos importantes ou de preciosos momentos de lazer.

Do conflito entre as necessidades e os limites individuais com as exigências do meio surge o stresse, o estado característico do organismo que se coloca pronto para reagir. Esta condição reveste-se de uma primordial importância evolutiva, já que conduz o ser humano ao inevitável confronto das adversidades que lhe surgem a cada momento com as suas próprias respostas, gerando assim as modificações apropriadas, em si mesmo ou no meio. Contudo, há dois tipos de stresse: um é funcional e outro é disfuncional. O stresse funcional apresenta-se como um estímulo à acção; o stresse disfuncional

sobrecarrega o indivíduo, dificultando a sua resposta, desequilibrando a sua homeostase psicológica e/ou fisiológica, conduzindo-o ao desvio do funcionamento normal na sua interacção com o seu ambiente familiar e social.

Deste conflito entre capacidades individuais e exigências sociais podem resultar formas inadequadas de lidar com a realidade. Na verdade, a constante vivência do stresse pode levar a pessoa a ter comportamentos inadaptados, conduzindo-o à doença e à morte. Hábitos não saudáveis são adquiridos ou acentuados, tais como o uso de bebidas alcoólicas, tabaco ou outras substâncias psicoactivas, o comer demais, o conduzir imprudentemente, entre outros. Tais condições, além de causarem sofrimento ao próprio indivíduo e às pessoas com quem convive, são altamente incapacitantes do ponto de vista das relações interpessoais, tanto no âmbito privado como público. Claro que nem todas as pessoas consomem bebidas alcoólicas em resposta ao stresse. Outros factores associam-se a esta tendência: genéticos, comportamentos aprendidos e vivenciados, hábitos do grupo de inserção, etc.

Estudos da Organização Mundial de Saúde chamam a atenção para o stresse no local de trabalho e a influência dos factores sociais na vida dos trabalhadores e revelam que os problemas relacionados com o stresse profissional estão associados às constantes mudanças sociais. O stresse profissional é definido pela mesma Organização como a soma das respostas físicas e mentais, ou ainda, reacções fisiológicas que, quando intensificadas, se transformam em reacções emocionais negativas. O stresse profissional aumenta consideravelmente o número de trabalhadores afastados e reflecte-se na vida das organizações, seja na perda de produtividade como na diminuição da qualidade dos produtos e serviços prestados.

O “produto” esperado do serviço dos enfermeiros é “cuidados de enfermagem de qualidade”. Contudo, características sempre presentes no exercício da enfermagem, como as condições inadequadas de trabalho, o trabalho por turnos, a carga horária, os riscos inerentes à profissão, o papel muitas vezes ambíguo e gerador de conflitos, a falta de desenvolvimento da carreira, a insegurança no trabalho, o estilo de gestão, a falta de participação na tomada de decisão, ..., levam a que a referida qualidade possa ser posta em causa, exactamente pelo modo como o enfermeiro as vivencia e a elas reage.

Quando o organismo percebe ou experiencia o stresse, acontecem diversas alterações fisiológicas, como a segregação de determinadas hormonas, que levam por sua vez a outras alterações, como da temperatura corporal, do apetite, da “disposição”. Estas, ou cada uma delas, são muitas vezes algumas das razões do recurso ao álcool depois de um acontecimento stressante. Não que as investigações sejam unânimes quanto ao poder relaxante do álcool...! Alguns resultados de investigação apontam para que pequenas doses de álcool possam reduzir a sensação de stresse; mas a grande maioria dos investigadores confirma que, na verdade, o álcool é, por si só, um indutor do stresse.

Actualmente, o consumo de álcool é um dos principais factores relacionados com a saúde dos indivíduos e da comunidade e as suas consequências tem um grande impacto tanto em termos de saúde como em termos sociais. A OMS advertiu já para a magnitude dos problemas de saúde pública associados ao consumo de bebidas alcoólicas, e enfatizou a sua preocupação ante as tendências de consumo que se observam entre as camadas mais jovens da sociedade. O consumo abusivo de bebidas alcoólicas está claramente relacionado com o desenvolvimento de incapacidades físicas e mentais, assim como com a violência, os maus-tratos, a marginalidade e os conflitos familiares e sociais, sendo também causa frequente de acidentes rodoviários, laborais e domésticos.

Para muitas pessoas, consumir uma bebida alcoólica pode constituir um momento social; mas os riscos desse consumo vão depender da quantidade e da frequência com que se bebe e de algumas condições individuais, nomeadamente, o seu estado de saúde. Por outro lado, existem algumas situações em que o consumo de álcool pode ser muito perigoso para o próprio e para os outros.

Na verdade, e contrariamente ao que muitas vezes perpassa pela sabedoria popular, o álcool não aquece, não mata a sede, não dá força, não ajuda a digestão e não abre o apetite, não é um alimento e não é um medicamento. Tudo isto é mito e ilusão.

E se as consequências negativas do consumo abusivo de bebidas alcoólicas são evidentes em qualquer indivíduo, sê-lo-ão por maioria de razão quando está em causa um profissional como o enfermeiro, cujo produto esperado do seu serviço é, como já escrito, “cuidados de enfermagem de qualidade”. A incapacitação do enfermeiro para a

prática profissional pode ser total; mas causa de maior risco ainda é quando o profissional não assume a sua incapacitação, tentando escondê-la e continuando a exercer a sua profissão.

Assim, este estudo teve por objecto conhecer alguns aspectos relacionados com o stresse profissional dos enfermeiros e com os seus padrões de consumo de bebidas alcoólicas, bem como saber da existência ou não de associação entre estas duas entidades.

É verdade que o tema “stresse”, e mais particularmente o tema “stresse em enfermeiros”, tem sido alvo de numerosos trabalhos de investigação e textos de reflexão, o que por si só poderia parecer uma razão para que não se considerasse pertinente o seu estudo neste trabalho. Mas acontece que poucos são os instrumentos existentes que possam ser utilizados na medição do stresse e menos ainda os que tenham sido criados a pensar especificamente no stresse profissional dos enfermeiros. Uns, ajudam a clarificar o que os enfermeiros pensam sobre a sua própria vida; outros, apontam para as mudanças representativas da vida (e não da vida profissional) e permitem avaliar “quanto” stresse cada uma dessas mudanças acrescenta à vida de cada um; outros ainda, abordam algumas variáveis desencadeantes do stresse, ou as fontes do stresse, ou até as consequências do stresse profissional. Mas não são específicos para os enfermeiros. Também há os que se relacionam com os locais de trabalho. Há ainda os que têm por objectivo medir o stresse profissional em enfermeiros e questionam sobre se determinadas situações do ambiente de trabalho constituem fonte de stresse para o questionado e os que consistem em escalas que medem a frequência com que determinadas situações profissionais são percebidas pelos enfermeiros como stressantes. Eles existem na literatura e na realidade estrangeiras, mas não foram criados nem adaptados para a realidade da enfermagem em Portugal. A *Nursing Stress Scale* é um exemplo, que se entendeu poder ser uma boa base de trabalho. Não será esta uma problemática – o stresse profissional dos enfermeiros – que deve preocupar os investigadores, os gestores da área da saúde e em particular os enfermeiros?

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas por enfermeiros, a investigação nacional é um deserto. Sendo possível encontrar estudos de investigação que abordam esta

problemática em países estrangeiros, de modo particular nos Estados Unidos da América (país onde a situação é assumidamente problemática), rara é a produção de investigadores noutros países, e inexistente em Portugal (tanto quanto foi possível pesquisar). Será que se trata de uma problemática que não afecta os enfermeiros portugueses? Será que já alguém concluiu (mas não publicou) que os enfermeiros “escapam” à estatística que coloca Portugal como um dos países em que é maior o consumo de bebidas alcoólicas? Será que, num país onde tem vindo a aumentar exponencialmente o consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes e jovens, de modo particular entre jovens alunos do ensino superior em geral e da Licenciatura em Enfermagem em particular (e sobre isto há investigação feita e publicada), esta tendência desaparece quando, já licenciado, o novel profissional entra no mercado de trabalho?

E será que uma coisa e a outra – o stresse profissional e o consumo de bebidas alcoólicas – diferem nos enfermeiros em função de alguns dados demográficos, sociais e profissionais?

Diante da ausência de estudos (no caso do consumo de bebidas alcoólicas pelos enfermeiros) e de estudos específicos e sistemáticos (no caso do stresse profissional dos enfermeiros) parece justificada a pertinência deste trabalho.

As temáticas em análise preocupam desde há muito os profissionais de enfermagem que têm responsabilidades nas áreas da gestão e da docência, áreas nas quais o investigador se inclui e que, portanto, são também sua preocupação. O stresse (e o *burnout*) é algo que o investigador, clara e inequivocamente, tem percebido em muito dos seus pares, percepção confirmada por variados trabalhos já realizados; o consumo de bebidas alcoólicas por profissionais de saúde (e também por enfermeiros) e os consequentes problemas ligados ao álcool (ao nível laboral, mas não só) é algo com que já se confrontou nas equipas em que tem exercido as suas funções de gestão. Daí a motivação, de ordem profissional, para a realização deste estudo, obviamente a par da motivação para a obtenção do grau académico de Doutor em Ciências Sociais.

Face a tudo o que tornou pertinente e motivante a realização deste trabalho, e tendo em

conta os interesses pessoais, académicos e profissionais em jogo, foram traçados os seguintes objectivos:

- Fazer a adaptação transcultural da escala *Nursing Stress Scale*, validando-a para os enfermeiros portugueses;
- Conhecer a frequência com que determinadas situações profissionais são percebidas pelos enfermeiros como stressantes;
- Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o nível de stresse no exercício da profissão;
- Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o nível de stresse em diferentes dias de semana e turnos de trabalho;
- Conhecer os padrões de consumo de bebidas alcoólicas, no último ano, pelos enfermeiros;
- Saber se existe dependência alcoólica entre os enfermeiros;
- Conhecer os padrões de consumo de bebidas alcoólicas, em diferentes momentos do dia, pelos enfermeiros;
- Saber se existem diferenças significativas em cada um dos aspectos-alvo dos restantes objectivos, em função de alguns dados sócio-demográficos e profissionais: instituição em que exerce funções, tipo de serviço, especialidade do serviço, género, idade, estado civil, categoria profissional, tempo total de exercício profissional, tempo de exercício no actual serviço, razão da presença no actual serviço e vínculo à instituição;
- Saber se existe alguma relação estatisticamente significativa entre o stresse e o padrão/consumo de bebidas alcoólicas.

Para atingir os objectivos traçados, optou-se por vários estudos. A construção da versão portuguesa da *Nursing Stress Scale* implicou, para além da permissão dos autores da versão americana, o processo de tradução e de retrotradução da escala original, a análise semântica da equivalência entre as versões e procedimentos para avaliação das propriedades psicométricas da escala portuguesa.

Quanto ao estudo do stresse profissional em enfermeiros e do consumo de bebidas alcoólicas pelos mesmos, optou-se por um estudo descritivo-correlacional, quantitativo, transversal, desenvolvido em meio natural, a saber, os hospitais sob a égide da Administração Regional de Saúde do Norte (distritos de Aveiro Norte, Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo e Vila Real). A população em estudo foi constituída pelos enfermeiros, enfermeiros graduados e enfermeiros especialistas que exerciam funções na área da prestação e da gestão de cuidados dos serviços de urgência e de internamento desses hospitais e a amostra foi do tipo não probabilístico accidental. O instrumento de colheita de dados foi um questionário, lançado durante o último semestre de 2007 e o primeiro trimestre de 2008.

Das conclusões mais importantes, destaque para o facto de ter sido possível obter conhecimento sobre os factores que mais frequentemente são sentidos pelos enfermeiros como stressantes, entre os quais sobressai *a morte e o morrer*, *a carga de trabalho* e *a incerteza quanto aos tratamentos*. Foi ainda possível concluir que há diferenças estatisticamente significativas no modo como a profissão é sentida como stressante e na frequência com que determinadas situações do quotidiano também o são, em função de diversas variáveis sócio-demográficas e profissionais. Do mesmo modo, concluiu-se não existir dependência alcoólica entre os enfermeiros da amostra, a par todavia de alguns consumos claramente acima das recomendações internacionais. Também no que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas concluiu-se existirem diferenças estatisticamente significativas em função de alguns dados sócio-demográficos e profissionais.

Entende-se que os resultados obtidos vão de encontro aos objectivos para os quais o trabalho de investigação foi construído e levado a cabo, e que fica um contributo para um melhor conhecimento da realidade dos enfermeiros face às questões que se prendem

com as temáticas estudadas (stresse profissional e consumo de bebidas alcoólicas) e para novas investigações nestas áreas.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

INTRODUÇÃO

A primeira parte deste trabalho constitui-se por um texto que mais não é do que o resumo dos muitos textos cuja leitura foi considerada pertinente para a compreensão das temáticas em estudo e para que se conhecesse o nível actual dos conhecimentos relativos ao stresse profissional bem como aos padrões e consumos de bebidas alcoólicas dos enfermeiros.

Esta parte surge dividida em capítulos. Os primeiros três capítulos resumem as leituras feitas a propósito da temática do stresse e os quatro seguintes sintetizam as leituras sobre o álcool e os problemas relacionados com o seu consumo; o último capítulo é uma síntese do que tem sido escrito a propósito da existência ou não existência de relação entre estas duas entidades – stresse e consumo de bebidas alcoólicas.

Em cada conjunto de capítulos, o texto apresentado parte do geral e segue para o particular. Assim, parte-se do stresse para o stresse profissional, do stresse profissional para o stresse dos enfermeiros no exercício da sua profissão e daqui para os modos de avaliar esse stresse. Do mesmo modo, parte-se do álcool para os problemas a ele ligados, destes para a problemática do uso de álcool por profissionais de saúde e especificamente por enfermeiros, e daqui para os meios para avaliação da existência destes problemas.

CAPÍTULO 1 – O STRESSE

1. Conceitos e características

O stresse tem sido apontado como responsável por aspectos tão variados como
“a primeira úlcera gástrica do moderno executivo”,
“o acidente de automóvel de certa personalidade”,
“o fraco rendimento da figura do desporto no campo de jogo”,
“a incapacidade de uma pessoa para ter prazer sexual”,
“a inexplicável depressão da cantora da moda”.
(Labrador, 1992)

Se fosse atribuído um prémio ao possível culpado pela maior parte das desgraças pessoais, especialmente as relacionadas com a saúde, certamente que o stresse seria um destacado candidato.

O cenário da vida humana decorre num mundo no qual o stresse é entendido como um fenómeno comum à vida, de tal forma que invade o círculo privado de qualquer ser humano. A capacidade que cada um tem de se adaptar ao stresse constitui um factor determinante para a sobrevivência do Homem.

No entanto, ao longo do seu desenvolvimento, o ser humano é colocado perante acontecimentos ou situações consideradas como causadoras ou desencadeadoras de stresse, tais como o emprego, o casamento, o divórcio, a viuvez, as mudanças de escola, de casa, as catástrofes, entre outras. Estas situações podem estar na base de problemas de saúde (Holmes e Rahe, *cit. in* Fonseca, 2005). Esta ideia não é, porém, consensual. Autores como Felner, Farber e Primavera (*cit. in* Fonseca, 2005), revelam que em alguns estudos se constatou que, mesmo perante situações como as acima referidas, muitas pessoas se mantêm saudáveis. Aparentemente, cada indivíduo dispõe de “recursos” para lidar com as situações de stresse, permanecendo saudável e podendo

mesmo prevenir o aparecimento da doença.

Parece lógico pensar que esta capacidade (“recursos”) que o indivíduo possui é de particular importância, principalmente quando falamos de stresse, uma vez que a ideia convergente aponta para perceber o stresse como responsável por grande parte dos problemas, quer físicos quer psicológicos, do Homem contemporâneo. O Homem, como ser social que é, tem necessidade de acompanhar a evolução, a fim de se sentir integrado na sociedade. No seu horizonte surgem vários obstáculos e problemas, que procura vencer, ultrapassar e resolver, caminhando sempre na busca de bem-estar e de felicidade. No entanto, quando se sente impotente face a um obstáculo ou problema que não consegue vencer, surge a ansiedade, o mal-estar e por vezes o stresse. Embora não seja claro como é que o stresse produz efeitos ou afecta de maneira tão decisiva a vida das pessoas, o facto é que passou a ser um dos temas mais estudados nos dias actuais, o que tem permitido ajudar a compreender os limites entre o patológico e o normal, bem como a relação entre o biológico, o psicológico e o social (Serra, 2007).

Existem muitas opiniões quanto ao sentido da palavra “stresse” e não é fácil encontrar um significado que seja aceite de forma unânime (Maslach e Jackson, 1986).

Etimologicamente, a palavra “stresse” deriva do latim clássico “stringo, stringere, strinxi”, que significa “apertar, comprimir, restringir ou limitar” (Graziani e Swendsen, 2007). As primeiras referências sobre o termo remontam ao século XIV, e nesta altura foi acrescentada pelo vocabulário inglês a conotação de “pressão ou constrição de natureza física” (Mazure e Druss, *cit. in* Loureiro, 2005). Mais tarde, a ideia foi alargada com o conceito de “pressões que incidem sobre o órgão corporal, sobre o corpo ou sobre a mente” (Schauffer, *cit. in* Loureiro, 2005). O termo surge então relacionado com os conceitos de “força, esforço e tensão” (Benevides-Pereira, 2002). O conceito de stresse está também presente na Física, no âmbito da qual designa uma contracção excessiva que um material sofre (Doran e Parrot, 2001), tendo sido também usado na Engenharia. Assim, este conceito generaliza-se, e por analogia foi adoptado pelas ciências humanas. Neste sentido, no século XVII, Hooke constitui um marco histórico do estudo do stresse ao lançar este termo referindo-se às forças exercidas sobre um objecto que levariam a

que este sofresse deformações. A dimensão do stresse dependia então não só da força exercida, mas também do tipo de material (Frasquilho, 2005). O stresse representa neste sentido uma relação estabelecida pelo ser humano entre a “carga” e a “resposta psicofisiológica” que o indivíduo desencadeia perante a mesma (Lazarus, *cit. in* Serra, 2007).

Para Pafaro e Martino (2004), o stresse é um dos factores responsáveis por alterações do estado de saúde e de bem-estar do indivíduo, que podem levar à doença e à morte.

Segundo Cox, Griffiths e Cox (1996), a experiência do stresse representa um estado psicológico e é um importante *outcome* da exposição às adversidades de qualquer situação.

Para Lipp (*cit. in* Camelo e Angerami, 2004), as primeiras referências à palavra stresse com significado de “aflição” e “adversidade” datam do século XIV. Para Spielberger, citado ainda pelos mesmos autores, no século XVII o vocábulo de origem latina passou a ser utilizado em inglês para designar “opressão”, “desconforto” e “adversidade”.

Nas suas várias definições, o stresse diz portanto respeito ao esforço de uma função que está além da sua capacidade adaptativa (Lipp, *cit. in* Loureiro, 2005).

De acordo com Labrador (1992), o termo “stresse” veio da Física; neste contexto, significa uma força ou peso que produz diferentes graus de tensão ou deformação em diferentes materiais.

Para Más, Escribá e Cárdenas (1999), existem múltiplas definições do termo “stresse” em função das características especiais de cada disciplina, assim como do tipo de problemas estudados por cada uma dessas mesmas disciplinas. De uma forma geral, estas definições podem ser agrupadas em cinco categorias, segundo a conceptualização: como um estímulo ou condição ambiental susceptível de ser medido objectivamente, como uma percepção subjectiva de uma condição ambiental, como uma resposta ou reacção a um estímulo ambiental, como um desajuste ou falta de equilíbrio entre as

exigências ambientais e as capacidades do indivíduo para fazer frente a essas mesmas exigência, e como um processo mais complexo no qual intervêm outros factores, como a apreciação cognitiva da situação de desequilíbrio por parte do sujeito, os mecanismos ou estratégias de confronto postos em prática e a reavaliação posterior da situação.

Lipp, citado por Costa, Lima e Almeida (2003), considera que tudo o que cause uma quebra da homeostase interna, que exija alguma adaptação, pode ser chamado “stressor”.

Conforme Margis, Picon, Cosner e Silveira (2003), o termo stresse refere-se a um estado gerado pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional e que, ao perturbarem a homeostase, “disparam” um processo de adaptação caracterizado, entre outras alterações, pelo aumento de secreção de adrenalina, produzindo diversas manifestações sistémicas, com distúrbios fisiológicos e psicológicos. O termo “stressor”, por sua vez, define o evento ou estímulo que provoca ou conduz ao stresse.

Mas quando Selye o utilizou no contexto das Ciências da Saúde, deu-lhe um significado algo diferente. Neste contexto, o termo “stresse” não faz referência ao estímulo (o peso ou a carga na Física) mas sim à resposta do organismo a este estímulo. Assim, o termo “stresse” é utilizado para descrever a soma das alterações inespecíficas do organismo em resposta a um estímulo ou situação estimulante (Selye, *cit. in* Labrador, 1992).

Tal definição, diferente na substância da utilizada na Física, levou à “confusão” que reina (e que dificulta, assim, a definição) tanto na literatura científica quanto na linguagem do quotidiano, não se sabendo, afinal, se no contexto da Saúde o termo “stresse” faz referência a um estímulo (ou situação estimulante) ou à resposta que o organismo lhe dá. É por isso que alguns autores utilizam outras expressões (expressões compostas e alternativas, dir-se-á) para tentar mostrar claramente ao que se referem em cada momento. Assim, se estão a falar de um estímulo ou de uma situação estimulante, referem-se-lhe como “stressante” ou “situação stressante”; se estão a falar da resposta do organismo a esse stressante ou a essa situação stressante referem-se-lhe como “resposta de stresse”.

Nos dias de hoje, o conceito de “stresse” tem sido caracterizado como resposta fisiológica e psicológica, condição ambiental e como estímulo na interacção das exigências com o meio, tendo em conta os recursos pessoais e sociais e a capacidade de resposta que resulta da avaliação que o indivíduo efectua quanto às exigências externas e aos recursos essenciais para lidar com elas (Cardoso, *cit. in* Loureiro, 2005).

É verdade que em muitos casos não está esclarecido como é possível que o stresse produza os efeitos por tantos e em tantos locais descritos ou afecte de maneira tão decisiva a vida das pessoas. Não obstante, reina generalizadamente a ideia, tácita ou explícita, de que o stresse é o principal responsável pela maior parte dos males das pessoas (Labrador, 1992).

Em documento de 2002 da Comissão das Comunidades Europeias é escrito, segundo Murofuse, Abranches e Napoleão (2005) que as enfermidades consideradas emergentes, como o stresse, a depressão e a ansiedade, entre outras, são responsáveis por 18% dos problemas de saúde associados ao trabalho.

Cada vez mais se recorre à palavra “stresse” associada a sensações de desconforto, e é cada vez maior o número de pessoas que se definem como “stressadas” ou que se referem a outros indivíduos na mesma situação. Costuma dizer-se que a situação está cada vez pior porque a sociedade actual gera cada vez mais stresse e, portanto, provoca uma progressiva diminuição da qualidade de vida.

É isto realmente verdade? É o stresse assim tão negativo? Estará o Homem condenado a viver cada vez pior por sua causa?

Para Barstow (*cit. in* Stacciarini e Tróccoli, 2001), o stresse é quase sempre visualizado como algo negativo, que ocasiona prejuízo no desempenho global do indivíduo.

Para Labrador (1992), é verdade que se associam ao stresse muitos aspectos negativos, mas isso não quer dizer que o stresse seja em si algo a extirpar da vida de cada um, a qualquer preço e seja de que maneira for. O stresse, como o sal, em quantidades e

condições adequadas, não apenas não é mau mas é necessário e pode ser decisivo ou, pelo menos, muito importante para que se tenha uma vida satisfatória. Já um excesso de stresse, como de sal, pode ser desagradável ou mesmo biologicamente nefasto.

A realidade não é tão simples e muito menos tão negativa. A visão contemporânea do stresse é de que a sua existência não é automaticamente má ou deva ser evitada a todo o custo. Selye (*cit. in* Hespanhol, 2005), distingue dois tipos de stresse: o “eustresse”, enquanto força poderosa que acrescenta excitação e desafio às nossas vidas, que propicia a felicidade, a saúde e a longevidade; e o “distresse”, que ocorre quando existe uma tensão não aliviada, que conduz à destruição, à doença e à morte prematura.

É possível que as actuais condições de vida provoquem nas pessoas grandes reacções de stresse, reacções que são provavelmente diferentes das que o stresse causou noutras épocas, mas dificilmente se poderá dizer que são maiores ou menores. As investigações sobre o stresse concordam em afirmar que a maneira como se percebe, se interpreta e se procura fazer frente a estas situações é mais importante do que as situações em si para provocar respostas de stresse.

Como afirma Batista (2005), os seres humanos vivem num ambiente propício a mudanças e alterações, que muitas vezes são percebidas como desafiadoras, ameaçadoras ou lesivas do equilíbrio dinâmico, e que acabam por originar o estado de stresse. Muitas vezes, a grande exigência imposta às pessoas pelas mudanças da vida moderna e, conseqüentemente, a necessidade imperiosa de ajustar-se a tais mudanças, acabaram por expô-las a uma frequente situação de conflito, ansiedade, angústia e desestabilização emocional (Ballone, 1999). A adaptação consiste no modo como a pessoa irá enfrentar o problema, exigindo-lhe uma modificação na sua própria estrutura organizacional.

Assim, o stresse, em determinados condições, é um mal que atinge a população em geral, sendo altamente incapacitante e interferindo de modo decisivo e intenso na vida pessoal, social e profissional do indivíduo. É ainda um problema de grande impacto económico (Ward, Jones e Phillips, 2003).

É crescente a preocupação referente ao stresse. Segundo Bauer (*cit. in* Batista e Bianchi, 2006), anteriormente, o tema vinculava-se à abordagem da auto-ajuda. Mas nas mais recentes publicações literárias, verifica-se um aumento de artigos e pesquisas científicas relacionadas com os métodos de como lidar com o stresse; e com grande preocupação na área da enfermagem.

Desde que, em 1926, Hans Selye introduziu o termo “stresse” no âmbito da Saúde, este tornou-se um dos termos mais utilizados. Selye apercebeu-se de que muitas pessoas sofriam de várias doenças físicas e apresentavam algumas queixas em comum, como fadiga, hipertensão, desânimo e falta de apetite (Spilberger, *cit. in* Pafaro e Martino (2004) e deu assim um significado um pouco diferente ao termo, definindo-o como a resposta geral do organismo perante qualquer estímulo ou situação stressante (Labrador, 1992). Posteriormente, o termo foi utilizado de diversas formas e em diferentes contextos, passando a servir, no caso dos aspectos ligados à Saúde e ao comportamento humano, para designar tanto a resposta do organismo como a situação que desencadeia ou os efeitos produzidos em consequência da exposição repetida a situações stressantes.

O stresse tem sido estudado, assim, sob diversas perspectivas. Primeiramente, tanto a teoria quanto a investigação sobre o stresse focalizava-se em causas físicas, sendo apenas mais tarde consideradas nestes estudos as causas psicológicas (Feijóo, 2004).

Para Lautert, Chaves e Moura (1999), as investigações têm demonstrado que os eventos stressantes podem vir a ser factores etiológicos de vários problemas físicos e emocionais. Nessas investigações, o stresse tem sido considerado, sucessivamente, como estímulo, resposta e interacção.

Para McVicar (2003), Lazarus e Folkman integraram esta visão do stresse numa teoria cognitiva, que se tornou a mais largamente aplicada no estudo tanto do stresse profissional quanto das formas de lidar com o stresse. O conceito básico, para este autor, é o de que o stresse se relaciona quer com a percepção individual sobre as exigências que recebe do meio quer com a percepção da capacidade ou competência para dar resposta a essas mesmas exigências.

2. A resposta de stresse

*A resposta de stresse é, assim, uma resposta automática do organismo
a qualquer alteração no meio externo ou interno,
mediante a qual ele se prepara para fazer face
às possíveis exigências geradas pela nova situação.
(Labrador, 1992)*

Para Margis *et al.* (2003), a resposta ao stresse é resultado da interacção entre as características da pessoa e as exigências do meio, ou seja, das discrepâncias entre o meio externo e o meio interno e a percepção do indivíduo quanto à sua capacidade de resposta.

Esta resposta permite, regra geral, que o organismo enfrente a nova situação e as novas exigências dessa mesma situação, colocando à sua disposição recursos excepcionais. Estes recursos excepcionais são fundamentalmente a dois níveis: o fisiológico e o cognitivo. Assim, o organismo percebe melhor a situação, lê e analisa mais rapidamente o que essa situação lhe exige, decide de forma mais célere quais deverão ser os seus comportamentos de resposta e actua da forma mais rápida e intensa possível.

Para Más *et al.* (1999) há que destacar que as respostas ao stresse podem ser múltiplas e variadas (fisiológicas, psicológicas ou de comportamento) e podem dar lugar a consequências tanto individuais, como alterações da saúde física e do bem-estar psicológico do trabalhador, como ao nível organizacional, com aumento do absentismo laboral e da rotação dos postos de trabalho, bem como diminuição da qualidade dos serviços prestados e diminuição da produtividade.

Percebe-se, assim, que a resposta de stresse não é má em si mesmo, uma vez que oferece recursos para que se ultrapasse de modo positivo determinada situação stressante. E uma vez que o organismo tem capacidade instalada para recuperar entre

cada resposta de stresse, não haverá para o organismo qualquer problema. A questão pode surgir se estas situações stressantes são muito frequentes, e se essa repetição implica, assim, frequência, intensidade e duração excessiva das respostas de stresse. Aí, é possível que o organismo não consiga recuperar, surgindo assim transtornos psicofisiológicos, ou como os nomeia Labrador (1992), transtornos associados ao stresse. O organismo não pode manter um ritmo constante de actuação acima das suas possibilidades durante muito tempo. Se essa actuação se mantém além do limite, produzem-se várias e sérias alterações a variados níveis: hipertensão, asma, insónia, problemas gástricos, ansiedade, depressão, fadiga, frustração, tremuras, predisposição para acidentes, explosões emocionais incontroladas, consumo de bebidas e de alimentos em excesso, entre outras.

Então, e ainda para o mesmo autor, para saber se o organismo dará ou não uma resposta de stresse, não basta determinar se uma situação é ou não stressante. Isto porque, perante as mesmas situações ou solicitações do meio, uma pessoa pode dar uma resposta de stresse (“stressar-se”) e outra não. Para que se produza uma resposta de stresse é tão importante a situação em si como o facto de a pessoa em questão a perceber como ameaçadora e pensar que não tem capacidade para lhe responder.

Então, podemos considerar que uma pessoa está numa situação stressante quando tem de enfrentar situações que implicam exigências comportamentais que lhe são difíceis de satisfazer.

Podemos distinguir, de acordo com Labrador (1992), três diferentes tipos de comportamentos ou condutas. As condutas fisiológicas relacionam-se com as diferentes respostas do organismo tendentes a regular o seu equilíbrio interno ou homeostase (suar, acelerar ou abrandar o ritmo cardíaco, contrair um músculo ou diminuir o tónus muscular, etc.). As condutas motoras ligam-se com tudo aquilo que o organismo faz para modificar o meio (correr mais ou menos depressa, carregar no acelerador do carro, virar a cabeça para ver ou “não ver” determinada pessoa, telefonar, etc.). As condutas cognitivas incluem tudo o que podemos considerar como pensamentos, imagens, ideias, decisões, sentimentos ou crenças (pensar no modo como se há-de abordar determinado

assunto com o outro, decidir se fazer ou não determinada compra, imaginar como será melhor reagir em determinada situação, etc.).

Então, tudo o que se pode fazer enquadra-se nos conceitos de condutas fisiológicas, motoras ou cognitivas. Mas é fundamental saber o que as determina ou controla. Ou seja, há que distinguir ainda, dentro destas condutas, dois tipos de condutas: as reflexas, que são as respostas que o organismo emite de forma automática na presença de determinado estímulo (e que podem ser inatas ou aprendidas) e as operativas, que são aquelas que o organismo produz para alterar ou “operar” sobre o meio. Isto é: as condutas reflexas são controladas por estímulos antecedentes que, quando aparecem, as provocam de forma automática e involuntária; e as operativas são controladas pelas suas consequências, que regulam a probabilidade de emissão futura destas condutas, aumentando-a se constituem consequências positivas e diminuindo-a se negativas.

3. Características das situações de stresse

*São várias as características que mais comumente
parece colaborar no sentido de tornar uma qualquer situação stressante.
(Labrador, 1992)*

Para Everly (*cit. in* Labrador, 1992), as situações stressantes podem ser de tipo psicossocial ou biogénico. Considera do tipo psicossocial as situações que se convertem em stressantes devido à interpretação cognitiva ou ao significado que a pessoa lhe atribui. E considera do tipo biogénico as situações que têm a capacidade de produzir alterações bioquímicas ou eléctricas que, por sua vez, desencadeiam automaticamente a resposta de stresse, independentemente da interpretação cognitiva que a pessoa possa fazer dessa situação. Ambos os tipos de stressantes podem provir tanto de estímulos externos quanto de estímulos internos.

A mudança ou novidade na situação é uma delas. Na verdade, face à produção de uma

alteração na situação habitual ou no aparecimento de uma nova situação, surgem novas exigências a que a pessoa necessita adaptar-se. Quanto mais nova é a situação, mais facilmente ela é geradora de uma resposta de stresse para lhe fazer frente.

Uma outra, é a falta de informação, ou seja, produz-se uma situação nova ou uma alteração na situação anterior sem que haja informação sobre o que pode a partir de então acontecer, o que se exige ou o que se pode fazer para a enfrentar. O facto de se estar perante uma situação nova e de não se saber o que fazer ou como encará-la é uma das características mais importantes na produção de stresse.

Também a previsibilidade é característica das situações de stresse. Esta característica tem que ver com o grau em que se pode predizer o que vai acontecer, sendo certo que quanto menor for a previsibilidade maior será a resposta de stresse induzida.

A incerteza é outra das características, e refere-se à probabilidade de um acontecimento ocorrer, independentemente do facto de poder ser previsto ou não.

Outra característica a referenciar na produção de respostas de stresse é a ambiguidade da situação. Esta característica refere-se ao facto de a informação necessária para a avaliação de uma situação ser ou não clara ou suficiente. Muitas vezes, a ambiguidade acontece tanto por falta como por excesso de informação.

Também a iminência de uma situação de crise, que se refere ao intervalo de tempo que decorre desde que se prediz um acontecimento até que este de facto ocorre, é provocadora de resposta de stresse. De um modo geral, quanto mais iminente é um acontecimento mais intensamente ele será percebido como stressante.

Finalmente, a falta de aptidões para encarar e dominar a situação que se apresenta é outra das características a ter em conta quando se fala de situações de stresse. Na verdade, enfrentar situações para as quais não se dispõe, ao nível consciente, de condutas eficazes, implica a sensação de indefesa, sensação que por si só é stressante.

4. Fontes de stresse

*O tipo de vida, a profissão, a família, as relações sociais, os tempos de lazer,
os pensamentos e as expectativas determinam em grande parte
as exigências da vida pessoal e facilitam em maior ou menor grau
o aparecimento de situações stressantes.
(Labrador, 1992)*

Assinale-se, entretanto, e de acordo com Labrador (1992), que uma parte importante das situações de stresse são auto-geradas. Em certos casos, porque se interpretam como ameaçadoras ou negativas situações que podem não sê-lo; noutros casos, porque a pessoa se submete a situações de stresse, por opção própria.

Podemos distinguir diferentes fontes de stresse no âmbito natural: acontecimentos vitais intensos e extraordinários e acontecimentos diários stressantes de menor intensidade.

Os acontecimentos vitais intensos e extraordinários, como o casamento, o divórcio, o início de exercício de funções num novo emprego, o ser despedido, o perder um parente querido, exigem ao organismo um trabalho de adaptação muito intenso, que implica importantes respostas de stresse.

Mas nem todas as respostas de stresse se produzem em consequência de acontecimentos excepcionais. Muitas situações da vida quotidiana funcionam como geradoras de stresse, e são essas que habitualmente se designam por acontecimentos diários stressantes de menor intensidade: o ruído constante, as dores de cabeça frequentes, não poder comer tranquilamente, trabalhar por turnos, ter que ser competente, etc. Vários investigadores (por exemplo Lazarus, Kanner, Coyne, Schaefer, como refere Labrador, 1992) consideram que estes acontecimentos stressantes diários provocam mais respostas de stresse e produzem mais efeitos negativos (tanto psicológicos como biológicos) do que os que podem gerar os acontecimentos extraordinários e por isso menos frequentes.

Quanto às situações de tensão crónica permanente, estas são as que são capazes de gerar stress que se mantém durante períodos mais ou menos prolongados. Ou seja, quando se fala deste tipo de fonte de stress não se está a fazer referência a factos específicos quotidianos mas a episódios mais ou menos prolongados que são determinados pela presença de uma situação stressante permanente.

5. Respostas às situações stressantes

A forma como um indivíduo interpreta uma situação específica e decide enfrentá-la determina em grande medida que esta situação se torne ou não stressante.

(Labrador, 1992)

Chama-se “cognitivos” aos diferentes aspectos que enformam a interpretação do indivíduo de uma determinada situação (Labrador, 1992): a recolha da informação, a filtragem da informação recebida, a canalização da atenção para determinados aspectos da informação, a interpretação da informação, a reflexão sobre quais as condutas de que se dispõe e que podem ser mais ou menos úteis, etc. Todos estes aspectos são úteis para o controle da situação e para decisão sobre quais as condutas a adoptar. O resultado desta actividade cognitiva determina a forma como a situação afecta a pessoa e a maneira como esta lhe responde.

As diferentes condutas cognitivas perante situações de stress permitem definir, segundo Meichenbaum e Turk (*cit. in* Labrador, 1992), três tipos diferentes de indivíduos.

Os indivíduos auto-referentes são aqueles que, em vez de se concentrarem na situação stressante de modo a fazer-lhe frente, se centram em si mesmos: a preocupação que desenvolvem com a sua própria realização, a consideração repetitiva sobre as possíveis consequências de uma conduta inadequada, os pensamentos e sentimentos referidos à sua própria inutilidade (autocríticas, autocondenação). Esta maneira de actuar faz com

que a pessoa perceba a situação de stresse cada vez com mais medo, pensando que é incapaz de lhe fazer frente. Assim, o mesmo tipo de situação será cada vez mais stressante para o indivíduo.

Um outro tipo de pessoas encara as situações de stresse preocupando-se em primeiro lugar por saber o que a situação lhes exige. São os indivíduos auto-eficazes. Centram, por isso, o seu interesse na análise das características da situação e na forma como a poderão resolver, o que lhes permite obter uma melhor informação, melhor escolher as condutas adequadas e assim colocar fim à situação de stresse.

Finalmente, os indivíduos negativistas são os que negam a existência de problemas ou de exigências do meio, independentemente do que possam ou não fazer nessas situações. Tal modo de actuar não permite uma percepção adequada sobre a exigência das situações, não favorecendo como tal o aparecimento de comportamento eficazes para lhes fazer frente. A pessoa não resolve as situações de stresse, mas tão-pouco sofre no seu organismo as suas consequências negativas.

Em suma, e no que se refere à resposta cognitiva ao aparecimento das situações de stresse, Lazarus e Folkman apontam, segundo Labrador (1992), oito formas habituais de encarar essas situações. A “confrontação” refere-se à resposta com acções directas e até certo ponto agressivas para alterar as situações. O “distanciamento” sugere a realização de esforços não para enfrentar as situações mas, pelo contrário, para produzir o afastamento delas. O “autocontrolo” é a atitude caracterizada por esforços conscientes para regular os seus próprios sentimentos e acções. A “busca de apoio social” refere-se à concretização de acções em busca de conselho, informação, ou simpatia do outro para com os problemas. A “aceitação da responsabilidade” é um tipo de conduta em que subjaz o reconhecimento da responsabilidade no problema. A “fuga-evitamento” acontece quando a pessoa foge, evita, nega a situação de stresse. Entende-se como atitude de “planificação” a atitude em que há esforços para alterar a situação que implicam uma aproximação analítica aos problemas. Finalmente, entende-se por atitude de “reavaliação positiva” a atitude caracterizada pela existência de esforços para criar um significado positivo e que conduza à resolução do problema com correspondente

desenvolvimento e enriquecimento pessoal.

As condutas motoras básicas perante situações de stresse podem ser, então, de enfrentamento (ataque) e de fuga ou evitamento e de passividade (colapso). De modo particular, as duas primeiras implicam grande activação fisiológica com uma importante libertação de recursos para que o organismo possa desenvolver, se for caso disso, intensas condutas motoras.

Na verdade, esta activação é pouco útil. No mundo em que hoje se vive, são sempre mais de esperar, em resposta às situações de stresse, as respostas cognitivas do que as respostas motoras. Poderemos dizer que é a falar, e não com o emprego da força física, que se espera que as situações sejam resolvidas.

O que é verdade é que o organismo activa-se intensamente e põe em circulação uma série de recursos que lhe permitem realizar intensos esforços físicos. E, se na maior parte das vezes, esses esforços físicos não são utilizados, o que é facto é que os recursos “entraram em circulação”; e ao não serem utilizados (e as condutas cognitivas não os utilizam), podem vir a acarretar o problema adicional de favorecer o desenvolvimento de perturbações fisiológicas e psicológicas.

Para Selye (Labrador, 1992), as situações de stresse produzem um aumento geral da activação fisiológica do organismo, ao que chamou de Síndrome Geral de Activação.

Esta síndrome baseia-se, eminentemente, num modelo de stresse baseado na resposta. Na verdade, Selye considera que o stresse é uma resposta inespecífica do corpo a qualquer pedido. E considera que essa resposta seria sempre a mesma qualquer que fosse a natureza da causa do stresse e seguiria sempre o mesmo padrão universal (Hespanhol, 2005).

Esta síndrome apresenta, no seu desenvolvimento, três fases (Labrador, 1992).

A fase de alarme caracteriza-se pela resposta imediata, psicofisiológica, em que após uma fase de choque inicial de baixa resistência se segue um contra-choque. É a fase em que, perante uma situação de stresse, o organismo produz de imediato uma intensa activação fisiológica que lhe faculta mais recursos para uma possível actuação. Esta fase é geralmente curta em duração (de alguns segundos a alguns dias). Se este esforço extraordinário permite colocar um fim na situação de stresse (permitindo e facilitando a análise da situação e organização da resposta adequada à mesma), coloca um fim, também, na SGA. Se a situação de stresse se mantém, o organismo continua a fazer o seu esforço de adaptação através da activação fisiológica. Contudo, chegará o momento em que o organismo, não podendo manter este esforço acrescido, evoluirá para uma fase seguinte.

A fase de resistência da SGA acontece quando o organismo, no intuito de utilizar os seus recursos excepcionais para ultrapassar a situação de stresse que continua a enfrentar, mantém uma activação fisiológica acima da normal, mas menos intensa, apesar de tudo, do que na fase de alarme. Ou seja, não se trata de uma fase de aumento da activação fisiológica, antes sim, da manutenção no tempo de determinados níveis de activação. Se tal esforço de manutenção permite chegar a uma solução, põe-se fim à SGA. Se tal não é ainda possível, esta hiperactivação, menor do que na fase de alarme mas, contudo, mantida durante a fase de resistência, vai levar a que o organismo esgote os seus recursos e perca, progressivamente ou de forma repentina, a sua capacidade de activação, a qual chega por vezes a descer a níveis mais baixos do que os habituais (os que existiam antes da “entrada” na fase de alarme).

Chama-se à terceira fase a fase de esgotamento. Se, apesar de todos os sinais que possam começar a surgir, o organismo tenta ainda manter a sua activação no nível máximo, o resultado será o esgotamento total, com consequências altamente negativas e por vezes mortais.

Este modelo (da SGA) mostra de algum modo a evolução da activação do organismo para enfrentar situações de stresse, primeiro com uma grande hiperactivação, depois com uma hiperactivação menor mas que perdura no tempo, e por fim com algum tipo de

disfunção, física ou mental, geral ou específica. Se este modelo de adaptação tem a vantagem de ser claro e intuitivo, não explica contudo, em pormenor, tudo o que se passa na realidade.

Aparece então como claro que, se a exposição a situações de stresse não constitui um mal em si mesma nem implica efeitos necessariamente negativos, tal não se passa quando as respostas de stresse são excessivamente intensas ou duradouras no tempo, podendo então produzir-se diversas perturbações. Leves de início, de maior impacto depois.

Assim, pode considerar-se como efeitos negativos da activação reiterada produzida pela resposta de stresse três níveis de resposta.

Ao nível fisiológico, situações como o aumento do ritmo cardíaco, da pressão arterial, da sudação, do ritmo respiratório, dos níveis de adrenalina e noradrenalina e do açúcar em circulação, da actuação do sistema digestivo e do sistema imunológico, a diminuição do fluxo sanguíneo, a sensação de “nó na garganta” e de secura da boca (...) são comuns.

Ao nível cognitivo, são respostas mais comuns as preocupações, a incapacidade de tomar decisões e de concentração, a sensação de confusão, a redução da atenção, a desorientação, entre outros.

Ao nível motor são frequentes sinais como falar depressa, tremuras, gaguez, voz entrecortada, imprecisão, precipitação, explosões emocionais, predisposição para os acidentes, consumo de drogas legais (tabaco, álcool, fármacos) e ilegais, comer demais, falta de apetite, riso nervoso, bocejos, (...).

Em suma, pode considerar-se de esperar o encontro, associado ao stresse, de problemas cardiovasculares (hipertensão arterial, doença coronária, taquicardia, arritmias, ...), problemas respiratórios (asma brônquica, hiperventilação, ...), problemas imunológicos (artrite reumatóide, gripe, herpes, ...), problemas endócrinos (hipertiroidismo, Síndrome

de Cushing, ...), problemas gastrointestinais (dispepsia funcional, intestino irritável, colite ulcerosa, ...), problemas dermatológicos (prurido, sudação excessiva, ...), dor crónica e cefaleias, problemas musculares (aumento do tónus muscular, tremuras, tiques, ...) problemas sexuais (impotência, vaginismo, alterações da libido, ...) problemas psicopatológicos (ansiedade, medos, fobias, depressão, consumo de álcool, comportamentos alimentares alterados, ...).

A resposta de stresse é um recurso fundamental do organismo para fazer face, em condições tão melhores quanto possível, às possíveis ameaças que poderiam afectá-lo.

Embora o Homem tenha sido capaz, ao longo de milhares de anos, de mudar radicalmente o meio que o rodeia e mesmo outros organismos, o que é facto é que o seu próprio organismo não mudou ao mesmo ritmo. Continua, como acontecia com os seus antepassados pré-históricos, a activar-se perante situações ameaçadoras, preparando-se para realizar intensos esforços físicos que lhe permitam escapar ou lutar melhor. Para Labrador (1992), é muito possível que o Homem não esteja biologicamente adaptado ao novo mundo que ajudou a criar; que as exigências que agora o meio impõe não sejam aquelas para as quais o organismo está mais adaptado. Ou seja, a humanidade é, de certo modo, vítima da sua própria ingenuidade; a sua capacidade para manipular o ambiente levou-a a desenvolver uma sociedade para a qual o seu corpo não está adaptado.

A resposta de stresse assinala que há no ambiente algo de anormal, que as exigências do meio se modificaram e exigem do organismo uma nova resposta de adaptação.

São várias as possíveis reacções a estas exigências. Uma delas consiste em modificar o meio de modo a que deixe de apresentar exigências excepcionais, ou pelo menos, tão frequentes. Outra, passa por modificar as próprias respostas às exigências do meio.

CAPÍTULO 2 – O STRESSE PROFISSIONAL

1. Conceitos e características

*O trabalho pode constituir uma actividade enriquecedora,
mas pode ser também uma fonte geradora de stresse
que progressivamente vai desgastando o indivíduo.
(Serra, 2007)*

O stresse pode surgir em qualquer indivíduo e, quando o agente desencadeador se refere especificamente à ocupação desempenhada, é designado por stresse ocupacional ou profissional.

Durante os últimos anos, desenvolveu-se um crescente interesse pelo estudo do stresse e dos factores psicossociais relacionados com o trabalho, devido à repercussão que estes podem ter sobre a saúde dos trabalhadores. O stresse profissional não é um fenómeno novo, mas um novo campo de estudo que tem sido enfatizado devido ao aparecimento de doenças que foram vinculadas ao stresse no trabalho, tais como a hipertensão, as úlceras gástricas e outras (Holt, *cit. in* Stacciarini e Tróccoli, 2000).

Segundo Sivieri (1994), a moderna organização do processo de trabalho iniciou a era das doenças provocadas pela grande exigência de adaptação do Homem ao trabalho, um reflexo do esforço que o trabalhador emprega para adaptar-se a esta situação anormal. Assim, o moderno ambiente laboral representa um risco para a saúde, ou seja, as condições de trabalho passam a ser fundamentais na relação entre saúde e trabalho. O stresse no trabalho é decorrente da inserção do indivíduo nesse contexto, pois o trabalho, além de possibilitar crescimento, transformação, reconhecimento e independência pessoal, também causa problemas de insatisfação, desinteresse, apatia e irritação.

Para Ross e Altamaier, citados pelo mesmo autor (1994), o stresse profissional é a interacção das condições de trabalho com as características do trabalhador na qual as exigências do trabalho excedem as habilidades do trabalhador para enfrentá-las.

Também Couto, citado por Stacciarini e Tróccoli (2000), refere que o stresse profissional é um estado em que ocorre um desgaste anormal do organismo humano e/ou uma diminuição da capacidade de trabalho, devidos basicamente à incapacidade prolongada de o indivíduo tolerar, superar ou se adaptar às exigências de natureza psíquica existentes no seu ambiente de trabalho.

Para Llopis (*cit. in* Lautert *et al.*, 1999), é inegável que o trabalho, tal como é entendido na actualidade, exerce notável influência sobre o comportamento humano. O indivíduo que enfrenta exigências incoerentes ou pressões no sentido de adoptar condutas que não estão de acordo com os seus objectivos e expectativas não terá êxito. Logo, e para Cox, (*cit. in* Lautert *et al.*, 1999), o conceito de stresse profissional também pode ser encarado sob a perspectiva transaccional, ou seja, como uma interacção entre o sujeito e a situação stressante. Ou seja, o stresse profissional está determinado pela percepção que o trabalhador tem das exigências existentes no ambiente de trabalho e pela sua habilidade em enfrentá-las.

Factores pessoais, interpessoais e organizacionais são, também na visão de Visser, Smets, Oort e Haes (2003), os aspectos que se relacionam directamente com o aparecimento do stresse profissional.

Entre os efeitos negativos que o stresse profissional tem sobre o indivíduo, podem citar-se diversos transtornos, tanto físicos como psíquicos e comportamentais, que por sua vez podem dar lugar a problemas sociais (como aumento do absentismo profissional, diminuição da qualidade do trabalho realizado e da produtividade, etc.).

O stresse no trabalho raramente provém de uma só fonte. O peso recai sobre o trabalhador, mas também sobre o tipo de trabalho e sobre a organização.

Ross e Altmaier (*cit. in* Loureiro, 2005) apresentam o stresse profissional como sendo uma interacção das condições de trabalho com as características do trabalhador, de tal modo que as exigências do trabalho excedem a capacidade de o trabalhador lidar com elas.

O stresse profissional resulta da insatisfação por parte do indivíduo quando este constata que o trabalho não satisfaz as suas necessidades de realização profissional, quando não vai ao encontro dos seus valores ou quando percebe que não é recompensado pelo esforço desenvolvido (Siergrist, *cit. in* Loureiro, 2005). Constitui o resultado da interacção estabelecida entre o indivíduo, a tarefa e a organização, e é da interacção destes aspectos que o indivíduo pode apresentar comportamentos inadequados no trabalho, com perdas significativas para a organização e consequências na saúde do trabalhador (Serra, 2007). Contempla factores específicos do trabalho, mas também factores que estão directamente relacionados com os indivíduos e as suas reacções são determinadas pelas características individuais que determinam a relação com aspectos ligados com a tarefa que tem de desempenhar, as expectativas em relação à carreira, o seu papel no seio da organização e o relacionamento com os colegas. Quanto à organização, são relevantes o modo como é administrada e como interfere nos interesses pessoais e familiares do indivíduo (Serra, 2007).

De acordo com o modelo de Cooper (*cit. in* Hespanhol, 2005), evidenciam-se cinco categorias de causa de stresse profissional, quanto à sua natureza: intrínsecas ao trabalho, papel na organização, progressão na carreira, afinidades no trabalho e estrutura e clima organizacional.

Quanto às causas intrínsecas ao trabalho, existem (ainda segundo Cooper, *cit. in* Hespanhol, 2005) dois grupos de factores: as condições físicas do trabalho, que se referem ao barulho, à vibração, às temperaturas extremas, à iluminação, etc., e os requisitos das tarefas do trabalho, que se relacionam com o trabalho por turnos, o trabalho nocturno, a monotonia do trabalho, a exposição a riscos e a perigos, à responsabilidade por vidas. Na segunda categoria, o papel na organização, são de considerar o conflito de papel (solicitações conflituosas de outros membros da

organização, realização de tarefas não específicas do seu trabalho), a ambiguidade de papel (falta de clareza sobre as tarefas do trabalho) e o grau de responsabilidade (a liberdade de acção e a autonomia nas tomadas de decisão). A questão da progressão na carreira centra-se nas promoções (excessivas ou insuficientes) e na falta de segurança ou medo de perda do lugar de trabalho. Nas afinidades de trabalho toma-se em consideração os relacionamentos inadequados entre superiores e subordinados e entre colegas e a dificuldade na delegação de responsabilidades. A estrutura e clima organizacionais interferem através de situações da falta de participação no processo de decisão, falta de consulta e comunicação efectivas, restrições injustificadas de comportamento, políticas organizacionais, entre outras.

Para Más *et al.* (1999), os factores causadores de stresse podem ser classificados em stressores específicos do posto de trabalho (relacionados com a estrutura e o conteúdo do trabalho e com as condições físicas em que esse mesmo trabalho é desenvolvido), factores organizacionais (referentes ao papel do trabalhador na organização, à estrutura da organização e às relações interpessoais) e factores extra-organizacionais (fundamentalmente em relação com o desenvolvimento da carreira profissional). Não se pode esquecer, ainda, outros factores não-laborais (individuais, familiares e sociais) que também podem ser fonte de stresse.

Outros autores, como Beech, Burns e Sheffield, Sutherland e Cooper, Pines, Ross e Altmaier (*cit. in* Serra, 2007), nomeiam as principais fontes de stresse profissional no que diz respeito à sua natureza, entre as quais se destacam o indivíduo, as características do trabalho, o papel a desempenhar na organização, as relações interpessoais na empresa, a carreira profissional e o clima organizacional.

A forma como o indivíduo se adapta ao trabalho está relacionada não só com a função mas também com o tipo de relações que estabelece com os outros no local de trabalho, onde estão incluídos os colegas, os superiores hierárquicos e os clientes. Essa adaptação depende, entre outros factores, da personalidade, que vai influenciar a forma como, perante os outros e os acontecimentos, o indivíduo reage. Relativamente ao indivíduo, estão relacionados também factores associados aos conhecimentos adquiridos e ao nível

de preparação que possui, aspectos que lhe podem proporcionar maior ou menor capacidade para o desempenho das suas tarefas. Desta forma, a personalidade constitui, para Serra (2007), um factor mediador da sua adaptação ao trabalho, visto que é considerada como uma estrutura estável, capaz de influenciar a forma como o indivíduo reage face aos acontecimentos da vida, relacionando-se portanto com a forma de ser habitual do indivíduo.

Existem dois grupos de factores que dizem respeito às condições físicas do trabalho e aos requisitos necessários para a realização do mesmo. Quanto às condições físicas, há a referir o ruído, a temperatura, a iluminação, os factores higiénicos, entre outros. Quanto aos requisitos para a realização da tarefa, eles dizem respeito ao trabalho por turnos, à sobrecarga de trabalho, às novas tecnologias, à monotonia das tarefas, à exposição a riscos diversos e aos percursos obrigatórios entre a residência e o local de trabalho. O trabalho por turnos é imprescindível em certas organizações, sobretudo com trabalho nocturno, o que gera, sob o ponto de vista social, dificuldades no convívio social e no acesso a bens de consumo. Os efeitos são também visíveis na supervisão da família e educação dos filhos, podendo mesmo surgir problemas de comunicação entre a família e no ajustamento sexual entre o casal. Além destes aspectos, o trabalho por turnos colide com o “relógio interno” do indivíduo. A alteração do ritmo circadiano tem forte influência sobre aspectos biológicos e funcionais no indivíduo. Por tudo isto, o trabalho por turnos pode constituir uma dificuldade na adaptação à profissão, constituindo também um factor importante de stresse, inerente a muitas condições específicas de algumas profissões (Serra, 2007). Quando existe uma sobrecarga de trabalho, normalmente o indivíduo aumenta o número de horas dispensadas para a realização das suas tarefas com o objectivo de finalizar as mesmas. O resultado é que fica limitado no tempo para realizar outras actividades inerentes e indispensáveis ao ser humano, como alimentar-se, estar com a família, ter espaço para o lazer, entre outras. A consequência deste comportamento é a privação do indivíduo da família e do convívio com os amigos, que podiam constituir formas de compensar e equilibrar a tensão no trabalho (Serra, 2007). Segundo Hepburn, Loughling e Barling (*cit. in* Serra, 2007), a saúde e o bem-estar do indivíduo são ameaçados quando as exigências do trabalho são excessivas e a autonomia de controlo sobre as tarefas a desempenhar é baixa.

Quanto ao papel desempenhado na organização, existem aspectos que constituem factores de stresse aos quais é necessário prestar atenção. O conflito de papéis diz respeito a momentos em que existe uma solicitação para realização de tarefas que entram em colisão com os valores e crenças do trabalhador. O conflito ocorre também quando ao indivíduo, que desempenha determinada função, lhe são solicitadas outras funções desajustadas às suas competências (Serra, 2007). A ambiguidade de papéis é também um aspecto importante, dizendo respeito à falta de clareza sobre as tarefas do trabalho (Hespanhol, 2005). O que acontece é que nem sempre são ditas com clareza ao indivíduo quais são as funções que deve cumprir, o que pode ocasionar insegurança quanto aos objectivos necessários à realização do seu trabalho e levar mesmo à sobreposição de competências das suas tarefas e das tarefas dos outros. Segundo alguns autores (Schaubroeck, *cit. in* Serra, 2007), algo que pode reduzir a ambiguidade é a preparação dos supervisores para serem clarificadores do papel dos trabalhadores. Outro aspecto, não de menor relevância, diz respeito à execução diferenciada da tarefa, de tal modo que o indivíduo não encontra significado nem se identifica com o trabalho nem com os objectivos da organização na qual está inserido. O que pode tornar-se frustrante em relação ao desempenho do papel é o facto de não serem dadas oportunidades ao indivíduo de pôr à prova as competências e aptidões adquiridas. Em relação ao nível de responsabilidade, Hespanhol (2005) refere-se à autonomia dos trabalhadores na tomada de decisão, ou seja, à liberdade de acção. Neste aspecto, o que é mais importante é a falta de transparência nas responsabilidades, o que faz com que se experiencie maior stresse.

Quanto às relações interpessoais na organização, podemos dizer que elas determinam o bem-estar e a saúde do indivíduo, potencializando o seu envolvimento e capacidade no trabalho se forem saudáveis e verdadeiras. Saulter (*cit. in* Serra, 2007) vai mais longe, ao referir que as relações de trabalho podem diminuir os efeitos indesejados da exposição aos factores de risco presentes no local de trabalho. Tendo em conta a importância da comunicação entre os trabalhadores envolvidos numa organização, quando ela revela deficiências contribui de forma decisiva para causar desgaste, reduzindo no indivíduo o nível de satisfação e de motivação para o trabalho e até mesmo para a sua realização pessoal e profissional. Este aspecto, quando ocorre,

torna-se tanto mais intenso quanto maior valor é dado à sua existência, podendo surgir sentimentos de falta de confiança em relação ao outro, falta de apoio para a resolução de problemas, escassez de reconhecimento do valor bem como falta de sentido e significado na resolução das tarefas. Daí que Cooper e Payne (*cit. in* Loureiro, 2005) defendam que quanto mais saudáveis forem as relações existentes entre os indivíduos mais evidentes se tornam comportamentos de respeito, confiança mútua e amizade. Ainda segundo Gomes (*cit. in* Loureiro 2005), as relações que o indivíduo estabelece com os seus colegas de trabalho, subordinados e superiores, podem constituir uma fonte de ajuda no trabalho como factor de apoio, como podem constituir também uma potencial fonte de stresse.

A progressão na carreira contém em si uma série de factores e condicionantes que podem ser fontes de stresse e que dizem respeito à insegurança sentida com a manutenção do emprego, à existência ou não de promoções e progressões, à oposição às ambições pessoais, entre outros. À progressão na carreira está habitualmente associada, também, a ascensão nos patamares salariais, algo que tem influência decisiva nas condições de vida individuais e familiares do trabalhador. Estes aspectos podem condicionar a satisfação e o interesse pelo trabalho e levar a um relacionamento interpessoal negativo e ao absentismo (Serra, 2007).

Quanto ao clima organizacional, actualmente as empresas e as pessoas lidam com mudanças no seu local de trabalho sem precedentes. A este propósito, Hartley (*cit. in* Serra, 2007) refere que existem situações geradoras de stresse que podem ter efeitos negativos na saúde física e mental do trabalhador. A incerteza decorrente das alterações económicas (que surgem hoje de uma forma alucinante), os avanços tecnológicos (com implicação de constante adaptação por parte dos trabalhadores), a distribuição do trabalho (em que o emprego é concebido de forma diferente, com empregos em regime de *part-time* aceites à falta de melhor e apesar da sua falta de qualidade e estabilidade) e a taxa de desemprego (com as grandes dificuldades no encontro de novos empregos) têm grande importância na saúde e bem-estar do trabalhador. Para Cooper e Marshall (*cit. in* Serra, 2007), se o clima da organização limitar a liberdade, a autonomia e a identidade do indivíduo, pode induzir stresse e isto é sentido pela forma como a

organização “trata” o indivíduo. A estrutura e clima organizacionais interferem através de situações da falta de participação no processo de decisão, falta de consulta e comunicação efectivas, restrições injustificadas de comportamento, políticas organizacionais, e também a inexistência de sentimentos de integração de novos elementos na organização (Sutherland e Cooper, *cit. in* Serra, 2007).

Todos os aspectos até aqui mencionados estão presentes com maior ou menor intensidade no ambiente de trabalho e podem desencadear no indivíduo situações de stresse. Nenhuma profissão está isenta da maioria destes factores e cada profissão, tendo em linha de conta a sua especificidade, tem as suas próprias causas desencadeadoras de stresse. No entanto, podemos dizer que o stresse profissional não pode ser interpretado de modo isolado do stresse a que o indivíduo está sujeito ao longo do seu desenvolvimento e no decorrer do seu dia-a-dia. Ele vive em três ambientes distintos, o profissional, o familiar e o social, o que não implica que a sua vida possa ou deva ser entendida como compartimentada entre estes três “espaços”.

Contudo, e segundo Hespanhol (2005), compreender o stresse profissional passa por adoptar uma perspectiva holística, considerando assim, e também, a existência de um conjunto de outras causas de stresse incluídas numa categoria designada ligação casa-trabalho, onde se encontram outras causas extra-organizacionais de stresse. Ou seja, o stresse profissional não deve ser interpretado isoladamente do stresse do dia-a-dia do indivíduo.

2. O Stresse nos enfermeiros

*Particular preocupação tem sido expressa sobre os efeitos do stresse
nos profissionais de saúde, e em particular nos enfermeiros.
(Cox et al., 1996)*

De há algumas décadas a esta parte tem havido um sentimento crescente de que a

experiência de stresse no trabalho tem efeitos indesejáveis, tanto na saúde e segurança dos trabalhadores como na “saúde” e produtividade das organizações. Este sentimento tem-se reflectido não só na opinião pública e nos *media*, mas também tem aumentado a preocupação dos investigadores e das organizações profissionais.

Para Pikó (1999), os resultados de diversas investigações apontam para que a frequência com que surgem nos enfermeiros sintomas psicossomáticos (distúrbios do sono, tensão, cefaleias, fadiga crónica ou palpitações), o uso regular de bebidas alcoólicas, o fumar em excesso e a frequente utilização de fármacos tranquilizantes e de indutores do sono podem ser entendidos como um indicador do nível de stresse relacionado com o trabalho profissional. Também para Leppänen e Olkinuora (*cit. in* Pons e Agüir, 1998), um dos grupos mais afectados pelo stresse no seu trabalho diário é constituído pelos profissionais de saúde, e de modo particular pelos enfermeiros. A área da saúde é uma das “campeãs” do stresse, ocupando o terceiro lugar, e ficando atrás apenas dos controladores aéreos e dos motoristas de autocarro (no segundo lugar) e dos agentes da polícia e seguranças privados, que ocupam o primeiro lugar. Por isso, os últimos trinta anos têm visto surgir diversos estudos sobre o stresse relacionado com os enfermeiros. Duquette e Delmas (*cit. in* Delbrouck, 2006) afirmam que o stresse profissional dos enfermeiros se revela importante e que se fala cada vez mais de uma exaustão na profissão, dizendo ainda que inúmeros estudos epidemiológicos europeus e canadianos (Estryn-Behar, 1991; Saint-Arnaud, 1992; Landau, 1992; Rotary, 1993; Bedart, 1998; Janssens, 1999) apresentam resultados convergentes que expressam que, somando todos os serviços, a exaustão profissional atinge cerca de um quarto dos enfermeiros dos hospitais gerais.

A Enfermagem, tal como é concebida actualmente, tem como principais objectivos promover a saúde, prevenir a doença e cuidar dos doentes, o que exige dos enfermeiros conhecimentos científicos e técnicos para atenderem às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade.

Ser enfermeiro significa ter como agente de trabalho o Homem e como sujeito da acção o próprio Homem. Há uma estreita ligação entre o trabalho e o trabalhador, com a

vivência directa e ininterrupta do processo de dor, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade, morte e tantos outros sentimentos e reacções desencadeadas pelo processo de doença. Para Wynne, Clarkin e McNieve, citados pelo International Council of Nurses (2000) são causas do stresse profissional as condições de trabalho, as relações interpessoais no ambiente de trabalho, os conflitos e a ambiguidade dos papéis, a estrutura e o clima organizacionais, a *interface* trabalho e vida familiar e a natureza do emprego.

O conceito de Enfermagem não se manteve estático ao longo dos tempos, evoluindo consideravelmente a partir dos anos 50 do século XX. Foi sua pioneira uma figura emblemática: Florence Nightingale. Em dado momento, esta afirmou que a Enfermagem é uma arte que requer uma devoção exclusiva e uma preparação árdua (Donahue, 1985). Para Nightingale, a arte assenta na devoção ao trabalho; a função do enfermeiro é ajudar o indivíduo doente ou sadio na realização das actividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação, actividades essas que o indivíduo realizaria se tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários.

Com o evoluir dos tempos, a Enfermagem foi considerada uma arte e uma ciência, estando nesta dicotomia um elo fundamental: o conhecimento, os saberes (sem os quais não há cultura nem sentido humanístico) e os “dotes” ou qualidades morais e cívicas inerentes à própria pessoa (Donahue, 1985).

No final dos anos 80, a Enfermagem é definida como uma preocupação com os outros, através da qual o enfermeiro ajuda o indivíduo, família e comunidade a atingir e conservar o melhor estado de saúde possível.

Para Watson (1988), a Enfermagem é uma ciência humana na medida em que estuda a Pessoa como um todo, sob um conceito pessoal e integral.

A Enfermagem é uma profissão interdependente, que partilha com outros profissionais funções de planeamento, execução e avaliação que asseguram a eficácia e a eficiência do sistema de saúde (Sousa, 1989).

O fundamento da Enfermagem é cuidar do indivíduo, família e comunidade, não apenas pela relação que se estabelece mas principalmente pela aplicação dos conhecimentos adquiridos, pelo empenho, pela dedicação, pelos valores humanos e pelo compromisso pessoal, social e moral que a Enfermagem tem para com a sociedade.

Segundo Watson (2002), cuidar requer elevada consideração e reverência pela Pessoa e pela vida humana.

Para Chalifour (*cit. in* Queirós, 1999), ser enfermeiro implica dar de si próprio atenção e tempo. Diz mesmo que se trata de um empreendimento exigente que necessita de um certo altruísmo, uma reflexão madura articulada com uma procura de crescimento pessoal constante, uma confiança nos recursos internos do Homem.

Cabe ao enfermeiro estar presente, assistindo e auxiliando, dando atenção, interpretando e confortando. E “habilitar” o doente: explicando e treinando, conservando as capacidades mantidas, ampliando-as tanto quanto possível (Santos, 2002a).

Estas palavras traduzem aquilo que é “ser enfermeiro”. Diante de tão grande complexidade, a Enfermagem tem merecido a atenção dos investigadores, no sentido de compreender como lidam e enfrentam os enfermeiros as situações geradoras de stresse, visto terem uma profissão envolvente, exigente, com um encanto especial na relação com o outro e para o outro, mas também como um lugar de encontro do enfermeiro, enquanto pessoa, consigo próprio, com os seus medos, com as suas angústias, com as suas crenças, os seus valores e com a sua própria dignidade como Pessoa.

Vários estudos destacam as consequências negativas do stresse profissional sobre a saúde da organização, com expressão nos níveis de produtividade, redução da eficiência, desempenho e operacionalidade, bem como o aumento da rotatividade e absentismo, a par dos gastos com problemas de saúde dos trabalhadores.

A saúde dos enfermeiros sofre ameaças relacionadas com o convívio diário com a dor e o sofrimento, juntamente com a incerteza da cura e a possibilidade da morte, que são

situações que colocam o enfermeiro sob forte carga emocional, em que a perda de um doente significa uma derrota na batalha contra a morte. Os serviços de saúde, e em particular os hospitais, são organizações complexas, compostas por actividades humanas aos mais diversos níveis, concebidas em função das necessidades dos utentes em detrimento muitas vezes das necessidades dos seus trabalhadores.

No entanto, os direitos da pessoa doente não podem fazer esquecer os direitos e o bem-estar dos enfermeiros, que são também pessoas, pois quem não se encontra bem do ponto de vista físico e psíquico não dispõe de condições objectivas e práticas para cuidar de doentes, os quais constituem a razão de ser da sua actividade. Assim, o trabalho em ambiente hospitalar, onde exercem funções 78% do total dos enfermeiros em Portugal (Maia, 2005) contribui para a ocorrência de situações desencadeadoras de stresse e de fadiga física e mental nos profissionais.

Os enfermeiros ocupam o seu tempo numa multiplicidade de tarefas e actividades polivalentes, sendo constantemente dominados por uma sensação de ambivalência por não realizarem aquilo que lhes compete devido à quantidade enorme de tarefas que obrigatoriamente e diariamente devem executar em tempo útil. É uma realidade que, quando percebida, provoca sentimentos de frustração e irritação nos enfermeiros, que se sentem assim condicionados por factores inerentes ao contexto de trabalho que os leva a reagir à margem dos seus ideais pessoal e profissional, mas que resulta do facto de a sociedade esperar que os enfermeiros respondam à obrigação de cuidar, seja em que circunstância for (Salvage, 1990).

Por tudo isto, o trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar é um tipo de trabalho desenvolvido em circunstâncias altamente stressantes, que pode levar a problemas tais como desmotivação, insatisfação profissional, absentismo e tendência ao abandono da profissão.

Para Celentano e Johnson (*cit. in* Pons e Agüir, 1998), existe um grande número de factores de risco relacionados com o trabalho que podem causar stresse nestes grupos de profissionais. Cabe nomear, entre eles, os relacionados com o conteúdo do trabalho, o

grau de responsabilidade, o conflito e a ambiguidade de papéis, os contactos sociais e o clima organizacional, o contacto com os utentes, a carga de trabalho, a necessidade de manutenção e desenvolvimento da qualificação profissional, os horários irregulares, o ambiente físico em que o trabalho se desenvolve, entre outros.

Para Healy e Mckay, bem como para Stacciarini e Tróccoli (*cit. in* Batista e Bianchi, 2006) os factores de stresse relacionados com a enfermagem e o seu trabalho prendem-se com problemas de comunicação com a equipa, aspectos inerentes à unidade, a assistência prestada, a interferência do trabalho na vida pessoal e familiar, a actuação do enfermeiro, a carga de trabalho, os conflitos internos e a indefinição do papel profissional. Também Cox *et al.* (1996) referem como principais situações de trabalho tipicamente sentidas como stressantes pelos enfermeiros aquelas para as quais o enfermeiro não se sente correctamente habilitado, as que não vão de encontro às suas expectativas profissionais, as situações sobre as quais o enfermeiro tem pouco controle e aquelas para as quais o enfermeiro recebe pouco apoio, tanto de dentro como de fora do ambiente de trabalho. Para este autor, os danos relacionados com o trabalho podem ser divididos em dois grupos, a saber, os danos físicos, que incluem aspectos biomecânicos, químicos, microbiológicos e radiológicos, e os danos psicossociais, estes relacionados com a interacção entre o âmbito do trabalho, o ambiente e condições organizacionais, bem como com os trabalhadores, as suas competências e as suas necessidades.

Para Ivancevich e Matteson (*cit. in* Peiró, 1993), os agentes de stresse presentes e comuns no trabalho dos enfermeiros são essencialmente a sobrecarga de trabalho, o trabalho por turnos, os conflitos interpessoais, os conflitos de papéis e a carga afectiva e psíquica.

A profissão de Enfermagem sofreu ao longo das últimas décadas uma importante mutação, decorrente entre outros aspectos das políticas de saúde, que impõem a redução do número de dias de internamento dos doentes nos hospitais e uma intensificação do ritmo do trabalho dos enfermeiros. No entanto, estas medidas não tiveram em conta a necessidade do aumento do número de enfermeiros, tornando-se a sua actividade num

trabalho em série, de grande sobrecarga de trabalho e dando origem muitas vezes à frustração (Peiró, 1993).

Segundo um relatório da OCDE de 2007 (*cit. in* Amaral, 2008), os dados mostram que Portugal tem 4,6 enfermeiros por cada 1000 habitantes, sendo de entre os países europeus aquele que apresenta o menor rácio (na Noruega, 15,4 por 1000 habitantes; na Holanda, 14,5 por 1000 habitantes; na França, 7,7 por 1000 habitantes).

A organização do trabalho dos enfermeiros, por outro lado, é muito complexa. O planeamento realizado no início de cada turno é posto em causa incessantemente pela evolução clínica dos doentes, mas também pelas prescrições médicas sucessivas.

Além disso, após a realização de qualquer procedimento, os enfermeiros têm que ser capazes de estabelecer prioridades em função dos doentes que lhes são atribuídos e respectivos graus de dependência, o que sugere uma reorganização e actualização constantes do seu plano de trabalho ao longo de cada turno. Os enfermeiros realizam o seu trabalho com a contínua sensação de urgência, principalmente em contexto hospitalar.

Também o trabalho por turnos é fonte de stresse nos enfermeiros. Esta é uma das características específicas desta profissão, já que historicamente, a presença do enfermeiro no hospital é contínua. O trabalho por turnos, e sobretudo o trabalho nocturno, tem efeitos prejudiciais sobre a saúde e o bem-estar, podendo provocar alterações da saúde mental e isolamento social, bem como um vasto leque de perturbações orgânicas. Uma vez que a actividade nocturna colide com o ritmo biológico (que determina o período máximo de sonolência entre as 3 e as 6 horas da manhã), ela é considerada desfavorável, já que nesse período de sonolência o enfermeiro tem que estar completamente desperto, atento e concentrado. Surgem daí efeitos prejudiciais para a produtividade e segurança, associadas a alterações de humor e do desempenho cognitivo (Maia, 2005).

Outro aspecto presente no trabalho do enfermeiro e potencialmente gerador de stresse

prende-se com os conflitos interpessoais (Peiró, Gonzalez-Romá, Martí, e Gastaldi, 1992). A oportunidade de relação com os outros no trabalho é uma variável que surge relacionada de forma positiva com a satisfação no trabalho, e de forma negativa com a tensão e a ansiedade por ele gerada, podendo converter-se em importante agente de stresse. As relações ambíguas, pouco cooperativas, podem originar elevados níveis de stresse entre os membros da equipa. Para Phaneuf (2005), um conflito pode ser entendido como uma tensão, um antagonismo, causado por uma divergência de necessidades, de sentimentos, de opiniões, de motivações, de valores e de condutas entre as pessoas.

Os conflitos no seio da equipa de saúde tanto revestem carácter unidisciplinar como multidisciplinar. As relações existentes entre colegas de trabalho podem ser fontes potenciais de stresse e altamente prejudiciais para a saúde do enfermeiro. A presença de rivalidades, de competição e de falta de apoio em situações difíceis podem ser sentidas como stressantes. No fundo, trata-se de uma falta de relação solidária entre iguais, que acontece quando é menor a coesão entre o grupo (Beehr, 1981). Por outro lado, no processo de comunicação interprofissional, de modo particular entre enfermeiro e médico, existem muitas situações causadoras de conflito que estão habitualmente ligadas a uma luta de poder. Num estudo realizado por Seixas e Pereira (2005), os autores concluem que o tratamento hierárquico por parte dos médicos é o aspecto negativo mais evidente, ressaltando ainda desses resultados a relação de auxiliar de médico, a relação empregado/patrão ou porventura um relacionamento de tipo mais negativo ainda. A desvalorização e o desconhecimento do trabalho dos enfermeiros por parte dos médicos são considerados factores negativos na relação entre ambos.

Também a pressão do grupo pode resultar em situações de stresse, quando exerce sobre os seus membros influência no sentido de se acomodarem às normas, rotinas e expectativas do mesmo. Com este tipo de pressão pode-se reduzir, anular ou modificar, valores e crenças importantes para o indivíduo, causadoras eventualmente de perturbações psicológicas e comportamentais.

Um ponto de importância também incontornável é o da relação com os superiores

hierárquicos, que pode ser fonte de recompensa ou de punição. Tal situação faz com que estas relações possam contribuir tanto para a satisfação do trabalho e o bem-estar psicológico como para a vivência em stresse desse mesmo trabalho. Uma relação pautada pela desconsideração ou pelo favorecimento por parte do superior hierárquico estão relacionados de forma positiva com a tensão e a pressão no trabalho. Uma liderança muito estreita e rígida também pode resultar em stresse.

Quanto ao conflito de papéis, ele surge muitas vezes face à ausência total de superiores hierárquicos, o que pode causar um sentimento de abandono, contribuindo para a desvalorização dos enfermeiros e fazendo com que percam a vontade de se envolverem com o trabalho. Estes profissionais gostariam de ver reconhecido o seu papel no hospital, de ter oportunidade de maior participação na decisão bem como na aquisição de maior autonomia, iniciativa e responsabilidade, aspectos que poderiam ser importantes, contribuindo para a realização e satisfação no seu trabalho (Sagehomme, 1997). O conflito de papéis ocorre também quando as expectativas dos enfermeiros são contraditórias face ao que realmente acontece. Os enfermeiros assinalam ainda que o trabalho entre as várias categorias profissionais nem sempre é articulado, e as actividades visam o imediatismo do atendimento.

Sobre o trabalho dos enfermeiros pesa ainda a oposição de valores e os conflitos entre a equipa, sendo muitas vezes vividos pelos enfermeiros no silêncio. Estes conflitos não devem ser encarados como patogénicos; o que pode ser patogénico é o facto de os mesmos não serem expressos e geridos.

Outro aspecto importante diz respeito à carga afectiva e psíquica que afecta o enfermeiro e que está relacionada com o próprio trabalho.

Conforme Bulhões (1994), os enfermeiros, por estarem mais próximos, acabam por ser alvo de condutas de desespero dos doentes e familiares, exercendo a sua actividade debaixo de uma forte carga psíquica, afectiva e emocional, ao confrontarem-se com o sofrimento do outro, o isolamento, a solidão, a falta de estímulo, a falta de reconhecimento, a falta de comunicação e numa relação constante, difícil e conflituosa,

com a morte.

De acordo com Más *et al.* (1999), os profissionais de saúde são um grupo de trabalhadores especialmente exposto ao stresse no seu local de trabalho, e os diversos estudos realizados, junto de profissionais de saúde em geral e de enfermeiros em particular, mostram a existência de um elevado número e variedade de situações stressoras, de modo vincado a sobrecarga de trabalho e a falta de pessoal, o contacto com o sofrimento humano e com a morte, os horários irregulares, as relações com os doentes e os seus familiares, os problemas de inter-relação com os colegas de trabalho, entre outros.

Os cuidados de enfermagem são realizados num espaço onde o enfermeiro é confrontado diariamente com vários dilemas (Delbrouk, 2006). Segundo este autor, os enfermeiros nem sempre sabem quem são e quem não são, o que realmente devem fazer por direito e quais as actividades que não são da sua responsabilidade. Os enfermeiros confrontam-se com vários limites: entre a saúde e a doença, entre a vida e a morte, entre o bem e o mal, entre a normalidade e a loucura. O confronto com estas situações-limite, extremas e muitas vezes transgressoras dos direitos humanos universais, põe em causa o seu ideal, provocando muitas vezes desilusão.

De modo particular em relação à morte, Logeay e Gagbois (*cit. in* Delbrouk, 2006) referem que o confronto com a morte não é apenas um encontro mas é também um trabalho, o que pode desencadear um sentimento de angústia face ao já não poder fazer nada para não deixar o doente morrer. As atitudes face à morte diferem de cultura para cultura, de país para país, de região para região e, até, de pessoa para pessoa. A forma como acontece a reacção à morte está dependente de uma multiplicidade de factores que se relacionam principalmente com aspectos pessoais, educacionais, socioeconómicos e espacio-temporais (Saraiva, 2009).

Os profissionais da saúde em contexto hospitalar, nomeadamente os enfermeiros, enfrentam todos os dias a morte e, independentemente da experiência profissional e de vida, quase todos a encaram com um certo sentimento de incerteza, desespero e

angústia. Incerteza, porque não sabe se está a prestar todos os cuidados possíveis para o bem-estar do doente, para lhe prolongar a vida e para lhe evitar a morte; desespero, porque se sente impotente para fazer algo que o conserve vivo; angústia, porque não sabe como comunicar efectivamente com o doente e seus familiares. Todos estes factores oneram severamente o enfermeiro que procura cuidar aqueles cuja morte está eminente (Saraiva, 2009). Deste modo, sendo a morte inevitável e frequente nos serviços de saúde, nem todos os enfermeiros a compreendem, a acolhem e reagem a ela da mesma maneira.

Para Saraiva (2009), a atitude dos enfermeiros perante a morte é influenciada pela experiência e pelo tempo de exercício. Para Camanzi (2007), porque homens e mulheres são diferentes física e psicologicamente, é natural que se comportem de maneira diferente diante da vida e da morte, tanto na sua vivência como na sua prática, sendo que existe, por parte das mulheres, uma disposição maior para se preparar e para cuidar dos doentes em geral, especialmente daqueles em fase terminal. Para a mesma autora, a maior capacidade da mulher de lidar com as emoções, aliada ao facto de ser uma cuidadora nata já que é dela a função de gerar e cuidar dos filhos, indicam que a mulher é mais adequada para lidar com as questões da morte e do morrer.

Muitas vezes, por lidar com estas experiências, os enfermeiros podem ser levados a não investirem em si enquanto profissionais, deixando crescer em si um sentimento de inutilidade social, investindo também menos na instituição como fonte de satisfação profissional.

2.1. *Burnout*

*Burnout pode ser traduzido como “queimar-se após desgaste”,
dizendo respeito ao que deixou de funcionar por exaustão.
(Lima, 2004)*

Quando o episódio stressante é persistente e prolongado, as consequências sobre o organismo são intensas, podendo conduzir ao desgaste progressivo e ao esgotamento, factores que vão comprometer o desempenho individual.

Os distúrbios da relação do Homem com o seu ambiente de trabalho são reconhecidos como fenómenos significativos para a saúde e bem-estar dos trabalhadores (Rodriguez, 2006) e envolvem o aspecto físico e psicossocial.

O termo *burnout* é um termo inglês e a sua tradução é uma composição de “*burn*”, que significa em português “queimar”, e “*out*”, que significa “fora”, ou seja, “perder o fogo”, “perder a energia”, sugerindo assim que a pessoa em *burnout* se consome, se desgasta ao nível físico e emocional, passando a apresentar um comportamento agressivo acrescido de grande irritação.

O termo passou a ser usado como metáfora para explicar o sofrimento do Homem no seu ambiente de trabalho, o qual está associado a uma perda de motivação e grau elevado de insatisfação decorrentes dessa exaustão (Buunk e Schaufeli, 1993). A síndrome de *burnout* faz com que a pessoa perca o interesse na sua relação com o trabalho, de tal forma que as coisas deixam de ter sentido e importância. Qualquer esforço pessoal parece inútil, ou seja, o indivíduo é “consumido” pelo próprio objecto de trabalho.

Trata-se, portanto, de uma resposta do indivíduo ao stress laboral crónico, entendida como uma experiência negativa para o indivíduo, uma vez que implica alterações, problemas e disfunções psicológicas, com consequências nocivas para o indivíduo e para a organização.

O objectivo de cuidar dos outros é sem dúvida um acto nobre, mas com elevado desgaste emocional, e só ultimamente se tem dado atenção aos custos emocionais na concretização destes objectivos. Daí que estes autores defendam uma concepção multidimensional da síndrome de *burnout*, cuja manifestação envolve três componentes: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal no trabalho (Frasquilho, 2005).

A exaustão emocional e física surge quando o indivíduo compreende que não tem condições para despende a energia necessária ao seu trabalho. Diz respeito à redução dos recursos emocionais internos causada por demandas interpessoais (Lima *et al.*, 2007). Caracteriza-se pela ausência de energia, entusiasmo e redução de recursos. Somam-se a estes sentimentos a frustração. O indivíduo não consegue despende energia como fazia no passado.

A despersonalização apresenta-se originalmente como defesa inconsciente decorrente do trabalho directo com o outro. O “outro” passa a ser visto como objecto e não como ser humano. O trabalho passa a ser realizado com frieza e insensibilidade. Atitudes insensíveis em relação aos outros são desencadeadas e o indivíduo estabelece uma barreira para impedir o impacto nocivo do sofrimento e dos problemas dos outros, chegando mesmo ao ponto em que procura ignorar as suas necessidades. Reflete o desenvolvimento de atitudes negativas, frias e insensíveis, que são direccionadas aos receptores de um serviço prestado, que se podem traduzir em desumanização e até hostilidade (Maslach e Jackson, 1986).

O estado de sensação de insatisfação pessoal, associado à insatisfação que sente na execução das suas tarefas, traz como consequência sentimentos de impotência e falta de auto-estima: o sentimento de insucesso profissional. O trabalhador percebe-se como incompetente e existe um declínio no sentimento de competência e de êxito no trabalho (Frasquilho, 2005). Os indivíduos sentem que os objectivos profissionais não foram atingidos e vivenciam uma baixa auto-estima profissional (Lima *et al.*, 2007). Existe tendência para o trabalhador se auto-avaliar negativamente, sentir-se infeliz consigo mesmo e não se sentir satisfeito com o seu trabalho.

Em resumo, o *burnout* pode ser entendido como um fenómeno multifacetado, resultante do desempenho das actividades de cuidados profissionalizados e manifesto por meio de uma conjugação de sintomas físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos (Benevides-Pereira, 2002).

2.2. O enfermeiro em *burnout*

No seu agir, o enfermeiro tem o dever de manter permanentemente “standards” de elevado profissionalismo, isto é, uma performance de excelência.
(Ordem dos Enfermeiros, 2003)

O exercício da enfermagem comporta inúmeras responsabilidades éticas. Conceitos éticos como “advocacia”, “responsabilidade”, “cooperação” e “cuidado” providenciam a fundamentação moral do exercício da profissão. Estes conceitos constituem dimensões éticas no trabalho do enfermeiro com o indivíduo, a família, o grupo e a comunidade. A responsabilidade implícita nesta relação fiduciária – responsabilidade de zelar por interesses e proteger os direitos dos doentes – decorre da assunção de um dever de garante por parte do profissional face à Pessoa (Silva, 2008).

O enfermeiro com manifestações de síndrome de *burnout* desenvolve face ao doente uma atitude de frieza e insensibilidade, vendo-o como objecto, criando barreiras para impedir em si o impacto nocivo do seu sofrimento e dos seus problemas, podendo mesmo chegar ao ponto de ignorar as necessidades do outro, atitudes que se podem traduzir em hostilidade e desumanização. Assim sendo, que condições tem este profissional para exercer a sua profissão tendo em conta a declaração de compromisso de cuidar da Pessoa ao longo do ciclo vital, na saúde e na doença, de forma a promover a sua vida na plenitude da sua dimensão humana e que constitui o domínio genérico do agir profissional ao qual se associa o compromisso de cuidar e a ética da promessa (Nunes, 2004)?

O enfermeiro em risco de *burnout* ou em *burnout* tem dificuldade em desenvolver a capacidade de estabelecer uma relação interpessoal eficaz quer com os seus doentes e família quer com toda a equipa multidisciplinar em que está inserido, o que traz implicações éticas significativas, dado que a relação que estabelece com o “outro” constitui um processo de fundamental importância na sua actividade diária, sem a qual a prestação efectiva de cuidados de enfermagem perde a sua qualidade, ou simplesmente não se realiza.

Estas atitudes, embora possam não comprometer no plano técnico, comprometem certamente no plano relacional, na medida em que o facto de o enfermeiro entrar em conflito com os outros e consigo próprio poderá fazê-lo esquecer-se dos princípios e valores que devem nortear o seu desempenho profissional (Loff, *cit. in* Neves e Pacheco, 2004).

Segundo Serra (2007), as enfermeiras que apresentam de forma mais acentuada manifestações de *burnout* têm tendência a passar menos tempo em contacto directo com os doentes, estabelecendo relações interpessoais claramente insatisfatórias. Esta “ausência” do enfermeiro impede que se estabeleça uma relação de ajuda, uma relação que tem por base a empatia, a congruência, o respeito, a confiança, a escuta activa, o humanismo e a autenticidade (Riley, Smith e Rogers, *cit. in* Amaro, 2007), e que exige do enfermeiro que ele dê o seu tempo, a sua competência, o seu saber, o seu interesse e a sua compreensão. Em suma, que dê uma parte de si próprio (Santos, 2002b).

Que condições têm os enfermeiros em *burnout* para cuidar efectivamente, de prestar cuidados de excelência, se para o fazer é fundamental dar tempo e atenção ao “outro”, reflectir com ele sobre a sua situação e agir em seu favor (Pires, 2001)? Não basta mobilizar apenas algumas competências para cuidar; é necessário utilizar todos os conhecimentos, toda a experiência acumulada e a reflexão ética, fazendo da relação estabelecida uma relação autêntica, verdadeira e de ajuda (Deodato, 2004).

A dimensão ética na enfermagem assume particular importância; a clarificação desta importância por parte do enfermeiro nos seu agir profissional é um imperativo na

aproximação às referências em torno das quais se centram as decisões dos cuidados à Pessoa como ser único e singular (Sousa, *cit. in* Neves e Pacheco, 2004).

O enfermeiro tem o dever de assumir uma competência ética que é fundamental para a concretização da excelência dos cuidados e que se concretiza por uma atitude de grande empenho na promoção da autonomia e autodeterminação do doente face ao seu próprio processo de cuidados na saúde e na doença. É a defesa e a protecção dos direitos do doente que está em causa.

O enfermeiro exausto, física e emocionalmente, poderá não ter condições para assumir esta responsabilidade que lhe é atribuída. Na verdade, cuidar é muito mais do que um acto; é uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afectivo com o outro. É, portanto, uma forma de estar na vida que induz a um verdadeiro olhar para o outro. Este olhar será tanto mais capaz de ver a Pessoa na sua globalidade quanto mais o enfermeiro for capaz de incorporar na sua vivência profissional e pessoal valores que, sendo universais, não poderão nunca estar afastados da sua prática.

O enfermeiro com manifestações de *burnout* não apresenta condições para dar atenção ao outro e ter em atenção os seus objectivos, não sendo capaz de desenvolver com ele uma atitude altruísta e solidária, valores que têm em vista fazer o “bem”. E a função da ética em enfermagem é guiar a actividade do enfermeiro a favor do “bem” presumido do outro, visto que as decisões de enfermagem afectam significativamente a vida das pessoas. Este potencial para fazer o “bem” depende por um lado dos recursos e competências do enfermeiro, e por outro dos valores das pessoas envolvidas (Bandman e Bandman, 2002).

As exigências do trabalho e os recursos individuais do profissional exausto entram muitas vezes em confronto, o que o impede de cumprir as normas deontológicas que o regem e que definem o comportamento que o cidadão dele espera, o cuidado devido e o respeito pelos seus direitos, e que estão enquadrados em princípios e valores específicos que a ética da enfermagem apresenta como fundamentos da moral profissional (Vieira,

2003).

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional de enfermagem, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes e religiões (e todos os demais previstos no Código Deontológico do Enfermeiro) dão forma a uma boa prática. Cuidar com empatia, compreender e respeitar, são expressões do exercício que ficam comprometidas no enfermeiro com manifestações de *burnout*. A excelência dos cuidados também é posta em causa pois o enfermeiro não consegue estabelecer uma relação autêntica, uma verdadeira relação de ajuda, uma vez que não é capaz de colocar tudo o que é dele nos cuidados que presta, já que esgotou os seus recursos pessoais e sociais.

Na perspectiva ética, a relação entre o enfermeiro e o doente é pautada por princípios e valores, tendo o respeito pela dignidade humana, verdadeiro pilar de todos os outros princípios, que estar presente sem qualquer equívoco nas decisões e intervenções do enfermeiro. No nº 1 do art.º 78º do Código Deontológico do Enfermeiro (o artigo ético do articulado deontológico) pode ler-se que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação de defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. Este princípio da dignidade humana é inerente a todos os seres humanos em virtude da sua personalidade e revela a visão unitária da Pessoa, visto que o Homem é sujeito de direito, e não objecto (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

Ao desenvolver uma atitude de frieza e de hostilidade em relação ao outro, o enfermeiro não tem condições para respeitar na sua plenitude este artigo ético, visto que nos cuidados que presta vê o outro como “algo” e não como “alguém”, não como um fim em si mas como um instrumento, não como “sujeito” mas como “objecto”, não como “nominal” mas como “numeral” (Pinto, 2006). Torna-se gradualmente um enfermeiro frio, distante e insensível ao sofrimento e à dor, não tendo em consideração a humanização dos cuidados. A humanização requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional e pressupõe, além de um cuidado digno, solidário e acolhedor ao doente – ser fragilizado – uma postura ética que permeie todas as suas actividades profissionais. O enfermeiro com manifestação de

burnout não se encontra, do ponto de vista emocional e físico, capaz; daí, não dispor de condições objectivas e práticas para ajudar os doentes, os quais constituem a razão de ser da sua profissão.

Conhecer o sofrimento dos doentes é humanizar as relações profissionais. Para que tal aconteça, é necessário conversar com o doente sobre as suas experiências, consciencializar os seus significados profundamente pessoais e escutar com todos os sentidos a expressão dos seus sentimentos, as suas angústias e os seus medos. Esta relação, considerada a verdadeira essência do agir em enfermagem, concretizada no cuidar, implica um raciocínio moral e ético, uma atitude reflexiva e que pode constituir para o doente um processo facilitador de integração dessa vivência crítica de modo a evitar a percepção de perda de controlo e a facilitar a descoberta de algum sentido positivo para a própria experiência do sofrimento (Gameiro, 1999), algo que o enfermeiro em *burnout* não tem condições para concretizar.

CAPÍTULO 3 – AVALIAÇÃO DO STRESSE

1. Instrumentos de avaliação do Stresse

*Embora o stresse profissional seja um fenómeno
frequentemente referido entre os enfermeiros para caracterizar a sua profissão,
na prática há uma clara falta de instrumentos sistematizados
que permitam avaliar esta problemática.
(Stacciarini e Tróccoli, 2000)*

Na verdade, e apesar do crescente reconhecimento das numerosas situações de stresse vividas pelos enfermeiros no desenvolvimento do seu trabalho, bem como dos efeitos que a essas situações parece estarem associados – *burnout*, diminuição da satisfação profissional, mobilidade no emprego (*turnover*), perda de qualidade no cuidado ao doente – poucos instrumentos existem que possam ser utilizados na medição do stresse (Gray-Toft e Anderson, 1981). E menos ainda existem que tenham sido criados a pensar especificamente no stresse profissional dos enfermeiros.

Para Stacciarini e Tróccoli (2000), existem diversas formas de medir o stresse profissional do enfermeiro, de entre as quais podemos referir a entrevista livre, o registo cursivo e a utilização de questionários identificadores de factores stressores, bem como da intensidade e da frequência destes na profissão.

A *Professional Life Stress Scale*, segundo Fontana (1989), é mais um guia útil do que propriamente um instrumento preciso para a medição do stresse. Como Fontana refere, o objectivo da escala é simplesmente ajudar quem a preenche a clarificar para si mesmo o que pensa sobre a sua própria vida. É composta por 24 questões, cujas respostas conduzem a um resultado que pode ser interpretado segundo quatro categorias distintas: o stresse não é um problema na sua vida, encontra-se num nível moderado de stresse, o stresse é, claramente, um problema na sua vida e o stresse é um problema *major* na sua

vida.

A escala *Stress Scale for Adults*, de autoria de Holmes e Rahe, citados por Burns (2004) é uma escala na qual os diferentes itens apontam para as mudanças representativas da vida e permitem avaliar, de forma extremamente superficial e imprecisa, “quanto” stresse cada uma dessas mudanças acrescenta à vida de cada um.

O *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*, para Vindel e Tobal (*cit. in* Vindel, 2002), permite avaliar os três sintomas de resposta de ansiedade (cognitivo, fisiológico e motor) em quatro diferentes tipos de situações (ansiedade em situações de avaliação, ansiedade interpessoal, ansiedade perante situações fóbicas e ansiedade perante situações da vida quotidiana). Na verdade, trata-se de um inventário de uso mais geral do que puramente profissional. E por outro lado, avalia somente a ansiedade e não quaisquer outras reacções que possam surgir perante o stresse profissional.

Ainda segundo Vindel e Tobal (*cit. in* Vindel, 2002), são conhecidos outros instrumentos de medida do stresse profissional, como o *Scope* (de Brengelmann, 1986) que aborda algumas variáveis desencadeantes do stresse, o *Occupational Stress Inventory* (de Cooper *et al.*, 1988) sobre as fontes de stresse, o *Maslach Burnout Inventory* (de Maslach & Jackson, 1986) relacionado com as consequências do stresse profissional, o *Cuestionario sobre el estrés en el lugar de trabajo* (de Kompier y Levi, 1995), cuja abordagem se faz ao nível das exigências do trabalho, das condições de emprego e do apoio dos supervisores e dos colegas, entre outros.

O *Inventário de Estresse em Enfermeiros*, de Stacciarini e Tróccoli (2000), foi um inventário construído com o objectivo de medir o stresse profissional em enfermeiros. O estudo que levou a este inventário indicou a presença de três factores de primeira ordem: relações interpessoais, papéis stressores da carreira e factores intrínsecos ao trabalho. É um inventário com 44 itens, sobre os quais se questiona sobre se determinadas situações do ambiente de trabalho constituíram fonte de stresse para o questionado.

2. A *Nursing Stress Scale*

A escala *Nursing Stress Scale* foi desenvolvida por Pamela Gray-Toft, do *Department of Medical Research, Methodist Hospital of Indiana, Indianapolis, Indiana* e James G. Anderson, do *Department of Sociology and Anthropology, Purdue University, West Lafayette, Indiana*, nos Estados Unidos da América.

Esta escala (Escribá, Más, Cárdenas e Pérez, 1999) consiste em itens descritivos de situações identificadas como causadoras de stresse nos enfermeiros no cumprimento dos seus deveres profissionais, permitindo encontrar tanto uma pontuação total, quanto uma pontuação correspondente a cada uma das sub-escalas, que medem a frequência das situações stressantes experienciadas pelos enfermeiros no ambiente hospitalar. Trata-se, portanto, de uma escala que mede não os níveis de stresse vivenciados pelos enfermeiros, mas sim a frequência com que determinadas situações profissionais são percebidas pelos enfermeiros como stressantes.

Segundo os autores (Gray-Toft e Anderson, 1981), esta escala desenvolve-se baseada em 34 situações potencialmente causadoras de stresse, identificadas tanto a partir da literatura revista quanto de entrevistas realizadas a enfermeiros e outros profissionais de saúde.

Foram quatro as categorias de resposta atribuídas a cada item, sendo possível obter um índice global cuja amplitude se situa entre 0 e 102. Assim, a uma mais alta pontuação corresponde um maior nível de stressores.

Necessário se torna abrir aqui um parêntesis com uma nota explicativa (e correctora), antes de continuar a falar sobre a NSS.

É referido no artigo publicado no *Journal of Behavioral Assessment* (Anexo 1) que

foram previstas quatro categorias de resposta para cada item: nunca (0), ocasionalmente (1), frequentemente (2) e muito frequentemente (3). E mais à frente no mesmo artigo é referido que o resultado total tem uma amplitude possível de 0 a 102. Estas duas informações são coerentes entre si. Contudo, analisada a Tabela 1 do referido artigo, verifica-se que surgem itens com um resultado médio superior a 3 (o item 1 com um resultado médio de 3,23 e o item 34 com um resultado médio de 3,20), o que não é possível numa escala em que o valor máximo possível de resposta é de 3 (correspondente à categoria de resposta “muito frequentemente”).

Em contacto com o *Ph.D. James Anderson*, foi possível concluir-se que a escala apresentada aos 122 enfermeiros que participaram no estudo que deu origem à *NSS* tinha como categorias de resposta, para cada item, as seguintes: nunca (1), ocasionalmente (2), frequentemente (3) e muito frequentemente (4). Percebe-se, assim, que no artigo já citado, e dos três aspectos acima referidos (categorias de resposta de cada item, valores máximo e mínimo do resultado passível de ser obtido em cada questionário e médias apresentadas na Tabela 1) apenas os valores da Tabela 1 estão correctos; os restantes estão incorrectos, sendo então a escala “nunca (1), ocasionalmente (2), frequentemente (3) e muito frequentemente (4)”, e o valor de resultado mínimo igual a 34 e o de resultado máximo igual a 136.

Encerrado este parêntesis, continua-se a analisar a *NSS*.

Trata-se de uma escala de auto-administração, cujo preenchimento é passível de ser feito em aproximadamente dez minutos.

A escala foi posteriormente aplicada a uma amostra de 122 enfermeiros de 5 serviços de um grande hospital (medicina, cirurgia, cirurgia cardiovascular, oncologia e hospital de dia) correspondendo a 90% da população total dos referidos serviços. Estes serviços foram escolhidos dado o amplo leque de cuidados de que os seus doentes necessitam e a existência de variadas fontes de stresse.

A análise factorial dos itens da *NSS*, realizada através de diferentes testes estatísticos,

permitiu identificar sete fontes de stresse *major* (Gray-Toft e Anderson, 1981): um dos factores relacionado com o ambiente físico hospitalar, quatro factores que emergem do ambiente psicológico hospitalar, e os restantes dois factores relacionados com o ambiente social (Quadro 1).

Quadro 1 – As sete fontes de stresse profissional

Factores		Itens
Ambiente físico	VI: Carga de trabalho	1, 25, 27, 28, 30 e 34
Ambiente psicológico	I: A morte e o morrer	3, 4, 6, 8, 12, 13 e 21
	III: Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	15, 18 e 23
	IV: Falta de apoio dos colegas	7, 11 e 16
	VII: Incerteza quanto aos tratamentos	17, 26, 31, 32 e 33
Ambiente social	II: Conflitos com os médicos	2, 9, 10, 14 e 19
	V: Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	5, 20, 22, 24 e 29

Fonte: Gray-Toft e Anderson (1981)

Foram posteriormente feitos testes de confiança, de modo particular o teste – reteste e estudos de consistência interna. Nota para o facto de a escala inicial ser composta por 40 itens, como informação do *Ph.D. James Anderson*, que posteriormente, e face aos resultados dos testes realizados, ficaram reduzidos a 34 itens.

Dos resultados dos testes efectuados à *NSS* dar-se-á conta aquando da exposição dos resultados obtidos com os testes efectuados à versão portuguesa, procedendo-se assim à comparação dos mesmos.

Para Gray-Toft e Anderson (1981), os resultados do estudo indicaram que a *NSS* era fidedigna, que as pontuações obtidas pela aplicação da escala aos enfermeiros se tinham mostrado consistentes quando a escala foi readministrada após um período de duas

semanas, que a escala e as sub-escalas tinham consistência interna e que a evidência sugeria que a escala era válida.

CAPÍTULO 4 – O ÁLCOOL

1. O álcool

(...) O álcool é uma substância tóxica conhecida desde há muito (...) e o seu consumo generalizou-se, sendo notório um confuso esbatimento de fronteiras entre o acto de beber recreativo ou social e o abuso do álcool.
(Kaplan e Sadock, cit. in Nunes e Jólluskin, 2007)

O álcool é uma das substâncias de uso e abuso mais antigas que se conhece. Para Ferreira-Borges e Filho (2004), o primeiro contacto do Homem com o álcool terá sido casual, talvez enquanto tentava dessedentar-se e alimentar-se comendo uvas do chão que entretanto tinham fermentado ao sol.

Contudo, também desde tempos remotos o Homem aprendeu a fermentar o fruto da videira, obtendo através deste método uma substância que lhe provocava um estado especial. Este estado variava nas diferentes pessoas de acordo com a quantidade ingerida e ainda de acordo com as motivações para a sua ingestão.

O álcool é uma substância psicoactiva que admite um uso não problemático, dependendo da dose, da frequência e das circunstâncias em que é usada. O seu consumo foi reconhecido como um factor de integração social e favorecedor da convivência, tendo em conta o pressuposto de que o álcool, consumido com moderação e em contextos próprios, reduz a tensão, desinibe e provoca sensações relacionadas com o bem-estar. Assim, os bebedores “normais” desfrutam das bebidas alcoólicas por esses efeitos placebos e apreciam diferentes qualidades de bebidas. Em Portugal, beber é um acto social marcante, quase sempre relacionado com a ideia de comemoração ou até mesmo com a alimentação (Bento e Sinde, 2006).

Os bebedores podem apresentar problemas na sua saúde e nas suas relações

interpessoais como efeito do consumo imoderado de álcool. Como escrevem Formigoni e Monteiro (1997), o seu uso inadequado pode trazer consequências gravíssimas tanto ao nível orgânico como psicológico e social, caracterizando a situação conhecida como “alcoholismo”.

É por isso que o álcool, pelo fácil acesso e pela poderosa publicidade que lhe é feita, se tornou num verdadeiro problema social em quase todos os países do mundo e em todas as idades a partir da adolescência.

De acordo com o *WHO Global Status Report on Alcohol 2004* (World Health Organization, 2004) estima-se a existência de cerca de 2 biliões de pessoas, em todo o mundo, que consomem bebidas alcoólicas e de 76,3 milhões com distúrbios diagnosticáveis e atribuíveis ao uso de álcool. Do ponto de vista da saúde pública, os problemas relacionados com o consumo de álcool, tanto no que se refere à morbilidade como à mortalidade, são consideráveis na maior parte do mundo.

Ainda na perspectiva de Formigoni e Monteiro (1997), a passagem da situação de beber sem problemas ao alcoholismo não acontece “do dia para a noite”. É um processo que admite uma longa transição entre o beber “normal” e o alcoholismo, na generalidade, de vários anos. Nesta transição, surgem os problemas relacionados com o uso inadequado e abusivo do álcool. O acto de beber passa a ser prioritário em relação a outras actividades, adquirindo cada vez mais importância na vida do indivíduo.

Para Aragão e Sacadura (*cit. in* Nunes e Jóluskin, 2007), é indubitável que o consumo problemático de álcool conduz ao desenvolvimento de processos de decadência física, intelectual, social e ética. Na verdade, o consumo de álcool tem consequências de saúde e sociais por via da intoxicação alcoólica, da dependência alcoólica e de outros efeitos bioquímicos desta substância. A somar ainda às doenças crónicas que podem afectar os bebedores de álcool depois de vários anos de uso e de abuso, o álcool contribui para situações traumáticas que matam ou são responsáveis por *handicaps* permanentes que diminuem tanto o tempo quanto a qualidade de vida.

Está provada a existência de uma relação de causa-efeito entre o consumo de álcool e mais de 60 tipos de doenças e/ou situações vivenciais, de que se podem destacar cerca de 20% a 30% de situações de cancro do esófago, cancro do fígado, cirrose hepática, homicídios, crises epilépticas, acidentes com veículos motorizados, etc. (World Health Organization, 2002b).

Estes problemas não aparecem e tomam forma de igual modo nas diferentes partes do mundo. Na verdade, o álcool é o maior factor de risco de doenças, acidentes e mortalidade nos países em desenvolvimento e a terceira maior causa nos países desenvolvidos.

Na Europa, e de acordo com Rehm e Eschmann (*cit. in* World Health Organization, 2004), o consumo de álcool no final do século XX foi responsável pela morte de mais de 55000 jovens entre os 15 e os 29 anos.

O consumo excessivo de álcool é, então, um factor de risco *major* para problemas tanto físicos quanto sociais e mentais. Começando quase sempre por pequenas ingestões, há um rápido aumento do risco de aparecimento de consequências sociais com o incremento do consumo (Hodgson, Alwin, John, Thom e Smith, 2002).

A dependência alcoólica é uma doença crónica, progressiva e, amiúde, mortal. Afecta mais os homens adultos, mas a sua incidência começa a generalizar-se à mulher e aos jovens.

O consumo de bebidas alcoólicas tem vindo a aumentar desde os anos 80 do século passado, tanto nos países da União Europeia como nos Estados Unidos da América, nos países do leste europeu e genericamente em todos os países em vias de desenvolvimento. Considera-se, entretanto (Formigoni e Monteiro, 1997) que não existe uma explicação universal (seja ela biológica, psicológica ou social) sobre a passagem de um bebedor “normal” à situação de bebedor excessivo, ou de alcoolismo. Na génese desta complexa condição estão diferentes factores de vulnerabilidade. Todas as pessoas que bebem têm potencialmente possibilidade de se tornarem dependentes do álcool e a

maior ou menor probabilidade de tal acontecer vai depender da interacção entre os diferentes factores de vulnerabilidade.

Mas nada disto é novo na vida do Homem em sociedade. O álcool é um produto que tem estado de um modo bem vincado nessa vida em sociedade, desempenhando um papel importantíssimo na religião, no culto e na “busca” do prazer e da própria integração social.

Historicamente, as bebidas alcoólicas têm sido utilizadas como fonte de nutrientes, como possuindo propriedades terapêuticas, como sendo relaxantes, como indutoras e intensificadoras de prazer, como facilitadoras das relações, tanto as sociais como as mais ou menos íntimas... Mas também se sabe, ao longo dos tempos, que muitas situações adversas são provocadas pelo uso em excesso das bebidas alcoólicas...

2. Breve história

*Presente em todas as bebidas fermentadas ou destiladas,
o álcool é uma substância tóxica conhecida desde há muito,
sendo a droga mais divulgada em todo o mundo.
(Nunes e Jólluskin, 2007)*

A investigação da história primitiva do álcool por arqueologistas e historiadores desenvolveu-se grandemente nos últimos anos. Isto não quer dizer que anteriormente se tenha ignorado a antiguidade do álcool, mas os estudos recentes têm sido mais sistemáticos e com o objectivo claro de desenvolver um conhecimento teórico do álcool enquanto prática social (Dietler, 2006).

Pode dizer-se que o álcool é tão velho que parece ter acompanhado a história do Homem desde os tempos mais remotos, e a sua ligação à Humanidade chega a perder-se no tempo. Lino (2006) refere que o álcool deve ser tão antigo quanto a própria

Humanidade. Na verdade, para este autor, o Homem consome-o desde sempre, pois a fermentação da fruta nunca foi um grande mistério e já os nossos antecessores primatas conseguiam produzir leves intoxicações mediante este processo.

Segundo alguns registos arqueológicos, os primeiros indícios do consumo do álcool pelo ser humano datam de há dezenas de milhares de anos, e terão acontecido como resultado de circunstâncias fortuitas. Acredita-se que o processo de fermentação enquanto resultado da intenção humana tenha primeiramente acontecido ainda durante o período Neolítico, cerca de 10000 anos a.C. Para Lucia, citado por Hanson (2007), pictografias egípcias mostram inequivocamente que cerca de 4000 anos a.C. existia já o conhecimento do vinho; e que a cerveja terá sido, para o mesmo autor, produzida ainda antes do vinho. Parece possível dizer-se que a cerveja terá surgido aquando da aparição da agricultura e da invenção da cerâmica. Aliás, também para Secades (2001), só foi possível produzir bebidas alcoólicas após o aparecimento da cerâmica, em princípios do neolítico, tendo sido esse o material que permitiu o processo não espontâneo de fermentação e o armazenamento de substâncias líquidas.

As primeiras bebidas alcoólicas poderão ter sido produzidas a partir de bagas ou do mel. E a vinificação terá tido origem, para Blum (*cit. in* Hanson, 2007), nas regiões selvagens do Médio Oriente.

Para Deus (2002), o álcool surgiu na história do Homem estreitamente ligado aos rituais religiosos das comunidades mais primitivas e aos principais acontecimentos sociais.

De acordo com o Antigo Testamento da Bíblia, Noé, após o dilúvio, plantou vinha (no Monte Ararat, na actual Turquia) e fez o vinho: “Noé foi agricultor e o primeiro a cultivar a vinha”, conforme o Génesis 9, 20 (Sociedade Bíblica de Portugal, 1999). E a referência à embriaguez surge, logo de seguida, no mesmo texto de Génesis. Noé fez uso da bebida a ponto de se embriagar: “Certa ocasião bebeu vinho, ficou bêbedo e despiu-se completamente dentro da sua tenda”. E depois: “Quando Noé acordou do sono provocado pelo vinho (...)”. Michelangelo, famoso pintor renascentista, inspirou-se neste episódio bíblico para pintar o seu famoso e belíssimo fresco, no tecto da Capela

Sistina, no Vaticano.

No início das civilizações, o álcool tinha diversas funções. Documentos que datam do séc. XXII aC comprovam que, entre os sumérios, a cerveja era recomendada como um remédio especialmente às mulheres lactentes, já que era considerada nutritiva, e a sua forte acção diurética fazia com que fosse recomendada para a expulsão de cálculos renais. Para Babor (*cit. in* Hanson, 2007), já 2000 anos a.C. a cerveja e o vinho eram utilizados com fins medicinais. Contudo, e apesar destes e doutros benefícios à época considerados, os médicos sumérios já afirmavam que as poções alcoólicas deveriam ser utilizadas em pequenas doses, sob pena de perderem o poder curativo e de se tornarem prejudiciais se consumidas em excesso.

Semelhantemente aos sumérios, os egípcios tiveram também nas bebidas alcoólicas um elemento muito importante das suas vidas e do seu desenvolvimento. Para Lucia (*cit. in* Hanson, 2007), prova desta afirmação é o facto de que embora houvesse muitos deuses locais, quase que familiares, Osíris, o deus egípcio do vinho, era cultuado em todo o país. Aliás, os egípcios acreditavam que Osíris tinha criado não só o vinho mas também a cerveja, bebida considerada como imprescindível à vida e, como tal, utilizada como elemento básico da e na vida de cada um.

Contudo, os homens da medicina alertavam já sobre os perigos do uso do álcool. Vários textos arqueológicos, escritos ainda em hieróglifos, comprovam a existência de pessoas dependentes do álcool, de modo particular entre os escravos e os camponeses pobres.

Na Grécia Antiga, a popularidade do hidromel, bebida resultante da fermentação do mel diluído em água, caiu rapidamente com a vulgarização do cultivo da vinha. Também os egípcios usaram o vinho com finalidades medicinais, religiosas e hedionistas. Documentos arqueológicos demonstram que o vinho e a embriaguez mística eram uma constante no período da Grécia arcaica e da formação da mitologia grega, a qual inspirou lendas como a de Édipo, a de Electra e a de Cronos.

Foi na Grécia que surgiu o culto a Dionísio, deus da vinha e do vinho. Segundo Graves

(*cit. in Deus, 2002*), a trama de toda a lenda mística em torno de Dionísio assentava essencialmente na difusão da vinha através da Europa, Ásia e Norte de África. O vinho, porém, não foi inventado pelos Gregos: era importado em botijas ou garrafas de Creta. Em toda a Ásia Menor e na Palestina surgiram as orgias marcadas por estados de verdadeiro êxtase. O triunfo de Dionísio deveu-se ao facto de ter substituído todos os outros elementos excitantes pelo vinho.

Na Grécia clássica, o grande desenvolvimento das ciências, da filosofia e da política impôs a moderação e o fim de rituais em torno do vinho, nomeadamente de rituais de sacrifícios humanos. Nesta época, o uso do vinho passou a fazer parte dos hábitos de hospitalidade e da vida social grega, ficando as bebedeiras reservadas a algumas ocasiões especiais. Contudo, o abuso do álcool em Atenas preocupava as autoridades e era duramente criticado por filósofos como Sócrates e Platão. Para estes pensadores, o uso imoderado do álcool e de qualquer outro elemento da vida causava a desarmonia e a perda da clarividência do espírito.

O povo judeu conhece o vinho, provavelmente, desde o tempo do seu cativeiro no Egipto. Enquanto escravos naquelas terras, a dependência alcoólica era uma constante. Com a libertação do Egipto, os judeus atravessaram o deserto, alcançaram a Terra Prometida, edificaram a cidade de Jerusalém e passaram, pela influência dos velhos patriarcas, a abster-se culturalmente do uso de bebidas alcoólicas. Aliás, a hostilidade à embriaguez que caracterizou este período pode ser percebida em diferentes trechos de livros do Antigo Testamento da Bíblia. O álcool é apresentado como responsável por comportamentos entendidos como incorrectos (pecados), como o incesto ou o assassinato. Os Provérbios condenam o “amor ao vinho” dizendo que ele pode levar o homem à pobreza e à aniquilação. Contudo, e após o tempo de escravidão face à invasão dos babilónios, os Judeus regressaram à Palestina e voltaram a ter o vinho como parte integrante das cerimónias e celebrações religiosas, se bem que livros sagrados como o Talmude deixaram bem claras as regras sobre o correcto uso do álcool.

Por outro lado, a viticultura romana, introduzida na Península Itálica por colonizadores gregos, foi responsável pela substituição do vinho grego e pela transformação das

exportações do vinho numa das mais lucrativas actividades do Império Romano. Muitas das sofisticadas técnicas de fabricação do vinho encontradas pelos romanos disseminaram-se, a partir daí, para regiões como a Espanha, a França, a Grã-Bretanha e a Alemanha. Este foi, aliás, um dos períodos em que mais notório foi o problema social que, nas grandes cidades, constituía a dependência alcoólica. Desenvolveu-se o culto a Baco, deus da fertilidade e do delírio místico, nome dado pelos romanos ao deus que, na sua cultura, tinha as mesmas características do deus grego Dionísio. As suas festas, de carácter orgiástico e onde o vinho desempenhava igualmente um papel fundamental no atingir do êxtase, eram designadas por bacanais. As cidades mais ricas do Império foram, durante anos, agitadas por estas grandes festas. Nomes como o dos Imperadores Calígula ou Nero são indissociáveis das orgias e da libertinagem que era “alimentada” com o uso abusivo das bebidas alcoólicas.

Com a difusão do cristianismo e a consequente substituição das religiões pagãs gregas e romanas, a moderação ao álcool foi imposta. Apesar de não condenar o seu uso, os cristãos condenavam declaradamente os excessos nesta área. Por outro lado, e ao contrário, a utilização equilibrada das bebidas alcoólicas contava com o apoio da religião cristã, tanto pelo facto de o primeiro milagre realizado por Jesus Cristo ter-se constituído pela transformação da água em vinho, como pelo facto de ele ser usado regularmente por Jesus, como prova a cena da Última Ceia. Apesar das recomendações de moderação, os próprios cristãos primitivos entregavam-se a festas e bebedeiras em honra dos mártires considerados santos. A cerveja, a cidra e o hidromel eram as bebidas mais consumidas e difundidas.

Na Idade Média, e com a difusão do cristianismo, os mosteiros passaram a ser os repositórios das técnicas de fermentação e fabricação do mundo antigo. A produção do vinho tinha a ver com a celebração das missas, mas também se relacionava com outras trocas comerciais.

Muitas fórmulas vínicas foram testadas nesta época, sendo que durante mais de 1330 anos os mosteiros foram, claramente, os detentores das melhores vinícolas mundiais. Vinhos como os da Borgonha e os de Bordéus, e variadíssimos champagnes em França,

vinhos como os de Mosel e do Reno na Alemanha foram desenvolvidos pelos monges, que foram também responsáveis pela difusão do vinho para as Américas.

Tal como tinha acontecido na Antiguidade, também nas ordens religiosas os abusos e o vício passaram a constituir um problema. As autoridades eclesiásticas chegaram a combater e a punir monges alcoólicos, embora o uso do vinho continuasse a ser permitido nos próprios conventos.

No fim da Idade Média, o cultivo intensivo da cevada e do lúpulo no norte da Europa levou ao aparecimento de famosas cervejas, nomeadamente em regiões como a Inglaterra, a Alemanha, a Holanda a Polónia ou a Rússia.

O leque de novas bebidas foi largamente ampliado, principalmente por influência das novas técnicas de destilação incrementadas pelos árabes.

Muitas pessoas acreditaram que poções alcoólicas utilizadas como tónicos fortaleciam o corpo contra doenças e infecções, eram poderosos anti-reumáticos, eram estimulantes e analgésicos e eram fonte de energia e consequente rendimento no trabalho.

Com o Renascimento, o uso do álcool como fonte de prazer espalhou-se por toda a Europa. Tabernas e cabarés tornaram-se os mais habituais lugares de encontro entre velhos e novos amigos, de divertimento com as mulheres, de inspiração artística e de espírito contrário às assim consideradas “acabadas” instituições medievais.

No começo do século XVII, as descrições das bebidas e dos seus usos já projectavam o que é a realidade actual. Em 1618, um viajante inglês escrevia que os seus conterrâneos e os franceses bebiam pouco, se comparados com os alemães, os irlandeses ou os escoceses.

As melhorias na agricultura, o aperfeiçoamento das técnicas de fermentação e o desenvolvimento das destilarias foram em grande parte responsáveis pela disseminação

dos hábitos de beber (cervejas, vinhos, destilados e licores) ocorridos entre 1600 e 1750 em toda a Europa.

O “vício” do álcool, tal como tinha ocorrido na Antiguidade, passava a ser o maior problema social da Europa. Acidentes de trabalho, casos de loucura e situações de autodestruição passaram a ser uma constante. Muitos operários gastavam todo o seu salário em álcool, com toda a pobreza social que daí advinha. Os mais endinheirados consumiam um licor com propriedades alucinogéneas, o absinto, que se tornaria no decorrer da história a droga preferida dos artistas e escritores parisienses.

O início da Revolução Industrial foi acompanhado de mudanças demográficas e de comportamentos sociais na Europa (Cordeiro, 2002). Foi durante este período que o uso excessivo de bebida passou a ser visto por alguns como uma doença ou desordem. Ainda no início e na metade do século XIX alguns estudiosos passaram a tecer considerações sobre as diferenças entre as bebidas destiladas e as bebidas fermentadas, em especial o vinho. Neste sentido, Pasteur em 1865, não encontrando germes maléficos no vinho, declarou que esta era a mais higiénica das bebidas (Viala-Artigues e Mechetti, 2003a).

Durante o século XX, países como a França passaram a estabelecer a maioria de 18 anos para o consumo de álcool e em Janeiro de 1920 o estado americano decretou a Lei Seca, que teve a duração de quase 12 anos. A Lei Seca proibiu a fabricação, venda, troca, transporte, importação, exportação, distribuição, posse e consumo de bebidas alcoólicas e foi considerada por muitos um desastre para a saúde pública e para a economia americana.

Foi no ano de 1952, com a primeira edição do DSM-I (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) que o alcoolismo passou a ser tratado como doença.

No ano de 1967, o conceito de doença do alcoolismo foi incorporado pela OMS à Classificação Internacional das Doenças (CID-8), a partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde. Na CID-8, os problemas relacionados com o uso de álcool foram inseridos

dentro de uma categoria mais ampla de transtornos de personalidade e de neuroses. Esses problemas foram divididos em três categorias: dependência, episódios de beber excessivo (abuso) e beber excessivo habitual. A dependência de álcool foi caracterizada pelo uso compulsivo de bebidas alcoólicas e pela manifestação de sintomas de abstinência após a cessação do uso de álcool (Viala-Artigues e Mechetti, 2003b).

3. Definições e conceitos

Muitas pessoas experimentam substâncias potencialmente produtoras de dependência, embora a maioria não se torne dependente.

(Aliane, Lourenço e Ronzani, 2006)

A OMS, de acordo com o Portal de Saúde Pública (www.saudepublica.web.pt), classificou as drogas pelo seu grau de perigosidade, seguindo critérios como o maior ou menor perigo tóxico, a maior ou menor capacidade de provocar a dependência física e a maior ou menor rapidez com que esta dependência se estabelece. Com base nestes critérios, as drogas são classificadas em quatro grupos: no grupo 1, o ópio e os seus derivados (morfina, heroína, etc.); no grupo 2, os barbitúricos e o álcool; no grupo 3, a cocaína e as anfetaminas; e no grupo 4, a LSD, os canabinóides, o tabaco, etc. De notar que o álcool é classificado no grupo 2 devido aos seus graves efeitos sobre a saúde e a grande dependência física e psíquica que provoca quando consumido em excesso. Além do mais, se o álcool é considerado “melhor” do que as drogas “duras” do grupo 1, não é por o seu abuso ter menores repercussões físicas ou psíquicas (de facto, o abuso de álcool poderá ter maior gravidade clínica). A única “grande vantagem” do álcool está tão só na possibilidade cultural de muitas pessoas o conseguirem consumir sem abusar, enquanto com a heroína tal é praticamente impossível.

DuPont (*cit. in* Nunes e Jólluskin (2007), refere sete pontos que caracterizam, de forma sumária, o álcool: é a única droga que contém calorias, é a substância tóxica mais antiga e mais consumida do mundo, é tomado por via oral, é rapidamente absorvido e

distribuído pelos tecidos orgânicos, é metabolizado, em dióxido de carbono e água, em poucas horas, é altamente danoso para a saúde quando consumido em doses elevadas e é provavelmente, ao mesmo tempo, o mais seguro e o mais nocivo tóxico do mundo.

Para Salgado, Zubaran e Abreu (*cit. in Aliane et al.*, 2006) o álcool é, juntamente com o tabaco, a substância psicoactiva mais usada de forma abusiva no mundo todo.

Definição

O álcool é uma molécula, natural ou sintética, designada por etilálcool ou etanol, cujo efeito é simultaneamente sedativo e hipnótico (Doran e Parot, 2001). Na verdade, e segundo Kaplan, Sadock e Grebb (2003), o termo “álcool” é utilizado para uma grande variedade de moléculas orgânicas, entre as quais o etanol, que é a forma mais comumente conhecida e a que se pode beber. O álcool etílico tem a fórmula química $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$ e é um líquido claro e incolor, volátil e inflamável, com sabor ardente e odor agradável característico. É solúvel na água e miscível em clorofórmio e éter. A sua lipossolubilidade é significativamente menor do que a sua hidrossolubilidade. Tem o seu ponto de fusão nos $114,1^\circ\text{C}$ e o seu ponto de ebulição nos $78,5^\circ\text{C}$. Tem uma densidade relativa de 0,789 a 20°C . Quanto ao seu valor nutritivo, 1 grama de álcool leva ao organismo 7,1 Kcal; note-se que este aporte energético não se acompanha do aporte de outros nutrientes como minerais, proteínas ou vitaminas.

O processo através do qual se obtém o álcool, componente básico das bebidas alcoólicas, é a fermentação anaeróbica dos hidratos de carbono, conhecido como fermentação alcoólica. Trata-se da transformação do açúcar em etanol através da actuação de leveduras sobre certos frutos e cereais como as uvas, as maçãs, a cevada, o arroz, ... (Álvarez e del Río, 2001).

Definição e classificação das bebidas alcoólicas

Entende-se por bebida alcoólica aquela em cuja composição está presente o etanol de forma natural ou adquirida, com uma concentração superior a 1% do seu volume.

Considera-se, em função do modo como são obtidas, a existência de bebidas fermentadas e de bebidas destiladas, entendendo-se as primeiras como procedentes das frutas ou cereais cujos açúcares, por acção microscópica das leveduras, se transformam em álcool, e as segundas como resultado da eliminação, pelo calor, de parte da água das bebidas fermentadas.

As bebidas fermentadas mais conhecidas são o vinho, a cerveja, a água-pé e a sidra, com uma concentração de álcool habitual possível entre os 1% e os 18%; bebidas como o conhaque, o brandy, o whisky e o rum são obtidas por destilação, e podem ter concentrações de álcool até aos 60% e mais (Mello, Barrias e Breda, 2001).

Conceito de graduação alcoólica

A graduação alcoólica, que se expressa em graus, mede o conteúdo de álcool absoluto em 100 c.c. de uma bebida, ou seja, trata-se da percentagem de álcool que uma determinada bebida contém. É habitualmente simbolizada com a expressão “vol%”, ou pelo sinal “°”.

Tendo em consideração a densidade do etanol (cerca de 0,8), é possível calcular os gramas de álcool absoluto contidas em determinada quantidade de bebida alcoólica, pela associação de factores como o volume de álcool, a graduação e a densidade (Quadro 2).

Quadro 2 – Cálculo dos gramas de álcool ingeridos

$\text{Gramas de álcool ingerido} = \frac{\text{volume ingerido em c.c.} \times \text{graduação} \times 0,8}{100}$

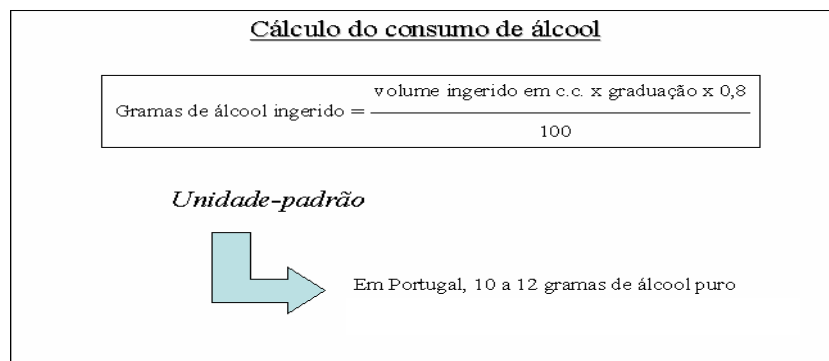
Cálculo do consumo de álcool

Como se disse, o conteúdo de álcool de uma bebida depende da concentração alcoólica e do volume da bebida. Há uma grande variação na concentração de álcool das diversas bebidas conforme os países em que elas são fabricadas. Assim, e conforme os países, a cerveja pode conter entre 2% e 5% de álcool puro, os vinhos contêm entre 10% e 19% de álcool, os licores entre 24% e 90%, ...

Esta forma de cálculo dos gramas de álcool foi substituída, nos últimos anos, pelo conceito de *unidade-padrão* (Babor, Higgins-Biddle, Saunders e Monteiro, 2001), que consiste numa forma simplificada de calcular a quantidade de álcool consumida, diária ou semanalmente.

Embora as bebidas alcoólicas tenham diferentes graduações, os copos habitualmente mais usados em Portugal para as diferentes bebidas comportam quantidade idêntica de álcool (Mello *et al.*, 2001), o que corresponde a uma unidade-bebida-padrão com cerca de 10 a 12 gramas de álcool puro. Este facto permite fazer a quantificação por unidades de bebidas ingeridas, o que facilita os cálculos do total de bebidas consumidas diária ou semanalmente (Quadro 3).

Quadro 3 – Cálculo do consumo de álcool



Fonte: www.portaldasaude.pt

Determinação da alcoolemia

Compreende-se por “taxa de alcoolemia” a quantidade de álcool puro existente no sangue, expresso em gramas/litro (g/l) ou miligramas/decilitro (mg/dl) de sangue.

É suficientemente conhecida a relação entre as concentrações de álcool no sangue e os efeitos agudos produzidos no organismo, pelo que é possível predizer os efeitos a partir da taxa de alcoolemia.

O cálculo da alcoolemia máxima esperada após ingestão de bebidas alcoólicas é suficientemente preciso, com a aplicação da fórmula do Quadro 4.

Do mesmo modo, é de fácil previsão o tempo necessário para que o álcool desapareça do organismo (Quadro 5).

Quadro 4 – Previsão da alcoolemia

$$\text{Alcoolemia previsível} = \frac{\text{gramas de álcool absoluto ingeridos}}{\text{kg de peso corporal}} \times 0,7 \text{ (homem) ou } 0,6 \text{ (mulher)}$$

Quadro 5 – Tempo de eliminação do álcool no organismo

$$\text{Tempo necessário para eliminação (horas)} = \frac{\text{alcoolemia (g/l)}}{0,15 \text{ (g/l/h)}}$$

4. Farmacocinética do álcool. Adicção, tolerância e dependência.

*A toxicidade do álcool atinge directa ou indirectamente
uma gama extensa de órgãos e sistemas corporais.
(Duailibi e Laranjeira, 2007)*

São as seguintes, de modo resumido, as etapas por que o álcool passa desde a sua entrada no organismo até à sua excreção, etapas essas que ocorrem de forma simultânea mas que por carácter didáctico são apresentadas de um modo sequencial.

Absorção

Segundo Paton (2005), e no que respeita à absorção no organismo humano do álcool, cerca de 20% do que é ingerido é absorvido no estômago, sendo que o restante sofre absorção na zona proximal do intestino delgado.

A velocidade de absorção do álcool determina a magnitude da sua concentração plasmática (Rodríguez-Martos, 1989) bem como a duração e a intensidade dos seus efeitos farmacológicos. Esta velocidade depende de vários factores: existência (absorção mais lenta) ou não (absorção mais rápida) de alimentos no estômago, combinação da bebida com gás carbónico (absorção mais rápida), a concentração de álcool da bebida (a uma maior concentração corresponde uma maior velocidade de absorção),.... A concentração de álcool na bebida também influi na absorção da mesma, sendo esta tão mais rápida quanto maior é o grau da bebida. Também os alimentos atrasam a absorção do álcool, produzindo concentrações muito menores de etanol no sangue do que quando a bebida é tomada em jejum.

O corpo humano possui mecanismos de acção contra a ingestão excessiva de álcool, sendo que uma elevada concentração da substância no estômago conduz à secreção de agentes que favorecem o fechamento do piloro, acontecendo assim uma lentificação da absorção do álcool, que passa em menor quantidade para o intestino delgado.

Distribuição

Uma vez absorvido, e dada a sua grande hidrosolubilidade, o álcool é distribuído por todos os tecidos do organismo através da circulação sanguínea, sendo assim transportado a todo o corpo. As concentrações de álcool que se encontram no sangue são, por isso, muito similares às que se encontram na maioria dos órgãos e tecidos bem irrigados do corpo humano. O álcool atravessa a barreira hemato-encefálica e placentária, e surge no leite materno. Face a uma idêntica ingestão de álcool, as concentrações sanguíneas encontradas nas mulheres são maiores do que nos homens, o que se deve a vários factores, nomeadamente, ao facto de as mulheres terem uma menor quantidade de álcool desidrogenase no estômago e ao facto de apresentarem maior proporção de gordura subcutânea e menor volume de sangue (Fleming, Mihic e Harris, 2006).

Metabolismo

É fundamentalmente no fígado que acontece a degradação metabólica do álcool (90% a 98%); os restantes 2% a 10% são eliminados por vias acessórias, como os rins e os pulmões.

A maior parte do álcool transforma-se em acetaldeído através da acção de três enzimas. Uma delas é a álcool-desidrogenase (ADH), que se encontra principalmente no fígado e que nas pessoas não alcoólicas é responsável por cerca de 95% da oxidação do etanol. Esta enzima é limitada em quantidade e capacidade, o que explica a capacidade fixa do organismo de metabolização do álcool (8 a 10 gramas por hora). Quando a quantidade de álcool é superior, o sistema fica como que saturado, o que implica que o álcool se acumule sem ser metabolizado. O sistema oxidativo microsomial do etanol (MEOS) é um sistema enzimático que, em bebedores moderados, contribui de uma forma marginal na oxidação do álcool (cerca de 5%). Mas em bebedores crónicos, pode chegar a representar 25% da capacidade oxidativa total. Esta via de oxidação é relevante do ponto de vista farmacológico, uma vez que alguns fármacos são metabolizados por este sistema e competem, assim sendo, com a oxidação do etanol. E o sistema cataláse-

peroxidase, com uma contribuição mínima para o metabolismo do álcool.

Por sua vez, o acetaldeído vai transformar-se em ácido acético. Tal acontece por acção da aldeído-desidrogenase (ALDH), que representa cerca de 75% da capacidade de metabolização do acetaldeído e da aldeído-oxidase, responsável pelos restantes 25% dessa capacidade.

E finalmente, o ácido acético transforma-se em acetilcoenzima A (Quadro 6).

Quadro 6 – Metabolismo do álcool

ADH		ALDH				
CH ₃ -CH ₂ OH	——	CH ₃ -CHO	——	CH ₃ -COOH	——	CH ₃ -COScoA
Álcool		Acetaldeído		Ácido Acético		Acetilcoenzima A

O acetaldeído é uma substância muito tóxica e reactiva, que se pensa ser responsável pelos efeitos indesejáveis do etanol, agudos e crónicos (Paton, 2005).

Cerca de 2% a 10% do álcool ingerido é eliminado sem ser metabolizado, pela urina, pelo suor e pela respiração (razão pela qual se aproveita a respiração como forma indirecta e não invasiva de determinação da alcoolémia, já que existe uma relação directa entre a concentração de álcool no sangue e no ar expirado – um grama de álcool num litro de sangue equivale a 0,48 mg de álcool por litro de ar expirado).

Adicção, tolerância e dependência

Cerca de 10% dos bebedores de bebidas alcoólicas desenvolvem uma adicção ao álcool, e destes, cerca de 4% tê-la-ão desenvolvido após cinco anos de início do consumo (Wagner e Anthony, 2007). Segundo Camí e Farré (2003), parece que o álcool é capaz de produzir euforia pela sua acção no centro do prazer do sistema nervoso central.

Não estão perfeitamente estabelecidos os mecanismos através dos quais o álcool activa a via dopaminérgica, mas há provavelmente uma estimulação desta via de forma indirecta, através da acção que se estabelece sobre diferentes sistemas de neurotransmissão. A sensação de prazer induzida pelo consumo de álcool faz-se acompanhar de uma mensagem que se “imprime” no cérebro e é memorizada. Esta memória actua como um reforço da conduta de busca de um novo consumo quando se dissipa a acção euforizante do álcool (Camí e Farré, 2003).

Como exemplos, ainda que sucintos, do peso neurobiológico que estes processos podem ter subjacente, encontram-se a tolerância e a dependência ao álcool, dois eventos distintos e indissociáveis.

Referimo-nos à tolerância como a necessidade de doses maiores de álcool para a manutenção do efeito de embriaguez obtido com as primeiras doses. O aparecimento da tolerância indica que se produziram mudanças ao nível cerebral (neuroadaptação) devido ao consumo de álcool, e no seu desenvolvimento intervêm fundamentalmente o sistema glutamatérgico e o GABA (ácido gama aminobutírico). O sujeito pode interpretar a tolerância, erradamente, como que estando mais resistente ao álcool, quando a realidade é que estão em marcha os mecanismos de adicção do álcool. A tolerância ocorre antes da dependência. Os primeiros indícios de tolerância não significam, necessariamente, dependência, mas são o sinal claro de que a dependência não está longe. Se, no começo, uma dose de uísque era suficiente para uma leve sensação de tranquilidade, depois de duas semanas (por exemplo) são necessárias duas doses para o mesmo efeito. Nesta situação, diz-se que o indivíduo está a desenvolver tolerância ao álcool. Normalmente, à medida que se eleva a dose da bebida alcoólica para se contornar a tolerância, ela volta em doses cada vez mais altas. Aos poucos, cinco doses de uísque podem tornar-se inócuas para o indivíduo que antes se embriagava com uma dose. Na prática, não se observa uma total tolerância, mas uma tolerância de forma parcial. Um indivíduo que antes se embriagava com uma dose de uísque e passa a ter uma leve embriaguez com três doses está tolerante, apesar de ter algum grau de embriaguez. O dependente do álcool não pode dizer que não está tolerante ao álcool por apresentar sistematicamente um certo grau de embriaguez. O critério não é a ausência

ou presença de embriaguez, mas a perda relativa do efeito da bebida.

Considera-se como dependência alcoólica o conjunto de problemas relacionados com o consumo excessivo e prolongado do álcool; é entendida como o hábito de ingestão excessiva e regular de bebidas alcoólicas, bem como todas as consequências daí decorrentes. A dependência alcoólica constitui-se, portanto, como um conjunto de diagnósticos. Ela indica algum problema, mas clinicamente, é necessário referenciar qual ou quais os distúrbios que estão presentes, pois geralmente há mais do que um.

A dependência é simultânea à tolerância. É resultado dos fenómenos de neuroadaptação que têm lugar no cérebro durante o processo de consumo crónico de álcool. A dependência será tanto mais intensa quanto mais intenso for o grau de tolerância ao álcool. Diz-se que a pessoa se tornou dependente do álcool quando ela já não consegue encontrar forças, por si própria, para interromper ou diminuir o uso do álcool.

Na verdade, a paragem ou diminuição brusca da ingestão de álcool produz uma hipersensibilidade do cérebro que dá lugar ao aparecimento de um conjunto de sinais e sintomas clínicos desagradáveis, a que se chama “síndrome de dependência alcoólica”, sendo esta síndrome resultado das mudanças a longo prazo que se produziram sobretudo nos receptores NMDA (N-metil-D-aspartato) e GABA.

A síndrome de abstinência caracteriza-se por náuseas (quase sempre matinais), tremores (sobretudo nas mãos) e ansiedade, que tendem a desaparecer após a ingestão de álcool. Quando a síndrome é mais grave, podem aparecer outros sintomas como o aumento da sudorese e da frequência cardíaca, inquietação e o *Delirium Tremens* (Gerri, 2006).

O máximo expoente da síndrome de abstinência alcoólica é o *Delirium Tremens*, estado que se caracteriza pela diminuição do nível de consciência e confusão, o aparecimento de alucinações e tremores. Pode ainda acompanhar-se de agitação, insónia e hiperactividade vegetativa, que podem levar à morte se não for tratado convenientemente.

CAPÍTULO 5 – OS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL

1. Situação actual do consumo de álcool

*Os 11 litros de álcool puro bebidos por cada adulto num ano
são substancialmente menos do que os 15 litros de álcool puro anuais
que se registavam nos anos 70 do século passado.
(Andersen e Baumberg, 2006)*

O álcool liga-se com a saúde de um modo complexo e multidimensional, estando relacionado com mais de 60 doenças, sendo que algumas estimativas apontam para que cause 6,8% do total das enfermidades na Europa Ocidental (Room, Babor e Reh, 2005).

Na Europa

De acordo com Andersen e Baumberg (2006), a Europa é a região do mundo onde se consome mais álcool. Quase metade do álcool consumido na Europa pela população em geral é-o na forma de cerveja (44%), dividindo-se o restante entre vinho (34%) e licores (23%). Dentro da União Europeia dos 15 (Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Espanha, França, Finlândia, Grécia, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Países Baixos, Portugal, Reino Unido e Suécia), os países nórdicos e da Europa Central bebem preponderantemente cerveja, contrariamente ao Sul da Europa onde se bebe fundamentalmente vinho (com excepção da Espanha, onde também é a cerveja a bebida mais consumida).

Na maior parte dos 15 países acima referidos, 40% do consumo acontece ao jantar. Nos países do Sul, por outro lado, os consumos ao almoço são consideravelmente maiores do que nos outros países. E encontram-se também diferenças na frequência dos consumos, sendo diário nos países do Sul e não-diário nos da Europa Central.

Beber até à embriaguez é também uma conduta que varia entre os diferentes países europeus. Em conjunto, os adultos da Europa dos 15 dizem ter bebido em demasia uma média de 5 vezes por ano e terem bebido 5 ou mais bebidas numa mesma ocasião (*binge drinking*) uma média de 17 vezes por ano (Andersen e Baumberg, 2006).

Olhando à adicção, mais do que aos níveis de consumo, estima-se que 23 milhões de europeus (5% dos homens e 1% das mulheres) sofrem de dependência alcoólica (Gigliotti e Bessa, 2004).

Em todas as culturas estudadas, os homens têm sempre maior probabilidade do que as mulheres de serem consumidores de bebidas alcoólicas; e quando o fazem, é em maiores quantidades.

Para Andersen e Baumberg (2006), mais de 90% dos estudantes com 15 a 16 anos já beberam bebidas alcoólicas alguma vez. A idade média de início de consumo de bebidas alcoólicas situa-se nos 12,5 anos de idade, e a primeira situação de embriaguez acontece em média aos 14 anos de idade. A quantidade média consumida numa só ocasião por adolescentes (15 a 16 anos) ultrapassa os 60 gramas de álcool e aproxima-se dos 40 gramas nos países do Sul da Europa. Cerca de 13% dos adolescentes já se embriagou mais de 20 vezes e cerca de 18% beberam pelos menos 5 bebidas de uma só vez (*binge drinking*) três vezes no último mês. A maior parte dos países tem-se deparado com um aumento do consumo tipo *binge drinking* entre os jovens.

Ainda ao nível europeu, o impacto do consumo de álcool sobre a saúde é observado numa ampla gama de doenças. O custo estimado é de 17 biliões de euros, dos quais 5 biliões são investimento em prevenção e tratamento do consumo nocivo de álcool e da dependência alcoólica.

Há ainda que ter em conta as mortes que ocorrem, bem como a perda de potencial produtivo. Deve-se ao álcool mais de 10% da mortalidade em mulheres jovens e cerca de 25% da mortalidade em jovens do género masculino.

Segundo relatório de 2007 do Eurostat, citado no Portal do Instituto Nacional de Estatística (www.ine.pt), a Espanha apresentou, entre os países da União Europeia, a menor percentagem de indivíduos entre os 25 e os 44 anos que nos últimos 12 meses beberam alguma bebida alcoólica (72,1% de homens e 51,8% de mulheres). Ainda considerados os países da União Europeia, no que se refere à faixa etária 45 a 64 anos, o consumo de alguma bebida alcoólica nos últimos doze meses apresentou uma mais baixa percentagem em Espanha para o género masculino (74,1%) e em Portugal para o género feminino (45,7%).

Em Portugal

Produção, distribuição e consumo são aspectos que andam intimamente ligados, influenciando-se reciprocamente.

Portugal situa-se entre os países de maior produção e consumo vinícolas. O elevado consumo relaciona-se claramente com a forte produção. Cada português gasta em média 150 euros por ano em bebidas alcoólicas, mais do que na maior parte dos produtos alimentares considerados isoladamente; este montante sobe para 1500 euros no caso dos doentes alcoólicos (Mello *et al.*, 2001).

Da realidade de Portugal, relatada pela OMS, (World Health Organization, 2004), ressaltam vários aspectos. Antes de mais, que tem vindo a diminuir progressivamente, ao longo dos últimos 15 anos, a quantidade total do consumo de álcool *per capita* por indivíduos acima dos 15 anos (à custa, é certo, de uma diminuição do consumo de vinho, mas com uma subida do consumo de cerveja e de bebidas espirituosas) e que 7% dos homens e 24% das mulheres não consumiram álcool no último ano (dados publicados em 2001). Por outro lado, o número de bebidas alcoólicas consumidas, diariamente e em média, por indivíduos com mais de 15 anos, foi de 1,96 bebidas (dados publicados em 2003), sendo que de entre os bebedores, 52,1% dos homens e 13,2% das mulheres bebem em cinco ou mais dias da semana (dados publicados em 2001), que de entre os indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos, 21% dos rapazes e 10% das raparigas consomem álcool (dados publicados em 2000) e

que de entre os mesmos jovens (15 a 16 anos), 25,5% dos rapazes e 18,9% das raparigas referem já se terem embriagado (dados publicados em 2004). O consumo de álcool não registado é estimado em 1 litro de álcool puro *per capita* para a população acima dos 15 anos, após 1995 (dados publicados em 2001) e a aceitação cultural que prevalece relativamente ao álcool, juntamente com o fácil acesso ao mesmo, contribui para que este seja a droga mais consumida em Portugal e noutros países ocidentais, sendo ainda a substância cujo consumo acarreta maiores custos sociais.

Compulsada a publicação “Perfil de Saúde da Região Norte” (Administração Regional de Saúde do Norte, 2009), conclui-se que entre o 3º Inquérito Nacional de Saúde, realizado em 1988/1999 e o 4º Inquérito Nacional de Saúde, ocorrido em 2005/2006, se observou um aumento percentual da população residente que nos 12 meses anteriores à entrevista bebeu alguma bebida alcoólica. Este consumo é superior na região Norte, relativamente ao Continente, e para todos os grupos etários acima dos 10 anos de idade. Por “tipo de bebida”, regista-se que a cerveja, o bagaço, a aguardente, o *brandy*, o *whisky*, o *gin* e a *vodka* são, essencialmente, as bebidas dos homens.

É possível verificar ainda que, nos 12 meses anteriores à entrevista, a percentagem de indivíduos residentes que tinham bebido alguma bebida alcoólica era, no Continente, de 50,4% no 3º INS e 53,8% no 4º INS e na Região Norte, de 53,2% no 3º INS e 59,6% no 4º INS.

De igual modo, no Continente, a percentagem de homens residentes que tinham bebido alguma bebida alcoólica nos 12 meses anteriores à entrevista era de 64,4% no 3º INS e 66,0% no 4º INS; quanto à Região Norte, a percentagem era de 64,3% no 3º INS e 68,3% no 4º INS. Ainda, no Continente, a percentagem de mulheres residentes que tinham bebido alguma bebida alcoólica era de 37,3% no 3º INS e 42,3% no 4º INS, sendo que na Região Norte as percentagens eram de 42,7% no 3º INS e 51,6% no 4º INS.

Considerando o género e o tipo de bebida na Região Norte, e tendo por base o 4º INS, verifica-se que 91,1% dos homens e 89,8% das mulheres tinham bebido vinho; 78,9%

dos homens e 35,3% das mulheres beberam cerveja, 32,2% dos homens e 4,8% das mulheres tinham bebido bagaço, aguardente ou *brandy*, 46,8% dos homens e 38,0% das mulheres tinham bebido Vinho do Porto, *Martini* ou licores, e 38,7% dos homens e 10,9% das mulheres tinham bebido *whisky*, *gin* ou *vodka*.

Tendo em conta a idade e o 4º INS, verifica-se que, no Continente, cerca de 2,5% de indivíduos entre os 10 e os 14 anos consumiram algum tipo de bebida alcoólica nos 12 meses anteriores à entrevista, o mesmo acontecendo com cerca de 39% dos indivíduos entre os 15 e os 24 anos, 65,4% entre os 25 e os 34 anos, 72,7% entre os 35 e os 44 anos, 75,4% entre os 45 e os 54 anos, 71,8% entre os 55 e os 64 anos, 62,7% entre os 65 e os 74 anos e 51,8% com mais de 75 anos. Quanto à Região Norte, os valores são sempre mais altos, a saber: cerca de 2,7% de indivíduos entre os 10 e os 14 anos consumiram algum tipo de bebida alcoólica nos 12 meses anteriores à entrevista, o mesmo acontecendo com cerca de 45,4% dos indivíduos entre os 15 e os 24 anos, 71,8% entre os 25 e os 34 anos, 80,9% entre os 35 e os 44 anos, 90,0% entre os 45 e os 54 anos, 82,7% entre os 55 e os 64 anos, 75,4% entre os 65 e os 74 anos e 66,3% com mais de 75 anos.

Considerando o 4º INS, a Região Norte, o género e o grupo etário, verifica-se que entre os 10 e os 14 anos, 3,6% de indivíduos do género masculino e 0,9% do género feminino consumiram algum tipo de bebida alcoólica nos 12 meses anteriores à entrevista. O mesmo aconteceu com 54,5% de indivíduos do género masculino e 35,4% do género feminino entre os 15 e os 24 anos, com 86,3% de indivíduos do género masculino e 58,2% do género feminino entre os 25 e os 34 anos, com 87,3% de indivíduos do género masculino e 71,8% do género feminino entre os 35 e os 44 anos, com 92,7% de indivíduos do género masculino e 73,6% do género feminino entre os 45 e os 54 anos, com 92,7% de indivíduos do género masculino e 70,9% do género feminino entre os 55 e os 64 anos, com 91,8% de indivíduos do género masculino e 63,6% do género feminino entre os 65 e os 74 anos e com 80,9% de indivíduos do género masculino e 60,0% do género feminino com idade superior a 75 anos.

Um estudo levado a cabo por Pires e Valério (1999) refere que os estudos realizados

sobre álcool em Portugal ou que englobem o nosso país são de certa forma contraditórios (no que diz respeito aos valores de consumo) e de difícil encontro de conclusões, já que são relativos a estudos nacionais, abordando parcialmente os distritos nacionais e não permitindo comparações ao abordar aspectos diferentes (bebedores excessivos, doentes alcoólicos e prevalência do consumo em estudantes). Mas é encontrada coerência num ponto: na conclusão de que o consumo de álcool em Portugal é um problema de grande escala. O mesmo estudo afirma que o Distrito de Vila Real é o distrito da Região Norte que apresenta maior percentagem de alcoólicos (fica atrás do Distrito de Viseu), é o segundo da mesma Região na percentagem de bebedores excessivos (atrás dos distritos da Guarda, Castelo Branco e Bragança), o mesmo acontecendo em relação à percentagem de doentes alcoólicos.

2. Etiologia

*Para compreender plenamente o fenómeno do alcoolismo
é fundamental conhecer os factores que têm influência no (seu) desenvolvimento (...).*
(Nunes e Jólluskin, 2007)

Não existe uma explicação universal sobre a etiologia da dependência alcoólica. Para Formigoni e Monteiro (*cit. in Aliane et al., 2006*), todos os que bebem têm possibilidade de se tornarem dependentes do álcool, sendo que a maior ou menor probabilidade vai depender da interacção entre os diferentes factores de vulnerabilidade (sejam eles biológicos, psicológicos ou sociais).

De acordo com o *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (2006), os factores de influência sobre o consumo de álcool são vários, nomeadamente, as influências genéticas, dada a constância que parece existir dos problemas com o álcool em algumas famílias, o género, na medida em que os homens têm maior tendência que as mulheres para consumirem álcool de forma problemática, a raça/etnicidade, já que a maior ou menor tendência para o consumo depende grandemente da cultura, o ambiente

escolar, uma vez que tudo parece indicar a existência de uma certa valorização do comportamento de beber excessivamente em alguns ambientes escolares, de modo particular ligados a estudantes universitários, o emprego, na medida em que a ocupação do indivíduo em actividades laborais parece estar associada a um ligeiro aumento da frequência dos consumos moderados e a uma ligeira redução dos consumos mais pesados, a influência do grupo de pares, o serviço militar, pois os jovens adultos que se encontram a cumprir o serviço militar parece terem tendência para maiores consumos de álcool, as características da personalidade, na medida em que várias perspectivas apontam para uma associação entre a tendência para consumir álcool e certos traços de personalidade, como impulsividade, aproximação ao risco, busca de novidade e de experiências excitantes e as expectativas relativas à substância, que sendo positivas levam a um aumento do risco de consumos problemáticos.

Mas os factores são muito mais diversificados, com destaque para os de cariz ambiental, os predisponentes biológicos, os de personalidade e outros, que pesam diferentemente sobre a instalação do comportamento adictivo. E há ainda a necessidade de distinguir os factores que influenciam a iniciação dos que influenciam a manutenção dos consumos alcoólicos (Echeburua, 2002), destacando-se entre os primeiros os factores sociais, os biológicos predisponentes e os psicológicos, e entre os segundos, a motivação para beber e as situações de co-morbilidade.

O desenvolvimento da dependência pode ser considerado como parte de um processo de aprendizagem, no sentido em que as alterações duráveis resultam da interacção das substâncias psicoactivas com o seu ambiente. Ou seja, a dependência é o resultado de uma interacção complexa entre os efeitos fisiológicos das substâncias psicoactivas no cérebro e o que o indivíduo que as usa interpreta daquela situação, relacionando-a com o ambiente e consolidando-a como aprendizagem. Assim, e de acordo com a OMS (*cit. in Aliane et al.*, 2006), se uma pessoa consome uma substância e sente um efeito psicoactivo altamente satisfatório ou reforçador, o mais provável é que tal comportamento se venha a repetir.

Os comportamentos de repetição obedecem a dois mecanismos básicos não patológicos:

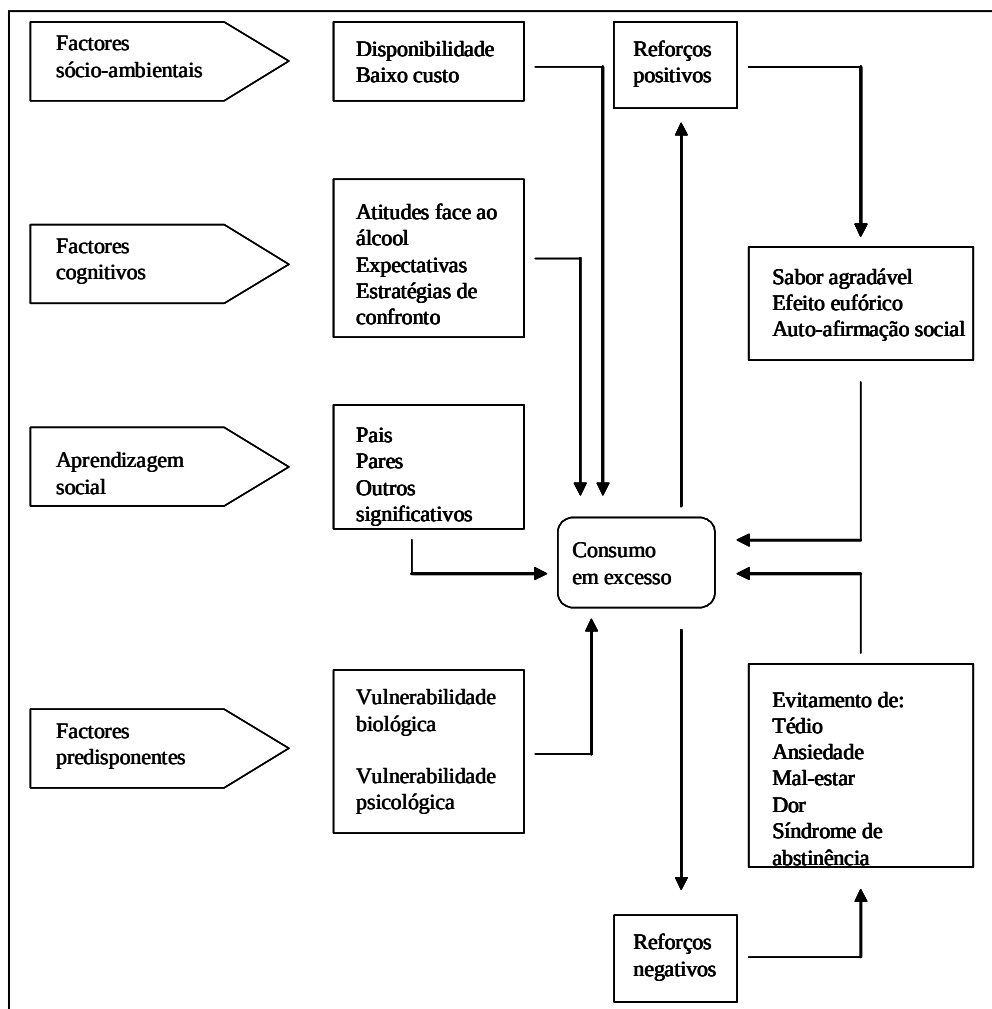
o reforço positivo e o reforço negativo. O reforço positivo refere-se ao comportamento de busca do prazer: quando algo é agradável, a pessoa busca os mesmos estímulos para obter a mesma satisfação. O reforço negativo refere-se ao comportamento de tentar evitar a dor ou o desprazer. Quando algo é desagradável, a pessoa procura os mesmos meios para evitar a dor ou desprazer causados numa dada circunstância. Os reforços positivos e negativos são mecanismos ou recursos normais, que permitem às pessoas adaptarem-se ao seu ambiente.

É, então, da acção conjunta de vários factores influentes que se gera a iniciação com posterior consolidação do consumo problemático do álcool. Todos os factores interagem e, mediante uma mutualidade de efeitos, produzem influência sobre o indivíduo, quer no início quer na manutenção do comportamento alcoólico, num registo de influência recíproca e com efeitos retroactivos.

O Quadro 7, retirado de Nunes e Jólluskin (2007), ilustra a forma como os mais variados factores contribuem para a instalação e manutenção do consumo alcoólico.

Os factores que podem ter impacto na adicção ao álcool parece terem certa importância enquanto causas dessa conduta ou, pelo menos, podem revelar-se como parcialmente determinantes ou predisponentes dos estados de dependência do álcool. As conceptualizações teóricas a respeito da etiologia do alcoolismo procuram responder a questões que se prendem com o porquê de certas pessoas começarem a beber, com o facto de algumas delas prosseguirem com esse comportamento, bem como com os factores que eventualmente possam ter contribuído para um estado de dependência alcoólica. As diferentes perspectivas teóricas acabam por ter um registo de complementaridade, sendo que uma teoria que relacione dois ou mais factores não tem, forçosamente, de estabelecer uma relação causal entre eles. Além disso, as teorias não são mutuamente exclusivas, uma vez que determinado grau de alcoolismo pode ser a resultante de factores que, de forma diversa, integram diferentes abordagens teóricas (Secades, 2001).

Quadro 7 – Análise do consumo excessivo de álcool



Fonte: Nunes e Jólluskin (2007)

A explicação biológica

Algumas explicações (Secades, 2001; Schukit, 1998) assentam na existência de estados deficitários do indivíduo, que procura um alívio transitório através da ingestão de bebidas alcoólicas. Outras leituras da perspectiva biológica prendem-se com tentativas de explicação baseadas em predisponentes geneticamente herdados: o indivíduo apresentaria uma predisposição inata para a adicção. De outro modo, o alcoolismo é às vezes referido como tendo uma etiologia relacionada com a hipótese de auto-medicação, sendo o álcool, nesta perspectiva, apontado como uma substância que conduz ao alívio de um estado de hipoglicémia, ou de dores. Contudo, estas perspectivas que procuram na biologia a causa para o desenvolvimento do alcoolismo acabam por ser revelar

reducionistas em relação a um comportamento assumidamente muito complexo.

Os factores sociais

As formulações teóricas baseadas na aprendizagem social são abordagens que se centram nos processos de observação e reprodução de comportamentos mediante processos mentais de decisão. Baseiam-se fundamentalmente no pressuposto de que muitos dos comportamentos individuais são fruto da vivência em família e comunidade e na aprendizagem que dessa vivência advém.

O modelo cognitivo

A proposta de Beck, Wright, Newman e Liese (1993) não é propriamente de carácter etiológico (já que não pretende explicar a conduta adictiva), mas permite compreender os aspectos que contribuem para a manutenção dos consumos.

Assim, de acordo com este modelo, as situações de estímulo actuam como momentos de elevado risco de consumo. Estes estímulos, internos ou externos, activam todo um sistema de crenças: sobre o mundo, sobre o próprio indivíduo e sobre os consumos. São crenças activadas de forma não consciente que, por sua vez, desencadeiam pensamentos automáticos e que, por seu turno, vão activar os sinais e sintomas percebidos e identificados como fissura (*craving*), isto é, o desejo extremamente intenso de consumo, acompanhado de um conjunto de sinais fisiológicos e que pode ser desencadeado pelos mais pequenos estímulos. Surgem então, face a este fenómeno de *craving*, crenças permissivas e facilitadoras do consumo, sendo que esta fissura é regida e facilitada por essas crenças, que levam o indivíduo à formulação de um plano para consumir. Uma vez concretizado o consumo, verifica-se a instalação de um estado de ambivalência, causador de um desconforto interno, que desencadeia mais crenças disfuncionais a respeito dos consumos, que assim são mantidos continuamente.

O modelo biopsicossocial

As perspectivas teóricas baseadas numa só componente ou numa só dimensão para explicar o comportamento do adicto ao álcool foram-se revelando insuficientes. Alguns autores, como Ewing (*cit. in* Nunes e Jólluskin, 2007), sugeriram que a iniciação e posterior manutenção do consumo problemático do álcool deveriam ter como base explicativa factores constitucionais, de carácter genético e biológico, factores sociais, como a disponibilidade e acesso à substância e factores psicológicos, como o historial de aprendizagens. Então, enquanto alguns dos factores actuam como protectores, outros têm uma acção de risco, favorecendo e potenciando o desenvolvimento da adicção. Trata-se, assim, de uma interpretação do problema à luz do paradigma biopsicossocial, na qual se sustenta a ideia de que os factores precipitantes do consumo de álcool são independentes dos que, posteriormente, determinam a manutenção desses consumos, com instalação do quadro adictivo.

A importância relativa dos diferentes factores não é constante para os diferentes indivíduos, nem estática ao longo do tempo. Na verdade, o peso relativo dos factores pode variar no mesmo sujeito, dependendo da fase em que ele se encontre e dos padrões de consumo que ele vá adoptando. Este modelo evidencia, então, a complexidade do fenómeno de adicção ao álcool, que é afectado por múltiplos factores mas também pelas resultantes das interacções entre eles.

3. Classificação dos consumos e sinais de alerta

Os consumidores de álcool constituem um grupo muito heterogéneo, (...) têm sido feitas algumas tentativas de criar classes ou categorias que incluam as similaridades existentes entre os dependentes do álcool.
(Silva, 2007)

As classificações relativas ao consumo de álcool são várias e bastantes diferentes quanto

aos seus critérios de diferenciação e de agregação. É possível encontrar um traço comum entre os consumidores: o facto de consumirem álcool de forma problemática, a que se acrescentam outras características comuns aos adictos ao álcool, como um funcionamento mental de negação do seu quadro patológico e a presença de um registo ambivalente relativamente à busca de um estado de abstinência (Silva, 2007).

A OMS, citada pelo Portal de Saúde Pública (www.saudepublica.web.pt) classifica os consumos de álcool em consumo de risco, consumo nocivo e dependência.

Segundo Secades (2001), e tendo em consideração o facto de a vulnerabilidade feminina ser maior do que masculina, é considerado consumo seguro o que nos homens não ultrapassa os 40 gramas/dia de álcool e nas mulheres os 20 gramas/dia, consumo arriscado o que se encontra nos homens entre os 41 e os 60 gramas/dia e nas mulheres entre os 21 e os 40 gramas/dia, e consumo nocivo o que na população masculina é superior a 60 gramas/dia e na população feminina superior a 40 gramas/dia. Já no Portal de Saúde Pública (www.saudepublica.web.pt) pode ler-se que se considera consumo de abuso o consumo diário de mais de 24 gramas de álcool para um homem adulto e mais de 16 gramas para uma mulher adulta.

Em termos epidemiológicos, considera-se como consumo de risco o padrão de consumo que pode implicar um alto risco de danos futuros para a saúde física ou mental, mas que não se traduz em problemas médicos ou mentais actuais. É, conforme o Portal da Saúde do Ministério da Saúde de Portugal (www.portaldasaude.pt), um padrão de consumo que pode vir a implicar dano físico ou mental, se persistir no tempo.

O grau de risco não está somente relacionado com o nível de consumo, mas também com outros factores pessoais ou ambientais como a história familiar, a ocupação laboral, o estilo de vida, etc. Ou seja, não se pode valorizar nesta discussão apenas as quantidades de álcool ingeridas, mas é fundamental atender às características do sujeito e às condições e contextos dos consumos.

Na Europa, tende a considerar-se o limite para estabelecer um consumo de risco em 5

unidades-padrão diárias para o homem e em 3 unidades-padrão por dia para a mulher. Nos Estados Unidos da América, os limites são superiores, situando-se nas 7 unidades-padrão por dia para o homem e nas 5 unidades-padrão diárias para a mulher. A OMS, de acordo com o *Plan Nacional Sobre Drogas* (www.pnsd.msc.es) estabelece limites mais restritivos, e classifica como bebedor de risco, aquele que consome 28 unidades-padrão por semana no caso dos homens e 17 unidades-padrão por semana no caso das mulheres. O Portal da Saúde do Ministério da Saúde de Portugal (www.portaldasaude.pt) refere ser indicação da OMS que não se devem fazer consumos que ultrapassem 20 gramas de álcool (2 unidades-padrão por dia) e de preferência deve-se estar pelo menos dois dias por semana sem beber qualquer bebida alcoólica

Apesar das discordâncias acima demonstradas, a maioria dos autores concorda que a partir das quantidades referidas existe um risco de morte violenta cinco vezes maior, o risco de cirrose e esteatose hepática é seis vezes maior, o de hipertensão arterial duplica e quantidades de três ou cinco unidades-padrão diárias podem provocar cardiopatia alcoólica.

Também se considera bebedor de risco aquele que consome grande quantidade de álcool em pouco tempo, ou seja, 5 ou mais bebidas alcoólicas numa só ocasião e num curto período de tempo (horas), pelo menos uma vez pelo mês. Esta conduta (*binge drinking*) é de alto risco e é a que caracteriza actualmente uma parte dos jovens.

O consumo nocivo é um padrão de consumo que causa danos à saúde, quer físicos quer mentais, mas que, todavia, não satisfaz os critérios de dependência.

Por seu lado, a dependência é, segundo a OMS citada no Portal da Saúde do Ministério da Saúde (www.portaldasaude.pt), um padrão de consumo constituído por um conjunto de aspectos clínicos e comportamentais que podem desenvolver-se após repetido uso de álcool, pelo desejo intenso de consumir bebidas alcoólicas, pelo descontrolo sobre o seu uso, pela continuação dos consumos apesar das consequências, pela grande importância dada aos consumos em desfavor de outras actividades e obrigações, pelo aumento da tolerância ao álcool (necessidade de quantidades crescentes da substância para atingir o

efeito desejado ou uma diminuição acentuada do efeito com a utilização da mesma quantidade) e pela existência de sintomas de privação quando o consumo é descontinuado.

O consumo de álcool nem sempre implica uma situação de adicção. De facto, alternativamente pode falar-se em uso de álcool, abuso ou dependência (Secades, 2001). Considera-se um consumidor de álcool do tipo “uso” aquele que não excede a quantidade recomendada, que alterna bebidas alcoólicas e não alcoólicas, que bebe lentamente, que não bebe com o estômago vazio, que não bebe quando trabalha ou desenvolve actividades perigosas, que bebe acompanhado e geralmente a mesma bebida que os restantes, que bebe geralmente em ocasiões festivas e que não depende da bebida para se divertir ou para enfrentar problemas. Por outro lado, o bebedor com consumo do tipo “abuso” é o indivíduo de menor idade, que excede a quantidade de consumo considerada segura, que bebe em jejum, no trabalho e durante a realização de actividades perigosas, que bebe quando se sente irritado ou deprimido, que bebe ainda que haja contra-indicações pessoais, que bebe mesmo que os outros o não façam ou já tenham deixado de o fazer. Quanto ao bebedor com um consumo que indica “dependência”, ele evidencia perda de controlo, tolerância, dependência e síndrome de abstinência.

Em situação de co-existência de diagnóstico psiquiátrico e de alcoolismo, ou seja, de duplo diagnóstico, a ordem de aparecimento do problema ligado ao álcool faz considerá-lo como primário (se surgiu antes de qualquer perturbação, tendo até eventualmente contribuído para o aparecimento do problema psiquiátrico) ou como secundário, ou seja, subsequente ao diagnóstico psiquiátrico (Schuckit, 1998).

Uma outra classificação distingue alcoolismo leve, alcoolismo moderado e alcoolismo grave, sendo que o primeiro reúne poucos sintomas de dependência alcoólica, o segundo apresenta sinais e prejuízos funcionais intermédios e o último corresponde a um quadro de muitos sinais e sintomas com nível elevado de prejuízos funcionais visíveis (Seibel, 2001). Esta classificação é feita, então, tendo em conta o padrão de consumo e usando como parâmetros de classificação os sintomas e prejuízos fundamentais, o que a torna

pouco objectiva e, portanto, praticamente abandonada.

Tendo em conta a forma de consumir e o contexto, a dependência do álcool tem também sido classificada distinguindo três tipos de bebedores: os bebedores-problema do estágio inicial, que ainda não exibem a totalidade dos sintomas de dependência do álcool, os bebedores afiliativos, que tendem a beber moderada e diariamente, em contextos sociais, e os bebedores esquizóides-isolados, com apresentação de um quadro de severa dependência, bebendo compulsivamente e, geralmente, sozinhos (Kaplan *et al.*, 2003). Também esta classificação se apresenta carente de objectividade.

Uma outra tipologia proposta utiliza como critérios de classificação os padrões de consumo e outros aspectos que possam estar subjacentes a esse consumo problemático. Assim, nesta classificação, o “anti-social” caracteriza-se por ser predominantemente masculino, de início precoce, com mau prognóstico e estreitamente ligado à presença de perturbação da personalidade anti-social. O “alcoholismo evolutivamente cumulativo” apresenta-se como uma tendência primária para o abuso de álcool, tendência que se vai exacerbando à medida que se verifica o aumento das expectativas culturais reforçadoras das oportunidades de beber. O “alcoholismo de afecto negativo” é predominantemente feminino e parte da ideia de que as mulheres tendem a recorrer ao álcool enquanto instrumento regulador do humor, servindo-se da bebida como apoio dos seus relacionamentos sociais. E o tipo apelidado de “evolutivamente limitado”, que se caracteriza essencialmente por surtos frequente de consumo excessivo de álcool, que vai diminuindo com a idade (Kaplan *et al.*, 2003).

Jellineck (Nunes e Jóluskin, 2007) propõe ainda outra tipologia com cinco tipos definidos. É uma tipologia relacionada com o contexto sociocultural, que se caracteriza pela cultura de pertença, pela presença ou ausência de dependência, padrão de consumo e tolerância desenvolvida. O tipo “gama” corresponde ao indivíduo com elevada tolerância, progressiva perda de controlo e marcadas dependências física e psíquica. O tipo “delta” corresponde ao indivíduo que não evidencia perda de controlo comportamental e que se mantém alcoolizado sem manifestar sinais de embriaguez. O tipo “alfa” representa o indivíduo que bebe em grandes quantidades com o objectivo de

reduzir ou eliminar quadros ansiosos, não manifestando dependência física ou psíquica. O tipo "beta" também não apresenta dependência física ou psíquica, desenvolvendo tolerância, bebendo mesmo não sendo dependente e tendo lesões somáticas associadas. Finalmente, o tipo "epsilon" corresponde ao indivíduo geralmente conhecido como bebedor de fim-de-semana, que apresenta períodos de abstinência intercalados com consumos muito elevados e nos quais bebe compulsivamente, com perda de controlo comportamental.

Sannibale e Hall (1998) referem a tipologia proposta por Cloninger, que propõe uma classificação com base na análise de traços de personalidade cujas características definem o tipo a que pertence o indivíduo, traços esses que se prendem com a procura da novidade, o evitamento do perigo e a dependência de recompensa. Assim, o indivíduo "tipo I", mais limitado ao género masculino, tem um início tardio com mais evidência de dependência psíquica do que física, manifesta desenvolvimento de sentimentos de culpa envolvidos no acto de beber e apresenta carências afectivas nas quais o foco dos seus problemas com a bebida residem no seu meio de pertença. O "tipo II" corresponde a um alcoolismo exclusivamente masculino, com início precoce e registo de funcionamento de aproximação e procura espontânea de álcool para consumo; rapidamente evolui para um quadro de dependência, em que se verificam comportamentos socialmente perturbadores durante a intoxicação, e são encontrados elevados níveis de impulsividade e de busca de novidades, com baixos níveis de evitamento de situações perigosas.

Outra tipologia, apresentada por Litt, Babor, DelBoca, Kadden e Cooney (1992), utiliza como factores de classificação o risco pré-mórbido e a vulnerabilidade, a gravidade da dependência, os problemas associados e a presença de psicopatologia. E são referidos dois tipos. O "tipo A" corresponde a um alcoolismo com início tardio, com presença de poucos factores de risco na infância, com menor frequência de problemas associados ao álcool, menor frequência de co-ocorrência de psicopatologia e cuja dependência não é muito severa. Os alcoólicos de "tipo B" apresentam uma história de início precoce, com presença marcada de factores de risco na infância, história familiar de situações de alcoolismo e/ou consumo de outras drogas, têm uma história prévia de tentativas de

tratamento do alcoolismo e têm inúmeros problemas associados ao consumo, com frequente co-existência de psicopatologia.

Sinais de alerta

Como a maioria dos diagnósticos mentais, a dependência do álcool possui um forte estigma social e as pessoas tendem a tudo fazer para evitar esse estigma. Esta defesa natural para a preservação da auto-estima acaba por provocar atrasos no início de qualquer intervenção terapêutica. Na verdade, é muito difícil iniciar um tratamento para esta dependência.

Algumas modificações comportamentais podem ser consideradas sinais de alerta: falta de diálogo com o cônjuge, frequentes explosões temperamentais com manifestação de raiva, atitudes hostis, perda do interesse na relação conjugal. O álcool pode ser procurado tanto para ficar sexualmente desinibido como para evitar a vida sexual. No trabalho, os colegas podem notar um comportamento mais irritável do que o habitual, atrasos na hora de entrada e mesmo faltas. Acidentes de carro começam a acontecer. Quando estas situações acontecem, elas são sinal de que o indivíduo já perdeu o controlo sobre a bebida: pode estar a travar uma luta solitária para diminuir o consumo do álcool, mas geralmente as iniciativas pessoais resultam em fracassos. As manifestações corporais costumam começar por vômitos matinais, dores abdominais, diarreia, gastrites, hepatomegalia. Os pequenos acidentes, que provocam contusões e outros tipos de ferimentos, tornam-se mais frequentes, bem como esquecimentos mais intensos do que os lapsos que ocorrem naturalmente com qualquer um, envolvendo obrigações e deveres sociais e profissionais. A susceptibilidade a infecções aumenta; e dependendo da predisposição de cada um, podem surgir crises convulsivas.

Nos casos de dúvidas quanto ao diagnóstico, deve-se sempre avaliar eventuais incidências familiares de dependência de álcool, já que se sabe que a carga genética predispõe a esta dependência. É muito mais comum do que se imagina a coexistência da dependência do álcool com outros problemas psiquiátricos prévios ou mesmo precipitantes. Os transtornos de ansiedade, depressão e insónia podem levar à

dependência. Tratando-se a base do problema, muitas vezes resolve-se a dependência do álcool. Já os transtornos de personalidade tornam o tratamento mais difícil e prejudicam a obtenção de sucesso.

3.1. CID 10: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool

*Uma classificação de doenças pode ser definida
como um sistema de categorias atribuídas a entidades mórbidas
segundo algum critério estabelecido.
(Organização Mundial e Saúde, 2000)*

A Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados com a Saúde é a última de uma série que se iniciou em 1983. Ainda que o título tenha sido alterado, visando tornar mais claro o conteúdo e a finalidade da Classificação, permanece mantida a familiar abreviatura “CID” (Organização Mundial de Saúde, 2000).

O agrupamento que compreende os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de uma substância psicoactiva é o agrupamento F10 – F19. Este agrupamento compreende numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e por sintomatologia diversa, mas que têm em comum o facto de serem todos atribuídos ao uso de uma ou várias substâncias psicoactivas. O terceiro caractere identifica a substância em questão; é o zero (0) que é utilizado quando se trata do álcool, pelo que é no agrupamento F10 que surgem os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool. A junção de um quarto caractere subdivide o agrupamento F1x (F10 no caso do álcool, como se viu) e especifica o quadro clínico, sendo que se os consumos são em quantidades suficientes para causar uma intoxicação, o caractere é .0, para causar efeitos nocivos à saúde, o caractere é .1, para causar dependência, o caractere é .2) e para causar outros transtornos, o caractere é entre .3 e .9., como segue.

- Intoxicação aguda (F1x.0) – Estado consequente ao uso de uma substância psicoactiva e compreendendo perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afecto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas. As perturbações estão na relação directa dos efeitos farmacológicos agudos da substância consumida, e desaparecem com o tempo, com cura completa, salvo nos casos onde surgiram lesões orgânicas ou outras complicações. Entre as complicações, podem-se citar: traumatismo, aspiração de vómito, *delirium*, coma, convulsões e outras complicações médicas. A natureza destas complicações depende da categoria farmacológica da substância consumida assim como do seu modo de administração. Bebedeira sem outra causa específica (SOE). Estados de transe e de possessão na intoxicação por substância psicoactiva. Intoxicação alcoólica aguda. Intoxicação patológica. "Más viagens" (drogas).

- Uso nocivo para a saúde (F1x.1) – Modo de consumo de uma substância psicoactiva que é prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite consequente a injeções de droga pela própria pessoa) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários a grande consumo de álcool). Abuso de uma substância psicoactiva.

- Síndrome de dependência (F1x.2) – Conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoactiva, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras actividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física. A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoactiva específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoactivas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes. O diagnóstico de dependência deve ser feito se três ou mais dos seguintes critérios são experienciados ou manifestados durante o ano anterior: um desejo forte ou senso de compulsão para consumir a substância, dificuldades em controlar o

comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo, estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por síndrome de abstinência característica para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência, evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoactiva são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas, abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoactiva, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou recuperar dos seus efeitos, persistência no uso da substância a despeito da clara evidência de consequências manifestamente nocivas, tais como lesões hepáticas por consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado com a droga (deve-se procurar determinar se o indivíduo estava realmente consciente da natureza e extensão do dano).

- Síndrome (estado) de abstinência (F1x.3) – Um conjunto de sintomas, de agrupamento e gravidade variáveis, ocorrendo em abstinência absoluta ou relativa do álcool, após uso repetido e usualmente prolongado e/ou uso de altas doses. O início e o curso do estado de abstinência são limitados no tempo e relacionados com a dose de álcool consumida imediatamente antes da paragem e da redução do consumo. A síndrome de abstinência pode ser complicada com o aparecimento de convulsões. Os sintomas mais frequentes são a hiperactividade autónoma, tremores, insónia, alucinações ou ilusões visuais, tácteis ou auditivas transitórias, agitação psicomotora, ansiedade e convulsões do tipo “grande mal”.
- Síndrome de abstinência com *delirium* (F1x.4) – Estado no qual a síndrome de abstinência tal como definida no quarto caractere .3 se complica com a ocorrência de *delirium*. Este estado pode igualmente comportar convulsões. *Delirium Tremens* (induzido pelo álcool).
- Transtorno psicótico (F1x.5) – Conjunto de fenómenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo de uma substância psicoactiva, mas que

não podem ser explicados inteiramente com base numa intoxicação aguda e que não participam também do quadro de uma síndrome de abstinência. Este estado caracteriza-se pela presença de alucinações (tipicamente auditivas, mas frequentemente polissensoriais), de distorção das percepções, de ideias delirantes (frequentemente do tipo paranóide ou persecutório), de perturbações psicomotoras (agitação ou estupor) e de afectos anormais, podendo ir de um medo intenso ao êxtase. A área sensorial não está habitualmente comprometida, mas pode existir um certo grau de obnubilação da consciência, embora possa estar presente a confusão. Alucinose, ciúmes, paranóia, psicose SOE. Exclui: transtornos psicóticos induzidos pelo álcool ou por outras substâncias psicoactivas, residuais ou de instalação tardia (F10-F19 com quarto caractere comum .7)

- Síndrome amnésica (F1x.6) – Síndrome dominada pela presença de transtornos crónicos importantes da memória (factos recentes e antigos). A memória imediata está habitualmente preservada e a memória dos factos recentes está tipicamente mais perturbada que a memória remota. Habitualmente, existem perturbações manifestas da orientação temporal e da cronologia dos acontecimentos, assim como dificuldades de aprender informações novas. A síndrome pode apresentar confabulação intensa, mas esta pode não estar presente em todos os casos. As outras funções cognitivas estão em geral relativamente bem preservadas e os défices amnésicos são desproporcionais a outros distúrbios. Psicose ou síndrome de Korsakov, induzida pelo álcool ou por outra substância psicoactiva ou não especificada. Transtorno amnésico induzido pelo álcool ou por drogas. Exclui: psicose ou síndrome de Korsakov não-alcoólica.

- Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia (F1x.7) – Transtorno no qual as modificações da cognição, do afecto, da personalidade ou do comportamento induzidas pelo álcool ou por substâncias psicoactivas persistem além do período durante o qual podem ser considerados como um efeito directo da substância. A ocorrência da perturbação deve estar directamente ligada ao consumo de uma substância psicoactiva. Os casos nos quais as primeiras manifestações ocorrem nitidamente mais tarde que o(s) episódio(s) de utilização da droga só são

codificados neste caractere quando existam evidências que permitam atribuir sem equívoco as manifestações ao efeito residual da substância. Os "*flashbacks*" podem ser diferenciados de um estado psicótico, em parte porque são episódicos e frequentemente de muito curta duração e em parte porque eles reproduzem experiências anteriores ligadas ao álcool ou às substâncias psicoactivas.

- Outros transtornos mentais ou comportamentais (F1x.8)
- Transtorno mental ou comportamental não especificado (F1x.9).

4. Consequências individuais

*O abuso do álcool é responsável por muitos óbitos e incapacidades,
falta de produtividade no trabalho e violência familiar e criminal!
Isto, (...) faz do álcool uma das drogas mais "duras" de sempre.
(Pina, 2009)*

O álcool é uma substância que afecta todo o organismo, não sendo necessário um consumo crónico e intenso para que se produzam danos orgânicos.

Transtornos associados ao consumo de álcool

As evidências clínicas apontam, segundo o *Plan Nacional sobre Drogas* (www.pnsd.msc.es) a existência de danos orgânicos associados aos novos padrões de consumo que predominam entre os jovens, nomeadamente os consumos intensos e intermitentes de álcool. São transtornos ao nível cardiovascular (hipertensão arterial, miocardiopatia, alterações do ritmo cardíaco, etc.) ao nível digestivo (orofaringe, esófago, estômago, pâncreas, etc.), ao nível hematológico (série vermelha, série branca, plaquetas), ao nível osteomuscular (osteoporose, problemas articulares, miopatias), etc.

Intoxicação alcoólica aguda e abstinência

De acordo com o *Department of Mental Health and Substance Abuse* (Nunes e Jóluskin, 2007), setenta e seis milhões de pessoas nos Estados Unidos da América têm diagnósticos de desordens por uso de álcool.

O consumo agudo do álcool produz uma grande variedade de efeitos.

O álcool é uma substância depressora, que diminui o funcionamento do sistema nervoso, começando a afectar rapidamente o corpo humano.

Entre os efeitos do álcool sobre o sistema nervoso central, verificam-se alterações da química cerebral que variam em função de várias circunstâncias, e de modo particular da dose consumida.

De um modo geral, a ingestão de álcool conduz a um aumento dos metabolitos da dopamina; e o uso crónico da substância leva ao aumento dos receptores dopaminérgicos. Além disso, consumido ocasionalmente, o álcool aumenta a libertação da serotonina ao nível cerebral e, se o consumo for crónico, a substância tende a diminuir a serotonina armazenada no sistema nervoso central. O álcool está ainda relacionado com o sistema de inibição dos transmissores implicados no ácido gama-aminobutínico (GABA). Assim, a substância não parece estar associada a um neurotransmissor em particular, mas antes ao desenvolvimento de um efeito marcante sobre toda a química cerebral.

Nas fases iniciais da intoxicação aguda, o álcool actua sobre sistemas inibidores, resultando num efeito estimulante, com o aparecimento de um menor auto-controlo, maior fluidez verbal, sensação de bem-estar, riso fácil e desinibição. Depois, aparecem os efeitos tipicamente sedantes, como uma redução da capacidade de rendimento e associativa, torpeza motora, dificuldade em andar, desequilíbrio, perda de reflexos e diminuição da capacidade psicomotora. Outros efeitos, ainda, são a vasodilatação cutânea, que leva à perda de calor, ao aumento da secreção salivar e gástrica e ao

aumento da diurese. Estados de embriaguez podem conduzir a quadros alucinatórios, delirantes, e a alterações comportamentais seguidas de uma possível amnésia das condutas desenvolvidas sob o efeito da substância. Os casos mais graves de intoxicação podem determinar a perda de consciência, o coma e a morte, por vasoconstrição periférica e por depressão cardíaca e respiratória.

As características clínicas do quadro de embriaguez dependem de muitos factores, nomeadamente a tolerância, o tipo e a quantidade de bebida ingerida, a rapidez do consumo, a ingestão simultânea ou não de alimentos, o uso de medicação, etc.

A intoxicação aguda é um quadro clínico muito frequente, pelo menos nas suas etapas mais ligeiras. As suas manifestações clínicas devem-se ao efeito depressor do álcool sobre o sistema nervoso central e dependem não apenas da concentração de etanol no sangue, mas também da velocidade de absorção e da tolerância pessoal ao álcool.

Denomina-se como síndrome de abstinência o conjunto de sintomas que aparecem a seguir à suspensão ou diminuição brusca da ingestão de álcool por uma pessoa com um consumo de álcool intenso e prolongado.

Transtornos mentais e do comportamento

Os transtornos mentais relacionados com o álcool podem ser induzidos pela ingestão de álcool, ou então apresentarem-se em simultâneo com essa ingestão. São transtornos mentais e do comportamento induzidos pelo álcool, por exemplo, a intoxicação etílica atípica ou patológica, transtornos psicóticos, síndrome amnésica, transtornos do humor, suicídio, transtornos de ansiedade, transtornos de sono, entre outros.

5. Consequências sociais

O álcool está intimamente ligado a problemas no campo social.

Essa tem sido considerada "a dimensão esquecida" (...).

(Meloni e Laranjeira, 2004)

A violência

A associação entre consumo de álcool e violência é sobejamente conhecida. Contudo, dizer que o álcool “causa” violência é simplificar, já que também a relação contrária é verdadeira. Na verdade, existem muitos exemplos de que uma situação violenta facilita e mantém o consumo de álcool, sendo indiscutível que as vítimas de violência tendem a consumir álcool de uma forma perigosa, quando antes não o faziam. E também não se pode esquecer a existência de outros factores que contribuem para esta relação, como os factores psicológicos, sociais e culturais do meio.

A World Health Organization (2002a) define a violência como o uso intencional da força física ou do poder contra si mesmo ou outra pessoa ou comunidade, e cujas consequências mais prováveis são as lesões físicas, danos psicológicos, alterações do desenvolvimento, abandono ou morte.

Os avanços recentes no estudo das neurociências confirmam a intervenção de muitos factores biológicos na violência, como as hormonas e os neurotransmissores. Conhece-se cada vez melhor a interacção que existe entre o álcool, as hormonas e as neurormonas reguladoras da sensibilidade à dor, aos biorritmos, aos estados de ânimo, aos comportamentos sexuais, à preparação para a luta, ... E de todos os estudos fica cada vez mais claro o papel crucial do meio ambiente, do envolvimento sócio-cultural, do espaço vital mínimo, da estratificação social, da frustração das expectativas, da fé e da confiança que facilitam ou dificultam a combinação álcool-violência.

Os acidentes

O consumo de bebidas alcoólicas associa-se indubitavelmente a um incremento da morbilidade e da mortalidade como consequência de acidentes.

De modo particular no caso dos acidentes de viação, o álcool pode ser entendido quer como factor predisponente quer como factor desencadeante. As evidências científicas estabeleceram há muito que o risco de acidentes de viação aumenta com o aumento dos níveis de alcoolemia.

Mortes violentas

A presença de álcool no sangue tem relevância nos falecimentos por outras causas de morte violenta distintas dos acidentes de viação, como são os casos de acidentes de outra índole, os homicídios, os suicídios, etc.

Num estudo realizado em 14 países europeus por Rossow (2001), comprova-se que existe uma maior relação entre a taxa de homicídios e a venda de bebidas alcoólicas nos países do norte da Europa em relação aos do sul, eventualmente ligados aos modelos de consumo de grandes quantidades de álcool em cada episódio de consumo.

No Canadá, Skog (2003) concluiu que o incremento do consumo *per capita* de 1 litro de álcool supõe o aumento da mortalidade por acidentes de 5,9 entre os homens e de 1,9 entre as mulheres por 100000 habitantes.

Em relação aos suicídios, um estudo realizado na Irlanda (Bedford, O'Farrell e Howell, 2006) detectou a presença de álcool no sangue de 55% dos mortos por suicídio. Nas situações de suicidas abaixo dos 30 anos, a probabilidade de níveis elevados de alcoolemia era maior e os níveis de concentração do álcool eram também superiores.

Shaw *et al.* (2006) concluíram, num estudo por eles realizado, que 42% dos homicídios

em Inglaterra ocorreram em pessoas com história de abuso ou dependência do álcool, representando um factor determinante em 6% dos homicídios e um factor associado em 39% dos homicídios.

Em suma

Do *Report: Alcohol in Europe*, um estudo publicado no *The Public Health Portal of European Union (Health – EU)* sobre o Álcool na Europa (http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm) pode retirar-se conclusões que de algum modo ilustram a problemática em causa, nomeadamente, que o álcool é responsável por cerca de 195000 mortes anuais na União Europeia, sendo o terceiro entre vinte e seis factores de risco para a saúde, que anualmente 17000 mortes em acidentes de trânsito, 27000 mortes acidentais, 2000 homicídios, 10000 suicídios, 45000 mortes por cirrose hepática, 200000 episódios de depressão são devidas ao álcool, que o custo estimado para o tratamento dos problemas de saúde devidos ao álcool é de 17 biliões de euros, que mais de 10% das mortes em mulheres jovens e 25% das mortes em jovens do género masculino são devidas ao álcool e que muitos dos danos devidos ao álcool são sofridos por outras pessoas que não os bebedores.

O consumo de álcool tem imenso peso como causa de doença e morte em todo o mundo, relacionando-se ao mesmo tempo com diversas consequências sociais negativas. Constitui-se como importante causa de morbi-mortalidade para as nações mais pobres, como terceiro maior factor de risco para problemas de saúde na maioria das nações mais ricas e como principal factor relacionado com a doença e a morte na maioria dos países pertencente ao grupo cujas economias se encontram em grau intermediário de desenvolvimento.

6. Tratamento do consumo problemático de álcool

O planeamento do tratamento deve apresentar flexibilidade suficiente para que se possam adaptar as diferentes abordagens a cada caso em particular.
(Echeburua, 2002)

Para Ramos e Woitowitz (2004), se a abstinência do álcool for considerada como único parâmetro de avaliação da eficácia do tratamento dos indivíduos com problemas ligados ao álcool, a conclusão é que estes não melhoraram nos últimos 25 anos.

As pessoas com problemas de uso e/ou abuso do álcool utilizam mais os serviços de saúde do que a população em geral e, genericamente, com maiores custos para a sociedade (de acordo com o *Report to the US Congress on Alcohol and Health*, 2000, cit. in Käärianen, Sillanaukee, Poutanen e Seppä, 2001). Entretanto, uma identificação e um tratamento precoces do problema devem ser considerados essenciais para prevenir os danos causados pelo uso nocivo do álcool.

Para Fowlie (1999), quando o abuso do álcool é evidente, uma intervenção precoce, ao nível da prevenção é fundamental.

O tratamento pode e deve, sempre que possível, envolver uma terceira pessoa, próxima do indivíduo, e preferencialmente deve ser feito em regime ambulatorio e da forma menos estigmatizante e restritiva possível. O regime de internamento hospitalar é uma opção para situações severas, para casos de grande deterioração física, com grande desestruturação familiar ou com presença de outros problemas que influenciem negativamente o tratamento (Echeburua, 2002). Pode ainda ser utilizado um regime intermédio, de tratamento sob hospitalização parcial, que permitirá conjugar as vantagens de cada uma das situações, de ambulatorio e de internamento.

A desintoxicação

O tratamento sistemático de desintoxicação consiste num período geralmente breve de

tratamento, em regime de ambulatório mas quase sempre de internamento, durante o qual, porque com riscos potenciais, os procedimentos têm que ser os adequados e cuidadosamente geridos. Com cuidados de qualidade, o período de desintoxicação é superado sem dor nem perigo, mesmo que causando bastante perturbação, já que eventualmente envolve o apoio de sistema de ventilação mecânica, a monitorização do equilíbrio ácido-base, dos electrólitos e da temperatura corporal, a prevenção dos riscos associados à síndrome de abstinência, entre outros.

Intervenções breves

As intervenções breves são, segundo Käärianen *et al.* (2001) um método eficaz de intervenção junto de pessoas que se encontram numa fase precoce de um consumo de risco de bebidas alcoólicas, eficácia essa comprovada por numerosos estudos. Estas intervenções breves incluem, segundo o mesmo autor, a identificação do consumo excessivo de álcool, a informação do doente sobre os riscos do uso do álcool, a motivação para a mudança dos hábitos de consumo, o estabelecimento de objectivos pessoais, a informação sobre como atingir os objectivos e a monitorização.

A motivação para a mudança

Toda a intervenção no âmbito das adicções requer uma consolidada motivação por parte do indivíduo. Na verdade, a dificuldade do tratamento do consumo problemático de álcool não se prende com a criação e implementação de técnicas terapêuticas, mas sim com o desenvolvimento de estratégias de motivação para a mudança. Importa, assim, levar o indivíduo a um processo de tomada de consciência a respeito do seu beber problemático e das respectivas consequências, bem como implicá-lo de forma activa e empenhada no próprio tratamento (Echeburua, 2002).

Para trabalhar a motivação individual é essencial ter em consideração as fases de mudança, que por exemplo o modelo transteórico de Prochaska e Diclemente (*cit. in* Nunes e Jólluskin, 2007) descreve, e que só academicamente se pode sequenciar: a fase de pré-contemplanção, em que se verifica a presença de uma forma de pensamento

adictivo que subsidia a manutenção dos consumos, seguida da fase de contemplação, durante a qual o indivíduo alternadamente reconhece e rejeita a existência de um consumo problemático, da fase de preparação, em que o indivíduo já reconhece e pondera os malefícios do consumo abusivo do álcool e, como tal, surge como uma oportunidade de reflexão para o abandono; segue-se a fase de acção, na qual se pode já presenciar algumas acções e movimentos do sujeito para a mudança e a fase da manutenção da acção, etapa durante a qual se promove a sedimentação da abstinência rumo ao abandono definitivo do consumo. Silva (2001) refere ainda uma sexta fase, à qual dá o nome de fase da finalização, que corresponderia ao momento em que o indivíduo se encontrasse 100% auto-confiante e auto-eficaz, não voltando a consumir porque seria nulo o seu desejo pelo álcool.

Esta intervenção concretiza-se de modo particular através das entrevistas motivacionais. Trata-se de uma técnica de aconselhamento que pode ser usada nos mais diversos processos terapêuticos, sendo particularmente indicada quando existe um estado de ambivalência quanto à mudança da conduta problemática. Aspectos como a expressão de empatia, o desenvolvimento da discrepância, o evitamento da argumentação, o acompanhamento da resistência e a promoção da auto-eficácia são fundamentais para que se possa atingir os objectivos definidos.

Tratamentos farmacológicos

O uso de medicação que atenua a síndrome de abstinência alcoólica, de modo particular as crises convulsivas, revela-se geralmente de grande importância. De facto, a farmacologia é uma prioridade não só para evitar o mal-estar e a possibilidade de morte, como para atenuar o processo de deterioração física (Castro e Baltieri, 2004).

Inclui-se no tratamento farmacológico, em função das circunstâncias individuais, fármacos como as benzodiazepinas e os barbitúricos para diminuição da síndrome de abstinência alcoólica, os interditores, que interferem no metabolismo do álcool, os antagonistas opióides, que esbatem os efeitos gratificantes do álcool, os antagonistas do glutamato, com acção de redução dos efeitos de reforço positivo do consumo e outros

fármacos geralmente utilizados em situações de co-morbilidade, como por exemplo os anti-psicóticos e os anti-depressivos.

O tratamento farmacológico revela a cada dia novos e promissores caminhos, sendo certo, todavia, que ele constitui uma ferramenta que não poderá constituir-se como a fundamental, já que a adicção ao álcool tem inúmeras componentes para além da bioquímica.

Terapias de grupo

Em grupo, é possível implementar programas que, frequentemente, facilitam a reabilitação dos indivíduos dependentes do álcool. Na verdade, a pressão positiva e o apoio social proporcionados pelo grupo, o sentimento de pertença, a aprendizagem por observação das experiências dos restantes elementos e a sensação de estar, em simultâneo, a dar e a receber são algumas das notórias vantagens deste tipo de terapia.

Assim, princípios terapêuticos como a oferta de uma atmosfera fortemente reforçadora e não tolerante em relação ao consumo, a promoção de novos padrões de conduta reforçados pela aprovação do grupo, a oferta de uma rede social constituída pelos elementos do grupo, com adopção de modelos comportamentais de confronto que estimulam todos e cada um à imitação, a oferta de oportunidade de observar e de reavaliar os problemas e os comportamentos desadaptados por retroalimentação dos restantes elementos e a oportunidade de diminuir os sentimentos de culpa e de vergonha através da recuperação da estima social, ajudam a perseguir os objectivos traçados de relação de ajuda mútua entre os que voluntariamente aderem a este tipo de projecto terapêutico.

Programas de mudança comportamental

Trata-se de programas (Secades, 2001) que se baseiam em técnicas comportamentais de mudança. Incluem-se neste grupo as terapias aversivas (química, eléctrica e encoberta) orientadas para reduzir as propriedades reforçadoras imediatas do consumo do álcool

bem como os estímulos antecedentes que se associam a esse comportamento, o treino de condutas incompatíveis com consequente melhoria de competências sociais (treino de habilidades sociais, treino de relaxamento, dessensibilização sistemática e treino de resolução de problemas) e os contratos de contingências (com acordo e estabelecimento prévio das recompensas da abstinência e das penalizações decorrentes da quebra da mesma).

Prevenção da recaída

Sendo o problema da ocorrência de lapsos, muitas vezes seguidos de recaída, uma possibilidade inelutável, a transmissão ao indivíduo de ideias positivas é fundamental enquanto prevenção de novas recaídas. Na verdade, um lapso não é inusual e não significa necessariamente a recaída em padrões de consumo anteriores; o desconforto que se segue ao lapso não deve implicar a rendição face aos objectivos traçados, sendo importante a consciência de que todos os deslizos são fonte de aprendizagem e que é necessário assumir força para renovar os contratos de contingências, com preparação de novos planos de recuperação (Marlatt e Gordon, 1985).

7. A prevenção do consumo de álcool

*No plano da prevenção do consumo,
há necessidade de conciliar de forma flexível medidas desenvolvidas a diferentes níveis.
(Melo, 2007)*

A prevenção do consumo de álcool deve apresentar-se como uma prioridade (Secades, 2001), tendo em conta que o álcool tem vindo a converter-se na substância adictiva com mais impacto nefasto, sendo notório o aumento de jovens que o consomem, que a idade de iniciação tem sido cada vez mais precoce, o que acarreta o agravamento dos problemas associados ao consumo problemático do álcool, que os jovens, estando numa fase de experimentação, não têm ainda enraizados os hábitos de consumo e que o álcool

constitui uma substância de iniciação que, muitas vezes, abre portas ao consumo de outras drogas.

Os modelos de prevenção

Não bastam medidas isoladas e focadas numa só vertente para que o objectivo da prevenção seja atingido. É necessário ponderar a respeito da sua eficácia e da exigência da conjugação de medidas díspares.

Em função da estratégia central, é possível mencionar alguns modelos que têm sido desenvolvidos em programas de prevenção. O modelo de amedrontamento baseia-se no apelo ao medo enquanto emoção persuasora, expondo-se de forma dramática e enfática as consequências negativas do consumo do álcool. O modelo do apelo moral assenta na ideia de que o consumo abusivo se deve a uma falha dos sistemas individuais moral e ético. O modelo de pressão positiva do grupo parte da ideia de usar a pressão social no sentido oposto ao do consumo do álcool. O modelo de orientação dos pais procura estabelecer e reforçar o controlo dos pais sobre os filhos, reduzindo assim o poder de influência dos pares. O modelo do conhecimento científico propõe o fornecimento de informações sobre o álcool de forma imparcial e baseada nos saberes da ciência. O modelo das actividades alternativas consiste em proporcionar oportunidades de crescimento pessoal, de desafio e de alívio do stresse. O modelo da educação para a saúde visa orientar os indivíduos no sentido do desenvolvimento de estilos de vida saudável. E o modelo da alteração das condições de ensino defende uma política escolar particularmente voltada para o desenvolvimento sadio da criança e do jovem.

Os níveis de prevenção

Cada programa de prevenção deve integrar as estratégias mais adequadas ao tipo de população sobre a qual se pretende surtir um efeito preventivo.

De um modo geral, os programas de prevenção têm-se enquadrado em três grandes tipos de níveis (Angel, 2002): o nível de prevenção primário, (cujo momento de

implementação é antes do abuso, que tem como alvo os não-consumidores, os bebedores sociais e os bebedores ocasionais, que persegue os objectivos de eliminar ou reduzir o risco de consumo de álcool e evitar o aparecimento de novos casos, que deve implicar a família, a escola e a comunidade e cujas actividades principais são a informação, a formação, a educação para a saúde e a promoção de hábitos saudáveis), a prevenção secundária (que acontece no início do abuso, que tem por alvo os grupos de risco, que deve ser implementada no âmbito da família, da escola e de serviços especializados com base em programas educativos específicos, detecção precoce e atenção à situação de crise, com os objectivos de detecção e tratamento precoce para evitar a progressão do problema) e o nível de prevenção terciária (que acontece, depois de iniciado o consumo abusivo do álcool, junto de consumidores habituais e dependentes com o objectivo de detenção da evolução e propagação do problema e das suas consequências, a implementar em serviços especializados com actividades como a desintoxicação física, a desabituação psicológica e a reinserção social).

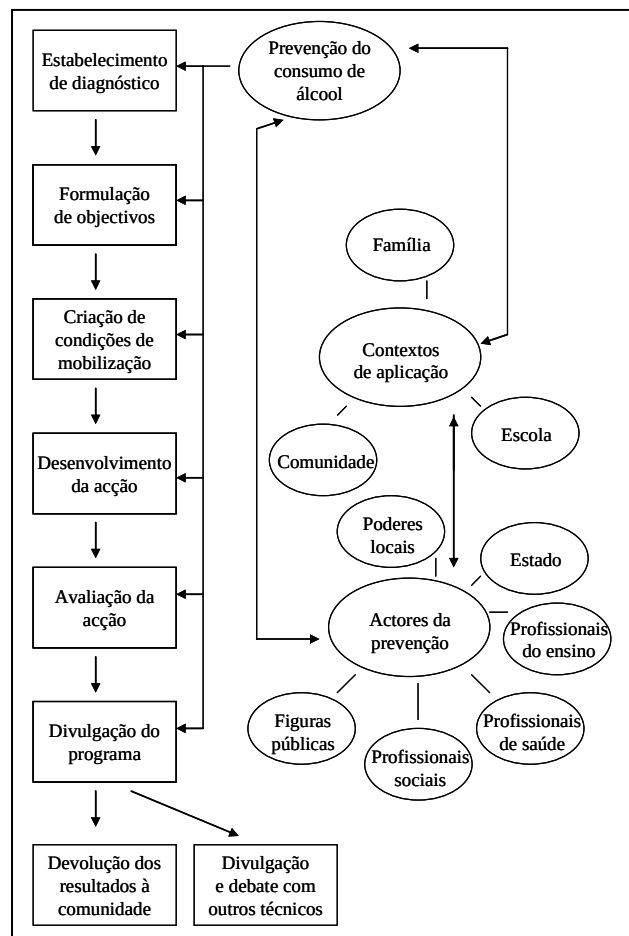
Actualmente, e de acordo com o Instituto da Droga e da Toxicodependência (2010), as estratégias preconizadas para a intervenção em prevenção assentam noutra perspectiva: a prevenção universal, composta por actividades dirigidas à população em geral, a prevenção selectiva, dirigida a grupos com factores de risco associados e a prevenção indicada, dirigidas a indivíduos com padrões de risco acentuados ou comportamentos de risco.

Os contextos de aplicação dos programas preventivos

A prevenção do consumo de álcool adquire eficácia se, simultaneamente, se desenvolverem programas educativos incidentes em factores macro-sociais que afectem significativamente os comportamentos dos indivíduos (Froján e Santacreu, 1993).

Assim, os contextos privilegiados para a aplicação das medidas de prevenção são a comunidade, o contexto escolar e o seio familiar. Um resumo a propósito dos contextos de aplicação dos programas preventivos pode ser visto no Quadro 8 (adaptado de Nunes e Jólluskin, 2007).

Quadro 8 – Programa de prevenção do consumo de álcool: fases, contextos e actores



Fonte: Nunes e Jólluskin, 2007

A prevenção comunitária usa os recursos disponíveis e mobiliza os agentes sociais mediadores para ir de encontro às fragilidades e riscos presentes na comunidade na qual se pretende prevenir o consumo de álcool. Um modelo geral de prevenção comunitária do consumo de álcool propõe várias etapas (Froján e Santacreu, 1993): a análise de necessidades e a identificação de riscos, a definição de metas, a definição dos objectivos do programa, a planificação de estratégias, a identificação dos recursos humanos, materiais e institucionais, a adequação dos recursos às necessidades, o estabelecimento de canais comunicacionais eficazes, a implementação do programa com o desenvolvimento de acções, a avaliação do programa pela comparação entre os objectivos, as metas traçadas e os resultados obtidos, e a revisão do programa, com retrospecção que permita a identificação de aspectos a ajustar antes do arranque de novos programas.

A escola é uma instituição determinante de muitos dos futuros comportamentos individuais. Assim sendo, e dado o carácter obrigatório da escolaridade mínima, o contexto escolar é o meio por excelência do ponto de vista de preparação dos indivíduos e da sociedade do futuro, tendo em conta que inclui todas as crianças e jovens da comunidade, que a idade de início de consumos coincide geralmente com o período escolar, que a escola é um centro de formação e de educação que possui uma estrutura adequada à optimização da implementação deste tipo de programas, que é uma instituição a partir da qual está facilitado o acesso a outras instituições de diferente âmbito e que se trata de um contexto fértil para o desenvolvimento de actividades alternativas ao consumo de álcool (Secades, 2001).

A prevenção no seio familiar constitui um meio não menos importante no desenvolvimento e na socialização da criança, sendo por isso outro contexto não desprezível de prevenção. Os modelos parentais são determinantes no desenvolvimento de certos comportamentos e na aquisição de certos hábitos, e as próprias crenças dos pais afectam o comportamento dos filhos, designadamente no que se refere à precocidade das primeiras experiências de consumo de álcool (Morel, Boulanger, Hervé e Tonnelet, 2001). Também o estilo educativo assume um papel importante, sendo certo que os resultados de um estilo rígido e repressor ou negligente e de pouca supervisão estão frequentemente associados a altos níveis de consumo de álcool por parte dos filhos. Além disso, o consumo parental contribui para que os filhos interiorizem aspectos legitimadores desse consumo.

Quanto aos actores de prevenção, eles são vários. Desde logo, o Estado (Morel *et al.*, 2001), que deve abraçar a sua responsabilidade desenvolvendo políticas culturais, económicas, sociais, sanitárias e escolares que integrem políticas de prevenção, legislando e promovendo acções aos diferentes níveis. Também os prestadores de cuidados devem ser actores privilegiados de prevenção, já que o seu contacto com as diversas estruturas familiares e comunitárias tem canais de comunicação mais facilitados. Por seu turno, os profissionais ligados ao ensino, os membros dos grupos desportivos locais, os artistas, ..., sendo pessoas com grande visibilidade, têm responsabilidades sociais e não deverão alhear-se deste tipo de problemática.

CAPÍTULO 6 – ÁLCOOL E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. O uso do álcool pelos profissionais de saúde

*O abuso de substâncias por profissionais da saúde
ocorre cada vez mais frequentemente nas organizações.
(Rossi, 2009)*

O uso de narcóticos e outras drogas tem tido historicamente uma forte ligação com os profissionais de saúde, de modo particular pela sua proximidade com as mesmas e pelo seu conhecimento dos seus efeitos não-negativos, ligação essa muitas vezes iniciada durante as longas e árduas horas de formação (Millikan, 1999). Este é um problema que coloca em perigo o desenvolvimento e a qualidade dos cuidados de saúde

Para Fowlie (1999), o abuso do álcool e outras drogas configura uma componente *major* de preocupação sobre as condutas, a *performance* e a saúde dos profissionais desta área de actuação. Também Gossop *et al.* (2001) considera que os profissionais de saúde, a par de estarem mais sujeitos ao risco de aparecimento de problemas de saúde física e mental, estão também mais sujeitos ao desenvolvimento de problemas associados com o abuso de drogas e álcool, referindo, entre outros, um estudo de Birch que conclui que dois terços dos médicos que obtiveram recentemente a sua qualificação profissional excedem os limites recomendados como uso de baixo risco de bebidas alcoólicas, ao mesmo tempo que 10% bebem dentro do nível de uso nocivo dessas mesmas bebidas.

Segundo o mesmo autor, há várias razões pelas quais os profissionais de saúde estão sujeitos ao risco de abuso de álcool e outras drogas: a intensa competição entre pares, a carga excessiva de trabalho, o receio de falhar e os poucos tempos livres capazes de compensar o intenso desgaste físico e psicológico a que estão sujeitos enquanto profissionais. O abuso de drogas e álcool por parte dos profissionais de saúde pode começar por uma “razão legítima”, como insónia, depressão, dores, etc., o que por vezes

acontece porque decidem “diagnosticar e tratar-se a si mesmos”, habitualmente de modo inapropriado, e pela tendência que têm em minimizar e/ou desvalorizar a eventual gravidade dos seus problemas. Por outro lado, têm muitas vezes alguma dificuldade em se apresentar como “doentes” junto dos seus pares, o que lhes cria obstáculos na obtenção dos cuidados de saúde convencionais.

Conforme Millikan (1999), o foco no problema do abuso de substâncias tem vindo a ser cada vez mais considerado, uma vez que tem aumentado a preocupação social a propósito dos profissionais de saúde “*impaired*” (incapacitados, enfraquecidos, debilitados, comprometidos, arruinados). A *American Medical Association* definiu em 1972 o termo “*impaired*” como a incapacidade para a prática da medicina com razoável destreza (habilidade, perícia, proficiência) e segurança para o doente, provocada por uma doença do médico (doença ou doenças incluindo dependência de álcool e/ou de outras drogas). Em 1973, o *Council on Mental Health* referia que, nos Estados Unidos da América e na Europa, de entre os indivíduos que tinham referenciada uma adicção a uma qualquer droga, 15% eram médicos e outros 15% eram enfermeiros e farmacêuticos.

Na verdade, um significativo número de profissionais experimenta problemas derivados do abuso de substâncias que o afectam na sua capacidade para a prática. Muitos procuram tratamento, mas muitos outros continuam sem ser detectados (Trinkoff e Storr, 1998).

1.1. O uso do álcool pelos enfermeiros

*A prevalência do uso de álcool e drogas nos enfermeiros
não está suficientemente documentada,
mas acredita-se que será idêntica à da população em geral.
Dunn (2005)*

Álcool e tabaco são as duas substâncias legais de maior uso e abuso no mundo actual (Smith, 2007). A *American Nurses Association* (Lapham, McMillan e Gregory, 2003) estima que 6% a 8% dos enfermeiros terão problemas relacionados com o abuso de álcool e outras drogas, se bem que estes números sejam de muito difícil determinação, já que os estudos neste âmbito são escassos e geralmente feitos em amostras pequenas e não-significativas, ou então os resultados são extrapolações a partir de amostras de enfermeiros já em tratamento (Trinkoff e Storr, 1998).

Benet, Wayne e Reynolds (2000) dizem acreditar que o uso de bebidas alcoólicas por parte dos enfermeiros tem paralelo, em termos quantitativos, com o uso feito pela população em geral, referindo contudo a escassez da documentação. Na verdade, segundo West (2003), Church conduziu em 1985 uma revisão histórica da literatura a propósito do abuso de substâncias, tendo encontrado publicados apenas três artigos relacionados com o abuso de substâncias por enfermeiros entre 1900 e 1955, e alguns tópicos ocasionais desde 1955 até aos anos 80. Encontrou depois um aumento de referências entre 1980 e os anos 90, que voltam a diminuir desde meados da década de 90 até 2003. Rankin (1990) refere que no Canadá, à excepção de estudos sobre médicos, poucos são os estudos a propósito da extensão e da natureza dos problemas com álcool e outras drogas entre profissionais de saúde. Contudo, Snow e Hugues (2003) referem que nas duas últimas décadas a atenção dada ao uso e abuso de álcool e outras drogas entre enfermeiros teve um incremento nos Estados Unidos da América, sugerindo a maior parte da literatura que os enfermeiros teriam um risco aumentado, em relação à população em geral, de adicção a substâncias, se bem que a literatura mais recente considere que esse risco terá sido sobreavaliado.

Dunn (2005) refere a estimativa de que 10% dos enfermeiros têm problemas relacionados com o uso de álcool e/ou outras drogas, e que 6% a 8% têm problemas que colidem seriamente com a sua habilidade para a prática da enfermagem.

Para Collins, Gollnish e Morsheimer (1999) o risco do abuso de substâncias por parte dos enfermeiros prende-se com variadíssimas razões, entre as quais, por um lado, o relativamente fácil acesso às substâncias e, por outro, o stresse profissional e *burnout* a que estão constantemente sujeitos.

Segundo Hughes, Howard e Henry (2002), o abuso de álcool por parte de qualquer enfermeiro é razão para preocupação, se bem que estudos tenham vindo a provar que há sub-grupos de enfermeiros que apresentam maior risco de abuso de substâncias, nomeadamente os que exercem as suas funções em Serviços de Cuidados Intensivos, de Urgência, de Bloco Operatório, de Psiquiatria e de Oncologia.

Ainda segundo Collins *et al.* (1999), as razões da preocupação com os profissionais com uso abusivo de substâncias incluem os efeitos negativos na saúde física e psicológica, a ameaça à capacidade e efectividade de trabalho, particularmente nas situações que exigem um perfeito funcionamento cognitivo e capacidades motoras finas, e a deterioração do papel dos profissionais quando no exercício de actividades de docência e enquanto “modelos” para estilos de vida saudáveis.

Os factores de risco são, para West (2003), diversos, conforme os estudos que encontrou na revisão que fez da literatura. Um estudo de Sullivan publicado em 1987 a propósito das características dos enfermeiros “incapacitados” ressalta que foram encontradas histórias familiares de alcoolismo em 61% dos enfermeiros e de depressão em 64% dos enfermeiros. Também 54% dos enfermeiros tinham sido vítimas de experiências de abuso sexual. E 73% dos enfermeiros eram académica e profissionalmente bem sucedidos. Por seu lado, um estudo de Haack de 1988 aponta também a depressão, o stresse e o *burnout* como factores de risco para a “incapacitação” dos enfermeiros. Bry, em 1983, teorizou que quanto mais numerosos forem os factores de risco presentes, maior será a probabilidade do aparecimento da “incapacitação”,

identificando no seu estudo vários factores psicossociais como factores de risco: distância da família, stresse psicológico, baixa auto-estima, baixa espiritualidade e/ou religiosidade, sensação aumentada de exigência da profissão, abuso de substâncias na história familiar, abuso de substâncias entre os pares, e consumo anterior de substâncias.

Como aparece claro, a grande preocupação face ao uso abusivo de álcool pelos enfermeiros assenta na “incapacitação” para a profissão que dele resulta.

Muitos enfermeiros consideram-se, erradamente, imunes às consequências negativas do uso de drogas e álcool e pensam que têm a capacidade de se auto-controlar a qualquer momento (Dunn, 2005).

Segundo o *Kentucky Peer Assistance Program for Nurses, Inc.* (2006), os sinais e sintomas presentes num enfermeiro “incapacitado” são aos níveis da *performance* e da atitude face ao trabalho (chegadas atrasadas, alterações nos padrões de cuidados praticados, dificuldades em ajuizar sobre as situações, desorganização, desculpas não-razoáveis para o fraco desempenho, tendência para a hetero-culpabilização, confusão e trocas dos horários das actividades, dificuldade em estabelecer prioridades, interrupções frequentes durante o turno com saída do serviço, comportamentos inapropriados, erros frequentes, faltas ao serviço, permanência no serviço em dias de folga, etc.), ao nível físico (dificuldades no discurso, ansiedade, cansaço crónico, diarreia, falta de capacidade de atenção e concentração, hálito alcoólico, diaforese, rubor facial, olhos lacrimejantes, queixas frequentes de mal-estar, etc.) e ao nível comportamental (alterações de humor, a desconfiança, o uso exagerado de pastilhas elásticas ou outros “camufladores” do hálito, depressão, reacção exagerada e desproporcionada às críticas, desleixo no cuidado pessoal, etc.)

Para Dunn (2005), os enfermeiros com dependência alcoólica tendem a beber antes do início do seu turno, ao almoço e nos intervalos do turno e na casa de banho e a usar xaropes para a tosse e colutórios, facilmente acessíveis nos serviços, para disfarçar o hálito etílico.

Guardar um segredo é uma coisa, mas esconder um adicção ao álcool é outra bem diferente (Rossi, 2009). Os problemas relacionados com o abuso de substâncias são geralmente detectados em primeiro lugar pelos pares. Manter o silêncio a propósito de um colega “incapacitado” acabará por afectar directamente os cuidados prestados aos utentes, a sua segurança e a reputação da instituição; e prejudicará também o próprio enfermeiro que tem problemas. Na verdade, os enfermeiros precisam entender que os adictos ao álcool têm de ser ajudados tão precocemente quanto possível (Dougall, 1998).

1.2. O enfermeiro “incapacitado” e o agir deontológico

*O desenvolvimento da profissão de enfermagem tem-se realizado a diversos níveis,
com realce para a compreensão da responsabilidade
ética e deontológica dos enfermeiros.
(Ordem dos Enfermeiros, 2003)*

A deontologia chama a atenção para a conveniência ou necessidade de que uma profissão tenha certas características, que constituem o estilo do seu exercício. A preocupação da deontologia é a correcção da acção. Estamos na área do conhecimento sobre o apropriado, o conveniente, o dever (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

A enfermagem é, segundo o REPE (www.ordemenfermeiros.pt) a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

O compromisso para com uma profissão é uma declaração pública realizada em benefício da comunidade. Logo, os enfermeiros, individualmente, têm o dever de responder competentemente às promessas feitas e compromissos assumidos – o

mandato social da profissão.

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, presente na Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro (Ordem dos Enfermeiros, 2009), tem no seu Capítulo VI duas Secções: a Secção I centra-se nos Direitos, Deveres em geral e nas Incompatibilidades, e a Secção II enquadra o Código Deontológico do Enfermeiro. De uma e de outra convém destacar algum do articulado, porque intimamente ligado ao assunto em estudo.

A alínea c) do nº 3 do art.º 78º diz que é princípio orientador da actividade dos enfermeiros a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com os profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Esta “excelência do exercício” diz respeito à meta de qualidade no cuidado prestado numa perspectiva holística da Pessoa. Não basta saber que os utentes têm direito a ser “tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, com correcção técnica, privacidade e respeito”, mas é necessário que, no concreto, a prestação de cuidados seja boa, enquanto zelosa e competente (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Na alínea b) do art.º 79º pode ler-se que o enfermeiro (...) assume o dever de responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Na sequência de um processo de tomada de decisão, o enfermeiro pode escolher agir desta ou daquela forma, ou até não agir. Os processos deliberativos conduzem da intenção à acção, e muito embora em ética a intenção conte, o que é objectivável é o resultado da decisão: o acto em si.

O artigo 88º fala da excelência do exercício. Diz que o enfermeiro procura essa excelência, e assume o dever, conforme a alínea f), de se abster de exercer funções sob a influência de substâncias susceptíveis de produzir perturbações das faculdades físicas ou mentais (Ordem dos Enfermeiros, 2009), sendo estas substâncias o álcool e/ou substâncias psicoactivas. As perturbações provocadas por estas substâncias, mesmo em doses moderadas, condicionam o tempo de reacção, a capacidade de atenção e o controlo motor, cuja duração de acção depende de indivíduo para indivíduo. Neste sentido, o consumidor destas drogas será menos rendível e menos seguro no serviço; no

caso dos enfermeiros, estas perturbações condicionam o desempenho técnico e humano, colocando o utente ao seu cuidado numa situação de risco e de vulnerabilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Assim, o enfermeiro deve abster-se de exercer funções se consumir álcool ou outras substâncias psicoactivas, como forma de garantir as suas plenas capacidades mentais e físicas no desempenho das funções.

Ainda, referência ao artigo 76º, dos deveres em geral, que especificamente na sua alínea i) do nº 1 diz que os enfermeiros estão obrigados a comunicar os factos de que tenham conhecimento e possam comprometer a dignidade da profissão ou a saúde dos indivíduos ou sejam susceptíveis de violar as normas legais do exercício da profissão.

Enquadrar o articulado da deontologia profissional acima referido com a definição e as características do enfermeiro *impaired*, também já mencionadas, só pode deixar fundadas preocupações em quem, sendo enfermeiro, sente pertencer a uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

CAPÍTULO 7 – AVALIAÇÃO DOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL

1. Técnicas e instrumentos de avaliação

*A (...) avaliação requer uma selecção de instrumentos e técnicas
que possibilitem a recolha de toda a informação pertinente (...).*
(Manita, 2002)

São várias as técnicas e os instrumentos de avaliação que podem ser utilizados, e cuja escolha deve ser flexível e ajustada a cada caso concreto.

A entrevista revela-se uma técnica privilegiada, uma vez que possibilita o acesso a aspectos e a informações que, de outra forma, seriam dificilmente captados. Através da entrevista podem recolher-se informações relativas aos dados sócio-demográficos, aos padrões de consumo, ao motivo da busca de ajuda, ao responsável pela iniciativa dessa busca, à história de anteriores comportamentos pessoais e familiares, entre outros. Esta entrevista pode também ser conduzida junto de outros significativos, já que, não raro, o indivíduo não descreve fielmente os seus hábitos, por variadas razões (Becoña e Vázquez, 1998). O objectivo principal desta técnica enquadra-se na avaliação da motivação do indivíduo para a mudança.

Os auto-registos são também um instrumento importante, que permite ter uma ideia dos padrões de consumo. A conjugação dos auto-registos com a entrevista de avaliação da história individual e familiar (Secades, 2001) fornece dados importantes sobre a situação do sujeito e sobre a sua real motivação para a mudança de comportamento.

A avaliação quantitativa pode ser feita através da aplicação de uma série de instrumentos de medida cuja utilidade é inegável pela objectividade que conferem à avaliação. Nomeiam-se, enquanto testes amplamente utilizados na avaliação psicométrica, testes como o CAGE (desenhado para detecção de alcoolismo, não

incluindo quantidade, frequência ou tempo), o MALT (que avalia problemas de alcoolismo em pessoas com elevado grau de negação), o MAST (que não se refere a um qualquer período em concreto), o ISCA (utilizado nos cuidados primários e que avalia o padrão semanal de consumo), o AUDIT (que avalia o consumo no ano anterior e detecta consumos de risco, uso nocivo e dependência), entre outros.

Os exames biológicos são outro meio de avaliação, já que facultam informação útil que complementar a obtida com outro tipo de instrumentos. Os mais úteis (Secades, 2001; Echeburua, 2002) são o teste de alcoolemia (averigua a concentração sanguínea de álcool), a análise gama-glutamyl-transpeptidase (Gama GT), enzima cujos valores são aumentados por indução hepática como consequência da ingestão de álcool, e a análise aos valores do volume corpuscular médio (VCM), uma vez que há um aumento dos valores dos glóbulos vermelhos associado ao consumo excessivo de álcool. Referência ainda para a transferrina deficiente em carbo-hidratos (CDT) o marcador biológico mais apropriado na descrição do consumo persistente de álcool (Peneda *et al.*, 1998)

1.1. O AUDIT

*O AUDIT foi desenvolvido (...) como um método simples
de investigação do uso excessivo de álcool
e para ajudar na realização de avaliações breves.
(Aliane et al., 2006)*

Há duas décadas atrás, o foco principal dos trabalhos de investigação e de campo tinham por alvo a dependência alcoólica. Só mais recentemente se direccionou este foco, também, para as consequências e danos da uma utilização excessiva de bebidas alcoólicas.

Esta mudança é facilmente entendível, segundo Hodgson *et al.* (2002), se analisarmos os instrumentos de investigação desenvolvidos nessa época e os mais recentes. Por

exemplo, o questionário CAGE inclui itens como a culpa sentida relativa à utilização exagerada de bebidas alcoólicas, ou questiona se a bebida alcoólica é a primeira bebida tomada pela manhã; não há neste questionário intenção de abordagem aos níveis de risco dos consumos. Já o AUDIT, por outro lado, inclui questões sobre a quantidade e a frequência do consumo do álcool, permitindo assim que seja utilizado tanto em potenciais bebedores como em bebedores já “instalados” na dependência do álcool.

Em 1982, um grupo internacional de investigadores começou o desenvolvimento dos estudos dos quais viria a resultar o AUDIT. Os estudos foram desenvolvidos em seis diferentes países (Noruega, Austrália, Quênia, Bulgária, México e Estados Unidos da América). O desenvolvimento do método, quer para a criação inicial do teste quer pelas múltiplas validações transculturais feitas posteriormente, passou pela selecção dos itens que melhor permitiriam distinguir os bebedores de baixo risco daqueles que apresentam um padrão potencialmente perigoso de utilização de bebidas alcoólicas. Passou também pela realização de múltiplos testes, nomeadamente testes de análise sanguínea, entrevistas, análise das histórias médicas individuais e familiares, etc. e por testes estatísticos que permitiram avaliar a sensibilidade e as especificidades do teste, a sua consistência interna, a sua validade independentemente do género, entre outros. Encontra-se já traduzido e em uso em numerosas línguas (Turco, Grego, Hindu, Alemão, Holandês, Polaco, Japonês, Francês, Português, Castelhana, Dinamarquês, Flamengo, Búlgaro, Chinês, Italiano, etc.).

Segundo Babor *et al.* (2001), o AUDIT foi desenvolvido e avaliado num período superior a duas décadas, e é aceite como um teste que permite, de forma acurada, medir o risco do uso de bebidas alcoólicas independentemente do género, da idade e da própria cultura. Contrariamente a outros testes já existentes, este teste permite uma identificação precoce de padrões de utilização de bebidas alcoólicas considerados arriscados e prejudiciais, bem como da existência de dependência alcoólica. E tem aplicabilidade como uma ferramenta de estudo epidemiológico (...) em amostras da população em geral.

Nele são reconhecidas vantagens inegáveis: ter sido validado em diversos países e estar

disponível em numerosas línguas, ser breve, fácil de utilizar e flexível, permitir identificar o uso de risco e nocivo das bebidas alcoólicas e estar focalizado para o consumo recente de álcool. Ainda, e segundo os mesmos autores (Babor *et al.*, 2001), o AUDIT é o único teste existente especificamente desenhado para poder ser usado internacionalmente.

São três os domínios conceptuais que compõem o AUDIT, cada um deles com vários conteúdos. As primeiras três questões pertencem ao domínio do “uso de risco do álcool”, e os seus conteúdos referem-se à frequência com que as bebidas alcoólicas são tomadas, à dose diária habitual e à frequência com que são tomadas em demasia. As questões números quatro, cinco e seis pertencem ao domínio dos “sintomas de dependência”, e têm por conteúdos a perda de controlo no uso de bebidas alcoólicas, o aumento da importância do álcool na vida do indivíduo e a eventual necessidade de recurso matinal às bebidas alcoólicas. Finalmente, as questões números sete a dez integram o domínio do “uso nocivo do álcool”, e revestem-se de conteúdos como o sentimento de culpa, as falhas de memória, as ofensas e/ou prejuízos causados pelo próprio ou por outros atribuíveis ao uso de bebidas alcoólicas, e a eventual existência de chamadas de atenção por parte de “outros” significativos.

O AUDIT pode ser aplicado por entrevista ou por auto-administração. E é de fácil pontuação. Cada resposta é pontuada de zero a quatro, e as pontuações de cada resposta devem ser adicionadas no final. Assim, e através das pontuações totais, são identificados o uso de baixo risco (pontuações entre 0 e 7), o uso de risco (pontuações entre 8 e 15) e o uso nocivo (pontuações entre 16 e 19), bem como sintomas de dependência (pontuações de 20 ou mais).

Contudo, e para além das pontuações totais referidas, uma mais detalhada informação pode ser obtida pela análise da pontuação obtida em cada questão. Genericamente, pode dizer-se que uma pontuação igual ou superior a 1 nas questões 2 e 3 indica um consumo considerado de risco. Do mesmo modo, uma pontuação diferente de 0 nas questões 4 a 6 aponta para a presença de um consumo nocivo. As pontuações obtidas nas questões 7 a 10 indicam que alguns dos efeitos nocivos do álcool estão já a ser experienciados. As

duas questões finais devem também ser analisadas no sentido da determinação do modo como o indivíduo dá evidência aos problemas passados. Mesmo na ausência de um padrão de utilização de bebidas alcoólicas de risco, respostas positivas nestas duas últimas questões do teste devem fazer considerar a necessidade de vigilância. Em suma, a pontuação total obtida, tanto como os níveis de consumo, os sinais de dependência, a presença de efeitos nocivos do álcool e o modo como o indivíduo valoriza a sua situação, devem ser considerados. Em todo o caso, o total da pontuação obtida com a aplicação do AUDIT reflectirá sempre o nível de risco do indivíduo em relação à utilização de bebidas alcoólicas.

CAPÍTULO 8 – STRESSE E ÁLCOOL

1. Stresse e álcool: alguma relação?

O álcool pode diminuir a ansiedade.

*Paradoxalmente, o álcool induz a produção excessiva de hormonas do stresse.
(Spencer e Hutchison, 1999)*

A adicção ao álcool, como a outras drogas, é um problema complexo determinado por múltiplos factores, incluindo componentes psicológicas e fisiológicas. O stresse é considerado o factor que mais contribui para a iniciação e continuação da adicção ao álcool (Kathleen e Sonne, 1999). Estudos clínicos têm vindo a demonstrar a influência quer das situações agudas de stresse quer do stresse crónico no consumo de bebidas alcoólicas e no desenvolvimento da adicção ao álcool. Ainda para os mesmos autores, as experiências stressantes podem também contribuir para a reinstalação da adicção após um período de abstinência.

Muitos dos estudos têm sido desenvolvidos com o seu foco no stresse profissional, considerado neste âmbito como um stresse crónico.

Por exemplo, Seeman e Seeman, citados por Brady e Sonne (1999) concluíram haver numa amostra de 500 homens uma relação directa entre a adicção ao álcool e as experiências stressantes que faziam parte da sua vida profissional, independentemente de estas serem agudas ou crónicas. No mesmo estudo, concluíram também que os homens com profissões caracterizadas por pouca liberdade de escolha das actividades e por grande exigência reportavam níveis mais altos de consumo de bebidas alcoólicas e mais problemas relacionados com esse consumo.

A extensão do modo como o stresse profissional influencia os consumos de álcool

depende também do tipo de stresse experienciado. Na verdade, os mesmos autores concluíram que empregos com alta exigência e pouco controlo (do trabalhador sobre a sua própria actividade) implicam geralmente um risco maior de desenvolvimento de distúrbios relacionados com o consumo de álcool quando comparados com ocupações de menor exigência e de maior controlo. Contudo, este aumento de problemas com o álcool foi maior para homens com actividades profissionais muito exigentes em termos físicos do que para homens cujas actividades têm maior exigência psicológica.

Também têm vindo a ser realizados estudos em mulheres, sendo que estas análises têm particular interesse uma vez que as mulheres podem ser mais susceptíveis que os homens às complicações provocadas pelo álcool. Tem sido referido que as mulheres, mais do que os homens, associam a iniciação do consumo de álcool ou os problemas com ele relacionados a eventos stressantes (Lex, *cit. in* Brady e Sonne, 1999). E embora a associação entre stresse e adicção ao álcool se mantenha controversa, alguns estudos encontraram uma relação apertada entre os estilos de *coping* das mulheres e o consumo de álcool associado ao stresse. Nesses estudos, as mulheres que utilizam preponderantemente o estilo de *coping* centrado na resolução do problema consomem menos bebidas alcoólicas do que as que utilizam estilos de *coping* centrados nas emoções ou na negação.

Para Frone (1999), os investigadores desenvolveram vários modelos explicativos da relação entre o stresse profissional e o consumo abusivo de álcool, como o modelo de causa-efeito, o modelo de mediação, o modelo de moderação, e o modelo de mediação moderada.

As investigações efectuadas no âmbito do modelo de causa-efeito atendem simplesmente às relações entre os vários factores de stresse profissional e as diferentes dimensões do uso de álcool, geralmente enformadas por variáveis demográficas básicas, como o género, a idade e a ocupação. Este modelo apresenta duas limitações básicas. A primeira, é o facto de o modelo se basear na premissa de que os stressores ocupacionais são a causa do consumo de álcool por todos, ou quase todos, os trabalhadores; ora, embora muitos adultos consumam álcool, não é razoável afirmar que todos eles o façam

como forma de lidar com os factores stressantes do seu trabalho. A segunda, é que esta teoria não tenta perceber nem fornece informação sobre as razões pelas quais os stressores ocupacionais provocam o aumento do consumo de bebidas alcoólicas. Ou seja, o modelo teórico não valoriza factores laterais, como as emoções negativas, que podem explicar a relação entre stresse e álcool.

O modelo de mediação incorpora explicitamente variáveis consideradas capazes de ligar o stresse profissional e o consumo de bebidas alcoólicas, como a tristeza ou a raiva (emoções negativas), a incapacidade de relaxar e todas as outras razões que levam os bebedores a consumir bebidas alcoólicas. Ao incluir estas variáveis intermediárias, o modelo de mediação vai para além da simples causa-efeito, tentando explicar o porquê (ou o “com base em quê”) os factores de stresse profissional estão relacionados com a adicção ao álcool.

O modelo da moderação inclui de modo claro variáveis que intermedeiam a relação entre os factores de stresse profissional e o uso de bebidas alcoólicas. Este modelo é, assim, um modelo de interacção, segundo o qual os stressores interagem com certas variáveis que aumentam o risco do trabalhador desenvolver problemas relacionados com álcool ou, por outro lado, o protegem desse mesmo desenvolvimento.

O modelo da mediação moderada combina os dois anteriores, incluindo inequivocamente tanto as variáveis mediadoras como as moderadoras. Tenta assim, simultaneamente, explicar “como” e “quando” os stressores ocupacionais estão relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas.

A literatura (ainda conforme Frone, 1999) apresenta geralmente duas diferentes perspectivas quando aborda as causas do consumo abusivo de álcool pelas pessoas trabalhadoras. Uma perspectiva olha para as causas dos consumos de álcool como externas ao local de trabalho; noutras palavras, um trabalhador pode ter uma história familiar de problemas ligados ao álcool que faz dele alguém mais vulnerável ao desenvolvimento de idênticos problemas, pode ter “traços” de personalidade que reflectam baixos níveis de auto-estima e que não permitam evitar a adicção, pode viver

num contexto social que afecte o seu tipo de consumo de bebidas alcoólicas. Apesar de os factores externos claramente influenciarem os hábitos de consumo dos trabalhadores, a outra perspectiva olha as causas dos consumos como consequências do próprio ambiente de trabalho, pelo menos em parte. Esta perspectiva é, não raramente, desagregada em diversos paradigmas: o paradigma do controlo social, que sugere que o consumo de álcool é mais elevado entre trabalhadores que não estão integrados ou regulados por organizações de trabalho, sendo que dois factores de risco emergentes deste paradigma são o baixo nível de supervisão e a pequena visibilidade do comportamento profissional, o paradigma cultural e da disponibilidade, que sugere que os consumos são maiores entre trabalhadores que física ou socialmente têm o álcool mais disponível (por exemplo, nas pausas do trabalho e o paradigma do stresse e da alienação, que sugere que o consumo de álcool pelos empregados pode ser uma resposta às características físicas e psicológicas do trabalho e do ambiente em que ele se desenvolve, tal como a exigência do posto de trabalho, a falta de participação nas decisões que afectam a organização e o posto de trabalho especificamente, os conflitos interpessoais com os colegas e superiores hierárquicos, entre outros.

Mas se nas linhas anteriores a abordagem é a da relação stresse – álcool, há também autores que se têm debruçado sobre o mesmo assunto, mas no sentido inverso: a relação álcool – stresse.

Desde os anos 80 do século passado que vários investigadores conduzem investigações para determinar até que ponto o consumo de álcool reduz o stresse. Para surpresa de muitos investigadores, a relação entre álcool e stresse aparece de modo inconsistente. Em algumas investigações, concluiu-se que o consumo de álcool reduz os níveis de stresse; noutras, não foi encontrada qualquer relação; e noutras ainda, o consumo de bebidas alcoólicas exacerbou os níveis de stresse percebidos (Sayette, 1999). Estas descobertas contraditórias levaram alguns investigadores a concluir que a hipótese de tensão – redução não se confirmava, se bem que outros refiram, apesar de alguns resultados, que é de considerar a hipótese de redução da tensão (stresse) com o consumo de álcool. Talvez a mais comum conclusão seja a de que os efeitos do álcool no stresse não podem ser estudados sem a especificação de outras variáveis sob as quais o

consumo de bebidas alcoólicas parece reduzir o stresse (Kathleen e Sonne, 1999).

Alguns estudos concluem que a exposição a doses baixas de álcool pode reduzir a resposta a factores stressores. Por exemplo, uma dose pequena de álcool aumenta a performance mental na resolução de problemas sob condições stressantes (Kalant, 1999). Contudo, em, alguns indivíduos, o álcool em determinadas doses pode induzir, em vez de reduzir, a resposta do organismo ao stresse (Waltman, Blevins, Boyd, e Wand, 1993).

Segundo Liu, Wang, Zham e Shi (2009), o stresse diário está significativamente relacionado com o consumo de álcool. Para Chester, Barrenha, DeMaria e Finegan (2009), os homens são mais sujeitos nos seus consumos à influência do stresse do que as mulheres.

Parece ficar claro não ser possível determinar de modo simples e claro uma relação causa-efeito, tanto do nível de stresse no consumo de bebidas alcoólicas como do consumo de álcool nos níveis percebidos de stresse. Os factores mediadores, tanto quanto os factores moderadores, desempenham concertiza um papel demasiadamente importante para ser subestimado.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

INTRODUÇÃO

Nesta parte do trabalho serão apresentados os estudos levados a cabo com o intuito de responder aos objectivos inicialmente traçados.

O primeiro estudo foi realizado tendo em conta o objectivo de fazer a adaptação transcultural da escala *Nursing Stress Scale*, validando-a para os enfermeiros portugueses. Nesse sentido, tradução, retrotradução, avaliação da equivalência semântica, elaboração de versão – síntese, pré – teste e elaboração da versão final foram aspectos concretizados neste estudo.

O segundo estudo pretendeu ser a forma de concretizar os seguintes objectivos: conhecer a frequência com que determinadas situações profissionais são percebidas pelos enfermeiros como stressantes, conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o nível de stresse no exercício da profissão, conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o nível de stresse em diferentes dias de semana e turnos de trabalho e saber se existem diferenças estatisticamente significativas em cada um dos aspectos atrás referidos em função de alguns dados sócio-demográficos. Foi elaborado e lançado um questionário composto por cinco partes, sendo que as três primeiras (partes A, B e C) contribuíram para a concretização deste segundo estudo.

O terceiro estudo relacionou-se com a temática do álcool, e com ele pretendia-se atingir os seguintes objectivos: conhecer os padrões de consumo de bebidas alcoólicas, no último ano, pelos enfermeiros, saber se existe dependência alcoólica entre os enfermeiros, conhecer os padrões de consumo de bebidas alcoólicas dos enfermeiros em diferentes momentos do dia e saber se existem diferenças significativas em cada um dos aspectos atrás referidos em função de alguns dados sócio-demográficos. Foi o mesmo questionário já atrás referido que permitiu a recolha de respostas relacionadas com este

estudo, mas neste caso foram as partes D e E as que forneceram essas respostas.

O quarto e último estudo prendeu-se com o último objectivo traçado, ou seja, saber se existe alguma relação estatisticamente significativa entre o stresse e o padrão/consumo de bebidas alcoólicas. Para atingir este desiderato, foram utilizados mais uma vez os resultados obtidos com o questionário já citado.

CAPÍTULO 1 – ESTUDO 1: CONSTRUÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DA
NURSING STRESS SCALE

1. Introdução

São numerosas as vantagens proporcionadas pelo uso de instrumentos de medida já validados e amplamente utilizados por outros investigadores: porque pressupõe uma poupança de tempo e de dinheiro, já que o desenvolvimento de um novo instrumento é um processo lento e custoso e porque o uso de instrumentos idênticos em populações diversas permite comparar os resultados obtidos em cada uma dessas populações, o que tem vantagens evidentes já que permite, a par do conhecimento de determinada realidade (até então não conhecida), a sua comparação com outras similares (Pons e Agüir, 1998). Mas para que tal aconteça, é necessário que a escala a utilizar esteja adaptada à população que vai ser envolvida no estudo. Tratou-se, então, de proceder à tradução e à adaptação transcultural da escala, bem como à avaliação das suas propriedades de medida após a tradução (Reichenheim, Moraes e Hasselmann, 2000).

Pretendia-se com este Estudo 1 encontrar respostas que permitissem atingir um dos objectivos traçados, a saber, fazer a adaptação transcultural da escala *Nursing Stress Scale* (cujo conhecimento público aconteceu através do artigo "*The Nursing Stress Scale: Development of an Instrument*", presente no *Journal of Behavioral Assessment*, 3 (1), páginas 11 a 23 (Anexo 1), validando-a para os enfermeiros portugueses.

2. Metodologia

Os procedimentos levados a efeito para a sua concretização foram os que a seguir se descrevem.

2.1. Permissão de utilização da NSS e de elaboração de uma escala portuguesa

No sentido de se obter permissão para o uso da NSS, contactou-se um dos seus autores, o *Ph.D. James Anderson*, na *Purdue University*, em Indiana, Estado Unidos da América.

2.2. Princípios éticos

Segundo Fortin (2003), a investigação aplicada aos seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Daí, os cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos e determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal. Destes, os que mais mereceram atenção (não por menor importância dos outros, mas por serem os que num estudo deste tipo mais afectam e estão presentes na mente de quem colabora com o investigador) foram o direito à confidencialidade (os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes no estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador nem pelo leitor do relatório de investigação) e o direito à auto-determinação (o respeito pela pessoa implica crer na seu direito de decidir por si própria se pretende e aceita ou não participar no estudo).

2.3. Processo de tradução da NSS

O processo de tradução constitui o primeiro passo na construção de uma escala cujo

original foi construído numa língua diferente daquela que se pretende exista na nova versão. No caso vertente, e sendo a *NSS* uma escala americana, elaborada portanto em língua inglesa, impunha-se a sua tradução para a língua portuguesa, para assim poder ser utilizada na população portuguesa.

Num processo de tradução é fundamental que se mantenha o significado dos itens do original, envolvendo para isso, neste processo, pessoas com conhecimento da língua materna do original, com conhecimento da língua para a qual se quer traduzir a escala e com conhecimentos teóricos na área do questionário. Ou seja, e neste caso, era fundamental que se encontrassem e se dispusessem a colaborar enfermeiros, que exercessem as suas funções em Portugal e que conhecessem bem tanto a língua inglesa quanto a portuguesa.

Então, para primeira etapa convidou-se para colaborar no estudo dois enfermeiros de língua materna inglesa (um dos Estados Unidos da América e outro do Canadá) que exercem funções, actualmente, em instituições hospitalares da zona Norte de Portugal. Chamou-se a estes enfermeiros, com funções de tradução, “T1” (tradutor 1) e “T2” (Tradutor 2).

Ao T1 foi dada uma breve explicação sobre as características e utilidade da escala. Pelo contrário, ao T2 não foi dada qualquer explicação sobre os objectivos do trabalho que lhe estava a ser pedido, sendo-lhe contudo dada a razão pela qual esse era um procedimento necessário.

A ambos os Tradutores foi pedido que efectuassem traduções semânticas e não literais, procurando que as traduções a propor tivessem em conta tanto a equivalência conceptual quanto a idiomática.

2.4. Processo de retrotradução da NSS

O processo de retrotradução tem por objectivo reconstituir o questionário original, verificando-se a preservação do sentido e do conteúdo do questionário.

Nesse sentido, o trabalho desenvolvido pelo T1 e pelo T2 foi disponibilizado a dois professores universitários (um, licenciado em Filologia Germânica-Anglística e outro, bacharel em Inglês e Francês) sendo-lhes pedido que procedessem à retrotradução desse documento. Designaram-se, dada a actividade que lhes foi solicitada, “R1” (retrotradutor 1) e “R2” (retrotradutor 2).

2.5. Análise semântica da equivalência

Após a recepção das retrotraduções, fez-se a sua análise, apreciando a equivalência entre estas retrotraduções e a escala original.

Na análise semântica foram tidos por base os seguintes critérios (Reichenheim *et al.*, 2000): significado referencial dos termos/palavras, que representa as ideias que uma única palavra ou um conjunto de palavras abarca e significado geral de cada afirmação, ou seja, a análise foi feita tomando como ponto de partida a versão em português, que foi comparada à versão original.

2.6. Pré-teste

Finalmente, realizou-se um pré-teste, solicitando-se a 30 enfermeiros de diferentes instituições de Saúde, escolhidos aleatoriamente, que respondessem à versão conseguida após o trabalho dos tradutoras e dos retrotradutores, com o objectivo de detectar

possíveis dificuldades na interpretação de cada um dos itens. Solicitou-se ainda aos mesmos enfermeiros que, caso tivessem dificuldade na interpretação de qualquer item, o referissem, ou se entendessem que algum dos itens poderia ou deveria estar formulado de maneira diversa, propusessem uma nova versão.

Nota para o facto de que, tendo em atenção o que em capítulo anterior foi escrito sobre as incorrecções patentes no artigo de apresentação da NSS, desenhou-se a versão que foi apresentada para pré-teste com categorias de resposta “nunca (1), ocasionalmente (2), frequentemente (3) e muito frequentemente (4)”, para assim se poder, posteriormente, comparar resultados com os obtidos com a escala original.

2.7. Procedimentos para avaliação das propriedades psicométricas da escala

A análise factorial, a partir de um conjunto inicial de variáveis, tenta identificar um conjunto menor de variáveis hipotéticas (factores), sendo o objectivo final a redução da dimensão dos dados, sem perda de informação (Pereira, 2006). Esta fase iniciou-se pela avaliação da dimensionalidade e da estrutura da escala. Para isso, após aplicação e leitura do teste de Keiser-Meyer-Olkin e do teste de esfericidade de Bartlett (medida da adequação das variáveis para entrarem no modelo), utilizou-se a Análise de Componentes Principais com rotação Quartimax, seguindo-se o critério que sugere a exclusão das componentes cujos valores próprios são inferiores a 1.

De acordo com Pocinho e Figueiredo (2004), termos como “garantia” e “precisão” têm o mesmo significado que “fidedignidade”. E de acordo com Aiken e Freeman (*cit. in* Pocinho e Figueiredo, 2004), os testes devem ser consistentes e fidedignos em relação àquilo que medem, sendo que a fidedignidade de um teste consiste na possibilidade de ele fornecer resultados consistentes em várias medições.

A fidedignidade é traduzida pela consistência interna, ou seja, a homogeneidade dos itens do teste, mostrando se estes, nas sub-partes, medem o mesmo atributo. É traduzida

ainda pelas diferentes pontuações dos observadores, bem como pela estabilidade temporal dos atributos medidos.

Anatasi e Nunnally (*cit. in* Pocinho e Figueiredo, 2004), referem que a fidedignidade pode ser definida como o grau de consistência entre duas medidas da mesma coisa, e que o coeficiente de garantia é a correlação entre dois testes.

O cálculo do coeficiente alfa de Cronbach é um modo de determinar a fidedignidade através da consistência interna de um teste, e é considerado por vários autores como a mais importante fórmula de cálculo dos índices de fidedignidade. Por convenção, um valor de alfa de Cronbach de 0,60 é comum numa investigação de tipo exploratório. E deverá ser de pelo menos 0,70 ou superior para que se considere a escala “adequada”. Há mesmo algumas escalas que exigirão um alfa Cronbach a rondar o valor 0,80 para que a escala seja considerada “uma boa escala” (Statistics Solutions Inc., 2006). É também a opinião de Pocinho e Figueiredo (2004) que este valor não deve ser inferior a 0,70 e que em situação em que os itens são de resposta múltipla o valor de alfa de Cronbach se deve situar entre os valores 0,80 e 1.

As estatísticas relativas à relação item-restante são outro modo de conhecer a fidedignidade de um teste, e conseguem-se através da relação entre cada item e os resultados dos restantes itens sem o item que se escolheu. Segundo a Statistic Solutions Inc. (2006), a correlação item-restante assenta na correlação *pearsoniana* do item com o total dos resultados de todos os outros itens da escala. Um baixo valor da correlação item-restante significa que o item tem baixa correlação com a escala total, o que poderá levar à sua retirada da mesma. Note-se, contudo, que uma escala com um valor de alfa de Cronbach aceitável pode ter um ou mais itens com um baixo valor de correlação item-restante. Por outro lado, a análise do valor de alfa de Cronbach se cada um dos itens for retirado é outro valor que deve ser pesquisado.

Um dos testes de consistência interna mais utilizados é o teste “metade-metade de Spearman-Brown”. Este teste assenta no postulado de que se pode chegar a uma medida de fidedignidade só com uma aplicação do teste. Correlacionam-se as duas metades de

um teste, aleatorizando-se os itens ou com base nos itens pares e ímpares. Neste teste, produz-se uma espécie de forma alternativa do teste, dividindo a escala em duas partes. Este método avalia o grau de consistência entre itens, determinando a consistência interna da escala e assume que todos os itens contribuem de igual forma para a mensuração do constructo; não pode, contudo, medir a estabilidade temporal do teste. O coeficiente de correlação obtido através deste teste tende a gerar uma estimação sistemática inferior à da escala na sua totalidade, isto é, a correlação aqui obtida é relativa a metade do teste.

Outro dos testes de consistência interna utilizado é o teste “metade-metade de Guttman”. Neste teste, considera-se uma outra fórmula de estimar a garantia e que pode ser interpretado como o alfa de Cronbach. Trata-se de conceber os itens em dois grandes grupos e tratar estes como itens únicos, mas assume variâncias diferentes das duas metades, em relação ao coeficiente metade-metade de Spearman-Brown.

Foram avaliados a média e o desvio-padrão, a correlação item-item, a correlação item-total, o coeficiente alfa de Cronbach, os valores item-restante – alfa de Cronbach, os valores item-restante – média, a metade-metade de Spearman-Brown, a metade-metade de Guttman e os valores de alfa de Cronbach, metade-metade de Spearman-Brown e metade-metade de Guttman por factores.

Para se efectivar os testes necessários ao conhecimento da fidedignidade da escala já traduzida, solicitou-se a colaboração das Direcções de Enfermagem de cinco instituições hospitalares da zona Norte do país, que autorizaram a sua aplicação aos seus enfermeiros. O processo de amostragem foi do tipo não probabilístico accidental, já que foi em função da presença dos enfermeiros num qualquer turno, não determinado previamente, que o preenchimento dos questionários foi obtido. Na primeira fase, foram entregues 140 questionários. Foram recolhidos 133 questionários e considerados válidos 107, que passaram a constituir a amostra.

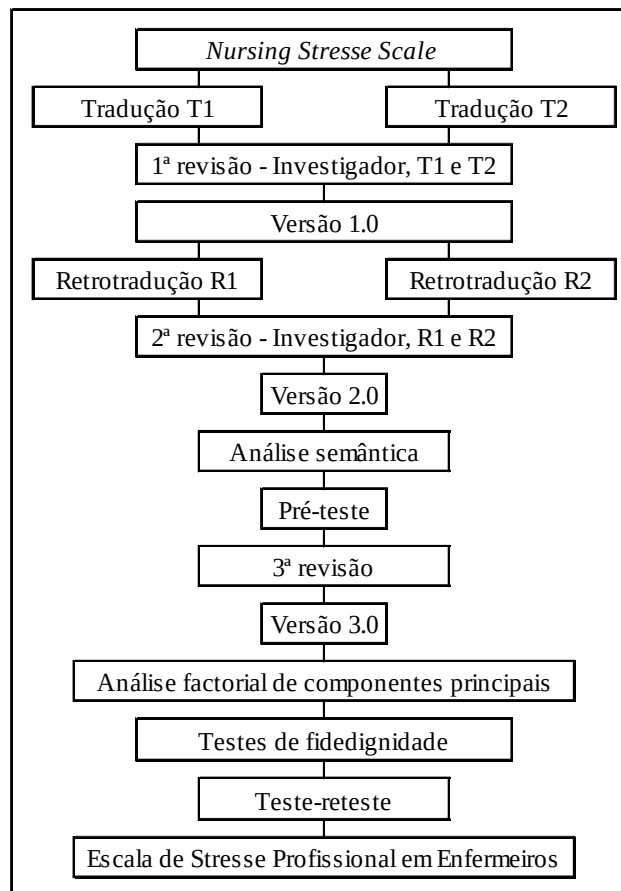
Na NSS original, o teste-reteste foi feito com recurso à verificação da correlação entre os resultados obtidos nas primeira e segunda voltas de lançamento do questionário.

Contudo, para que este estudo pudesse ser realizado através deste teste estatístico, seria necessário que se conhecessem personalizadamente os questionados, para que assim fosse possível emparelhar as respostas dadas por cada um deles nos dois diferentes momentos. Porque não se quis seguir este caminho, que poderia levantar objecções por parte dos participantes, aplicou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney. De acordo com Hart (2001), o teste de Mann-Whitney avalia, dadas duas amostras independentes, se uma das variáveis tende a ter valores mais elevados do que a outra. Para Wijnand e Velde (2000), para decidir se duas amostras podem, razoavelmente, ser consideradas com origem na mesma distribuição (a hipótese nula de não haver uma diferença sistemática) pode ser usado, entre outros, o teste de Mann-Whitney. Se o teste resulta na probabilidade de as amostras terem origem na mesma distribuição, a hipótese nula não é rejeitada; se o teste resulta numa pequena probabilidade de as amostras provirem de uma mesma distribuição, geralmente 5% ou menor, a hipótese nula é rejeitada e a hipótese alternativa (que diz que as amostras têm origem em diferentes distribuições) é aceitável. Diz-se então que há uma diferença significativa ao nível de 5%.

Como seria necessário então, num segundo momento do estudo, recorrer a uma amostra retirada dos mesmos enfermeiros para novo preenchimento do mesmo questionário, podendo assim levar a cabo os procedimentos necessários para a realização da verificação “teste-reteste”, utilizou-se, com a aceitação expressa dos questionados e garantindo assim os direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos e determinados pelos códigos de ética, uma estratégia que permitiu saber quais os enfermeiros que responderam a este questionário, sem, contudo, ser possível associar “a pessoa ao questionário”. Essa estratégia consistiu em pedir aos enfermeiros que preenchessem um cupão com o seu nome, que seria entregue isoladamente dos questionários, para não haver qualquer possibilidade de associação. Então, na segunda fase, dois meses depois da primeira, foi testada a estabilidade temporal da escala, pelo lançamento do mesmo questionário a 54 dos 133 enfermeiros que haviam participado na primeira fase (cerca de 50% dos enfermeiros). Foram recebidos e considerados válidos a totalidade dos questionários, que foram então os considerados para o estudo de teste-reteste.

O Quadro 9 sintetiza os passos implementados para a adaptação transcultural da NSS.

Quadro 9 – Processo de adaptação transcultural: da *NSS* à *ESPE*



3. Resultados

A concretização da metodologia definida para este estudo e atrás descrita permitiu obter os resultados que a seguir se apresentam, com apoio na utilização de quadros, sendo que alguns deles se encontram apenas em Apêndices.

3.1. Permissão para o uso da *NSS*

Após troca de correspondência com um dos autores da *NSS*, na qual se explicavam os objectivos do trabalho, foi obtida permissão para a sua utilização, bem como para a construção de uma versão portuguesa da mesma (Anexo 2).

3.2. Tradução – Retrotradução

O primeiro passo na adaptação transcultural da *NSS* foi o da tradução – retrotradução.

3.2.1. Tradução

O resultado do trabalho de tradução pode ser consultado no Quadro 1 do Apêndice 2. Na primeira coluna do quadro encontra-se a versão original da *NSS*. A segunda coluna apresenta as traduções efectuadas pelo T1 (assinalada como T1), a tradução proposta pelo T2 (referida como T2), bem como a versão de consenso entre tradutores e investigador (assinalada como V1.0), e a que se chamou “Versão 1.0”

Após estas traduções, realizou-se uma primeira revisão, com o contributo de ambos os tradutores, em que se tentou detectar possíveis erros ou interpretações divergentes.

3.2.2. Retrotradução

O resultado do trabalho de retrotradução pode ser consultado no Quadro 2 do Apêndice 2. Nele, a retrotradução proposta pelo R1 é sinalizada pela sigla R1, e o trabalho do R2

é apresentado com a referência R2.

Os retrotradutores desconheciam a escala original, e trabalharam de forma independente.

Após uma revisão e discussão dos resultados entre os Tradutores, os Retrotradutores e o investigador, aceitou-se a nova versão, a que se chamou “Versão 2.0”.

3.3. Análise semântica

No caso do significado referencial, podemos dizer que houve uma correspondência literal entre as duas versões; quanto ao significado geral, podemos dizer que a correspondência foi além da literalidade de palavras ou expressões, tendo sido levados em consideração a pertinência, a aceitabilidade e a adaptabilidade à realidade portuguesa.

3.4. Pré-teste

A Versão 2.0 foi a utilizada para a realização do pré-teste. Feita a análise às sugestões dadas por alguns dos enfermeiros que participaram neste pré-teste, verificou-se que estas não implicavam alterações significativas na Versão 2.0, uma vez que elas não reflectiam dificuldades de interpretação, nem quaisquer colisões com os termos habitualmente usados pelos enfermeiros ou com as suas práticas quotidianas. Assim, a opção foi a de manter a versão em estudo sem alterações, pelo que se passou a considerar a anterior versão como sendo a Versão 3.0.

3.5. Análise factorial de componentes principais

A análise factorial foi realizada para todos os casos e com inclusão dos itens da NSS. Começou-se pelos testes de validade da análise factorial.

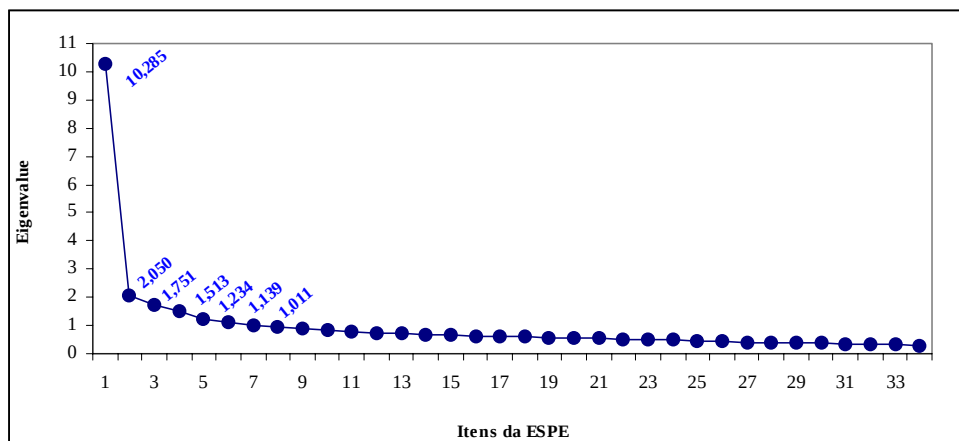
Quadro 10 – ESPE: Teste de KMO e de esfericidade de Bartlett

KMO	0,940
Esfericidade de Bartlett	
Qui.Quadrado (aprox.)	11390,62
Graus de liberdade	561
<i>p</i>	0,000

Como se lê no Quadro 10, o teste de Teste de KMO apresentou um resultado de 0,940. Quanto ao teste de esfericidade de Bartlett, o resultado apresentou um valor de $p = 0,000$.

Seguiu-se, face aos resultados atrás referidos, o processo de extracção de factores. Como se vê pelo Gráfico 1 (e Quadro 3 do Apêndice 2), são sete as componentes principais, já que são as que obtiveram valores próprios superiores a 1. E pelo Quadro 11 percebe-se que ficam retidos na primeira componente os itens 10, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 29, 30, 31, 32 e 33; na segunda, os itens 2, 5, 9 e 24; na terceira componente, os itens 6, 8, 12 e 13; na quarta, os itens, 1, 25, 27, 28 e 34; na seguinte, a componente cinco, ficam retidos os itens 7, 11 e 16; na sexta, os itens 14, 17 e 26; e na componente sete, os itens 3 e 4.

Gráfico 1 – ESPE: Análise factorial



Quadro 11 – ESPE: análise dos componentes principais

Factores	1	2	3	4	5	6	7
Itens							
1				0,45			
2		0,72					
3							0,71
4							0,56
5		0,68					
6			0,63				
7					0,70		
8			0,68				
9		0,67					
10	0,57						
11					0,72		
12			0,64				
13			0,40				
14						0,63	
15	0,66						
16					0,56		
17						0,56	
18	0,73						
19	0,52						
20	0,46						
21	0,49						
22	0,60						
23	0,74						
24		0,57					
25				0,44			
26						0,61	
27				0,61			
28				0,54			
29	0,58						
30	0,52						
31	0,51						
32	0,70						
33	0,64						
34				0,64			

3.6. Testes de fidedignidade

Dos 140 questionários entregues, foram recebidos 133, e foi sobre estes que se realizaram os testes cujos resultados a seguir se apresentam. Contudo, os valores obtidos têm em consideração apenas 107 (80,45%) dos 133 questionários recebidos, já que os restantes 26 questionários (19,55%) não puderam ser considerados válidos (Quadro 12).

Quadro 12 – ESPE: processamento dos casos

	N	%
Válidos	107	80,45
Excluídos	26	19,55
Total	133	100,00

Como se escreveu anteriormente, o resultado possível de obter em cada questionário varia entre os valores 34 e 136.

Em todas as situações em que tal é possível, apresenta-se a par dos resultados obtidos na Versão 3.0 os resultados obtidos pelos investigadores com a aplicação da NSS original.

Média e desvio – padrão

Analisada a Versão 3.0 no seu conjunto, a média dos resultados obtidos foi de 83,50, sendo que o valor máximo encontrado foi de 117, e o valor mínimo foi de 49, ou seja, existe uma amplitude com valor de 68. No que se refere aos itens analisados

individualmente, verifica-se que a média foi de 2,46, sendo que o valor máximo foi de 3,19 e o valor mínimo de 1,74, ou seja, uma amplitude de 1,45. No caso da *NSS*, o valor máximo da média foi de 3,23 e o valor mínimo de 1,66, ao que corresponde uma amplitude de 1,57 (Quadro 13).

Quanto ao desvio-padrão, o valor obtido na Versão 3.0 no seu conjunto foi de 0,88. Analisados individualmente os 34 itens da escala, verificou-se que o valor máximo de desvio-padrão foi de 1,09 e o valor mínimo de 0,65 (Quadro 14).

Quadro 13 – ESPE: média

		Média	Máximo	Mínimo	Amplitude
Escala total	Versão 3.0	83,50	117	49	68
	<i>NSS</i>				
Itens	Versão 3.0	2,46	3,19	1,74	1,45
	<i>NSS</i>		3,23	1,66	1,57

Quadro 14 – ESPE: desvio-padrão

	Desvio-padrão	Máximo	Mínimo
Versão 3.0	0,88	1,09	0,65
<i>NSS</i>			

Correlação item – item

No Quadro 15 pode-se ver a relação item-item. Verificados os valores apresentados, vê-se que os valores de correlação variam entre 0,63 como valor máximo, e -0,01 como valor mínimo. Aliás, encontram-se dois valores negativos neste estudo de correlação: os do cruzamento dos itens 6 e 11, com um valor de -0,00, e os do cruzamento dos itens 22 e 27, com o valor de -0,01.

Quadro 15 – ESPE: correlação item-item

Item.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	
1	1,00																																		
2	0,17	1,00																																	
3	0,10	0,21	1,00																																
4	0,20	0,22	0,63	1,00																															
5	0,26	0,41	0,35	0,36	1,00																														
6	0,05	0,38	0,33	0,30	0,32	1,00																													
7	0,18	0,32	0,18	0,22	0,41	0,31	1,00																												
8	0,24	0,09	0,49	0,36	0,33	0,37	0,22	1,00																											
9	0,25	0,53	0,17	0,26	0,55	0,31	0,40	0,25	1,00																										
10	0,32	0,15	0,33	0,32	0,57	0,29	0,34	0,30	0,43	1,00																									
11	0,24	0,05	0,18	0,17	0,19	0,00	0,46	0,22	0,09	0,31	1,00																								
12	0,23	0,33	0,46	0,46	0,43	0,38	0,36	0,62	0,39	0,43	0,19	1,00																							
13	0,24	0,27	0,15	0,36	0,32	0,34	0,16	0,33	0,32	0,26	0,32	0,47	1,00																						
14	0,29	0,25	0,22	0,33	0,38	0,26	0,35	0,23	0,35	0,39	0,30	0,30	0,42	1,00																					
15	0,29	0,28	0,15	0,23	0,39	0,21	0,20	0,25	0,28	0,39	0,20	0,31	0,41	0,40	1,00																				
16	0,18	0,28	0,30	0,29	0,36	0,13	0,33	0,15	0,21	0,25	0,28	0,29	0,34	0,30	0,55	1,00																			
17	0,30	0,23	0,12	0,23	0,35	0,19	0,40	0,30	0,31	0,33	0,43	0,40	0,51	0,40	0,32	0,46	1,00																		
18	0,42	0,29	0,21	0,26	0,46	0,27	0,40	0,26	0,37	0,54	0,34	0,41	0,39	0,37	0,50	0,51	0,52	1,00																	
19	0,14	0,22	0,21	0,27	0,31	0,31	0,23	0,23	0,26	0,44	0,22	0,33	0,35	0,19	0,29	0,28	0,27	0,47	1,00																
20	0,17	0,28	0,19	0,20	0,38	0,44	0,32	0,30	0,28	0,35	0,23	0,40	0,26	0,24	0,31	0,21	0,33	0,49	0,36	1,00															
21	0,36	0,25	0,37	0,43	0,44	0,40	0,27	0,38	0,40	0,48	0,12	0,58	0,32	0,39	0,32	0,31	0,37	0,49	0,34	0,57	1,00														
22	0,18	0,29	0,05	0,08	0,30	0,35	0,24	0,24	0,46	0,35	0,12	0,38	0,17	0,18	0,17	0,13	0,31	0,41	0,42	0,36	0,35	1,00													
23	0,29	0,34	0,20	0,32	0,35	0,18	0,36	0,26	0,47	0,35	0,35	0,39	0,37	0,39	0,48	0,31	0,44	0,54	0,36	0,40	0,46	0,47	1,00												
24	0,11	0,38	0,25	0,26	0,61	0,23	0,35	0,17	0,44	0,38	0,21	0,27	0,29	0,33	0,36	0,20	0,26	0,41	0,26	0,32	0,26	0,25	0,49	1,00											
25	0,09	0,05	0,02	0,05	0,22	0,17	0,03	0,16	0,23	0,24	0,09	0,13	0,32	0,21	0,21	0,12	0,19	0,28	0,31	0,35	0,30	0,17	0,14	0,18	1,00										
26	0,24	0,27	0,30	0,43	0,43	0,29	0,36	0,29	0,42	0,50	0,31	0,37	0,40	0,61	0,32	0,31	0,43	0,35	0,31	0,32	0,47	0,35	0,40	0,32	0,26	1,00									
27	0,32	0,30	0,08	0,14	0,11	0,11	0,08	0,10	0,14	0,13	0,14	0,20	0,31	0,27	0,33	0,18	0,18	0,29	0,17	0,21	0,27	-0,01	0,21	0,13	0,29	0,29	1,00								
28	0,22	0,20	0,18	0,24	0,18	0,13	0,03	0,22	0,07	0,19	0,28	0,27	0,28	0,15	0,30	0,11	0,20	0,36	0,30	0,31	0,40	0,14	0,36	0,13	0,16	0,29	0,51	1,00							
29	0,09	0,37	0,01	0,09	0,25	0,28	0,29	0,03	0,36	0,26	0,08	0,24	0,18	0,30	0,31	0,22	0,37	0,45	0,27	0,27	0,30	0,60	0,52	0,41	0,10	0,16	0,05	0,07	1,00						
30	0,38	0,21	0,01	0,15	0,28	0,21	0,20	0,14	0,28	0,34	0,24	0,28	0,35	0,31	0,22	0,20	0,30	0,46	0,31	0,29	0,42	0,20	0,35	0,31	0,37	0,36	0,36	0,51	0,28	1,00					
31	0,20	0,39	0,24	0,38	0,49	0,33	0,16	0,22	0,49	0,42	0,11	0,48	0,54	0,34	0,38	0,30	0,38	0,37	0,36	0,26	0,53	0,33	0,42	0,34	0,20	0,45	0,27	0,30	0,30	0,28	1,00				
32	0,11	0,25	0,22	0,30	0,35	0,18	0,26	0,25	0,39	0,43	0,22	0,39	0,41	0,29	0,33	0,28	0,23	0,46	0,37	0,33	0,41	0,34	0,53	0,34	0,10	0,46	0,15	0,34	0,36	0,38	0,38	1,00			
33	0,23	0,34	0,23	0,31	0,47	0,36	0,25	0,28	0,42	0,47	0,09	0,36	0,36	0,41	0,25	0,28	0,31	0,39	0,46	0,45	0,44	0,44	0,38	0,40	0,26	0,55	0,23	0,29	0,38	0,39	0,33	0,46	1,00		
34	0,22	0,05	0,03	0,17	0,19	0,23	0,08	0,22	0,15	0,26	0,14	0,27	0,40	0,22	0,19	0,18	0,20	0,31	0,36	0,34	0,30	0,20	0,32	0,19	0,42	0,29	0,36	0,31	0,21	0,55	0,27	0,35	0,40	1,00	

Correlação item – total

Quadro 16 – ESPE: correlação item-total

Itens	Correlação item-total		Itens	Correlação item-total	
	Versão 3.0	NSS		Versão 3.0	NSS
1	0,39	0,30	18	0,71	0,27
2	0,47	0,51	19	0,54	0,42
3	0,38	0,41	20	0,57	0,29
4	0,48	0,42	21	0,68	0,45
5	0,64	0,41	22	0,49	0,42
6	0,48	0,39	23	0,66	0,48
7	0,47	0,44	24	0,53	0,53
8	0,46	0,25	25	0,35	0,52
9	0,58	0,55	26	0,64	0,50
10	0,62	0,28	27	0,36	0,53
11	0,37	0,29	28	0,43	0,39
12	0,65	0,37	29	0,45	0,40
13	0,59	0,15	30	0,53	0,47
14	0,56	0,49	31	0,61	0,62
15	0,53	0,47	32	0,57	0,41
16	0,46	0,33	33	0,63	0,39
17	0,57	0,51	34	0,45	0,39

Os valores da correlação de cada item com a escala no seu conjunto, na Versão 3.0, podem ser verificados no Quadro 16. Os valores da correlação de cada item com o total variam entre 0,71 e 0,35. No caso da NSS, pode-se verificar que os valores de correlação de cada item com a escala no seu conjunto variam entre o valor máximo de 0,62 e o mínimo de 0,15.

Coefficiente alfa de Cronbach

Conforme é possível verificar no Quadro 17, o valor obtido na Versão 3.0 para o alfa de Cronbach é de 0,93. A escala NSS apresentava um valor de alfa de Cronbach de 0,89.

Os mesmos valores acontecem, tanto na Versão 3.0 quanto na *NSS*, quando se procuram os valores de alfa de Cronbach com os itens *standardizados*.

Quadro 17 – ESPE: alfa de Cronbach

alfa de Cronbach		alfa Cronbach – itens <i>standardizados</i>	
Versão 3.0	<i>NSS</i>	Versão 3.0	<i>NSS</i>
0,93	0,89	0,93	0,89

Considerou-se ainda a escala dividida em duas partes a propósito do teste de alfa de Cronbach.

A parte 1 (itens 1 a 17) apresenta um alfa de Cronbach de 0,88, e a parte 2 (itens 18 a 34) apresenta um alfa de Cronbach de 0,89 (Quadro 18).

Quadro 18 – ESPE: alfa de Cronbach / metade da escala

	alfa Cronbach	
	Versão 3.0	<i>NSS</i>
Parte 1 (itens 1 a 17)	0,88	
Parte 2 (itens 18 a 34)	0,89	

Alfa de Cronbach: valores item – restante

Como se pode verificar no Quadro 19, os valores de alfa de Cronbach da Versão 3.0, se cada um dos itens for retirado, tem em todas as situações um valor igual ao de alfa de Cronbach da escala total (0,93).

Quadro 19 – ESPE: alfa de Cronbach / item-restante

Itens	alfa de Cronbach, se item retirado		Itens	alfa de Cronbach, se item retirado	
	Versão 3.0	NSS		Versão 3.0	NSS
1	0,93		18	0,93	
2	0,93		19	0,93	
3	0,93		20	0,93	
4	0,93		21	0,93	
5	0,93		22	0,93	
6	0,93		23	0,93	
7	0,93		24	0,93	
8	0,93		25	0,93	
9	0,93		26	0,93	
10	0,93		27	0,93	
11	0,93		28	0,93	
12	0,93		29	0,93	
13	0,93		30	0,93	
14	0,93		31	0,93	
15	0,93		32	0,93	
16	0,93		33	0,93	
17	0,93		34	0,93	

Valores item – restante: média

No que se refere à média da escala se retirado cada um dos itens de *per si* (Quadro 20), verifica-se que os valores variam entre 81,76 e 80,31, não diferindo substancialmente, portanto, da média encontrada na escala no seu conjunto (83,50).

Quadro 20 – ESPE: Média / item restante

Itens	Média, se item retirado		Itens	Média, se item retirado	
	Versão 3.0	NSS		Versão 3.0	NSS
1	81,51		18	80,98	
2	81,30		19	81,36	
3	80,88		20	81,09	
4	80,76		21	80,31	
5	80,89		22	81,76	
6	80,91		23	81,25	
7	81,37		24	81,11	
8	80,92		25	81,12	
9	81,19		26	80,99	
10	81,18		27	80,71	
11	81,54		28	80,66	
12	80,71		29	81,63	
13	81,02		30	80,53	
14	80,93		31	80,37	
15	81,15		32	81,11	
16	81,58		33	81,02	
17	80,79		34	80,72	

Metade – metade de Spearman-Brown

Quadro 21 – ESPE: metade-metade de Spearman-Brown

Metade-metade Spearman-Brown	
Versão 3.0	NSS
0,87	0,79

No que se refere à Versão 3.0, o teste do coeficiente metade-metade de Spearman-Brown apresenta um valor de 0,87. No caso da NSS, o valor metade-metade de Spearman-Brown é de 0,79 (Quadro 21).

Metade – metade de Guttman

Quadro 22 – ESPE: metade-metade de Guttman

Metade-metade Guttman	
Versão 3.0	NSS
0,87	0,79

No que se refere à Versão 3.0, o teste do coeficiente metade-metade de Guttman apresenta um valor de 0,87. Na NSS, o valor encontrado foi de 0,79 (Quadro 22).

Alfa de Cronbah, metade-metade de Spearman-Brown e metade-metade de Guttman, por factores

Quadro 23 – ESPE: Spearman-Brown, Guttman, e alfa de Cronbach / itens por factores

	Correlação do itens dos factores							
	Metade-metade Spearman-Brown		Metade-metade Guttman		Alfa Cronbach		Alfa Cronbach com itens <i>standardizados</i>	
	NSS	Versão 3.0	NSS	Versão 3.0	NSS	Versão 3.0	NSS	Versão 3.0
Factor I	0,77	0,82	0,76	0,80	0,77	0,83	0,78	0,83
Factor II	0,71	0,71	0,68	0,63	0,68	0,70	0,68	0,70
Factor III	0,84	0,77	0,74	0,68	0,75	0,74	0,76	0,74
Factor IV	0,57	0,57	0,46	0,46	0,64	0,63	0,65	0,63
Factor V	0,73	0,75	0,70	0,70	0,68	0,74	0,70	0,75
Factor VI	0,77	0,73	0,77	0,73	0,77	0,74	0,77	0,74
Factor VII	0,78	0,75	0,74	0,70	0,80	0,79	0,80	0,79

Procedeu-se também à análise dos resultados considerando os 34 itens agrupados pelos 7 factores determinados na NSS (Quadro 23).

No que se refere ao teste Metade-metade de Spearman-Brown, verifica-se que os

valores de correlação variam entre 0,57 (factor V) e 0,82 (factor I). Está-se assim perante valores de correlação positiva, com algumas variações em relação ao que foi encontrado na *NSS*.

Os valores do teste Metade-metade de Guttman variam entre 0,46 (factor IV) e 0,80 (factor I), sendo por isso, também, positivos e idênticos ao da *NSS*.

Quanto aos valores de alfa de Cronbach, verifica-se que na Versão 3.0 o valor máximo é de 0,83 (factor I) e o valor mínimo é de 0,63 (factor IV). No caso da *NSS*, o valor máximo corresponde ao factor VII (0,80) e o valor mínimo ao factor IV (0,63).

Considerados os itens *standardizados*, encontram-se valores em tudo idênticos aos anteriores.

3.7. Teste – reteste

No Quadro 24, pode verificar-se quais as médias e as somas obtidas, por item, em cada um dos grupos: o grupo de teste (grupo 1) e o grupo de reteste (grupo 2). As somas são, obviamente, distintas em cada um dos grupos, já que eles eram integrados por um número substancialmente diferente de elementos. Contudo, as médias são idênticas: no primeiro grupo, as médias variam entre 88,30 e 97,25; no segundo grupo, entre 85,48 e 103,99. A maior diferença encontrada é de 14,78 e a menor de 11,30.

O Quadro 25 apresenta os valores de *p* obtidos pela aplicação do mesmo teste de Mann-Whitney item a item e nele se verifica que os valores obtidos variam entre 0,07 (o valor mais baixo, encontrado no item 1) e 0,94 (o valor mais elevado, encontrado no item 31).

Quadro 24 – ESPE: Mann-Whitney / médias e somas por item e por grupo

Itens	Grupo	Teste de Mann-Whitney		Itens	Grupo	Teste de Mann-Whitney	
		Média	Soma			Média	Soma
1	1	88,54	11510,00	18	1	91,01	12104,00
	2	102,04	5510,00		2	101,37	5474,00
2	1	89,54	11819,00	19	1	93,30	12315,00
	2	103,19	5572,00		2	94,00	5076,00
3	1	91,32	12146,00	20	1	92,32	12279,00
	2	100,59	5432,00		2	98,13	5299,00
4	1	96,52	12837,50	21	1	96,78	12775,00
	2	87,79	4740,50		2	85,48	4616,00
5	1	92,30	12183,00	22	1	88,92	11648,00
	2	96,44	5208,00		2	102,91	5557,00
6	1	91,72	12015,00	23	1	89,21	11775,50
	2	96,11	5190,00		2	103,99	5615,50
7	1	91,77	12113,00	24	1	91,07	12021,50
	2	97,74	5278,00		2	99,44	5369,50
8	1	92,75	12058,00	25	1	91,02	12014,00
	2	91,89	4962,00		2	99,57	5377,00
9	1	89,05	11665,00	26	1	95,45	12694,50
	2	102,59	5540,00		2	90,44	4883,50
10	1	90,70	11881,50	27	1	96,76	12868,50
	2	98,58	5323,50		2	87,21	4709,50
11	1	92,03	12240,00	28	1	94,83	12517,00
	2	98,85	5338,00		2	90,26	4874,00
12	1	91,93	12043,00	29	1	91,38	12062,50
	2	95,59	5162,00		2	98,68	5328,50
13	1	88,30	11303,00	30	1	97,25	12934,00
	2	99,07	5350,00		2	86,00	4644,00
14	1	95,92	12757,00	31	1	92,68	12048,00
	2	89,28	4821,00		2	92,07	4972,00
15	1	90,10	11713,50	32	1	89,50	11814,00
	2	98,27	5306,50		2	103,28	5577,00
16	1	90,56	11773,00	33	1	95,37	12684,50
	2	97,17	5247,00		2	90,62	4893,50
17	1	95,40	12688,50	34	1	97,12	12916,50
	2	90,55	4889,50		2	86,32	4661,50

Quadro 25 – ESPE: Mann-Whitney / item por item

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Valor de p	0,07	0,08	0,24	0,28	0,62	0,59	0,46	0,91	0,08	0,32	0,38	0,66

Item	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Valor de p	0,18	0,40	0,30	0,38	0,55	0,19	0,92	0,49	0,16	0,08	0,06	0,29

Item	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
Valor de p	0,29	0,53	0,25	0,56	0,36	0,17	0,94	0,08	0,55	0,19

4. Discussão dos resultados

O Estudo 1 consistiu na adaptação transcultural da escala *NSS*. Foram seguidos os passos que a literatura consultada indica como necessários a essa concretização, a começar obviamente pela atitude ética de obtenção de permissão por parte dos seus autores para utilização e adaptação transcultural da escala, permissão que foi imediata ao primeiro contacto estabelecido e que permite reflectir com agrado sobre o modo como muitos investigadores consideram o seu trabalho: importante não em termos puramente pessoais mas fundamentalmente como um contributo que deve estar à disposição de toda a comunidade científica.

Na primeira fase do estudo revelou-se fundamental a análise que foi feita do artigo no qual foi divulgada a *NSS*, tanto como a disponibilidade e abertura do autor da escala original, já que foi possível perceber um erro de edição naquele artigo e alterar a tempo a escala de Likert que viria a ser incluída nas diferentes versões de teste e na versão final da escala portuguesa.

Para a tradução da escala, foram envolvidos enfermeiros de língua materna inglesa a exercer funções há vários anos em instituições hospitalares portuguesas (logo, com

conhecimento também da língua portuguesa). Era fundamental que esta fase da adaptação da *NSS* se apoiasse em enfermeiros que, por um lado, fossem detentores de uma razoável experiência de exercício profissional em instituições hospitalares portuguesas e do norte de país (já que os termos utilizados tanto dentro como fora do âmbito da saúde e da enfermagem são muitas vezes influenciados por “tendências” regionalistas) e por outro que tivessem vivido boa parte da sua vida em países (e em contextos familiares) onde a língua utilizada fosse a inglesa, língua na qual a *NSS* foi criada. O resultado foi a Versão 1.0.

Quanto à retrotradução, nela foram envolvidos dois académicos. Não eram enfermeiros, já que não estava em causa uma análise contextualizada pelo ambiente de trabalho de enfermagem, nem conheciam a escala original, o que a acontecer poderia influenciar o seu trabalho de retrotradução. Tratava-se de peritos peritos em língua inglesa, e o objectivo do seu trabalho era a posterior análise comparativa da versão original da *NSS* com a versão portuguesa saída do trabalho de tradução e de retrotradução. O resultado foi a Versão 2.0.

A análise semântica, isto é, o estudo dos significados das palavras e da sua contextualização na temática em apreço, foi feita em trabalho de grupo, apreciando-se a equivalência entre as traduções, as retrotraduções e a escala original. Aliás, já no caso dos tradutores lhes tinha sido pedido que a tradução tivesse por base uma análise semântica e não literal.

A opção por uma amostra de 30 enfermeiros de diferentes instituições hospitalares para a realização do pré-teste à Versão 2.0 foi assumida como indicada para esta fase do estudo, já que se estava numa fase preliminar do mesmo e porque se pretendia tão só garantir a inexistência de dificuldades na interpretação de cada um dos itens da versão a testar. O facto de não terem sido levantadas questões, de interpretação ou outras, permitiu concluir que tinha sido desenvolvido um bom trabalho nas fases anteriores deste processo (tradução, retrotradução e análise semântica). Considerou-se então a Versão 3.0, que passaria assim à fase dos estudos estatísticos.

A avaliação das propriedades psicométricas da versão 3.0 incluiu a análise factorial, testes de fidedignidade e o teste-reteste.

O teste KMO apresentou um resultado muito bom (encontra-se entre 0,90 e 1,00) e que permitiu considerar que a análise de componentes principais podia ser feita.

Também o teste de Bartlett, que resultou num valor de p inferior a 0,05, apontou para o facto de as variáveis serem correlacionáveis (Pereira, 2006).

O processo de extracção de factores (Análise de Componentes Principais com rotação *Quartimax*) revelou a existência de sete componentes principais na Versão 3.0, tantas quantas as componentes da escala original *NSS*. Contudo, os itens que ficaram retidos em cada uma das componentes diferiam, em algumas situações, da retenção que aconteceu com a *NSS*. Entendeu-se contudo, porque as diferenças não eram apreciáveis e porque a retenção dos itens da *NSS* tinha sentido no contexto português, de acordo com as análises feitas e descritas, não fazer alterações, permitindo assim a comparação com os resultados obtidos na *NSS*.

Os testes de fidedignidade da escala foram feitos sobre os dados recolhidos junto de enfermeiros de diversas instituições hospitalares e, sempre que possível, comparados com os valores obtidos pelo autor da *NSS*.

O valor de alfa de Cronbach encontrado, de 0,93, era superior ao encontrado na *NSS* (de 0,89). A literatura indica o valor de 0,60 como aceitável em estudos exploratórios, mas também o valor de 0,80 para que se possa considerar a escala como “uma boa escala” e os valores entre 0,80 e 1 como os ideais numa escala cuja resposta é de escolha múltipla (Statistics Solutions Inc., 2006). O valor encontrado na Versão 3.0 superou, então, os valores referidos.

Os valores encontrados de alfa de Cronbach no estudo item-restante foram elevados, iguais aos de alfa de Cronbach para a escala total, ou seja, 0,93, o que permitiu concluir que nenhum item tinha uma baixa correlação com a escala total (o que eventualmente

sugeriria a necessidade da sua retirada). Aliás, o mesmo aconteceu quando o mesmo estudo foi feito mas tendo em conta as médias, com valores entre 81,76 e 80,31 que em pouco diferiam do valor da média encontrada na escala (83,50).

Também os valores encontrados no estudo item-total (entre 0,35 e 0,71) permitiram concluir da boa consistência interna da Versão 3.0.

O teste “metade-metade de Spearman-Brown” resultou também num valor ainda mais alto (0,87) do que o encontrado na *NSS* (0,79), conclusivo da consistência interna da Versão 3.0, que apresenta assim bons valores em cada uma das suas metades. Valores iguais tanto na Versão 3.0 como na *NSS* foram encontrados com a aplicação do teste “metade-metade de Guttman”, permitindo assim idênticas conclusões.

Os mesmos testes, aplicados agora não à Versão 3.0 na sua globalidade mas a cada um dos factores resultantes da análise de componentes principais, resultaram em valores que permitem tirar para cada um deles as mesmas conclusões que foram retiradas para a escala. Na verdade, os valores são todos elevados e genericamente superiores aos encontrados na *NSS* em testes idênticos.

O lançamento do mesmo questionário, em momento diferido, a uma amostra do grupo de enfermeiros que no primeiro momento tinham respondido ao questionário e a aplicação do teste de Mann-Whitney permitiu fazer a verificação teste-reteste e concluir-se da estabilidade temporal da escala. O facto de os valores de *p* do emparelhamento de todos os itens serem superiores a 0,05 (e na grande maioria dos casos consideravelmente superiores) permitiu concluir que as diferenças observadas entre as respostas obtidas no primeiro e no segundo momentos não são estatisticamente significativas. Ou seja, para um intervalo de confiança de 95% foi possível aceitar a hipótese nula de não haver diferenças significativas entre as respostas dadas no primeiro e no segundo momentos de lançamento da Versão 3.0.

Com base em todos os resultados, conclui-se que a consistência interna da escala era forte, bem como a sua estabilidade temporal.

Foi então atingido o objectivo de adaptação transcultural da escala *NSS*, considerando-se válida a Versão 3.0 testada e a consequente Escala de Stresse Profissional em Enfermeiros (Quadro 26).

Importa referir que esta versão deverá ser sujeita a posteriores trabalhos de investigação, de modo particular porque, apesar de ter sido assumida a opção de não fazer alterações na escala portuguesa ao modo como na versão original os diversos factores da escala foram extraídos, o que é verdade é que a extracção dos mesmos factores na escala portuguesa pode ter uma distribuição ligeiramente diferente. Tal implicará que determinados itens venham a ser retidos em factores diferentes daqueles em que neste momento se encontram integrados.

Quadro 26 – Escala de Stresse Profissional em enfermeiros

Esta escala apresenta um conjunto de situações que, com alguma frequência, ocorrem numa unidade hospitalar. Coloque, para cada uma delas, um círculo (O) no ponto da escala que considerar mais de acordo com a resposta que pretende dar. Note bem: Não lhe peço que me diga “com que frequência estas situações acontecem no seu Serviço”. O que lhe peço é que indique, para cada situação, “qual a frequência com que a sente (quando acontece) como stressante”. Se há alguma situação que nunca ocorra no seu Serviço, deixe a questão por responder.				
ESCALA DE STRESSE PROFISSIONAL EM ENFERMEIROS	Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito frequentemente
1. Avaria informática	1	2	3	4
2. Ser criticado por um médico	1	2	3	4
3. Executar procedimentos que os doentes sentem como dolorosos	1	2	3	4
4. Sentir-se impotente quando um doente não melhora com os tratamentos	1	2	3	4
5. Conflito com um superior hierárquico	1	2	3	4
6. Conversar com o doente sobre a proximidade da sua morte	1	2	3	4
7. Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço	1	2	3	4
8. A morte de um doente	1	2	3	4
9. Conflito com um médico	1	2	3	4
10. Receio de cometer erros ao tratar de um doente	1	2	3	4
11. Falta de oportunidade para partilhar experiências e sentimentos com outros membros da equipa do serviço	1	2	3	4
12. A morte de um doente com quem se desenvolveu uma relação de proximidade	1	2	3	4
13. Ausência do médico quando um doente morre	1	2	3	4
14. Desacordo em relação ao tratamento de um doente	1	2	3	4
15. Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais	1	2	3	4
16. Falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa, os sentimentos negativos sobre o doente	1	2	3	4
17. Informação inadequada fornecida pelo médico em relação à situação clínica do doente	1	2	3	4
18. Não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo doente	1	2	3	4
19. Tomar uma decisão no que diz respeito ao tratamento do doente	1	2	3	4
20. Ser mobilizado para outro serviço para suprir falta de pessoal	1	2	3	4
21. Ver um doente em sofrimento	1	2	3	4
22. Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, de outro serviço	1	2	3	4
23. Sentir falta de preparação para dar apoio às necessidades emocionais do doente	1	2	3	4
24. Receber críticas de um superior hierárquico	1	2	3	4
25. Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho	1	2	3	4
26. Prescrições médicas aparentemente inapropriadas para o tratamento de um doente	1	2	3	4
27. Demasiadas tarefas fora do estrito âmbito profissional, tal como trabalho administrativo	1	2	3	4
28. Falta de tempo para dar apoio emocional ao doente	1	2	3	4
29. Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, do mesmo serviço	1	2	3	4
30. Falta de tempo para executar todas as actividades de enfermagem	1	2	3	4
31. Ausência de um médico durante uma situação de emergência médica	1	2	3	4
32. Não saber o que deve ser dito ao doente e à sua família acerca do seu estado e do tratamento	1	2	3	4
33. Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado	1	2	3	4
34. Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço	1	2	3	4

CAPÍTULO 2 – ESTUDO 2: STRESSE PROFISSIONAL

1. Introdução

Delbrouck (2006) afirma que o stresse e até a exaustão profissional têm probabilidades de acontecer em qualquer membro de uma profissão em cuja filosofia esteja subjacente a prática da relação de ajuda ou de apoio a uma pessoa e sempre que da qualidade dessa relação dependa a qualidade da ajuda e a sua eficácia. E apresenta os médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais como exemplos desse tipo de profissionais.

Com a realização deste Estudo 2, ambicionava-se retirar conclusões relacionadas com alguns dos objectivos definidos, nomeadamente, conhecer a frequência com que determinadas situações profissionais são percebidas pelos enfermeiros como stressantes, conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o nível de stresse no exercício da profissão, conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o nível de stresse em diferentes dias de semana e turnos de trabalho e saber se existem diferenças significativas em cada um dos aspectos-alvo dos restantes objectivos em função de alguns dados sócio-demográficos e profissionais.

Para isso, importava tomar decisões sobre a metodologia a seguir neste estudo a propósito do stresse profissional dos enfermeiros.

Duas notas introdutórias são fundamentais. No que se refere a aspectos relativos à Carreira de Enfermagem, este estudo teve sempre presente o estabelecido no Decreto-lei 437/91 de 8 de Novembro. É verdade que este documento legal, que consubstanciava a Carreira de Enfermagem, está hoje já revogado em boa parte pelo Decreto-Lei 248/2009 de 22 de Setembro; mas era o que vigorava quando tiveram lugar as opções metodológicas que orientaram todo o trabalho empírico efectivado. Também, quando no que respeita ao tipo de vínculo se fala em “nomeação definitiva”, a referência é feita ao

que hoje se denomina como “contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado”. Nas “contratações” incluíam-se todo o restante tipo de contratos.

2. Metodologia

A cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as actividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação (Fortin, 2003).

Os procedimentos levados a efeito para a sua concretização foram os que a seguir se descrevem.

2.1. Tipo de Estudo

Optou-se por um estudo de nível II, descritivo-correlacional, já que se pretendia descrever fenómenos e encontrar relações entre variáveis em âmbitos nos quais não existem estudos publicados ao nível nacional. Não se pretendia, contudo, explicar essas relações, mas apenas descrevê-las (Fortin, 2003).

Tratou-se de um estudo quantitativo, assente portanto num processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, transversal, uma vez que os dados foram obtidos numa única ocasião junto dos sujeitos da investigação, e desenvolvido em meio natural, ou seja, fora de lugares altamente controlados, como os laboratórios (Fortin, 2003).

2.2. População, amostra, processo de amostragem

A população compreende todos os elementos que partilham características comuns, definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo. E entende-se por amostra, um conjunto de sujeitos pertencentes à população, que são convidados a participar do estudo, e que se caracteriza como “uma réplica em miniatura da população” (Fortin, 2003).

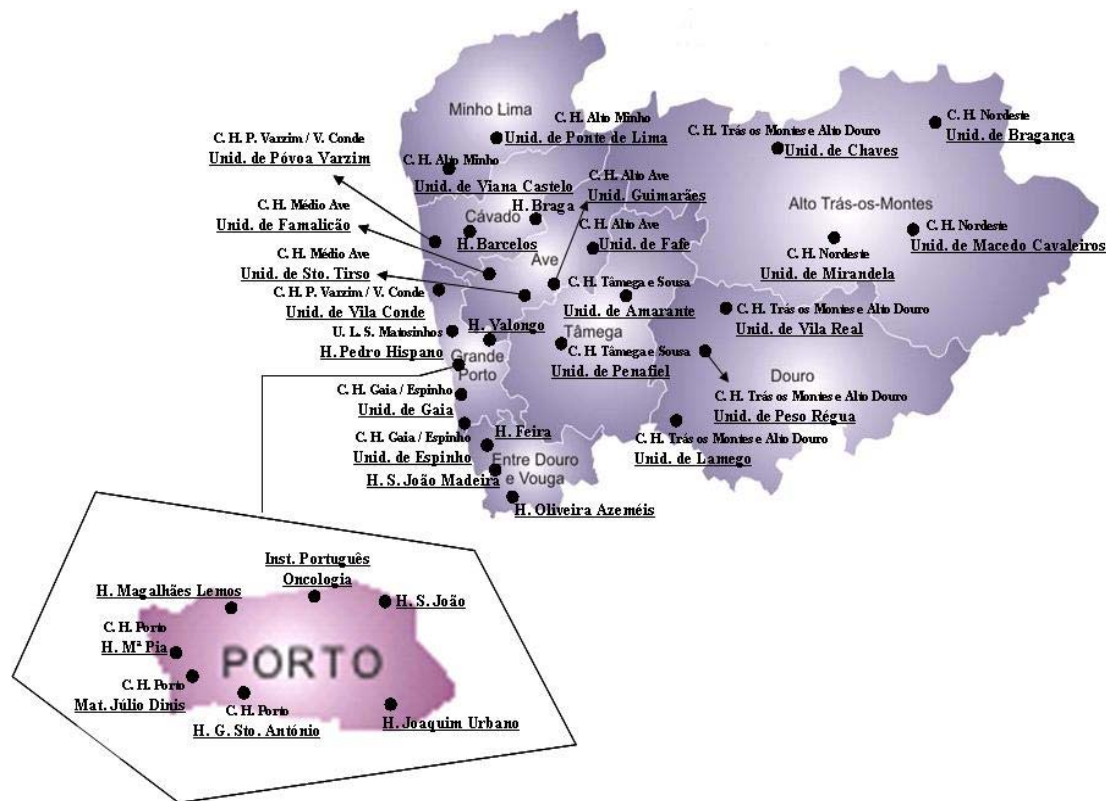
A população do estudo foi constituída pelos enfermeiros que exerciam funções na área da prestação e da gestão de cuidados (enfermeiros, enfermeiros graduados e enfermeiros especialistas) em serviços de urgência e de internamento de hospitais sob a alçada da Administração Regional de Saúde do Norte IP, no momento da recolha dos dados.

Optou-se por uma amostra de tipo não probabilístico accidental, tipo de amostra em que os elementos que compõem o subgrupo são escolhidos em razão da sua presença num local em determinado momento (Fortin, 2003). Assim, a amostra foi constituída por 965 enfermeiros, de acordo com os contactos tidos com as diferentes Direcções de Enfermagem, e que mais à frente se especifica.

Apresenta-se a seguir os dados da amostra deste estudo, dados esses obtidos através da Parte A do questionário lançado, como também adiante se explica. A apresentação é feita através de gráficos, sendo que todos os quadros correspondentes aos referidos gráficos se encontram em Apêndices.

Instituição de exercício profissional

Figura 1 – Mapa da Zona Norte de Portugal com a localização dos Hospitais



Foram recolhidos dados em todos os hospitais sob jurisdição da ARS Norte IP, conforme se pode ver na Figura 1 (e no Quadro 4 do Apêndice 3). Nota para o facto de, na nomeação dos hospitais, se fazer referência aos que não estão sediados na cidade do Porto também pelo nome da respectiva localidade, para uma mais fácil identificação.

O número de questionários entregues em cada hospital foi encontrado com base nos dados que foram fornecidos pela Direcção de Enfermagem de cada um deles, sendo que representam cerca de 10% dos enfermeiros que, no momento da recolha de dados, exerciam funções na área da prestação e da gestão de cuidados dos serviços de urgência e de internamento de cada um desses hospitais.

Entretanto, a junção de vários hospitais levou a que estes passassem a constituir-se como unidades de Centros Hospitalares e de Unidades Locais de Saúde (Quadro 5 do

Apêndice 3).

A necessidade de classificação dos dados era evidente. Na verdade, não era boa opção manter tão dispersos os dados referentes a esta variável, dada a dificuldade em trabalhá-los e a menor qualidade dos resultados a encontrar.

Assim, duas possibilidades foram equacionadas.

A primeira, a classificação dos dados tendo em conta as sub-regiões estatísticas em que se divide o território português (Unidades Territoriais para Fins Estatísticos de Nível II – NUTS II e Unidades Territoriais para Fins Estatísticos de Nível III – NUTS III), divisão essa que actualmente norteia a organização dos Serviços de Saúde no nosso País.

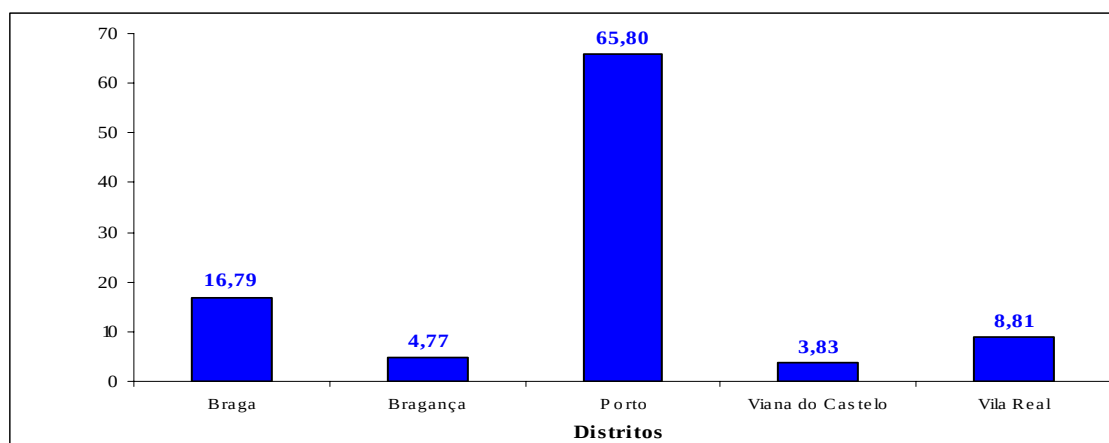
A segunda hipótese de trabalho passava pela classificação dos dados tendo em conta a divisão administrativa de Portugal Continental por distritos. Neste caso, a divisão dos hospitais dos quais foi retirada a amostra deste estudo seria feita pelos distritos de Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo e Vila Real (distritos que pertencem à Região Norte do País), sendo necessário acrescentar ainda os distritos de Aveiro e de Viseu, sendo certo que, destes dois últimos distritos, poucos são os hospitais sob a jurisdição da ARS Norte IP.

A opção recaiu sobre esta última opção, uma vez que os estudos do Instituto Nacional de Estatística actualmente consultáveis foram feitos com base nesta divisão e não (ainda) na divisão do território nacional por NUTS.

Ainda assim, porque do distrito de Viseu apenas o Hospital de Lamego está sob a jurisdição da ARS Norte IP, e tendo em conta a sua proximidade geográfica com o distrito e a cidade de Vila Real bem como o facto de ser uma das Unidades do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, optou-se por incluir os seus enfermeiros no grupo dos que exercem funções em instituições do distrito de Vila Real. Quanto ao distrito de Aveiro, do qual apenas os Hospitais de S. Sebastião, de S. João da Madeira e

de Oliveira de Azeméis se integram na Região Norte no que à Saúde diz respeito, procedeu-se de modo idêntico, incluindo os enfermeiros dos referidos hospitais no distrito do Porto. Esta opção mantém-se ao longo de todo o processo de investigação.

Gráfico 2 – Amostra: distrito



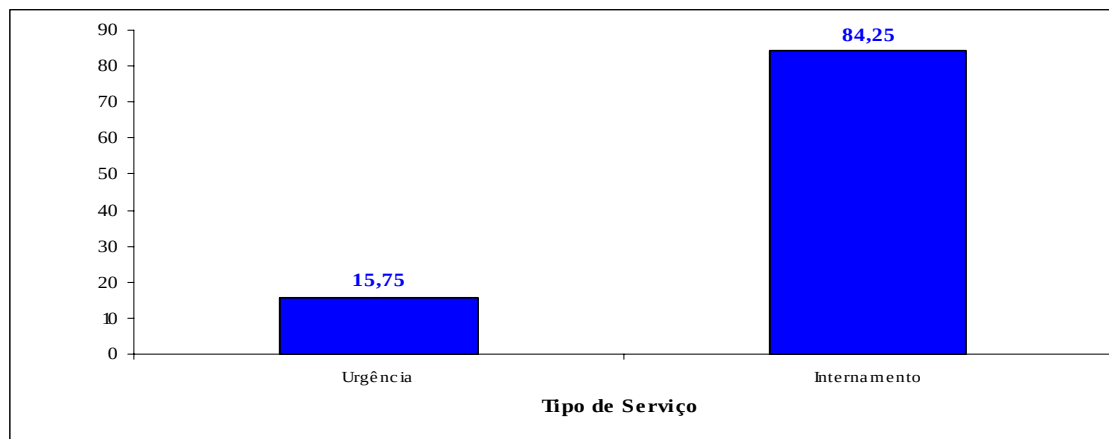
Assim sendo, e de acordo com o Gráfico 2 (e Quadro 6 do Apêndice 3), a amostra deste estudo (965 enfermeiros) ficou constituída por 162 enfermeiros (16,79%) a exercerem funções em hospitais do distrito de *Braga*, 46 enfermeiros (4,77%) a trabalhar em instituições hospitalares do distrito de *Bragança*, 635 enfermeiros (65,80%) no distrito do *Porto* (com inclusão dos enfermeiros do distrito de Aveiro), 37 enfermeiros (3,83%) a exercerem no distrito de *Viana do Castelo* e 85 enfermeiros (8,81%) a trabalhar em hospitais do distrito de *Vila Real* (com inclusão dos profissionais do distrito de Viseu).

Tipo de Serviço

No que se refere, então, ao *tipo de serviço* nos quais os enfermeiros que constituem a amostra exercem as suas funções profissionais, verifica-se no Gráfico 3 (e Quadro 7 do Apêndice 3) que 813 enfermeiros (84,25%) trabalham em *serviços de internamento* e

152 enfermeiros (15,75%) exercem as suas funções em *serviços de urgência*.

Gráfico 3 – Amostra: tipo de serviço



Serviço (Especialidade)

Os enfermeiros da amostra que trabalham em Serviços de Internamento dividem-se entre 19 serviços de especialidades médicas diferentes.

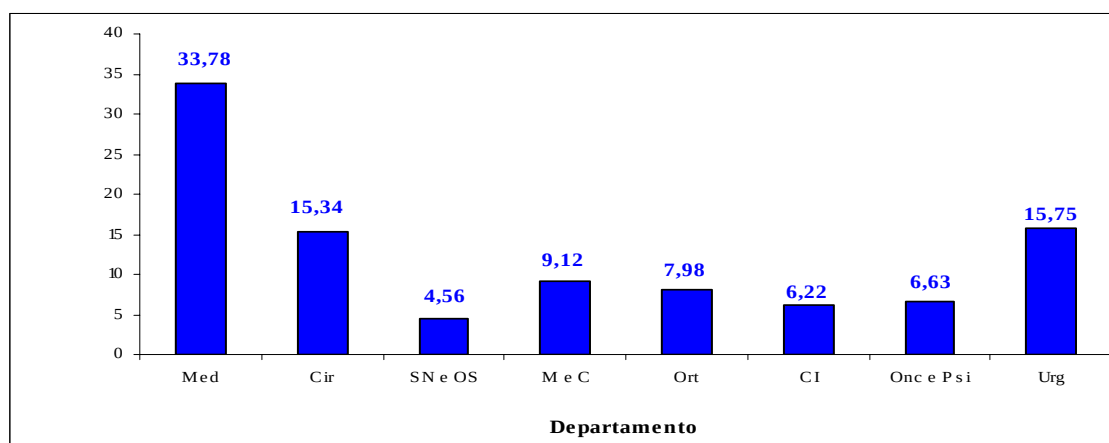
Também em relação a estes dados se entendeu que seria vantajoso classificá-los de modo a torná-los mais facilmente perceptíveis e menos dispersos.

Vários poderiam ter sido os modelos adoptados para a classificação destes dados. A opção recaiu sobre o modelo que foi recentemente adoptado pelo Centro Hospitalar do Porto na criação dos seus departamentos. Mesmo assim, e porque este modelo não dava resposta a todas as necessidades de reclassificação dos serviços de que provinham os enfermeiros da amostra deste estudo, optou-se por incluir os serviços de Doenças Infecciosas e de Pneumologia na área da Medicina e por incluir numa só área os serviços de Psiquiatria e de Oncologia, considerados em termos legislativos como possuidores de condições de exercício particularmente penosas. Nota ainda para o facto de terem sido incluídos na área das Unidades de Cuidados Intensivos enfermeiros que exercem funções, especificamente, em Unidades de Cuidados Intensivos de instituições

hospitalares ligadas às áreas da Mulher e da Criança (Quadro 8 do Apêndice 3).

A partir daqui neste documento, faz-se referência a Departamentos e não a Serviços/Especialidades.

Gráfico 4 – Amostra: departamento

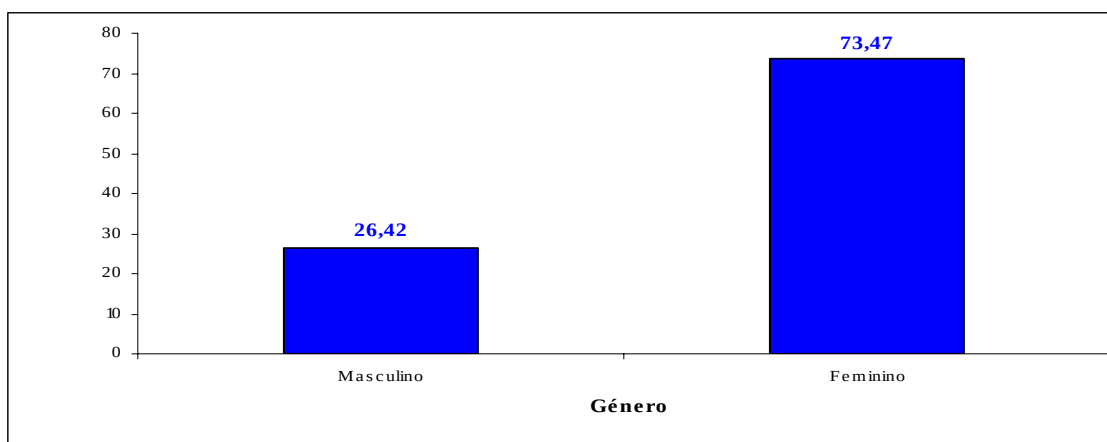


Assim, lê-se através do Gráfico 4 (e Quadro 9 do Apêndice 3) que 326 enfermeiros (33,78%) exercem funções em departamentos de *Medicina*, 148 (15,34%) na área da *Cirurgia*, 44 (4,56%) enfermeiros exercem em departamentos das *Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos*, 88 enfermeiros (9,12%) em departamentos da *Mulher e da Criança*, 77 (7,98%) em departamentos de *Ortopedia*, 60 (6,22%) em unidades de *Cuidados Intensivos* e 64 (6,63%) em departamentos de *Oncologia* ou de *Psiquiatria*. Dos enfermeiros, 6 (0,62%) não responderam a esta questão e 152 enfermeiros (15,75%) exercem funções em departamentos de *Urgência*, pelo que não estão incluídos em nenhuma das áreas acima referenciadas.

Género

No que se refere ao *género*, o Gráfico 5 (e Quadro 10 do Apêndice 3) mostra que 255 dos questionados (26,42%) são do género *masculino* e 709 questionados (73,47%) do género *feminino*. Dos questionados, 1 (0,10%) não deu resposta a esta questão.

Gráfico 5 – Amostra: género



Idade

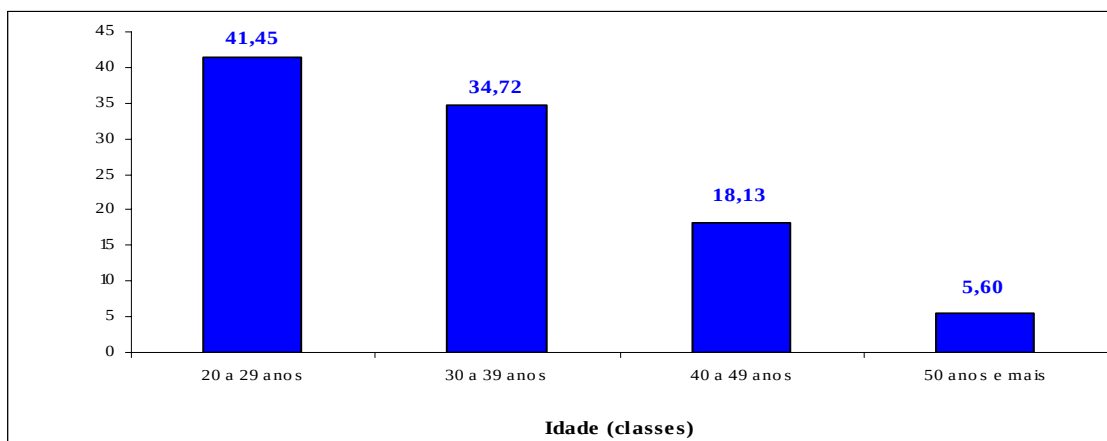
Quadro 27 – Amostra: idade. Estatística descritiva

Idade	
Respostas válidas	964
Não responde	1
Média	34
Mediana	32
Moda	25
Desvio-padrão	8
Mínimo	20
Máximo	64

Quanto à variável de atributo *idade*, verifica-se pela leitura do Quadro 27 que a média é de 34 anos, com um desvio-padrão de 8 anos, sendo que o enfermeiro mais novo tem 20 anos de idade e o mais idoso tem 64 anos de idade. A moda é de 25 anos de idade e a mediana de 32 anos de idade. Dos questionados, um não forneceu esta informação.

Ainda em relação à variável *idade*, e tal como aconteceu com outras variáveis, entendeu-se que estes dados deveriam ser classificados com vista a uma mais fácil leitura e análise dos mesmos e da sua relação com outras variáveis em estudo.

Gráfico 6 – Amostra: idade



Então, como se pode ler no Gráfico 6 (e Quadro 11 do Apêndice 3), 400 enfermeiros (41,45%) têm entre 20 e 29 anos de idade; 335 enfermeiros (34,72%) têm entre 30 e 39 anos de idade; 175 (18,13%) estão entre os 40 e os 49 anos de idade; e finalmente, 54 (5,60%) têm 50 ou mais anos de idade. Um dos enfermeiros não deu resposta a esta questão.

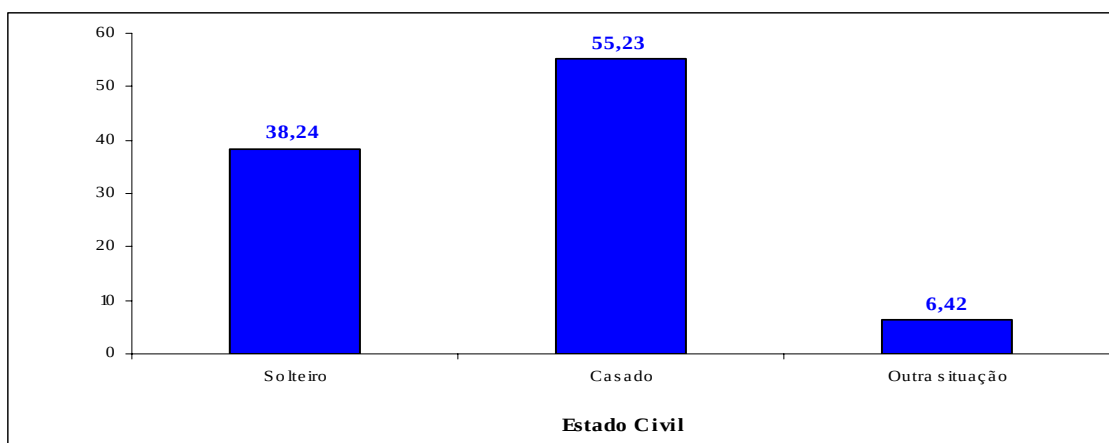
Estado Civil

Quanto ao *estado civil*, optou-se pela classificação destes dados, face aos baixos

números encontrados para os estados civis de *viúvo*, *divorciado* e *outra situação*.

Assim, da leitura do Gráfico 7 (e Quadro 12 do Apêndice 3) resulta que a amostra deste estudo é constituída por 369 enfermeiros *solteiros* (38,24%), 533 enfermeiros *casados* (55,23%) e 62 enfermeiros (6,42%) com *outra situação*. Dos questionados, 1 enfermeiro (0,10%) não deu resposta à questão do Estado Civil.

Gráfico 7 – Amostra: estado civil



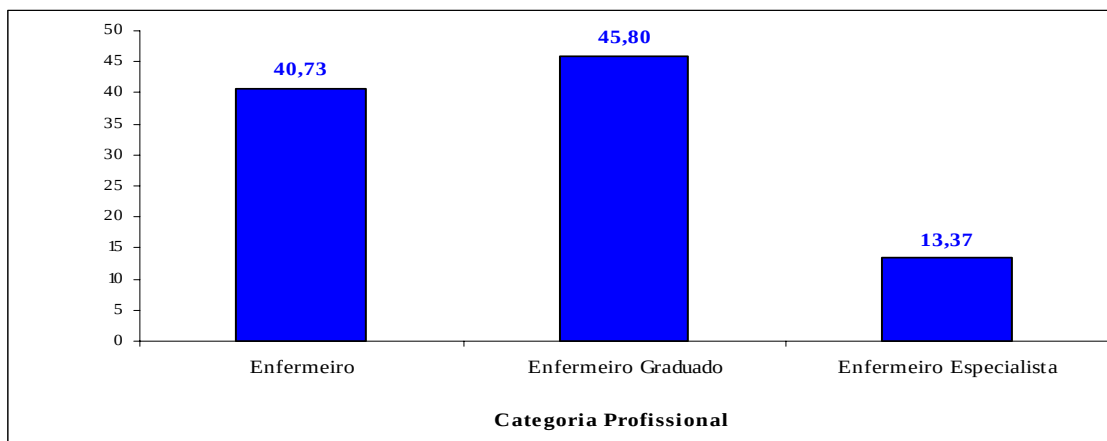
Categoria Profissional

De notar que, na maior parte do texto, a palavra “enfermeiro” refere-se genericamente a qualquer profissional. Contudo, quando o que está em causa é a categoria profissional, a palavra “enfermeiro” refere-se exclusivamente aos profissionais cuja categoria é a de entrada na carreira, ou seja, no seu grau mais baixo, e deve-se distinguir dos enfermeiros graduados e dos enfermeiros especialistas.

Também no que se refere à *categoria profissional*, optou-se por incluir apenas as categorias cujas funções se prendem directamente com a prestação e a gestão de cuidados, não se incluindo, por isso as categorias de Enfermeiro Chefe e de Enfermeiro

Supervisor. Também aqui se tomou em consideração a base de trabalho da NSS.

Gráfico 8 – Amostra: categoria profissional



Pelo Gráfico 8 (e Quadro 13 do Apêndice 3) pode verificar-se que a amostra é constituída por 393 *enfermeiros* (40,73%), 442 *enfermeiros graduados* (45,80%) e 129 *enfermeiros especialistas* (13,37%). Dos questionados, 1 enfermeiro (0,10%) não respondeu a esta questão.

Tempo de Exercício Profissional

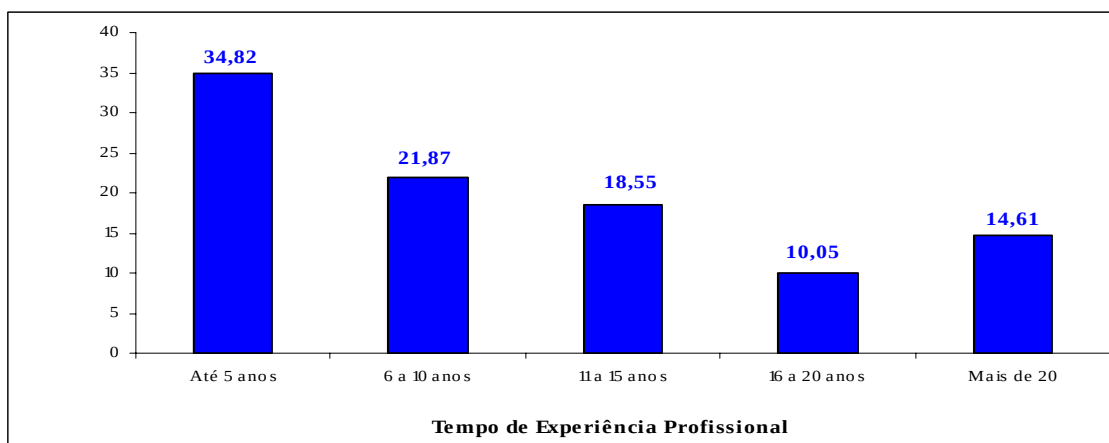
Quadro 28 – Amostra: tempo de exercício profissional. Estatística descritiva

Tempo de Exercício Profissional	
Respostas válidas	964
Não responde	1
Média	11
Mediana	9
Moda	2
Desvio-padrão	8
Mínimo	0
Máximo	41

O Quadro 28 permite fazer uma primeira leitura referente aos dados relacionados com o *tempo de exercício profissional* dos enfermeiros.

Verifica-se então que os enfermeiros têm em média 11 anos de actividade profissional, sendo que os mais novos na profissão exercem há menos de 1 ano e o mais antigo na profissão exerce a enfermagem há 41 anos. O desvio-padrão é de 8 anos, sendo a moda de 2 anos e a mediana de 9 anos.

Gráfico 9 – Amostra: tempo de exercício profissional



A necessidade de classificação dos dados obtidos referentes ao *tempo de exercício profissional* deu origem ao Gráfico 9 (e Quadro 14 do Apêndice 3), através do qual se pode ler que 336 enfermeiros (34,82%) têm *até 5 anos* de exercício profissional, 211 (21,87%) têm entre *6 e 10 anos* de exercício, 179 (18,55%) têm entre *11 e 15 anos*, 97 (10,05%) têm entre *16 e 20 anos* de profissão e 141 (14,61%) têm *acima de 20 anos* de exercício na profissão de enfermagem. Dos questionados, 1 enfermeiro (0,10%) não deu resposta a esta questão.

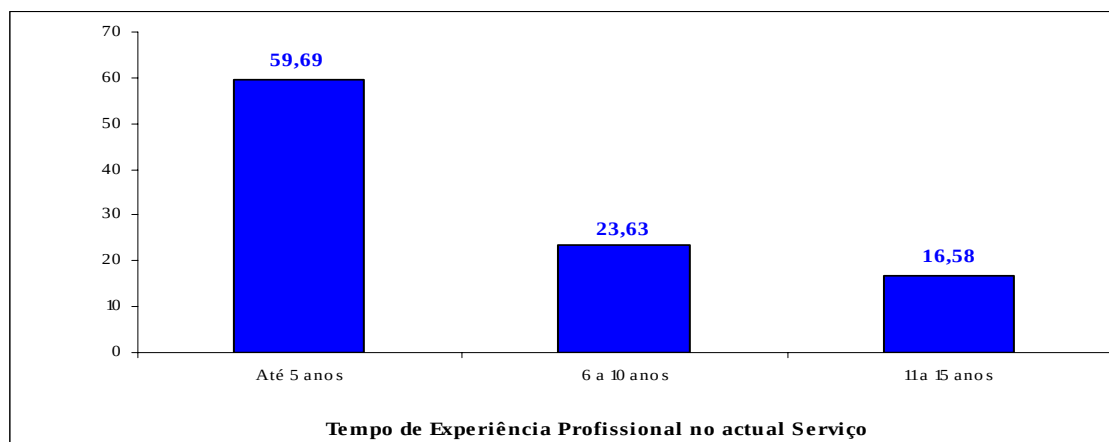
Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço

Quanto ao *tempo de exercício profissional no serviço* em que os enfermeiros da amostra exercem a sua actividade, verifica-se que a média é de 6 anos, sendo que há enfermeiros que estão nos actuais serviços há menos de 1 ano e 1 enfermeiro que está no actual serviço há 36 anos. O desvio-padrão é de 6 anos, a moda de 2 anos e a mediana de 4 anos (Quadro 29).

Quadro 29 – Amostra: tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	
Respostas válidas	964
Não responde	1
Média	6
Mediana	4
Moda	2
Desvio-padrão	6
Mínimo	0
Máximo	36

Gráfico 10 – Amostra: tempo de exercício profissional no actual serviço

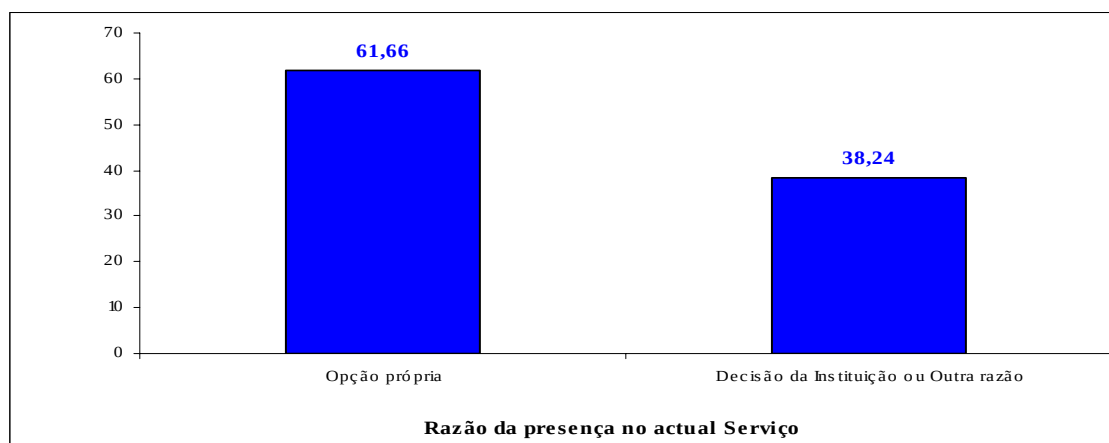


A necessidade de classificação dos dados obtidos referentes ao *tempo de exercício profissional no serviço actual* deu origem ao Gráfico 10 (e Quadro 15 do Apêndice 3), através do qual se pode ler que 576 enfermeiros (59,69%) têm *até 5 anos* de exercício profissional, 228 (23,63%) têm entre *6 e 10 anos* de exercício e 160 (16,58%) têm entre *11 e 15 anos* de exercício profissional no actual serviço. De entre os enfermeiros, 1 (0,10%) não deu resposta a esta questão.

Razão da presença no actual Serviço

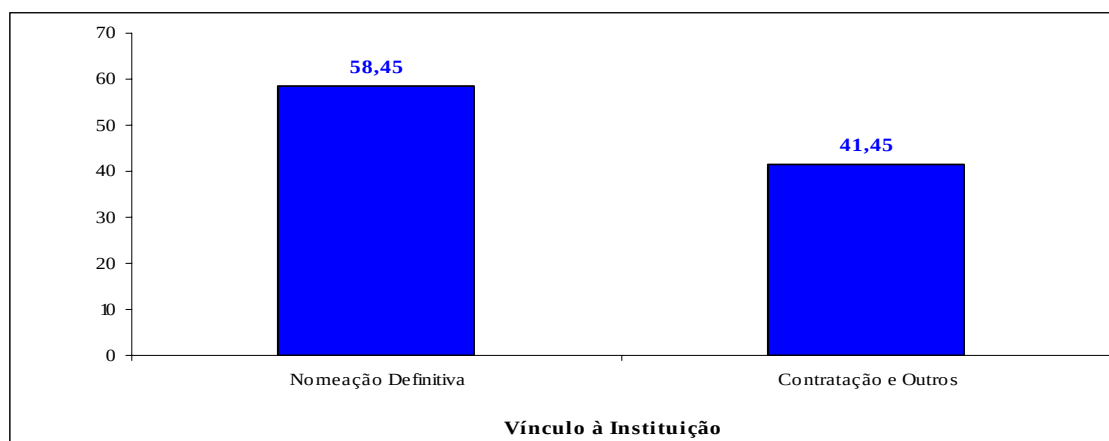
Conforme se pode ver no Gráfico 11 (e Quadro 16 do Apêndice 3), 595 dos enfermeiros questionados (61,66%) exercem funções no actual serviço a seu pedido, ou seja, por *opção própria*. Diferentemente, 369 (38,24%) estão no actual serviço ou por *decisão da instituição* ou por *outras razões*. Dos enfermeiros, 1 (0,10%) não deu resposta a esta questão.

Gráfico 11 – Amostra: razão da presença no actual serviço



Vínculo à Instituição

Gráfico 12 – Amostra: vínculo à instituição



Quanto ao *vínculo* que actualmente detêm com a instituição em que exercem funções, a leitura do Gráfico 12 (e Quadro 17 do Apêndice 3), elaborado depois da classificação dos resultados, mostra que 564 enfermeiros (58,45%) têm *nomeação definitiva*, sendo que os restantes 400 (41,45%) têm *vínculos contratuais*, entre os quais, Contratos Administrativos de Provisamento, Contratos Individuais de Trabalho a Termo Certo, Incerto ou Sem Termo e “outros” tipos de vínculo. Entre os questionados, 1 enfermeiro (0,10%) não deu resposta a esta questão.

2.3. Variáveis em estudo

Para Fortin (2003), variáveis são propriedades, qualidades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação.

Variáveis dependentes

As variáveis dependentes são, para Polit, Beck e Hungler (2004), as variáveis que o investigador tem interesse em compreender, explicar ou prever. Relacionam-se com o que se pretende estudar, ou seja, com o que é alvo de variação durante o estudo.

Foram consideradas neste estudo como variáveis dependentes:

- A frequência com que determinadas situações da vida profissional são sentidas pelos enfermeiros como stressantes, operacionalizadas pela ESPE.
- A frequência com que determinadas situações da vida profissional são sentidas pelos enfermeiros como stressantes, operacionalizadas por cada um dos factores da ESPE: a morte e o morrer, conflitos com os médicos, preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares, falta de apoio dos colegas, conflitos com outros enfermeiros e com os chefes, carga de trabalho e incerteza quanto aos tratamentos
- A percepção dos questionados acerca do stresse que sentem de um modo global no exercício da sua profissão e em determinados dias (de semana ou de fim-de-semana) e turnos de trabalho (diurnos ou nocturnos), operacionalizada por questões colocadas de forma directa sobre o assunto com respostas obtidas com recurso a uma escala de Likert.

Variáveis independentes

As variáveis independentes são, segundo Polit *et al.* (2004), variáveis manipuladas pelo investigador com a finalidade de estudar os seus efeitos nas variáveis dependentes.

Foram consideradas as seguintes variáveis independentes, em relação aos enfermeiros que participaram neste estudo, e operacionalizadas como segue:

- Distrito em que está sediado o hospital: *Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo, Vila Real.*
- Tipo de serviço: *Urgência, Internamento.*
- Departamento: *Medicina, Cirurgia, Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos, Mulher e Criança, Ortopedia, Cuidados Intensivos, Oncologia e Psiquiatria.*
- Género: *Masculino, Feminino.*
- Idade: *20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 anos e mais.*
- Estado Civil: *Solteiro, Casado, Outra Situação.*
- Categoria Profissional: *Enfermeiro, Enfermeiro Graduado, Enfermeiro Especialista.*
- Tempo de Exercício Profissional: *até 5 anos, 6 a 10 anos, 11 a 15 anos, 16 a 20 anos, mais de 20 anos.*
- Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço: *até 5 anos, 6 a 10 anos, 11 a 15 anos, 16 a 20 anos, mais de 20 anos.*
- Razões de Exercício no actual Serviço: *Opção própria, Decisão da Instituição e Outra.*
- Tipo de Vínculo: *Nomeação Definitiva, Contratação e Outros.*

A opção recaiu sobre estas variáveis tendo em conta as suas características e o modo como elas poderiam ter importância face às variáveis dependentes em estudo. E como elas são caracterizadoras da amostra, podem ser consideradas concomitantemente como variáveis de atributo.

Cada *distrito* tem características específicas, não apenas as que advêm dos aspectos físicos, mas também as que resultam da diversidade dos aspectos humanos, políticos, culturais, sociais e económicos. Assim, cultura, desenvolvimento, economia, saúde, política, religião, sociedade, urbanismo e ruralismo fazem com que cada distrito seja “um distrito”. Obviamente, quando neste trabalho se fala de distritos, fala-se na verdade dos hospitais que estão sedeados em cada um dos distritos, que foram assim classificados por opção metodológica. E também estes têm características diferentes entre si. Especificidades como o lugar que ocupam na rede de referência, o modelo de gestão, o número de doentes, os diagnósticos médicos e de enfermagem dos doentes, as dotações dos diferentes profissionais por serviço, as necessidades em cuidados de enfermagem, a envolvimento dos serviços na formação graduada e pós-graduada, são alguns dos muitos aspectos que fazem com que cada instituição tenha um cariz muito próprio.

De igual modo, os *departamentos* e os *serviços* têm características específicas, que fazem deles “únicos”. Os serviços hospitalares (e por inerência, neste estudo, os departamentos) têm características que lhes são próprias, seja qual for o ângulo a partir do qual sejam vistos: o dos recursos humanos, o dos recursos materiais, o dos recursos físicos, o dos recursos económicos, o do tipo de doentes que recebe, o da gestão do tempo, etc. Um serviço de urgência é um serviço onde reina a imprevisibilidade, a pressão do tempo e do espaço, a emergência da actuação, a quase completa inutilidade de um plano de cuidados, a maior panóplia de material e muitas vezes a falta dele, a angústia das famílias, o caos que tenta ser organizado ou a organização que não consegue deixar de ser caótica. De modo diverso, os serviços de internamento não sofrem tão continuamente com este tipo de características, tendo outras não menos importantes: a baixa dotação de pessoal, as taxas de ocupação muito acima do previsto, os espaços nem sempre adequados, as famílias como parceiras nos cuidados, os alunos

em formação, a grande diversidade dos diagnósticos e das intervenções. Também os departamentos têm o seu próprio cariz: os departamentos de medicina com uma grande diversidade de situações patológicas, com a sempre problemática necessidade de viver com as doenças infecciosas e com doentes uns cada vez mais idosos e outros cada vez mais novos; os departamentos de cirurgia sempre confrontados com a necessidade de adaptação a novas técnicas e tecnologias e de reduzir os tempos de internamento à custa de um grande investimento no ensino aos doentes e às famílias; os departamentos de doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos com um misto das especificidades médicas e cirúrgicas, com os grandes dependentes; o departamento da mulher e da criança, com a sensibilidade inerente ao género, com as crianças e jovens sempre mais indefesos e dependentes, com a angústia do nascimento de novas vidas; o departamento de ortopedia, com doentes cuja imobilidade os torna revoltados, incrédulos no futuro, dependentes de tudo e de todos; o departamento de cuidados intensivos, onde a fronteira entre a vida e a morte é particularmente ténue, a comunicação com os doentes se suporta mais das características não-verbais, onde a utilização da tecnologia é levada ao extremo; o departamento de oncologia e psiquiatria, sempre considerado por todos e pela própria lei como âmbito de exercício particularmente penoso. Um serviço de medicina exige mais recursos humanos de enfermagem do que um serviço de cirurgia, que por sua vez exige uma maior panóplia de recursos humanos médicos especialistas do que o serviço de psiquiatria; este, por seu turno, tem exigências ao nível da gestão do espaço físico que não se colocam num serviço de ortopedia, onde por outro lado as características dos doentes são marcadamente diferentes das características dos doentes do serviço de oncologia; a pressão das situações de urgência e de emergência são no serviço de urgência como não são em qualquer outro serviço, sendo que a capacidade de planear é maior em qualquer um deles do que no serviço de urgência; o número de doentes crónicos, com outro tipo de necessidades em cuidados de enfermagem, é em média superior no serviço de neurologia quando comparado com o serviço de obstetrícia.

O *género* é considerado como um dos principais elementos estruturantes das relações sociais. Homem e mulher não conseguem fugir ao processo de estereotipia, assumindo e interiorizando o que a sociedade diz serem as características particulares do masculino e

do feminino no que respeita à estabilidade e instabilidade emocionais, ao dinamismo e à passividade, à agressividade e à submissão, à auto-afirmação e à orientação inter-pessoal, à independência e à submissão, à afirmatividade e à expressividade, à dominância e à orientação para os outros, à instrumentalidade e à expressividade. Neste sentido, importa sublinhar que género não é sinónimo de sexo, sendo o género um conceito ancorado na diferenciação do poder, papéis, responsabilidades e obrigações entre homens e mulheres, enquanto o sexo descreve a distinção biológica entre homens e mulheres.

O *estado civil* não é apenas a objectiva situação jurídica composta pelo conjunto das qualidades definidoras do estado pessoal face às relações familiares. Assume-se que a presença ou ausência de um companheiro torna diferente o modo como as circunstâncias do quotidiano profissional são vivenciadas e enfrentadas.

De igual modo, a *idade* cronológica baseia-se na noção de tempo mensurável (calendarizado), sendo consensual que o seu aumento se traduz, em princípio, em sabedoria, em maturidade, em prudência, em controlo. É a idade passível de ser identificada de modo simples, porque objectiva, apesar de ser redutora de conceitos mais latos de idade mas com enorme carga subjectiva, como a idade aparente, a psicológica, a emocional, a biológica, a espiritual e a social, que em regra influenciam mais o comportamento humano do que propriamente a idade cronológica.

Claramente ligado à idade, o *tempo de exercício profissional* é portador das mesmas características, de aumento de sabedoria e de maturidade, aqui de modo particular ligadas aos aspectos específicos da profissão. Já por seu lado o *tempo de exercício profissional no actual serviço* mede muito mais a questão da adaptação a um novo espaço e a um novo contexto. O muito tempo de experiência profissional pode ser (e é com certeza) um factor influente na adaptação a novos contextos, mas por si só não é suficiente para condicionar essa adaptação. Na verdade, aspectos como a *razão do exercício num dado serviço* (por opção ou por imposição) bem como a segurança laboral criada pelo *vínculo* (definitivo ou precário) à instituição podem ser factores determinantes nessa capacidade de adaptação e de gestão das especificidades de uma

profissão, a par de outros não introduzidos no contexto deste trabalho, como a motivação, o plano de integração, os objectivos institucionais e individuais, etc.

A *categoria profissional* está habitualmente ligada também ao tempo de exercício profissional, sendo certo que esta relação é forte nos primeiros seis anos de exercício profissional, mas não o é necessariamente a partir de então. Na verdade, ao fim de seis anos de exercício profissional o enfermeiro acede automaticamente à categoria de enfermeiro graduado, mas o acesso à categoria de enfermeiro especialista só pode ocorrer após a realização de um curso de especialização em enfermagem e aprovação em concurso aberto para o efeito (esta era a perspectiva que norteou o trabalho no seu início e desenvolvimento, sendo certo, como já se disse atrás, que a legislação actual alterou substancialmente estas como outras características da carreira de enfermagem). Por outro lado, os conhecimentos e as competências adquiridas no âmbito dos cursos de especialização têm concerteza influência na prática profissional quotidiana.

2.4. Instrumento de colheita de dados

O instrumento escolhido para a recolha de dados foi o questionário.

Para Fortin (2003), o questionário é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Permite organizar, normalizar e controlar os dados de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.

O questionário (Apêndice 1) foi constituído por cinco partes, sendo apenas três delas as utilizadas neste estudo.

- A Parte A, composta por 11 questões e relacionada com as variáveis independentes / variáveis de atributo;

- A Parte B, constituída pela ESCALA DE STRESSE PROFISSIONAL EM ENFERMEIROS, composta por 34 questões a serem respondidas com apoio numa escala de Likert com 4 pontos, correspondendo os pontos 1 a “nunca”, 2 a “ocasionalmente”, 3 a “frequentemente” e 4 a “muito frequentemente”;
- A Parte C, na qual um conjunto de cinco questões indagava os questionados a propósito da sua percepção sobre os níveis de stresse profissional vividos em diferentes momentos do seu exercício profissional. As cinco questões eram respondidas através de uma escala de Likert de cinco pontos, desde “nenhum” até “muito”, passando pelos pontos intermédios “pouco”, “algum” e “bastante”;

2.5. Pré-teste

O pré-teste consiste no preenchimento do instrumento de colheita de dados por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas (Fortin, 2003).

O questionário foi apresentado a 50 enfermeiros, de 5 instituições hospitalares (uma de cada distrito onde posteriormente os questionários viriam a ser distribuídos), que o preencheram, referindo genericamente que o mesmo não colocava questões de interpretação.

2.6. Procedimentos de aplicação do questionário

Inicialmente, foi feito pedido a cada um dos Conselhos de Administração dos hospitais em que interessava fazer o lançamento dos questionários.

Obtidos os necessários despachos de concordância, foram feitos contactos com as Direcções de Enfermagem, no sentido de serem conhecidos os números de enfermeiros existentes conforme os critérios de inclusão no estudo, para assim serem calculados os números de questionários a distribuir. Como foi dito, eram critérios de inclusão ter as categorias profissionais de enfermeiro, enfermeiro graduado ou enfermeiro especialista, e exercer funções em serviço de urgência ou em serviços de internamento. Posteriormente, em encontros com as Direcções de Enfermagem de cada hospital, foram dadas informações sobre os objectivos do trabalho e explicadas as razões da realização da pesquisa. Foi estabelecido/negociado em cada um dos hospitais que o instrumento de recolha de dados seria distribuído tendo em conta que se tratava de uma amostragem não-probabilística acidental, e que essa distribuição ficaria ao cuidado das próprias Direcções de Enfermagem ou dos Departamentos de Educação Permanente, procedendo-se posteriormente à sua recolha.

A colheita de dados foi feita durante o último semestre de 2007 e o primeiro trimestre de 2008.

2.7. Princípios éticos

O investigador tem obrigações e responsabilidades morais para com a sociedade, a comunidade científica e os participantes nos projectos de investigação (Fortin, 2003).

Assim, através da introdução que constituiu a primeira página dos questionários, ficou claro para todos os enfermeiros que lhes era garantido poderem decidir participar ou não no estudo (direito à autodeterminação) e que em nenhuma situação seriam identificados ou associados às respostas fornecidas (direito ao anonimato e à confidencialidade). Também foi dito às Direcções de Enfermagem que haveria disponibilidade para entrega do documento final se entendessem que a instituição, e os enfermeiros em particular, poderiam beneficiar dos resultados evidenciados no mesmo.

2.8. Análise e apresentação dos resultados

Foi entendido que os dados recolhidos seriam tratados com recurso ao programa informático SPSS, versão 15.0, e que a sua apresentação incluiria quadros e gráficos, em função das características dos dados a apresentar e sempre no intuito de vir a proporcionar uma mais fácil leitura dos mesmos. Por uma questão de economia de espaço no documento principal, a maioria dos quadros foram colocados em Apêndices.

3. Resultados

Apresentam-se de seguida os resultados obtidos a propósito deste estudo.

Nota para o facto de que os valores apresentados, e que são resultantes dos dados recolhidos, não “medem” a frequência com que as diferentes situações que compõem a escala acontecem, mas sim a frequência com que são sentidas como stressantes.

3.1. A ESPE e os seus sete factores

Quadro 30 – ESPE: estatística descritiva

ESPE	
Mínimo	39
Máximo	117
Média	78,26
Desvio-padrão	14,47

Sendo a ESPE composta por uma escala de Likert com quatro pontos (de 1 a 4), e feita a soma dos pontos assinalados nos questionários, conclui-se que o total máximo encontrado foi de 117, num máximo possível de 136, sendo o total mínimo de 39 com um mínimo possível de 34. A média obtida foi de 78,26 e o desvio-padrão de 14,47 (Quadro 30).

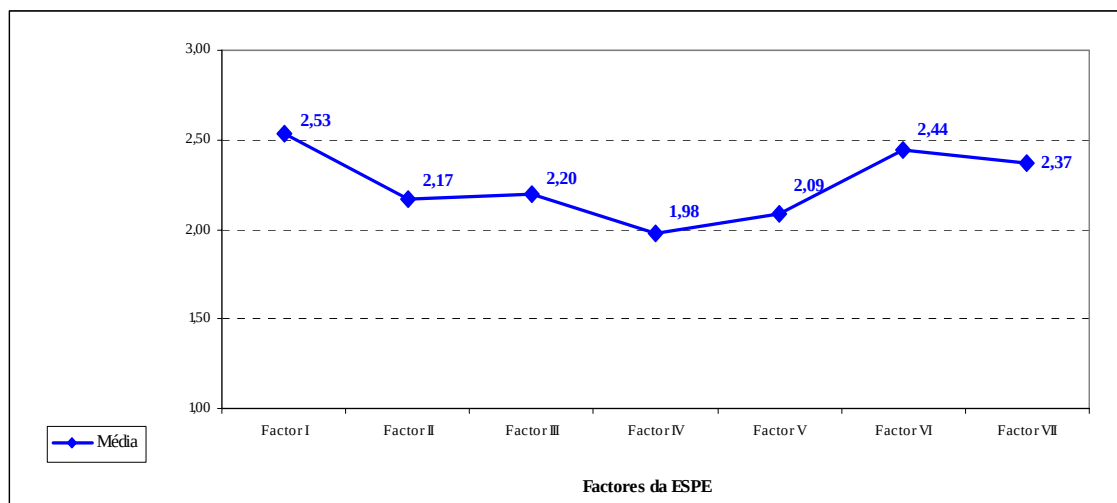
Nas representações gráficas que se seguem, que continuam a reportar-se aos dados obtidos com a ESPE, pode ler-se os resultados obtidos em relação a cada um dos itens da escala, associados de acordo com os factores da mesma.

Note-se que os valores considerados como “média” correspondem à média da soma dos pontos da escala de Likert assinalados pelos questionados para cada item (que, portanto, se situa entre 1 e 4).

A maior parte dos gráficos desta parte do trabalho aparece com duas componentes, a que se chamou A) e B), sendo que no gráfico A) são apresentadas as médias obtidas em cada um dos itens que compõem os factores, e no gráfico B) surgem as percentagens encontradas em cada uma das quatro respostas possíveis a cada item, de acordo com a escala de Likert utilizada: “nunca”, “ocasionalmente”, “frequentemente” e “muito frequentemente”.

Médias nos factores

Gráfico 13 – ESPE: factores / médias



Factor I - A morte e o morrer

Factor II - Conflitos com os médicos

Factor III - Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares

Factor IV - Falta de apoio dos colegas

Factor V - Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes

Factor VI - Carga de trabalho

Factor VII - Incerteza quanto aos tratamentos

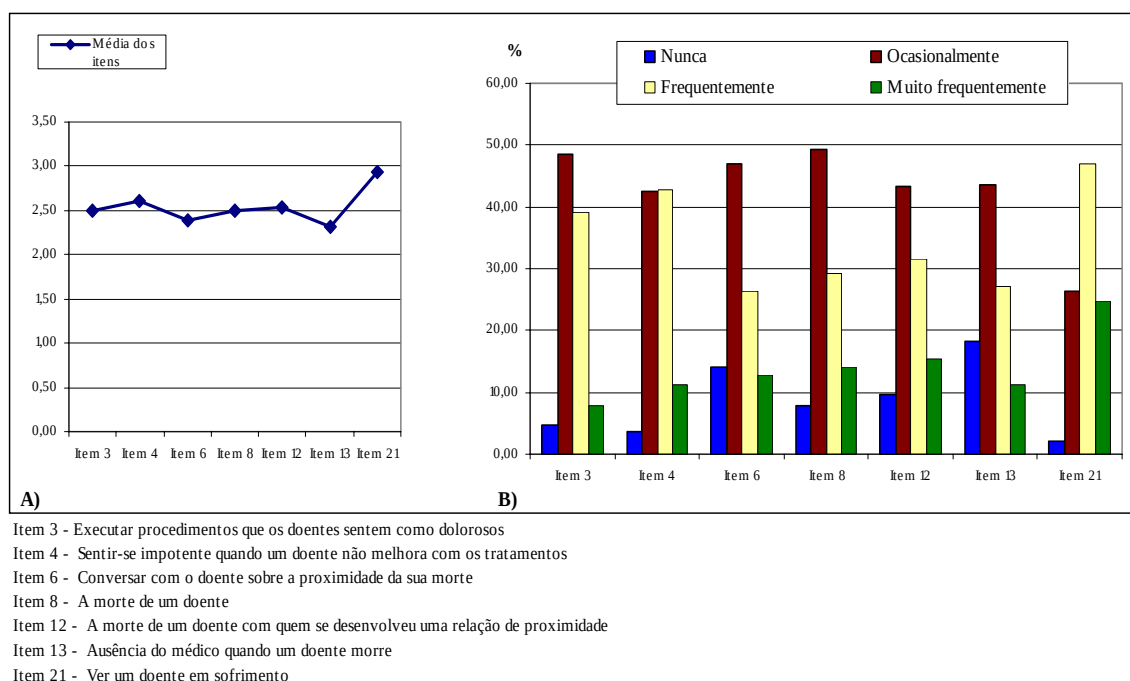
A leitura das médias obtidas em cada um dos factores da *ESPE*, no Gráfico 13 (e no Quadro 18 do Apêndice 4), permite-nos verificar que o factor que mais frequentemente é sentido como stressante é o que está relacionado com *a morte e o morrer* (2,53), seguindo-se as situações relacionadas com a *carga de trabalho* (2,44) e com a *incerteza quanto aos tratamentos* (2,37). Segue-se a *preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares* (2,20), os *conflitos com os médicos* (2,17) e os *conflitos com outros enfermeiros e com os chefes* (2,09). No final, aparecem as situações relacionadas com a *falta de apoio dos colegas* (1,98).

A morte e o morrer

Pela leitura do Gráfico 14 (e Quadro 19 do Apêndice 4), percebe-se que de entre as situações que integram o factor *a morte e o morrer*, é a situação *ver um doente em*

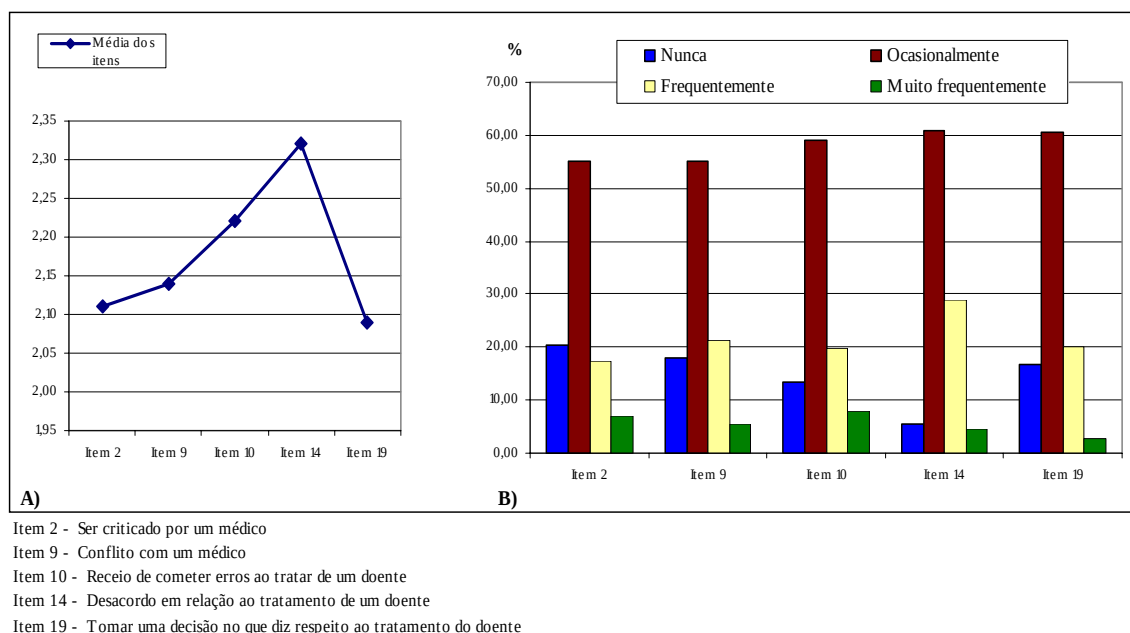
sofrimento a que mais intensamente é sentida como stressante por parte dos enfermeiros. Na verdade, a média obtida neste item é de 2,94, sendo ainda o item ao qual o menor número de questionados respondem *nunca* (19, ou seja, 2,00%) e aquele no qual é maior o número de enfermeiros que respondem *frequentemente* ou *muito frequentemente* (691, isto é, 71,70%). Dos questionados, 254 (26,30%) apenas a sentem como stressante *ocasionalmente*. A situação que a seguir mais intensamente é sentida como stressante é *sentir-se impotente quando um doente não melhora com os tratamentos*, com uma média de 2,61, em que 36 enfermeiros (3,70%) respondem *nunca*, 410 (42,50%) respondem *ocasionalmente* e 518 (53,80%) respondem *frequentemente* ou *muito frequentemente*. Neste factor, a situação menos frequentemente vivida como stressante é a *ausência do médico quando um doente morre*, com média de 2,31, assinalada com *nunca* por 175 enfermeiros (18,30%), com *ocasionalmente* por 415 (43,50%) e com *frequentemente* ou *muito frequentemente* por 364 (38,20%) dos questionados. As médias encontradas situam-se entre 2,94 e 2,31.

Gráfico 14 – ESPE: factor I



Conflitos com os médicos

Gráfico 15 – ESPE: factor II

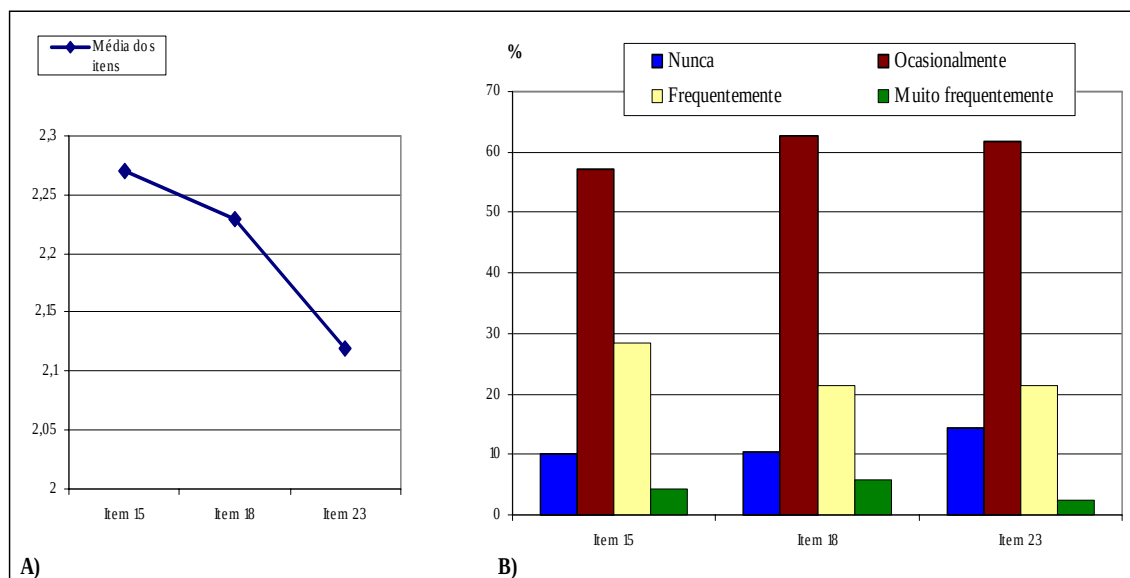


A leitura dos dados que são apresentados no Gráfico 15 (e Quadro 20 do Apêndice 4) permite verificar, no que se refere ao factor II – *conflitos com os médicos*, que as médias se situam entre 2,09 e 2,32. A situação mais frequentemente vivida como stressante pelos enfermeiros (média de 2,32) é o *desacordo em relação ao tratamento de um doente*. São 53 (5,50%) os enfermeiros que referem que *nunca* sentem a situação como stressante, sendo que 322 (33,50%) dos questionados a considera stressante *frequentemente* ou *muito frequentemente* e 61,00% (587 enfermeiros) *ocasionalmente*. As situações que implicam *receio de cometer erros ao tratar um doente* são as que se seguem na intensidade de stresse provocado, apresentando este item a média de 2,22; 130 enfermeiros (13,50%) *nunca* a consideram stressante e 265 (27,60%) sentem-na como tal *frequentemente* ou *muito frequentemente*; 567 dos questionados (58,90%) apenas *ocasionalmente* sente esta situação como stressante. São as situações de *tomada de decisão no que diz respeito ao tratamento de um doente* que são vividas como menos stressantes, conforme resposta de 160 (16,60%) dos enfermeiros (que *nunca* a sentem como stressante), sendo que 221 (22,90%) a sentem *frequentemente* ou *muito frequentemente* como factor de stresse. *Ocasionalmente* é a resposta dada por 582

(60,50%) dos enfermeiros.

Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares

Gráfico 16 – ESPE: factor III



Item 15 - Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais

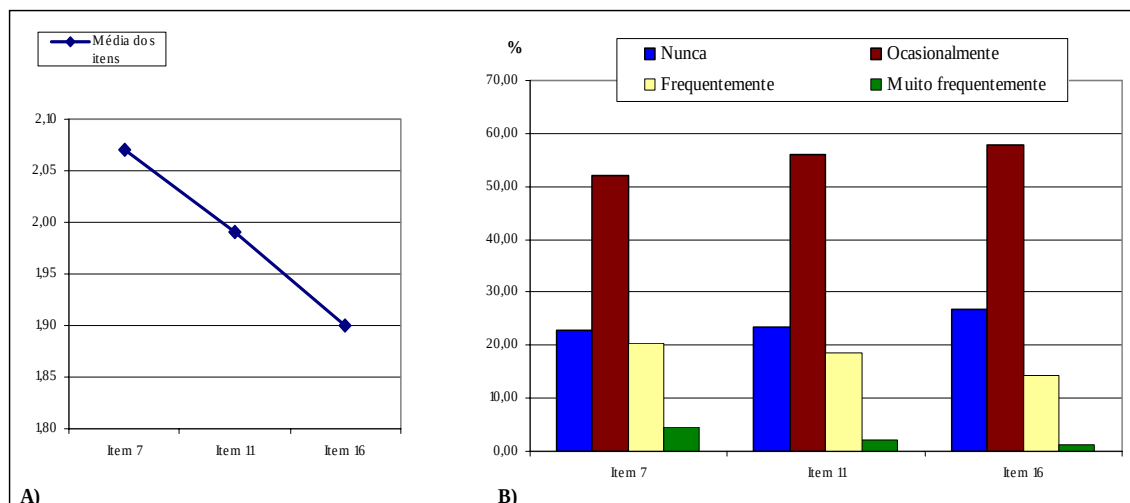
Item 18 - Não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo doente

Item 23 - Sentir falta de preparação para dar apoio às necessidades emocionais do doente

O Gráfico 16 (e Quadro 21 do Apêndice 4), permite conhecer os dados obtidos sobre o factor III – *preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares*. As médias obtidas nos itens que compõem este factor situam-se entre 2,12 e 2,27. Pode ainda verificar-se que *sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais* é uma situação *nunca* sentida como stressante por 97 (10,10%) dos enfermeiros, mas sentida como tal *frequentemente* ou *muito frequentemente* por 313 (32,60%) dos profissionais. As situações de *não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo doente* surgem em segundo lugar, sendo 261 (27,10%) os enfermeiros que a sentem como stressante *frequentemente* ou *muito frequentemente*, e 99 (10,30%) os que *nunca* a sentem como tal. Finalmente, 139 (14,40%) dos questionados referem que *nunca* sentem como stressante as situações em que possam *sentir falta de preparação para dar apoio às necessidades emocionais do doente*, sendo 229 (23,80%) os que as sentem como stressantes *frequentemente* ou *muito frequentemente*.

Falta de apoio dos colegas

Gráfico 17 – ESPE: factor IV



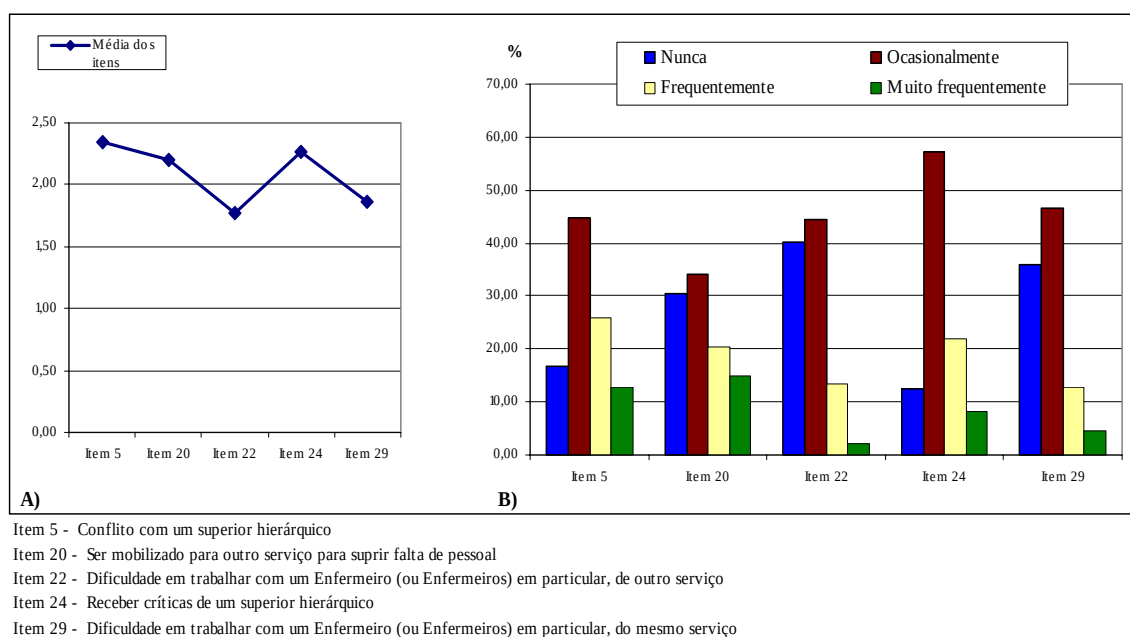
Item 7 - Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço
Item 11 - Falta de oportunidade para partilhar experiências e sentimentos com outros membros da equipa do serviço
Item 16 - Falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa, os sentimentos negativos sobre o doente

No Gráfico 17 (e Quadro 22 do Apêndice 4) pode ler-se os dados correspondentes às respostas obtidas para os itens que compõem o factor IV da ESPE – *falta de apoio dos colegas*. As médias obtidas situam-se entre 2,07 e 1,90. As situações referenciadas como mais frequentemente vividas como stressantes (média de 2,07) são a *falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço*, sendo 240 (25,00%) os que a sentem como stressante *frequentemente* ou *muito frequentemente*, 499 (52,10%) os que a sentem *ocasionalmente* e 220 (22,90%) os que *nunca* a sentem como tal. A situação que se segue em grau de importância é a *falta de oportunidade para partilhar experiências e sentimentos com outros membros da equipa do serviço*, referida por 198 (20,60%) dos enfermeiros como *frequentemente* ou *muito frequentemente* sentida como stressante, por 541 (56,10%) como *ocasionalmente* e por 224 (23,30%) como *nunca* sentida como stressante. Por último, as situações de *falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa, os sentimentos negativos sobre o doente* são referidas por 148 (15,40%) dos enfermeiros como *frequentemente* ou *muito frequentemente* sentidas como stressantes, *ocasionalmente* sentidas como stressantes por 556 (57,90%) e *nunca*

sentidas como stressantes por 257 (26,70%) dos questionados.

Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes

Gráfico 18 – ESPE: factor V

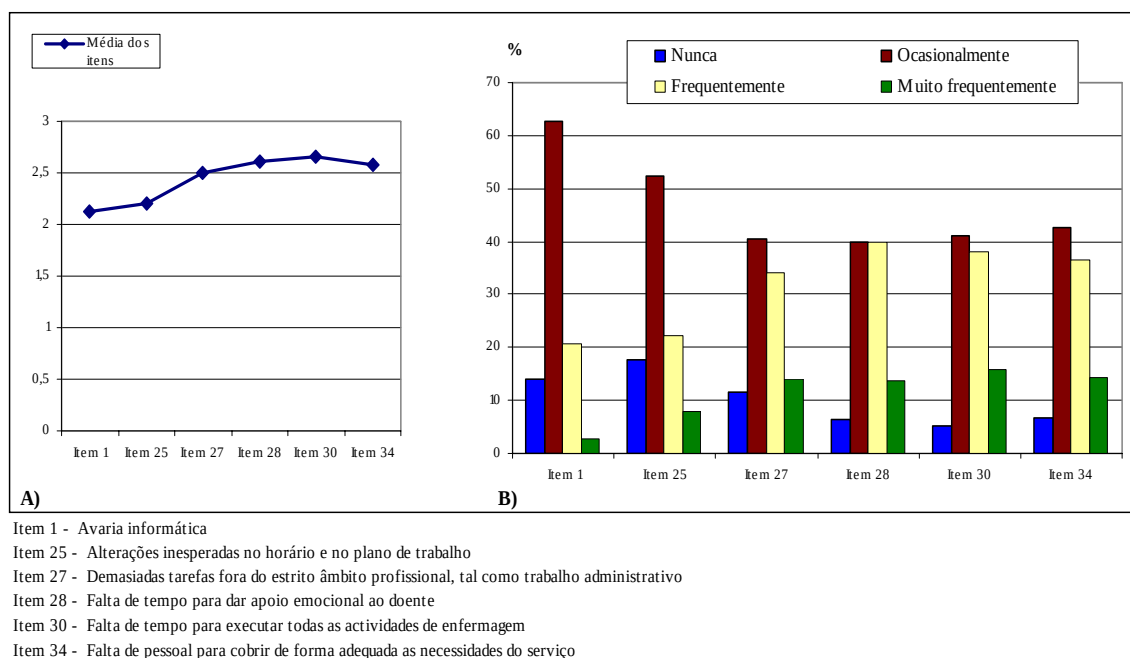


O Gráfico 18 (e Quadro 23 do Apêndice 4) apresenta dados referentes ao factor *conflitos com outros enfermeiros e com os chefes*, o factor V da ESPE. As médias obtidas nos itens deste factor situam-se entre 1,77 e 2,35. O item com maior média é o que se refere às situações de *conflito com um superior hierárquico*. Em relação a este item, são 370 (38,60%) os enfermeiros que dizem que *frequentemente* ou *muito frequentemente* sentem estas situações como stressantes. Para 428 (44,60%) dos questionados, elas são sentidas como stressantes *ocasionalmente*. E 161 (16,80%) dos enfermeiros *nunca* as sentem como stressantes. As situações que são referidas em segundo lugar são as que se prendem com o *receber críticas de um superior hierárquico* (média de 2,26). São 292 (30,30%) os enfermeiros que referem estas situações como *frequentemente* ou *muito frequentemente* stressantes, 552 (57,30%) os que a sentem como *ocasionalmente* stressantes e 120 (12,40%) os que *nunca* as sentem como stressantes. Em último lugar dentro deste factor aparece o item relacionado com a *dificuldade em trabalhar com um enfermeiro (ou enfermeiros) em particular, de outro*

serviço, sendo que são 386 (40,30%) os enfermeiros que referem que estas situações *nunca* são sentidas como stressantes; 424 (44,30%) dos enfermeiros sentem-nas *ocasionalmente* como stressantes, e 147 (15,40%) *frequentemente* ou *muito frequentemente* sentem-nas como tal.

Carga de trabalho

Gráfico 19 – ESPE: factor VI

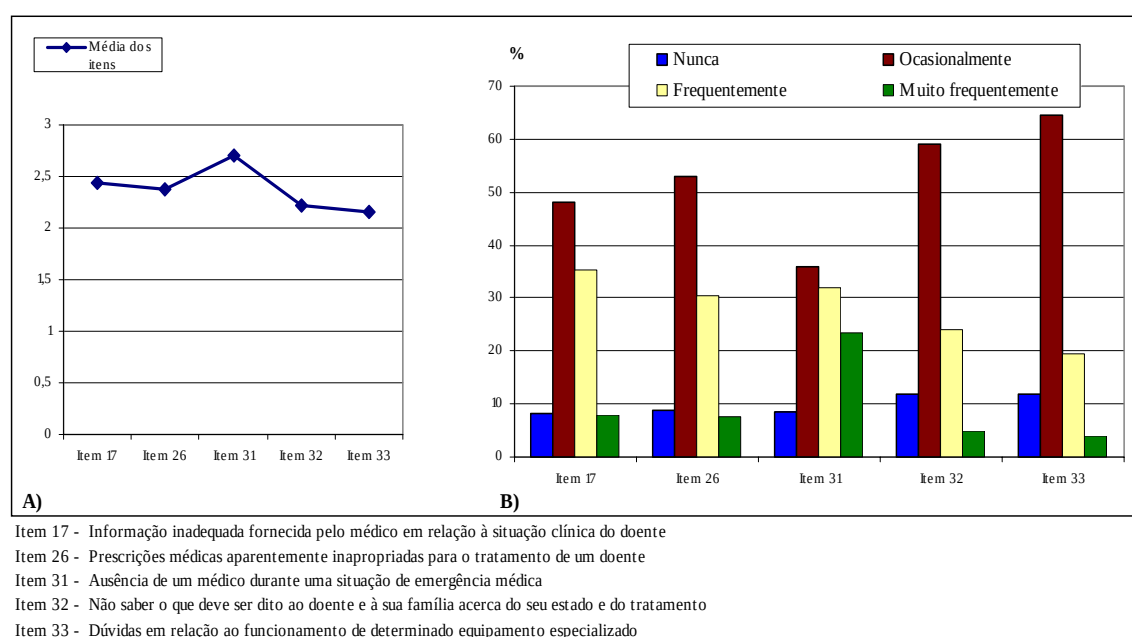


Os dados referentes ao factor VI da *ESPE* – *carga de trabalho* – podem ser lidos no Gráfico 19 (e Quadro 24 do Apêndice 4). Neste, é então possível verificar que o item que obteve a média mais alta é o item *falta de tempo para executar todas as actividades de enfermagem* (2,65), situação a propósito da qual 520 enfermeiros (53,90%) referem sentir como stressante *frequentemente* ou *muito frequentemente*. São 49 (5,10%) os que *nunca* a sentem como stressante. O item que aparece imediatamente a seguir (*falta de tempo para dar apoio emocional aos doentes*) obteve uma média de 2,61, sendo que 516 (53,60%) dos questionados sentem esta situação como stressante *frequentemente* ou

muito frequentemente. E são 62 enfermeiros (6,40%) os que *nunca* a sentem como stressante. A situação do quotidiano profissional que obteve a menor média foi a considerada no item *avaria informática* (2,12). Foram 226 (23,40%) os enfermeiros que referiram sentir esta situação como *frequentemente* ou *muito frequentemente* stressante.

Incerteza quanto aos tratamentos

Gráfico 20 – ESPE: factor VII



Finalmente, o Gráfico 20 (e Quadro 25 do Apêndice 4) trata o factor VII da escala, relacionado com a *incerteza quanto aos tratamentos*. Verifica-se que a situação mais frequentemente sentida como stressante é a *ausência de um médico durante uma situação de emergência médica* (média de 2,70). São 534 (55,50%) os enfermeiros que sentem esta situação como *muito frequentemente* ou *frequentemente* stressante, havendo 83 (8,60%) que *nunca* a sentem como tal. Segue-se por ordem decrescente de média obtida (2,43) o item relativo às situações em que há *informação inadequada fornecida pelo médico em relação à situação clínica do doente*, a propósito das quais 419 enfermeiros da amostra (43,30%) referem sentir stresse *frequentemente* ou *muito frequentemente*. E são 80 os questionados (8,30%) que *nunca* sentem esta situação como stressante. Com a média mais baixa deste factor surgem as situações referenciadas

pelo item *dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado* (2,16), sendo que em relação a esta situação do quotidiano profissional são 229 (23,70%) os que a sentem stressante com periodicidade *frequente* ou *muito frequente* e 114 (11,80%) os que *nunca* a sentem como tal.

3.2. Stresse profissional: global e em diferentes turnos de semana e de fim-de-semana

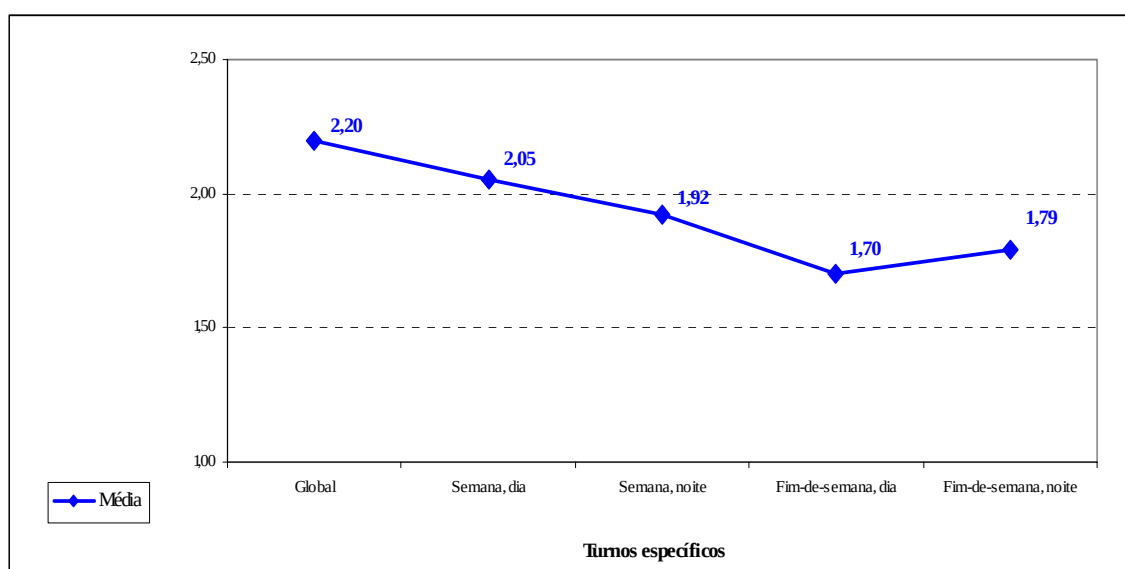
Apresentam-se seguidamente os dados recolhidos através da Parte C do questionário.

Aqui, não se trata já de respostas dadas pelos questionados à ESPE, mas a questões directas sobre o stresse percebido pelos enfermeiros, em termos globais (no exercício da profissão) e em diferentes turnos (no exercício da profissão em turnos diurnos, nocturnos, de semana e de fim-de-semana) que decorrem de modo “típico”, ou seja, dentro daquilo que os enfermeiros podem considerar como um turno “dentro da normalidade”. Os valores considerados como “média” correspondem à média da soma dos pontos da escala de Likert assinalados para cada item, escala essa que variava entre 0 e 4, correspondendo às respostas “nenhum”, “pouco”, “algum”, “bastante” e “muito”.

No Gráfico 21 (e Quadros 26 e 27 do Apêndice 4) verifica-se que o nível de stresse médio dos enfermeiros na sua vivência profissional em geral é de 2,20, em resultado do facto de 20 (2,10%) enfermeiros responderem *nenhum*, 138 (14,30%) responderem *pouco*, 473 (49,00%) responderem *algum*, 265 (27,50%) responderem *bastante* e 53 (5,50%) responderem *muito*. Quanto aos turnos diurnos de semana, a média encontrada é de 2,05, sendo que 38 enfermeiros (3,90%) responderam *nenhum*, 214 (22,20%) responderam *pouco*, 402 (41,70%) responderam *algum*, 246 (25,50%) responderam *bastante* e 47 (4,90%) responderam *muito*. Quanto aos turnos nocturnos de semana, a média encontrada é de 1,92, sendo que 39 dos questionados (4,00%) responderam *nenhum*, 179 (18,50%) responderam *pouco*, 404 (41,90%) responderam *algum*, 154 (16,00%) responderam *bastante* e 21 (2,20%) responderam *muito*. No que se refere aos turnos diurnos de fim-de-semana, a média encontrada é de 1,70, resultante de 49

(5,10%) dos enfermeiros que responderam *nenhum*, 319 (33,10%) que responderam *pouco*, 367 (38,00%) que responderam *algum*, 119 (12,30%) que responderam *bastante* e 19 (2,00%) que responderam *muito*. Finalmente, e tendo em conta os turnos nocturnos de fim-de-semana, a média encontrada é de 1,79, sendo que 47 (4,90%) dos enfermeiros responderam *nenhum*, 247 (25,60%) responderam *pouco*, 366 (37,90%) responderam *algum*, 127 (13,20%) responderam *bastante* e 23 (2,40%) responderam *muito*.

Gráfico 21 – Stresse Profissional: global em turnos de semana e de fim-de-semana



3.3. ESPE / Características sócio-profissionais

Na tentativa de aprofundar a leitura dos dados obtidos com a ESPE, procurou-se perceber os resultados com ela obtidos tanto na sua globalidade como em cada um dos factores que a compõem, e ainda em função de cada uma das variáveis sócio-profissionais.

Como referido, foi considerada a pontuação total obtida na ESPE pelos respondentes, bem como a pontuação total obtida por cada factor da mesma. Na ESPE, a pontuação passível de ser obtida varia entre 34 e 136. No factor I, entre 6 e 24; no factor II, entre 7 e 28; nos factores III e IV, entre 3 e 12; nos factores V, VI e VII, entre 5 e 20.

A utilização do teste de Kolmogorov-Smirnov permitiu concluir que as variáveis independentes não cumpriam os critérios de normalidade ($p = 0,000$), já que valores menores do que 0,05 indicam a não-normalidade da variável (Statistics Solutions Inc., 2006).

Assim sendo, aplicou-se os testes não paramétricos de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis, em função das características de cada uma das variáveis sócio-profissionais em estudo: o primeiro no caso de variáveis com apenas dois itens de resposta e o segundo nas variáveis com três ou mais itens de resposta. Estes testes permitem encontrar a existência ou não-existência de diferenças estatisticamente significativas em determinada variável dependente (neste caso, o stresse profissional operacionalizado pela ESPE e por cada um dos sete factores que a compõem) em função de uma determinada variável independente (neste caso, as características sócio-profissionais).

Optou-se por fazer a apresentação dos resultados através de gráficos, com duas componentes. A componente A) é representativa do número de respostas obtidas em função das variáveis em análise; a parte B) apresenta as médias e respectivos intervalos de confiança a 95%, bem como as medianas e as respectivas amplitudes inter-quartis. Nesta componente (B), letras diferentes em cada um dos itens das variáveis independentes indicam diferenças estatisticamente significativas entre esses mesmos itens, de acordo com o teste de Mann-Whitney.

Todos os quadros correspondentes aos gráficos deste documento encontram-se em Apêndices. Neles, e apesar dos testes não-paramétricos de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney se basearem na soma das ordens dos grupos combinados por ordem crescente (ordenação das medianas – *mean rank*), optou-se por apresentar os valores das médias, das medianas e dos 1º e 3º quartis obtidas em cada grupo, para além do número de respostas obtidas e dos desvios-padrão.

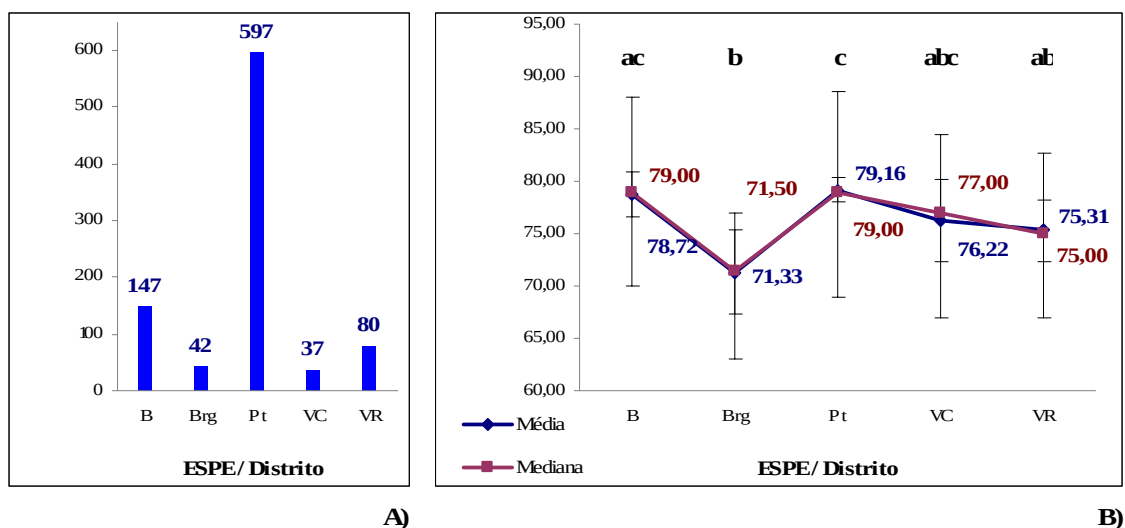
E porque em muitas situações as medianas surgem com o mesmo valor apesar de reportarem diferenças estatisticamente significativas, optou-se por fazer a leitura dos resultados (que se segue) utilizando os valores das médias obtidos.

3.3.1. ESPE / Distrito

Foram os seguintes os resultados obtidos com a *ESPE* quando estudados, tanto na globalidade como considerando os diversos factores que a constituem, em função da variável *distrito*.

Escala

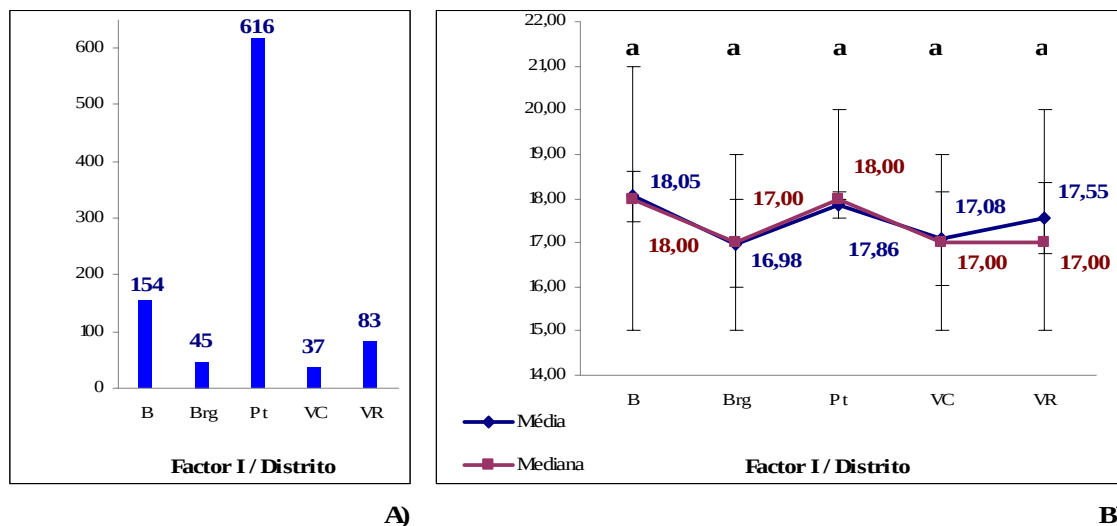
Gráfico 22 – ESPE: distrito



Aplicado o teste de Kruskal-Wallis, verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos pelos enfermeiros na *ESPE* quando considerados em função da variável *distrito* ($p = 0,002$). As médias dos resultados são significativamente diferentes entre os enfermeiros do *distrito de Braga* e os do *distrito de Bragança* ($78,72 - 71,33$; $p = 0,002$), entre os dos *distritos de Bragança* e os do *Porto* ($71,33 - 79,16$; $p = 0,001$) e entre os dos *distritos do Porto* e de *Vila Real* ($79,16 - 75,31$; $p = 0,028$), conforme o Gráfico 22 (e Quadros 28 e 29 do Apêndice 4).

Factor I – A morte e o morrer

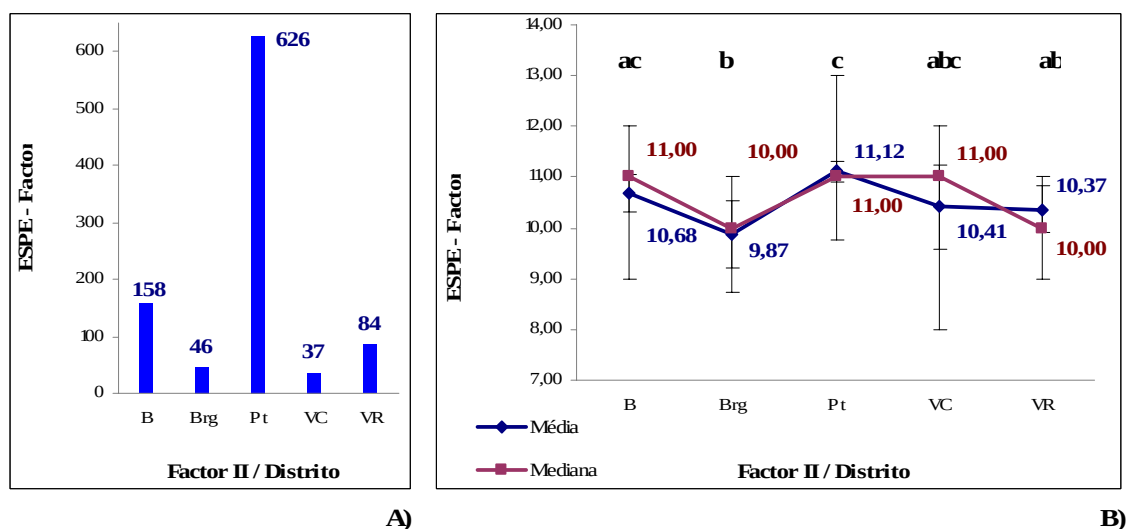
Gráfico 23 – ESPE: factor I / distrito



Estudados os resultados obtidos nas questões relacionados com o factor I (*a morte e o morrer*) da ESPE em função da variável *distrito*, verifica-se não se encontrarem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,235$), conforme o Gráfico 23 (e Quadro 30 do Apêndice 4).

Factor II – Conflitos com os médicos

Gráfico 24 – ESPE: factor II / distrito

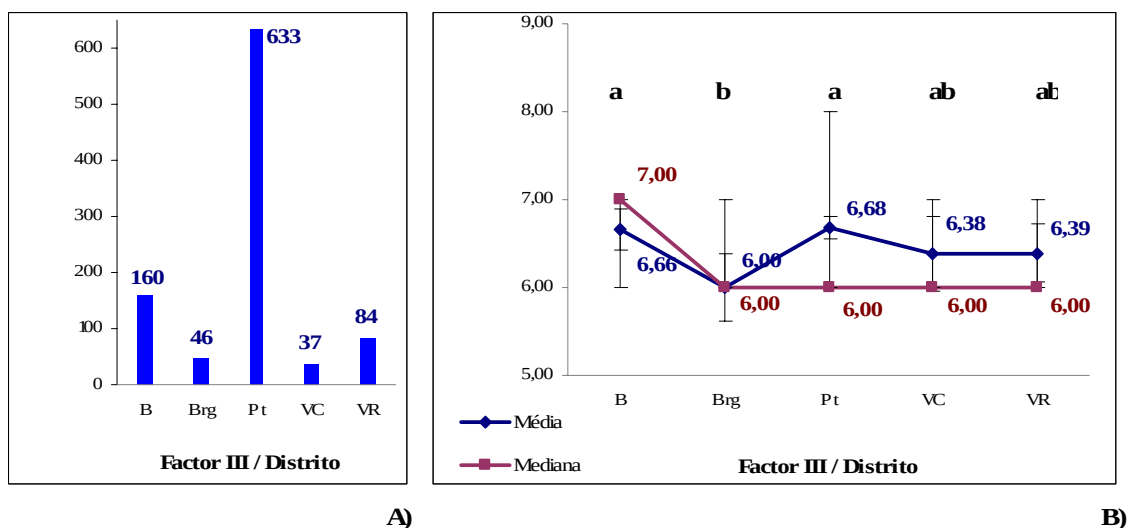


No que se refere ao factor II da *ESPE* (*conflitos com os médicos*), verifica-se no Gráfico 24 (e Quadros 31 e 32 do Apêndice 4) existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,000$). As médias obtidas são estatisticamente diferentes e significativamente mais elevadas nos enfermeiros do *distrito de Braga* do que nos de *Bragança* ($10,68 - 9,87$; $p = 0,027$), nos do *Porto* do que nos de *Bragança* ($11,12 - 9,87$; $p = 0,001$) e nos do *distrito do Porto* em relação aos do *distrito de Vila Real* ($11,12 - 10,37$; $p = 0,004$).

Factor III – Preparação inadequada para lidar com as necessidades dos doentes e dos seus familiares

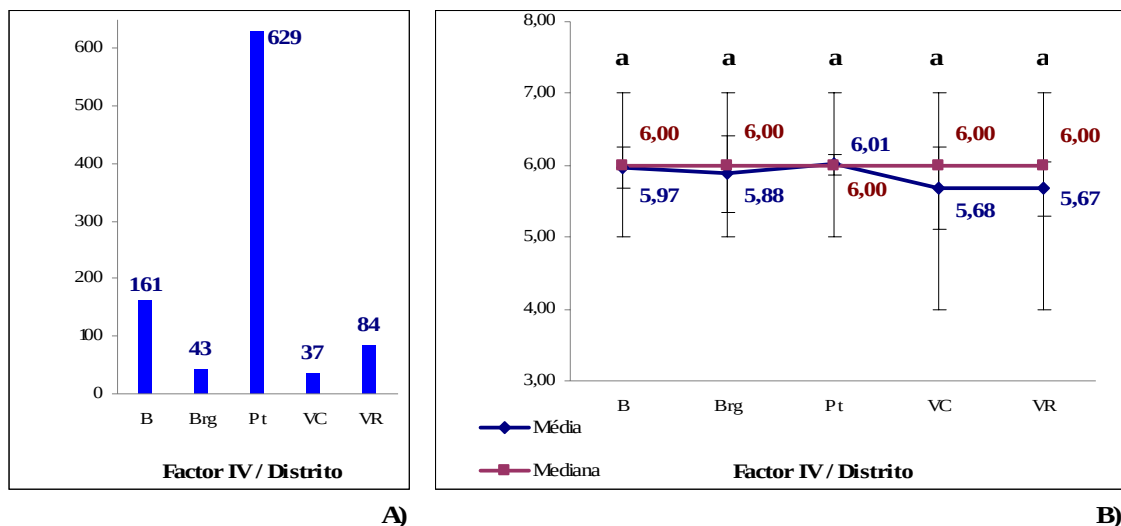
O estudo dos resultados do factor III – *preparação inadequada para lidar com as necessidades dos doentes e dos seus familiares* – em função da variável *distrito* mostra, conforme o Gráfico 25 (e Quadros 33 e 34 do Apêndice 4) que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,028$). Os valores das médias encontrados são estatisticamente diferentes e significativamente maiores nos enfermeiros dos *distritos de Braga* em relação aos de *Bragança* ($6,66 - 6,00$; $p = 0,008$); também os resultados obtidos entre os enfermeiros do *distrito do Porto* são maiores do que os encontrados entre enfermeiros do *distrito de Bragança* ($6,68 - 6,00$; $p = 0,008$).

Gráfico 25 – ESPE: factor III / distrito



Factor IV – Falta de apoio dos colegas

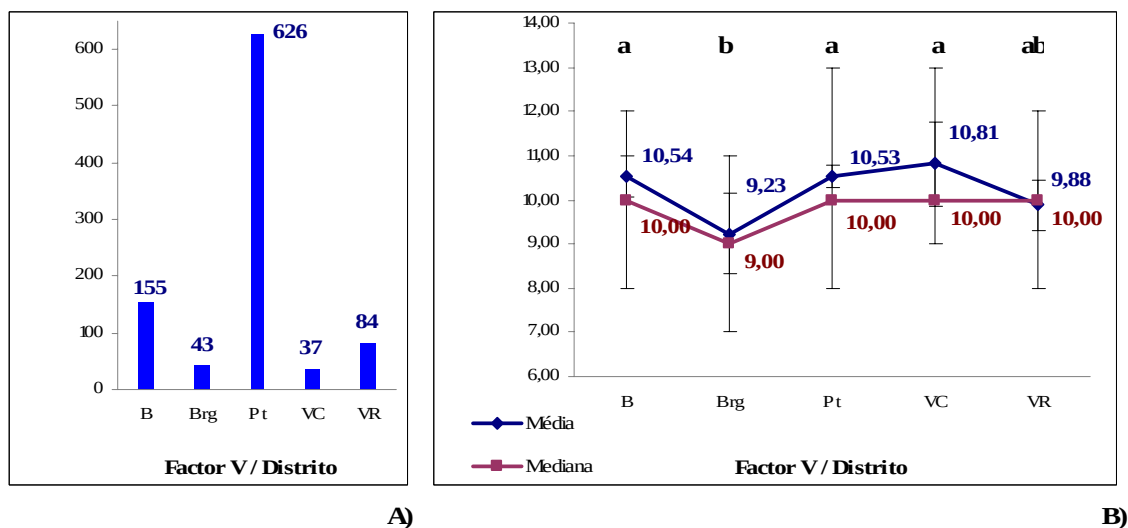
Gráfico 26 – ESPE: factor IV / distrito



Quanto ao factor IV, que se prende com a *falta de apoio dos colegas*, analisado em função do *distrito*, verifica-se no Gráfico 26 (e Quadro 35 do Apêndice 4) que não foram encontradas diferenças que possam ser consideradas estatisticamente significativas ($p = 0,434$).

Factor V – Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes

Gráfico 27 – ESPE: factor V / distrito

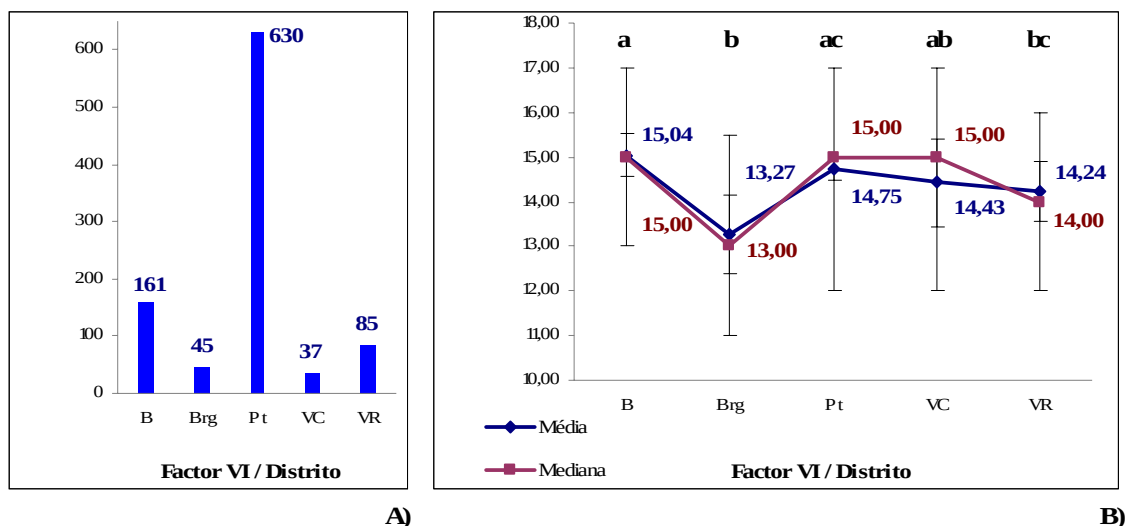


No que se prende com o factor V da *ESPE* (*conflitos com outros enfermeiros e com os chefes*), o Gráfico 27 (e Quadros 36 e 37 do Apêndice 4) mostra existirem diferenças significativas no modo como aquele é sentido conforme a variável *distrito* em que os enfermeiros exercem funções ($p = 0,038$). E verifica-se também que os resultados mais altos e significativamente diferentes são obtidos pelos enfermeiros do *distrito de Braga* em relação aos de *Bragança* ($10,54 - 9,23$; $p = 0,009$), pelos enfermeiros do *Porto* face aos de *Bragança* ($10,53 - 9,23$; $p = 0,008$) e pelos de *Viana do Castelo* em relação aos do *distrito de Bragança* ($10,81 - 9,23$; $p = 0,017$).

Factor VI – Carga de trabalho

Sobre o estudo dos resultados obtidos pelos enfermeiros nas questões do factor VI da *ESPE* (*carga de trabalho*) em função do *distrito* onde as instituições se inserem, o Gráfico 28 (e Quadros 38 e 39 do Apêndice 4) mostra existirem também diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,018$), sendo que as médias são mais elevadas entre os enfermeiros do *distrito de Braga* do que entre os de *Bragança* ($15,04 - 13,27$; $p = 0,002$), nos de *Braga* em relação aos do *distrito de Vila Real* ($15,04 - 14,24$; $p = 0,038$) e nos do *distrito do Porto* em comparação com os de *Bragança* ($14,75 - 13,27$; $p = 0,006$).

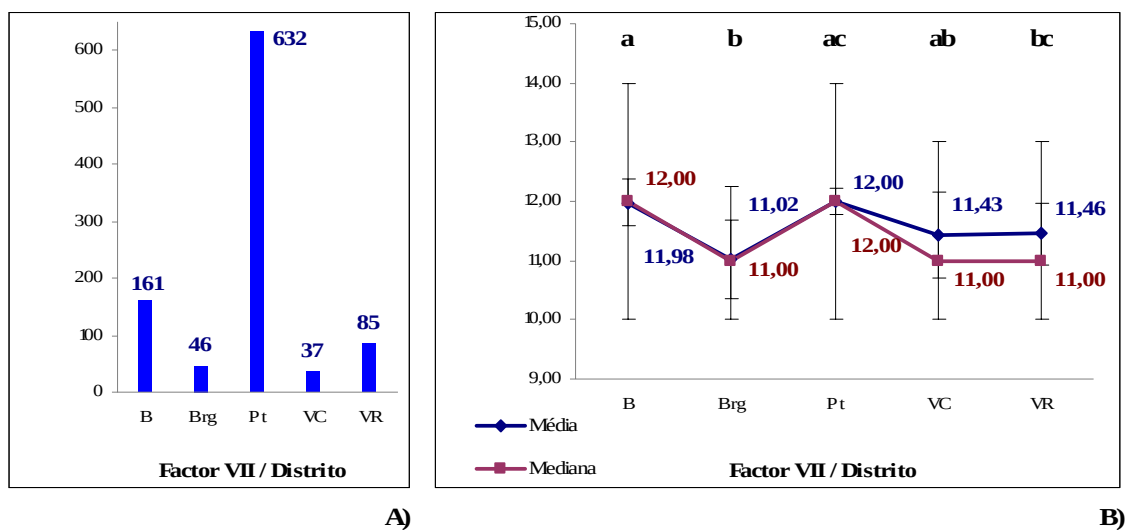
Gráfico 28 – ESPE: factor VI / distrito



Factor VII – Incerteza quanto aos tratamentos

Finalmente, a aplicação dos testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney aos resultados obtidos pelos enfermeiros no factor VII da *ESPE* (*incerteza quanto aos tratamentos*) em função da variável *distrito* permite verificar no Gráfico 29 (e Quadros 40 e 41 do Apêndice 4) também existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,039$), sendo os resultados obtidos mais altos nos enfermeiros do *distrito de Braga* em relação aos do *distrito de Bragança* ($11,98 - 11,02$; $p = 0,013$), nos de *Braga* em relação aos de *Vila Real* ($11,98 - 11,46$; $p = 0,049$) e nos do *Porto* em relação aos do *distrito de Bragança* ($12,00 - 11,02$; $p = 0,018$).

Gráfico 29 – ESPE: factor VII / distrito



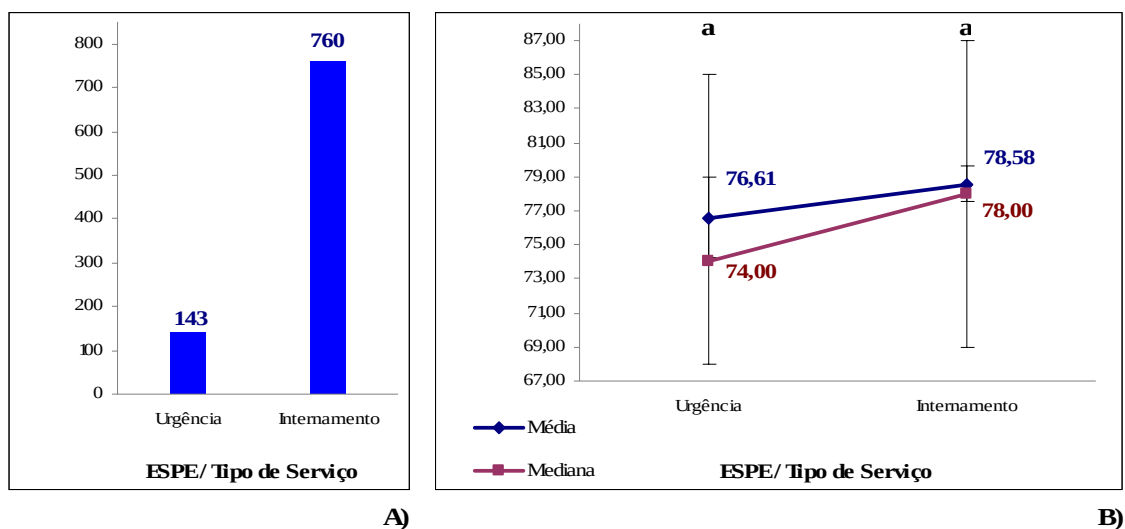
3.3.2. ESPE / Tipo de Serviço

Analisem-se agora os resultados obtidos pelos enfermeiros na *ESPE* à luz da variável *Tipo de Serviço* (serviços de Urgência ou Internamento) em que os mesmos exercem as suas funções.

Escala

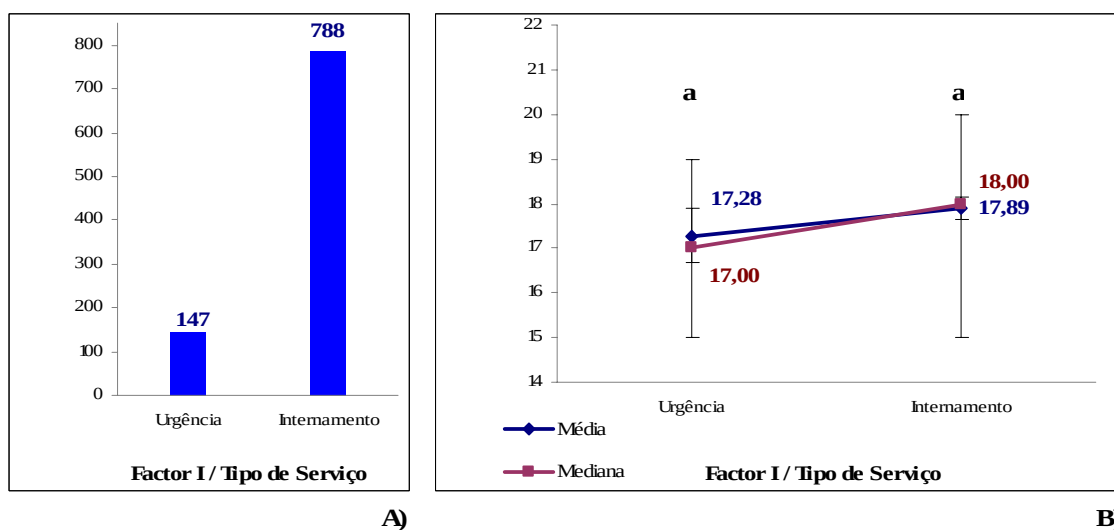
O Gráfico 30 (e Quadro 42 do Apêndice 4) mostra não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,082$) nos resultados obtidos na *ESPE* quando considerado o exercício de funções em *serviços de urgência* ou de *internamento*.

Gráfico 30 – ESPE: tipo de serviço



Factor I – A morte e o morrer

Gráfico 31 – ESPE: factor I / tipo de serviço



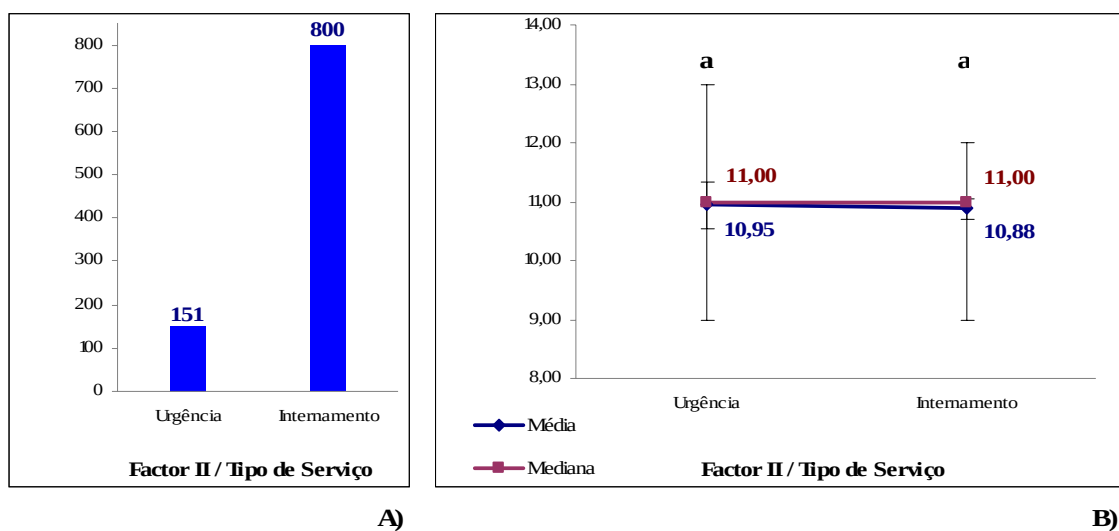
O mesmo estudo, mas agora considerados os resultados obtidos com os itens da escala que se referem ao factor I (*a morte e o morrer*), também revela, conforme o Gráfico 31

(e Quadro 43 do Apêndice 4), não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,068$).

Factor II – Conflitos com os médicos

O mesmo se passa quando considerado o factor II – *conflitos com os médicos*. Na verdade, o Gráfico 32 (e Quadro 44 do Apêndice 4) mostra que a aplicação do teste de Mann-Whitney resulta num valor de $p = 0,791$.

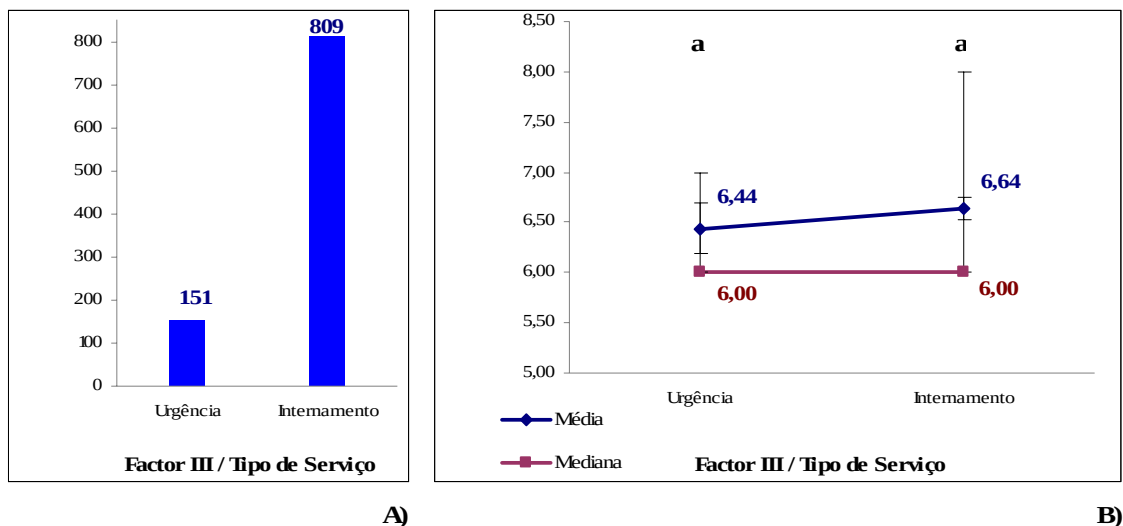
Gráfico 32 – ESPE: factor II / tipo de serviço



Factor III – Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares

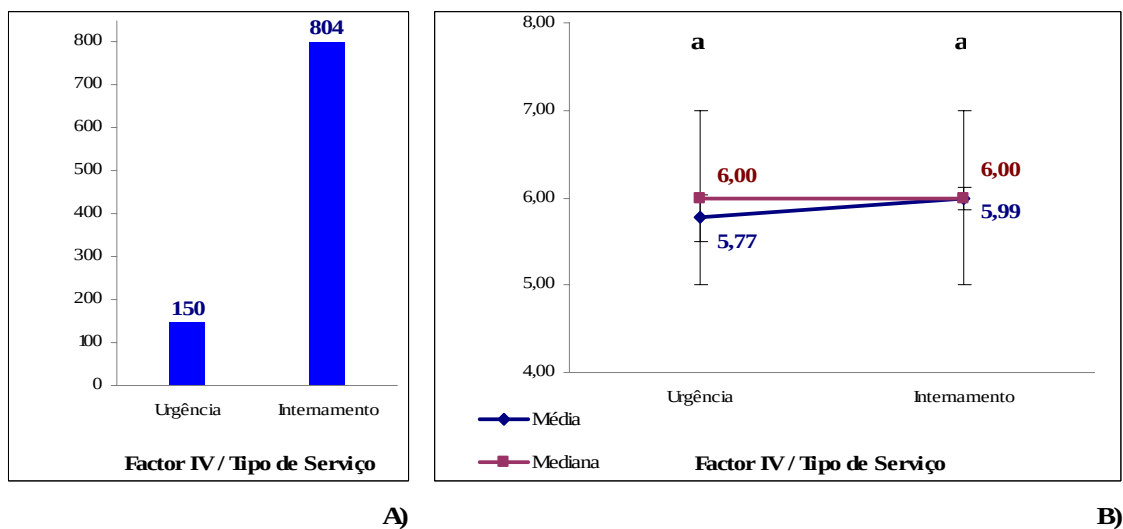
Também no estudo dos resultados obtidos em função do factor III – *preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares* – conforme o Gráfico 33 (e Quadro 45 do Apêndice 4), não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,122$).

Gráfico 33 – ESPE: factor III / tipo de serviço



Factor IV – Falta de apoio dos colegas

Gráfico 34 – ESPE: factor IV / tipo de serviço

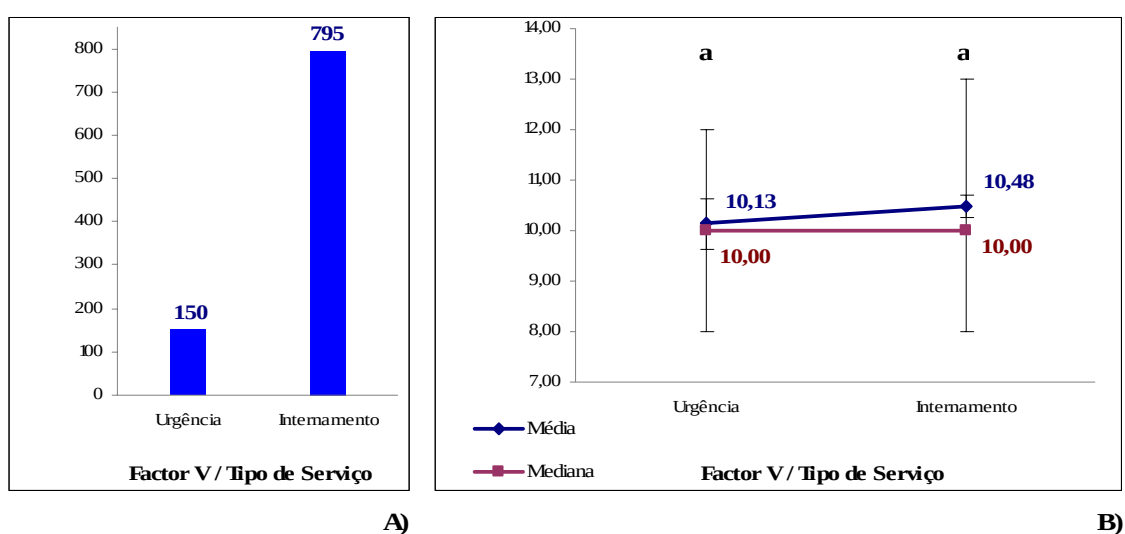


Conforme o Gráfico 34 (e Quadro 46 do Apêndice 4), o factor IV – *falta de apoio dos colegas* – também não é indutor de diferenças estatisticamente significativas conforme se trate de enfermeiros dos *serviços de urgência* ou de *internamento* ($p = 0,253$).

Factor V – Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes

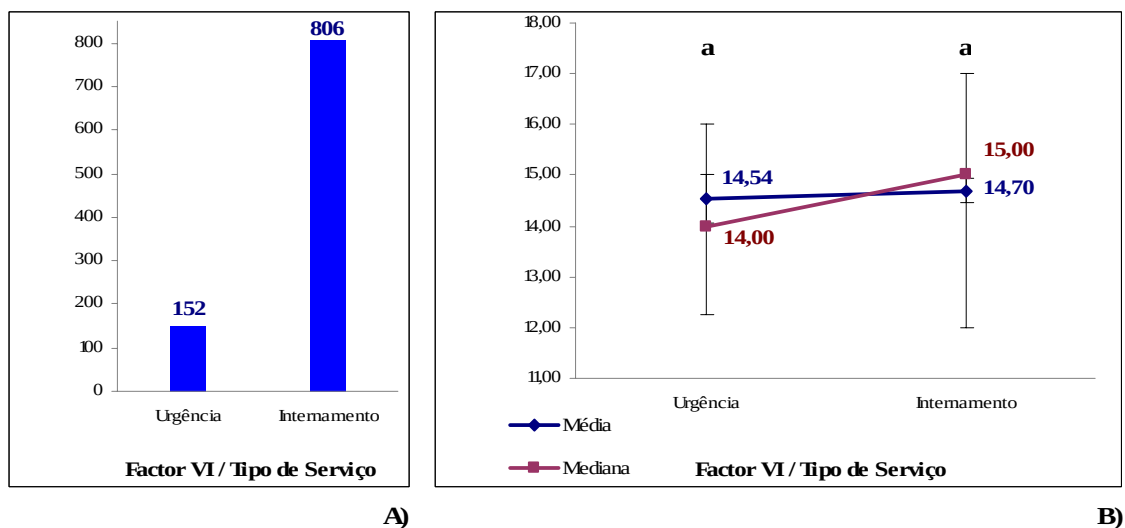
Do mesmo modo, a leitura do Gráfico 35 (e Quadro 47 do Apêndice 4) mostra que não são encontradas diferenças significativas entre os valores obtidos no factor V da escala, ou seja, *conflitos com outros enfermeiros e com os chefes*, em função do tipo de serviço ($p = 0,196$).

Gráfico 35 – ESPE: factor V / tipo de serviço



Factor VI – Carga de trabalho

Gráfico 36 – ESPE: factor VI / tipo de serviço

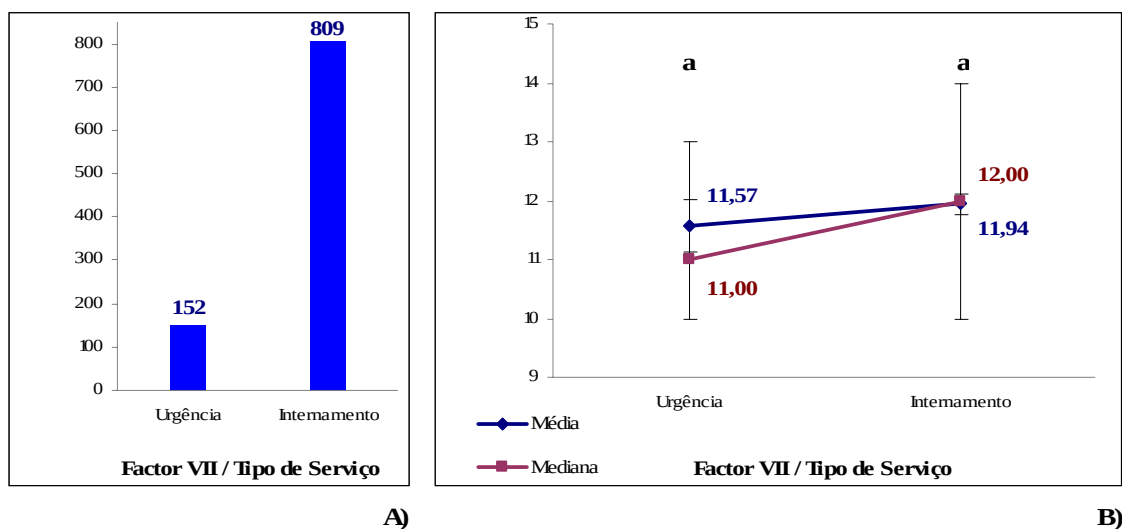


Também o estudo do factor VI – *carga de trabalho* – resulta na inexistência de diferenças estatisticamente significativas nos resultados em função do *tipo de serviço* ($p = 0,471$), conforme o Gráfico 36 (e Quadro 48 do Apêndice 4).

Factor VII – Incerteza quanto aos tratamentos

Finalmente, e lido o Gráfico 37 (e Quadro 49 do Apêndice 4), também os resultados obtidos no factor VII (*incerteza quanto aos tratamentos*) não são significativamente diferentes em função do *tipo de serviço* ($p = 0,119$).

Gráfico 37 – ESPE: factor VII / tipo de serviço



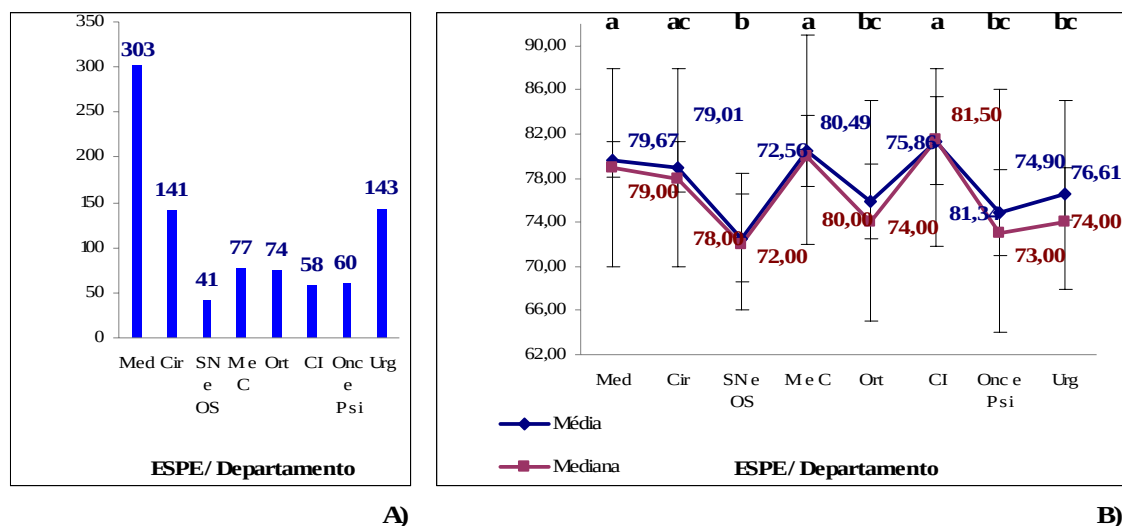
3.3.3. ESPE / Departamento

No que se refere aos resultados obtidos com a aplicação da *ESPE* em função do *Departamento* em que os mesmos exercem as suas funções, segue-se a sua apresentação.

Escala

A leitura do Gráfico 38 (e Quadros 50 e 51 do Apêndice 4), que relaciona os resultados obtidos pelos enfermeiros na *ESPE* e a variável *departamento*, permite verificar existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,002$). Na verdade, os resultados obtidos na referida escala, no seu todo, são significativamente maiores nos enfermeiros dos *departamentos* de *Medicina* em relação aos dos *departamentos* de *Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos* ($79,67 - 72,56$; $p = 0,002$), o mesmo acontecendo entre os dos *departamentos* de *Medicina* e de *Ortopedia* ($79,67 - 75,86$; $p = 0,035$), de *Medicina* e de *Oncologia e Psiquiatria* ($79,67 - 74,90$; $p = 0,028$), de *Medicina* e de *Urgência* ($79,67 - 76,61$; $p = 0,021$), de *Cirurgia* e de *Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos* ($79,01 - 72,56$; $p = 0,009$), de *Mulher e Criança* e de *Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos* ($80,49 - 72,56$; $p = 0,003$), de *Cuidados Intensivos* e de *Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos* ($81,34 - 72,56$; $p = 0,003$), da *Mulher e Criança* e de *Ortopedia* ($80,49 - 75,86$; $p = 0,035$), da *Mulher e Criança* e de *Oncologia e Psiquiatria* ($80,49 - 74,90$; $p = 0,027$), da *Mulher e Criança* e da *Urgência* ($80,49 - 76,61$; $p = 0,025$), de *Cuidados Intensivos* e de *Ortopedia* ($81,34 - 75,86$; $p = 0,027$), de *Cuidados Intensivos* e de *Oncologia e Psiquiatria* ($81,34 - 74,90$; $p = 0,031$) e finalmente nos enfermeiros dos *departamentos* de *Cuidados Intensivos* em relação aos dos *departamentos* de *Urgência* ($81,34 - 76,61$; $p = 0,030$).

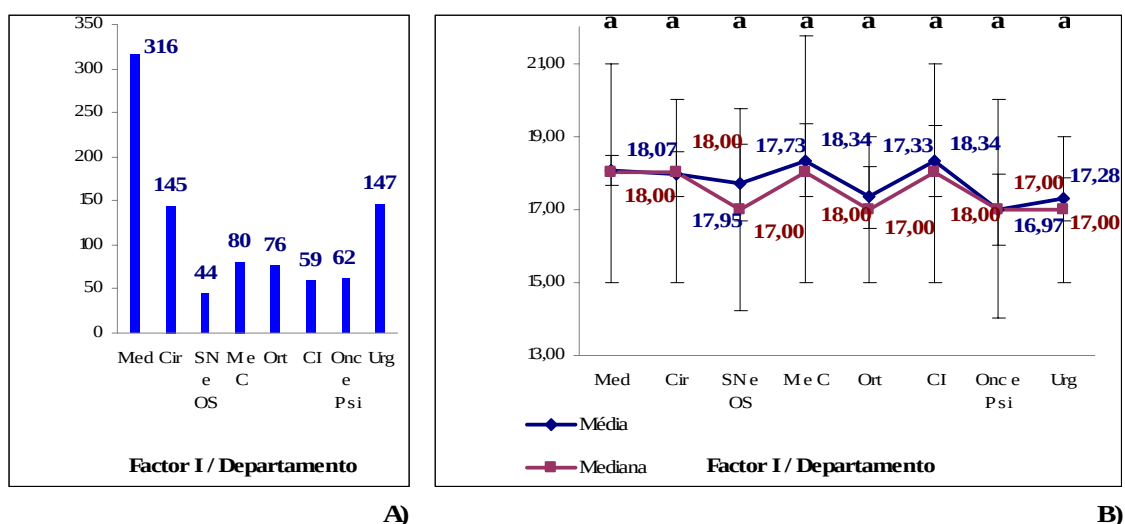
Gráfico 38 – ESPE: departamento



Factor I – A morte e o morrer

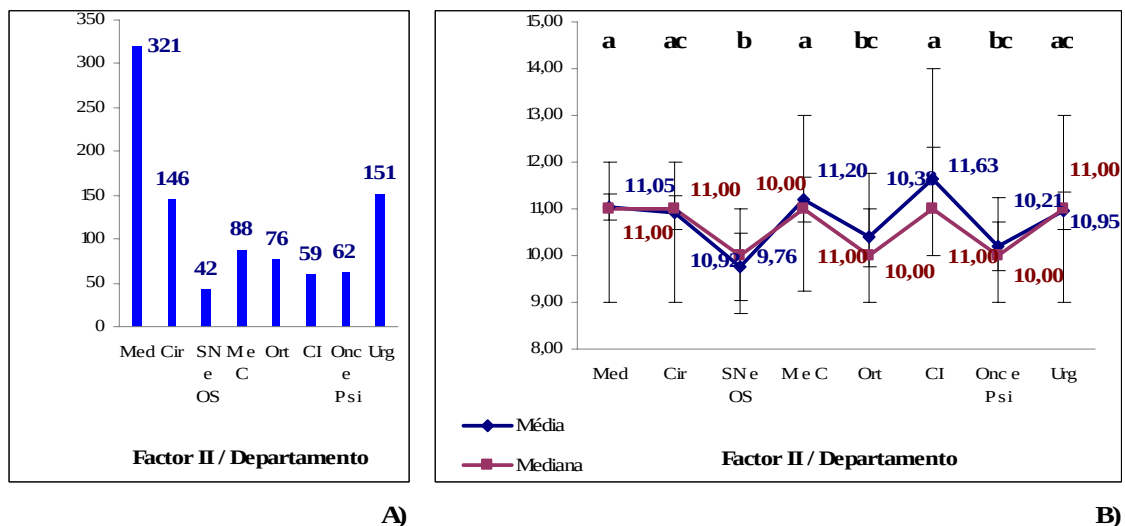
Estudando os resultados obtidos com a *ESPE*, mas considerando de modo independente os diversos factores, verifica-se pelo Gráfico 39 (e Quadro 52 do Apêndice 4), no que concerne ao factor I (*a morte e o morrer*) e ao departamento, que não se encontram diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos ($p = 0,137$).

Gráfico 39 – ESPE: factor I / departamento



Factor II – Conflitos com os médicos

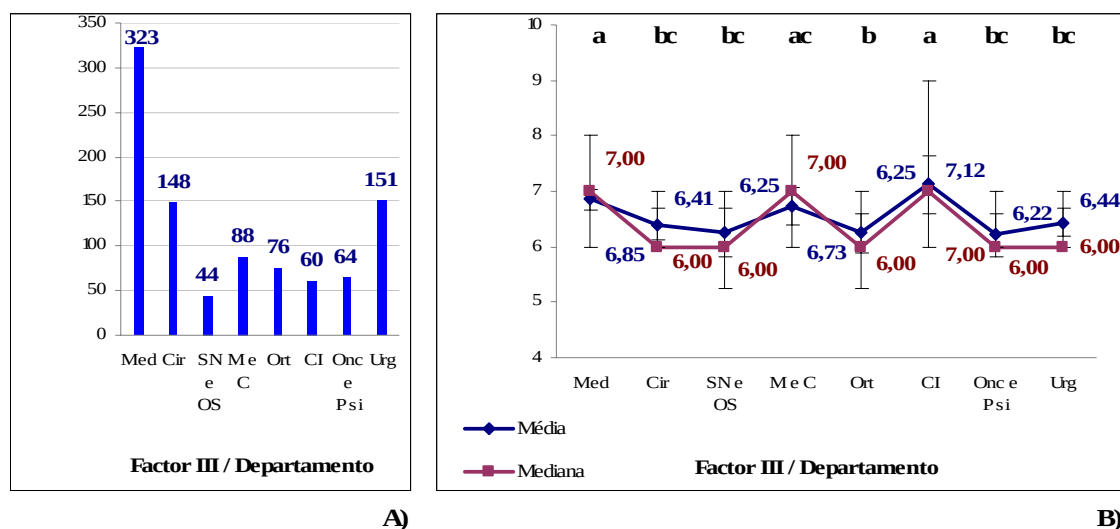
Gráfico 40 – ESPE: factor II / departamento



Já no que se refere ao factor II – *conflitos com os médicos*, o Gráfico 40 (e Quadros 53 e 54 do Apêndice 4) mostra que as diferenças encontradas em função da variável *departamento* são estatisticamente significativas ($p = 0,001$). Aplicado o teste de Mann-Whitney no sentido de encontrar os pares em que as diferenças estatisticamente significativas se verificam, percebe-se que as referidas diferenças acontecem nos pares *Medicina – Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos* (11,05 – 9,76; $p = 0,001$), *Medicina – Ortopedia* (11,05 – 10,38; $p = 0,021$), *Medicina – Oncologia e Psiquiatria* (11,05 – 10,21; $p = 0,022$), *Cirurgia – Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos* (10,92 – 9,76; $p = 0,002$), *Mulher e Criança – Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos* (11,20 – 9,76; $p = 0,002$), *Cuidados Intensivos – Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos* (11,63 – 9,76; $p = 0,000$), *Urgência – Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos* (10,95 – 9,76; $p = 0,005$), *Mulher e Criança – Ortopedia* (11,20 – 10,38; $p = 0,032$), *Mulher e Criança – Oncologia e Psiquiatria* (11,20 – 10,21; $p = 0,026$), *Cuidados Intensivos – Ortopedia* (11,63 – 10,38; $p = 0,007$) e *Cuidados Intensivos – Oncologia e Psiquiatria* (11,63 – 10,21; $p = 0,005$).

Factor III – Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares

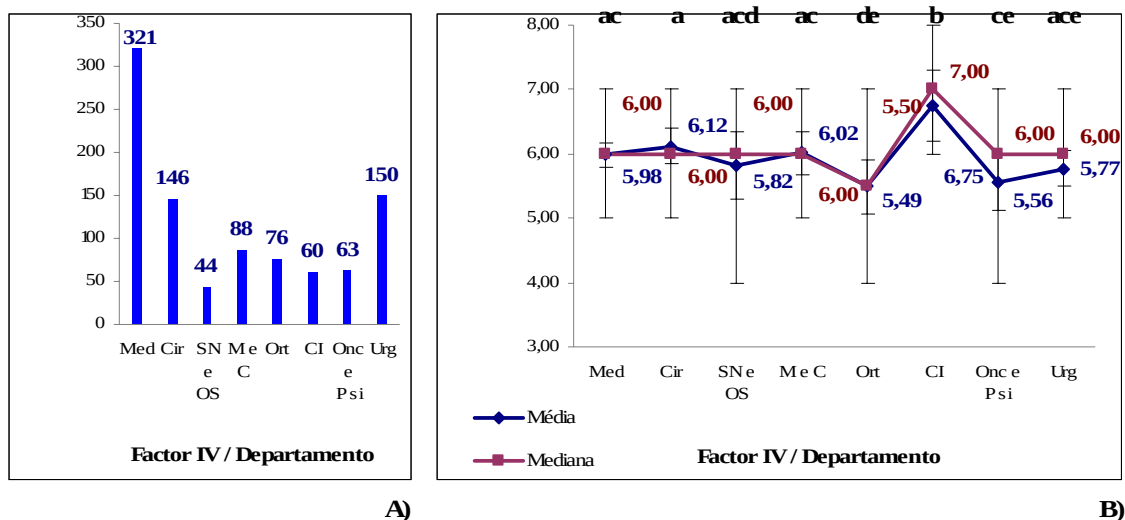
Gráfico 41 – ESPE: factor III / departamento



Tomados em consideração os resultados totais obtidos no conjunto dos itens do factor III (*preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares*) e confrontados os mesmos com a distribuição dos enfermeiros por departamento, verifica-se no Gráfico 41 (e Quadros 55 e 56 do Apêndice 4) que existem também diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,000$). E a aplicação do teste de Mann-Whitney para detecção dos pares cujas diferenças são estatisticamente significativas resulta nos seguintes resultados: *Medicina – Cirurgia* (6,85 – 6,41; $p = 0,006$); *Medicina – Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos* (6,85 – 6,25; $p = 0,006$); *Medicina – Ortopedia* (6,85 – 6,25; $p = 0,001$); *Medicina – Oncologia e Psiquiatria* (6,85 – 6,22; $p = 0,006$); *Medicina – Urgência* (6,85 – 6,44; $p = 0,003$); *Cuidados Intensivos – Cirurgia* (7,12 – 6,41; $p = 0,017$); *Cuidados Intensivos – Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos* (7,12 – 6,25; $p = 0,011$); *Mulher e Criança – Ortopedia* (6,73 – 6,25; $p = 0,047$); *Cuidados Intensivos – Ortopedia* (7,12 – 6,25; $p = 0,004$); *Cuidados Intensivos – Oncologia e Psiquiatria* (7,12 – 6,22; $p = 0,010$); e *Cuidados Intensivos – Urgência* (7,12 – 6,44; $p = 0,011$).

Factor IV – Falta de apoio dos colegas

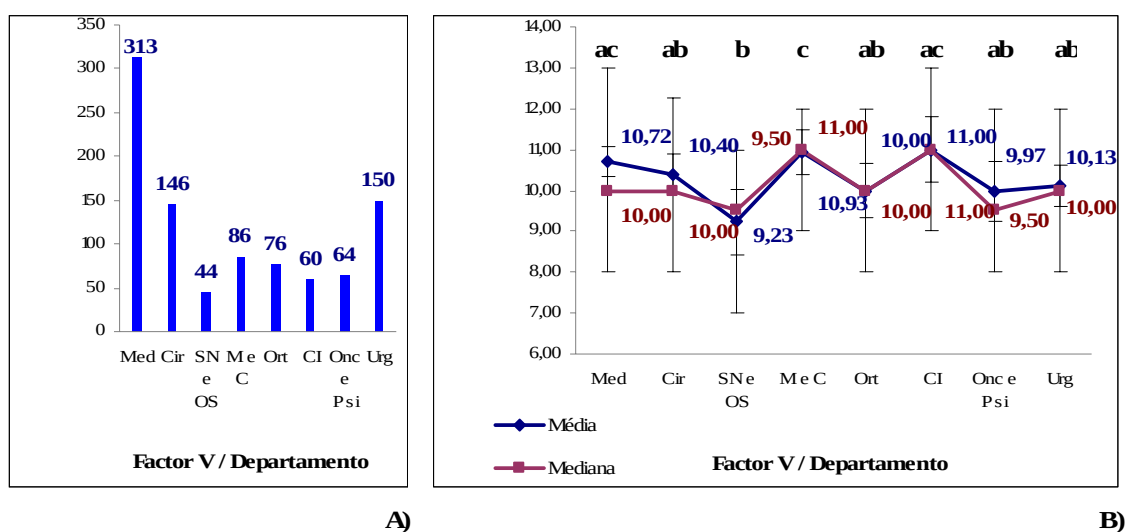
Gráfico 42 – ESPE: factor IV / departamento



A estatística descritiva e a aplicação do teste de Kruskal-Wallis aos resultados do factor IV (*falta de apoio dos colegas*) considerados em função do *departamento* em que os enfermeiros exercem as suas funções mostram, conforme o Gráfico 42 (e Quadros 57 e 58 do Apêndice 4) existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,003$). Com a aplicação do teste de Mann-Whitney, foi possível conhecer os pares com diferenças estatisticamente significativas, a saber: *Medicina – Ortopedia* (5,98 – 5,49; $p = 0,024$), *Cuidados Intensivos – Medicina* (6,75 – 5,98; $p = 0,003$), *Cirurgia – Ortopedia* (6,12 – 5,49; $p = 0,011$), *Cuidados Intensivos – Cirurgia* (6,75 – 6,12; $p = 0,029$), *Cirurgia – Oncologia e Psiquiatria* (6,12 – 5,56; $p = 0,041$), *Cuidados Intensivos – Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos* (6,75 – 5,82; $p = 0,017$), *Mulher e Criança – Ortopedia* (6,02 – 5,49; $p = 0,041$), *Cuidados Intensivos – Mulher e Criança* (6,75 – 6,02; $p = 0,014$), *Cuidados Intensivos – Ortopedia* (6,75 – 5,49; $p = 0,000$), *Cuidados Intensivos – Oncologia e Psiquiatria* (6,75 – 5,56; $p = 0,001$), e *Cuidados Intensivos – Urgência* (6,75 – 5,77; $p = 0,001$).

Factor V – Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes

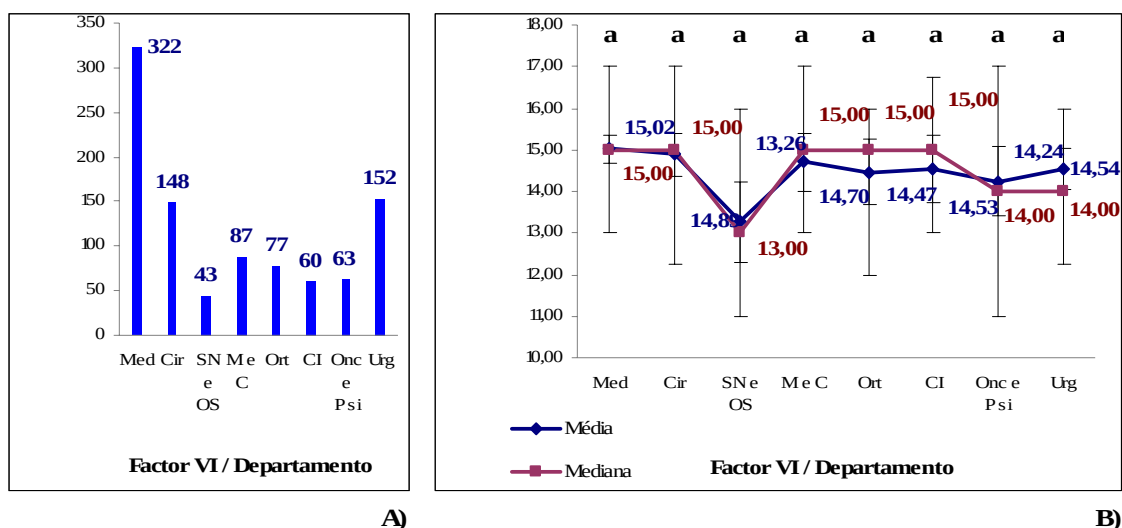
Gráfico 43 – ESPE: factor V / departamento



Seguiu-se a procura de diferenças estatisticamente significativas tendo em conta os resultados obtidos no factor V da escala (*conflitos com outros enfermeiros e com os chefes*) em função do *departamento* em que os questionados exercem funções. Verificou-se, conforme a leitura do Gráfico 43 (e Quadros 59 e 60 do Apêndice 4), existirem diferenças significativas ($p = 0,010$). Esta diferença apresentada pelo teste de Kruskal-Wallis assenta nas diferenças apresentadas pela aplicação do teste de Mann-Whitney nos seguintes pares de *departamentos*: *Medicina – Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos* ($10,72 - 9,23$; $p = 0,005$), *Cirurgia – Mulher e Criança* ($10,40 - 10,93$; $p = 0,030$), *Mulher e Criança – Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos* ($10,93 - 9,23$; $p = 0,001$), *Cuidados Intensivos – Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos* ($11,00 - 9,23$; $p = 0,005$), *Mulher e Criança – Ortopedia* ($10,93 - 10,00$; $p = 0,035$), *Mulher e Criança – Oncologia e Psiquiatria* ($10,93 - 9,97$; $p = 0,026$) e *Mulher e Criança – Urgência* ($10,93 - 10,13$; $p = 0,025$).

Factor VI – Carga de trabalho

Gráfico 44 – ESPE: factor VI / departamento



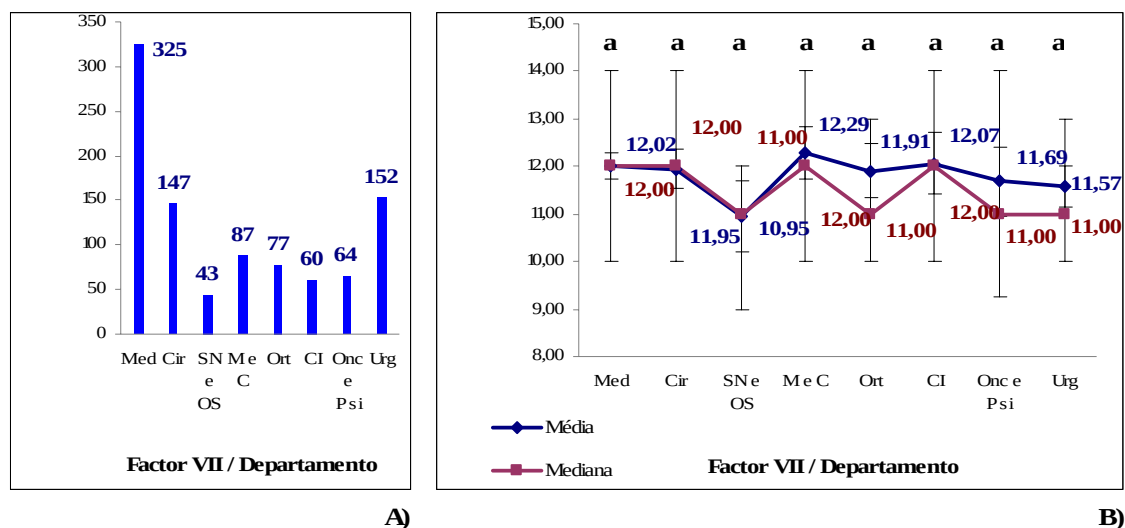
O mesmo estudo apresentado no Gráfico 44 (e Quadro 61 do Apêndice 4), mas relacionando a variável *departamento* com os resultados conjuntos do factor VI da

ESPE (carga de trabalho), resulta na conclusão de que não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,090$).

Factor VII – Incerteza quanto aos tratamentos

Finalmente, no que se refere ao cruzamento de dados em função do *departamento* em que os enfermeiros exercem funções, o Gráfico 45 (e Quadro 62 do Apêndice 4) mostra não existirem diferenças estatisticamente significativas quando se considera os itens do factor VII da *Escala de Stresse – incerteza quanto aos tratamentos*. Na verdade, o teste de Kruskal-Wallis resulta num valor de $p = 0,104$.

Gráfico 45 – ESPE: factor VII / departamento



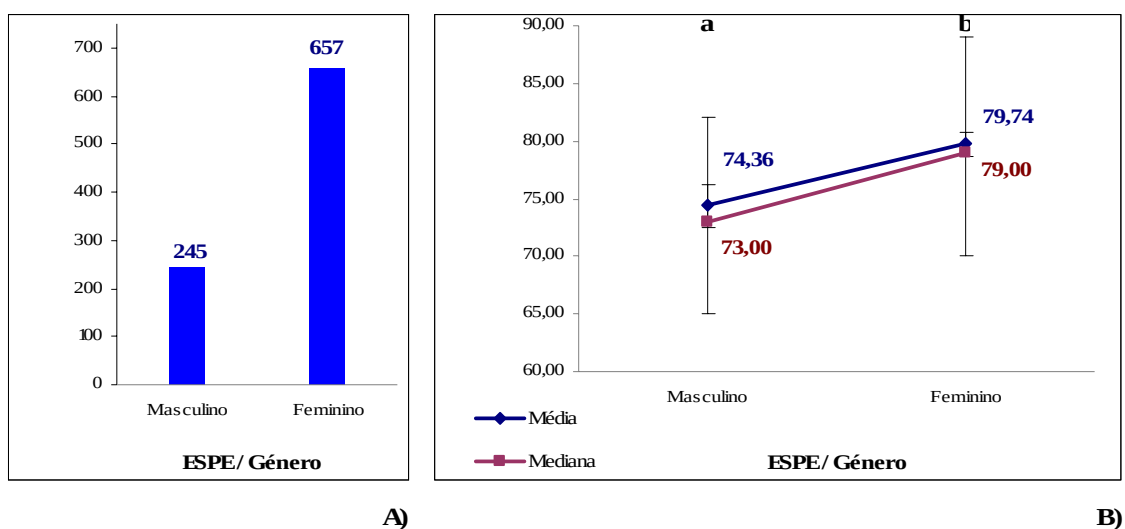
3.3.4. ESPE / Género

Também foi estudado o modo como se comportam os resultados obtidos com a aplicação da *ESPE* tendo em conta o *género* dos mesmos.

Escala

O Gráfico 46 (e Quadro 63 do Apêndice 4), com dados resultantes do estabelecimento de relação entre os resultados obtidos pelos enfermeiros na *ESPE* e a variável *género*, mostra que as médias obtidas não são semelhantes, havendo diferença estatisticamente significativa entre elas ($p = 0,000$), com médias mais altas encontradas entre as enfermeiras (79,74 – 74,36).

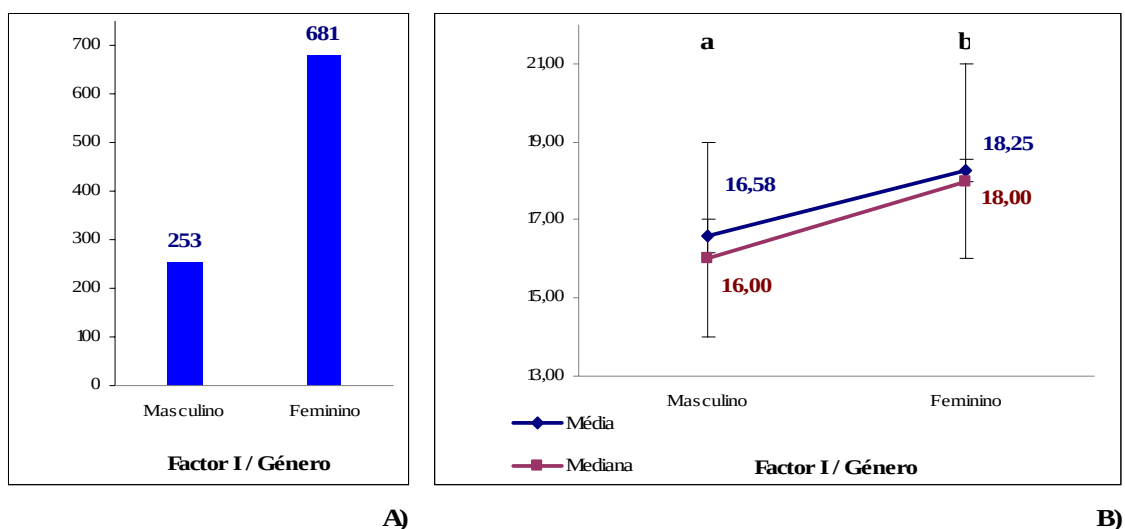
Gráfico 46 – ESPE: género



Factor I – A morte e o morrer

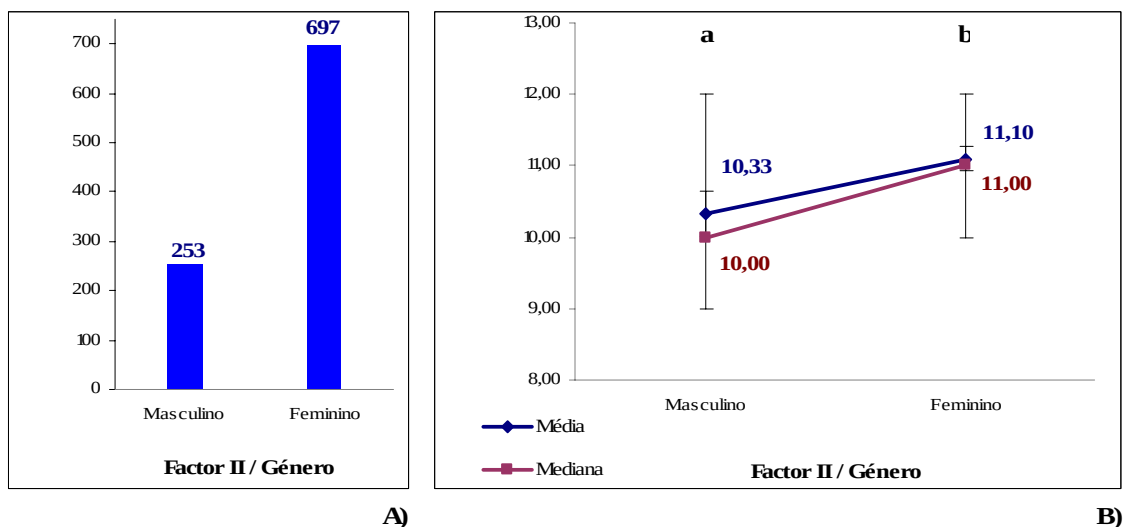
Feito o estudo já não com os resultados obtidos na *ESPE* globalmente, mas com os resultados obtidos nos itens relativos ao factor I da mesma escala (*a morte e o morrer*) verifica-se no Gráfico 47 (e Quadro 64 do Apêndice 4) haver diferenças estatisticamente significativas em função do *género* ($p = 0,000$), com valores médios mais altos entre as enfermeiras (18,25 – 16,58).

Gráfico 47 – ESPE: factor I / género



Factor II – Conflitos com os médicos

Gráfico 48 – ESPE: factor II / género



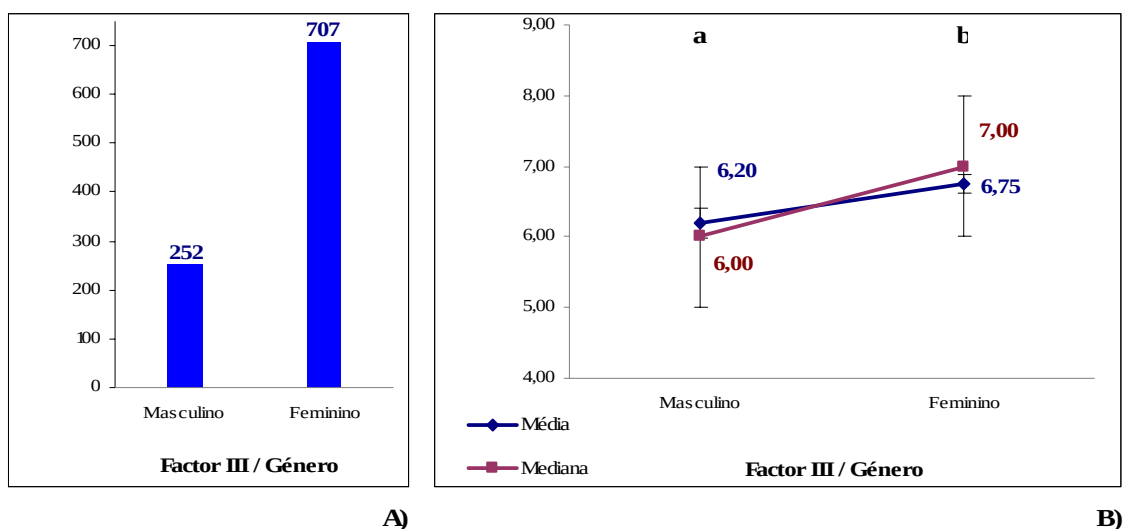
No que se refere ao factor II da *ESPE* (*conflitos com os médicos*), a aplicação do teste de Mann-Whitney permite concluir, conforme o Gráfico 48 (e Quadro 65 do Apêndice 4) existirem diferenças estatisticamente significativas, com valores mais altos entre as

enfermeiras (11,10 – 10,33; $p = 0,000$).

Factor III – Preparação inadequada para lidar com as necessidades dos doentes e dos seus familiares

Também a leitura do Gráfico 49 (e Quadro 66 do Apêndice 4), referente ao estudo feito da relação entre o *género* e o factor III da ESPE (*preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares*), permite verificar existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,000$). Mais uma vez, as médias mais altas estão entre as enfermeiras (6,75 – 6,20).

Gráfico 49 – ESPE: factor III / género

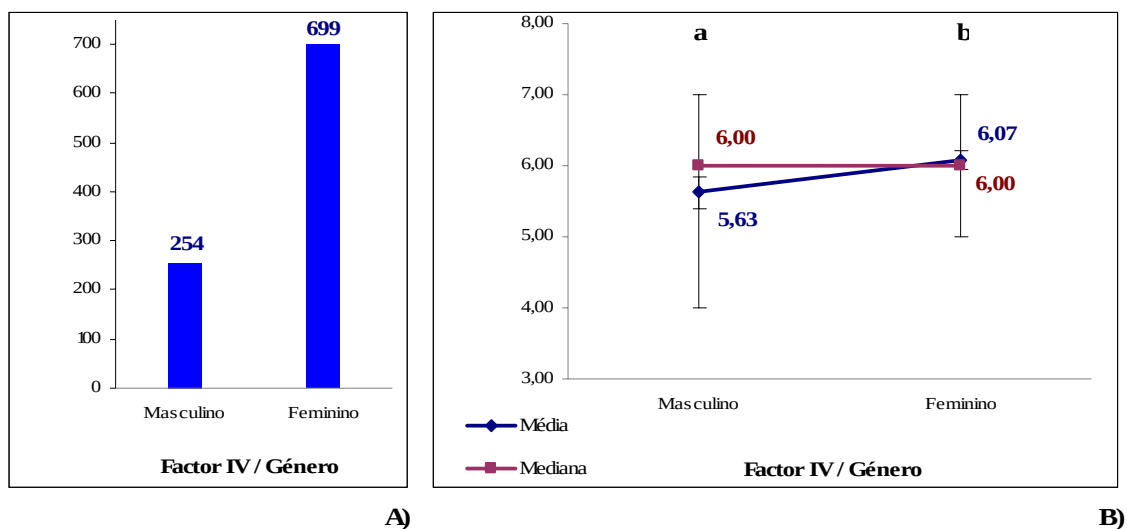


Factor IV – Falta de apoio dos colegas

Resultados idênticos são encontrados no Gráfico 50 (e Quadro 67 do Apêndice 4) referente ao estudo do factor IV (*falta de apoio dos colegas*). Na verdade, o teste de Mann-Whitney apresenta um valor ($p = 0,000$) que permite concluir existirem diferenças estatisticamente

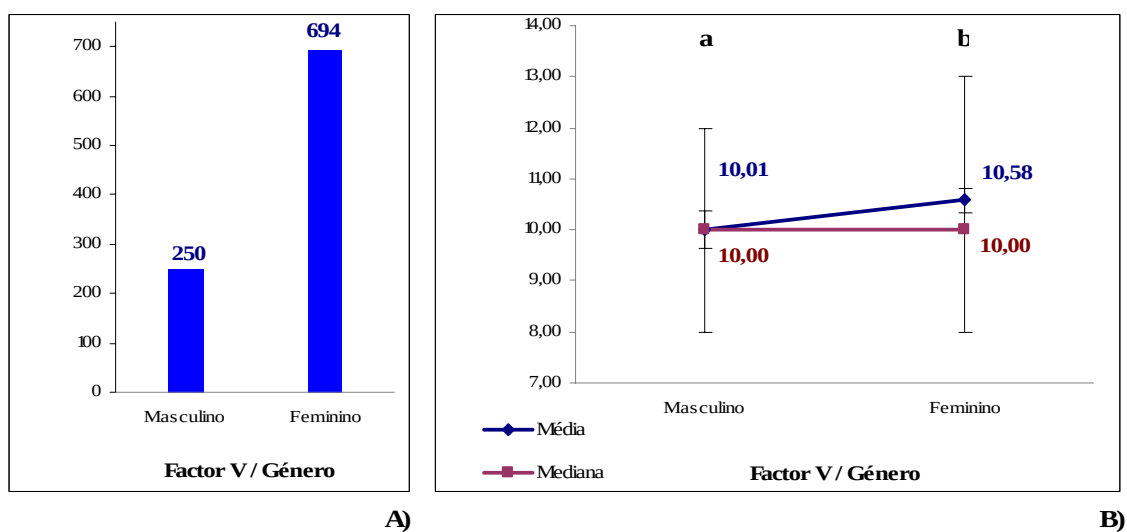
significativas em função da variável *género*, com valores médios mais altos entre as enfermeiras (6,07 – 5,63).

Gráfico 50 – ESPE: factor IV / género



Factor V – Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes

Gráfico 51 – ESPE: factor V / género

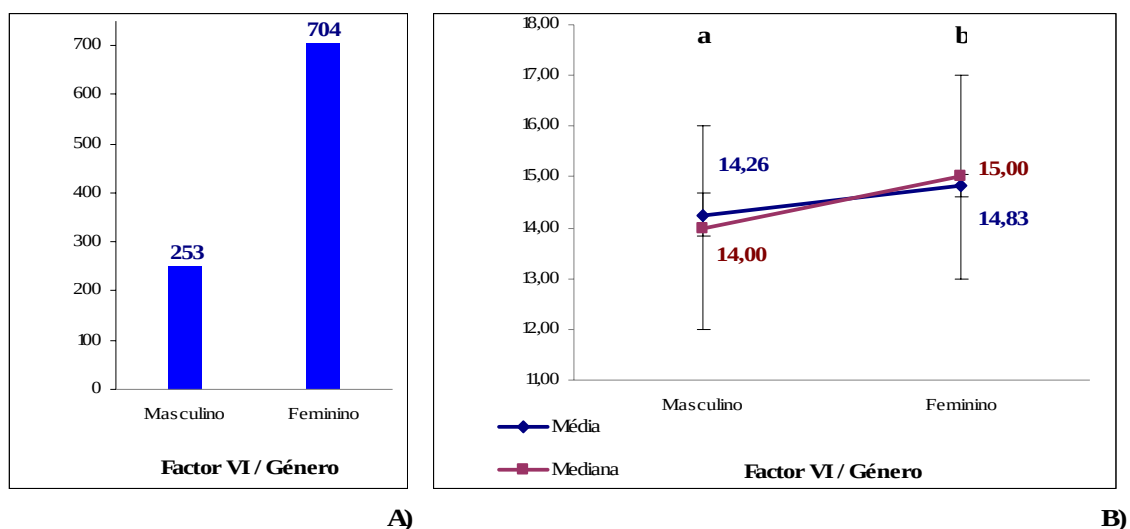


Do mesmo modo, o Gráfico 51 (e Quadro 68 do Apêndice 4) mostra que, considerados os itens do factor V da *ESPE* (*conflitos com outros enfermeiros e com os chefes*) em função do *género*, existem diferenças estatisticamente significativas com a média mais alta entre as enfermeiras (10,58 – 10,01; $p = 0,007$).

Factor VI – Carga de trabalho

Também no caso do factor VI da *ESPE* (*carga de trabalho*) se verifica, conforme o Gráfico 52 (e Quadro 69 do Apêndice 4, haver diferenças (valores mais altos entre as enfermeiras) estatisticamente significativas (14,83 – 14,26; $p = 0,010$).

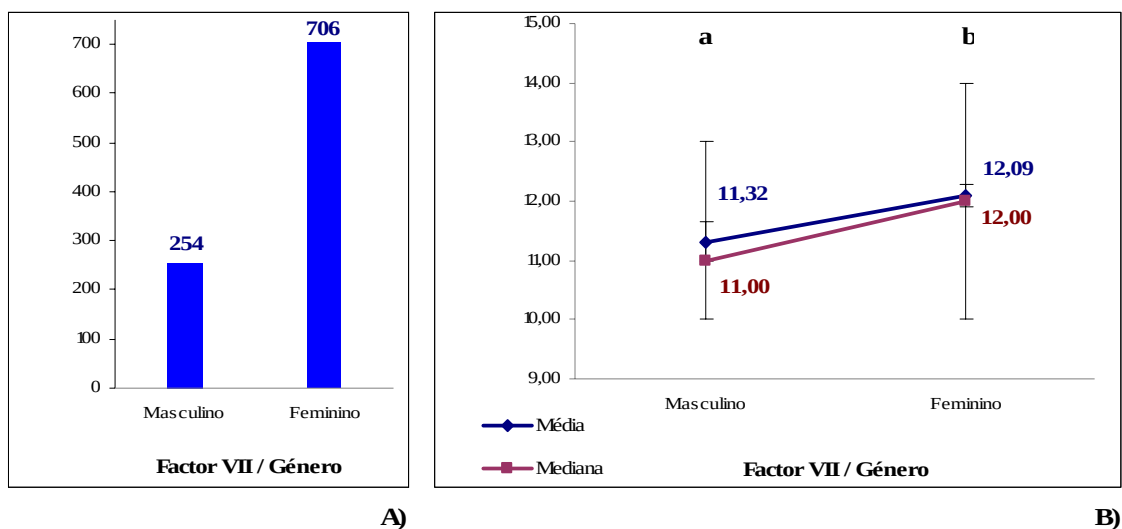
Gráfico 52 – ESPE: factor VI / género



Factor VII – Incerteza quanto aos tratamentos

E finalmente no que se refere ao estudo do *género* quando relacionado com os diferentes itens da *ESPE*, verifica-se pelo Gráfico 53 (e Quadro 70 do Apêndice 4) existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,000$) nos resultados obtidos nos itens do factor VII (*incerteza quanto aos tratamentos*), com as enfermeiras a obterem a média mais elevada (12,09 – 11,32).

Gráfico 53 – ESPE: factor VII / género



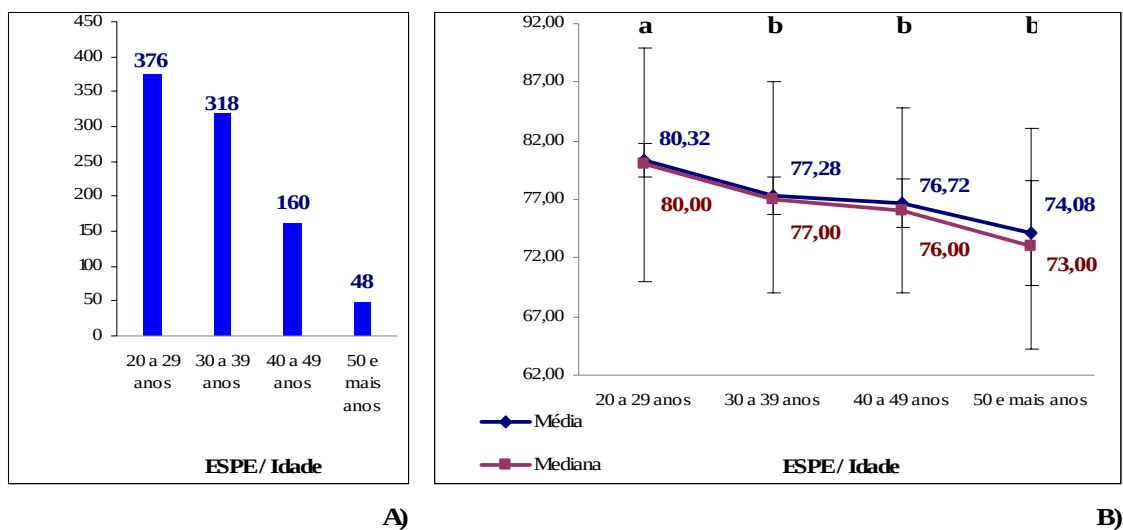
3.3.5. ESPE / Idade

Os dados que a seguir se apresentam são o resultado do estudo das eventuais diferenças entre os resultados obtidos pelos enfermeiros ao responderem à *ESPE* e a sua *idade*.

Escala

O Gráfico 54 (e Quadros 71 e 72 do Apêndice 4) mostra que os resultados obtidos não são semelhantes, havendo diferenças estatisticamente significativas entre eles ($p = 0,005$). A aplicação do teste de Mann-Whitney permite que se conclua que há diferenças entre as médias das classificações obtidas na *ESPE* quando se estuda o grupo etário 20 a 29 anos em relação aos grupos 30 a 39 anos ($80,32 - 77,28$; $p = 0,008$), 40 a 49 anos ($80,32 - 76,72$; $p = 0,013$) e 50 anos e mais ($80,32 - 74,08$; $p = 0,013$).

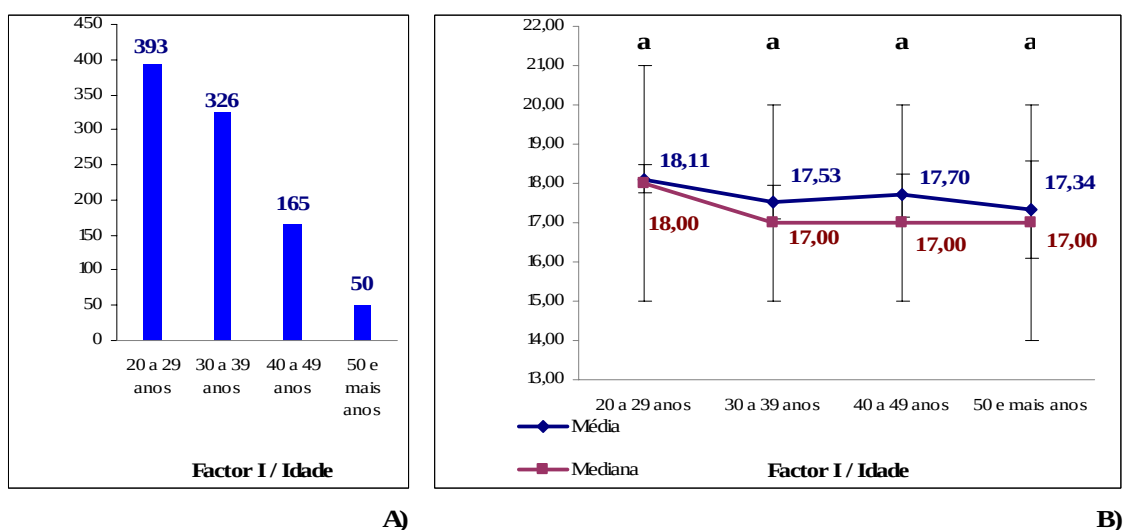
Gráfico 54 – ESPE: idade



Factor I – A morte e o morrer

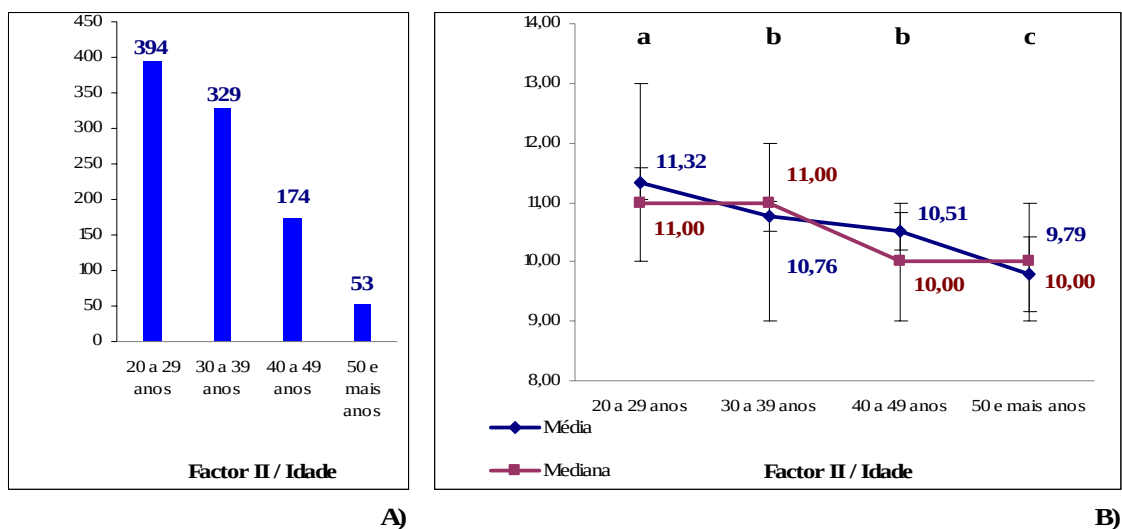
O estudo apresentado no Gráfico 55 (e Quadro 73 do Apêndice 4), dos resultados obtidos pelos enfermeiros no factor I da ESPE (*a morte e o morrer*) em função da idade, mostra não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,142$).

Gráfico 55 – ESPE: factor I / idade



Factor II – Conflitos com os médicos

Gráfico 56 – ESPE: factor II / idade



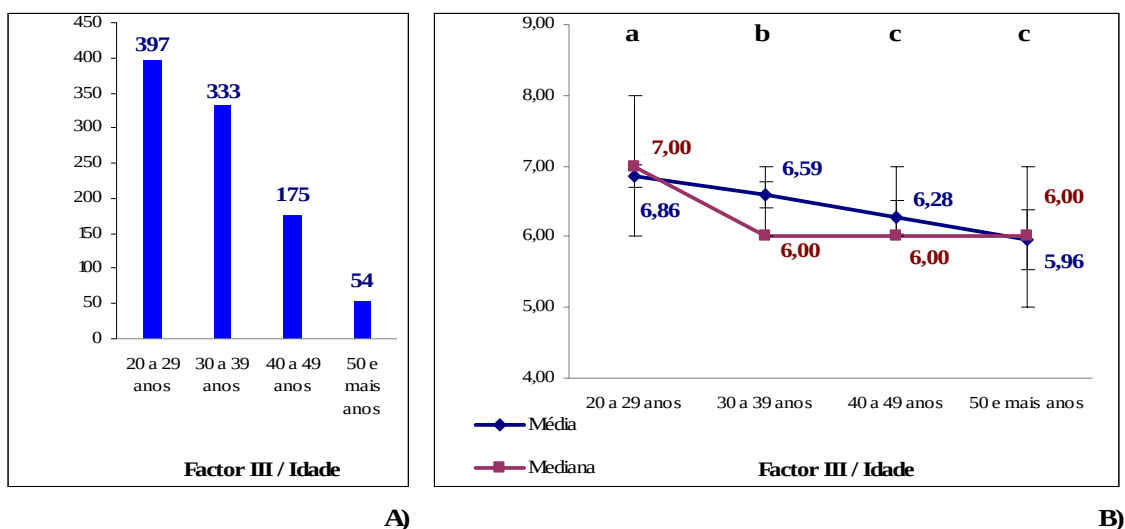
Quanto ao factor II da *ESPE* (*conflitos com os médicos*), verifica-se no Gráfico 56 (e Quadros 74 e 75 do Apêndice 4) existirem diferenças estatisticamente significativas nos resultados face às *idades* ($p = 0,000$). Aplicado o teste de Mann-Whitney para perceber as razões das diferenças antes mencionadas, verifica-se que há diferenças significativas estatisticamente entre o grupo etário *20 a 29 anos* e os grupos *30 a 39 anos* ($11,32 - 10,76$; $p = 0,003$), *40 a 49 anos* ($11,32 - 10,51$; $p = 0,000$) e *50 anos e mais* ($11,32 - 9,79$; $p = 0,000$). O grupo etário *30 a 39 anos* tem diferenças significativas em relação ao grupo *50 anos e mais* ($10,76 - 9,79$; $p = 0,008$); e o grupo *40 a 49 anos* tem diferenças significativas em relação ao grupo *50 anos e mais* ($10,51 - 9,79$; $p = 0,037$).

Factor III – Preparação inadequada para lidar com as necessidades dos doentes e dos seus familiares

Estudados os resultados do factor III da *ESPE* (*preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares*) em função da variável *idade*, verifica-se pela leitura do Gráfico 57 (e Quadros 76 e 77 do Apêndice 4) existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,000$). Esta diferença deve-se ao facto de existirem

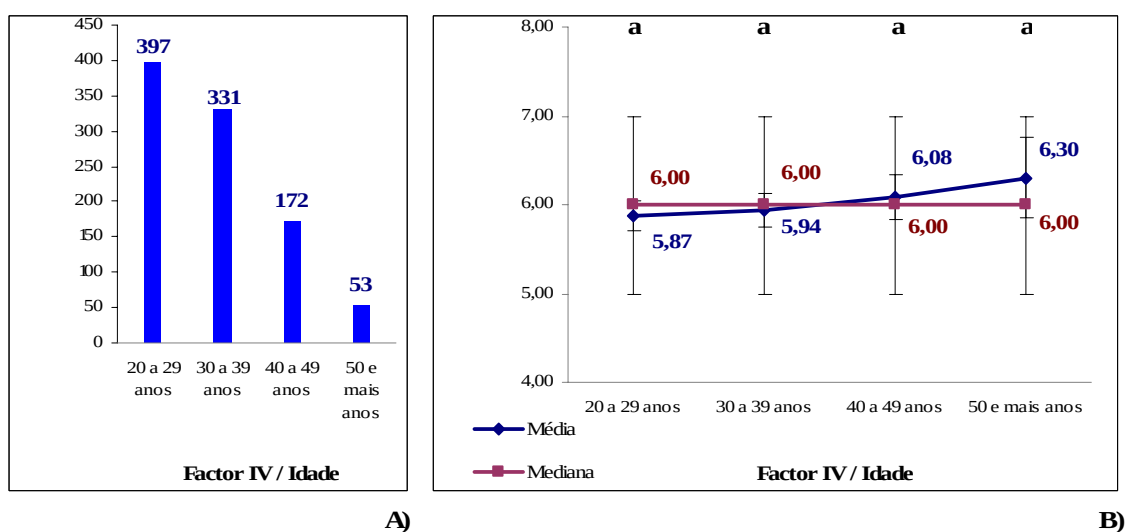
diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas pelo grupo etário 20 a 29 anos e os grupos 30 a 39 anos (6,86 – 6,59; $p = 0,034$), 40 a 49 anos (6,86 – 6,28; $p = 0,000$) e 50 anos e mais (6,86 – 5,96; $p = 0,001$); ainda, pelas diferenças entre o grupo etário 30 a 39 anos e os grupos 40 a 49 anos (6,59 – 6,28; $p = 0,049$) e 50 anos e mais (6,59 – 5,96; $p = 0,015$).

Gráfico 57 – ESPE: factor III / idade



Factor IV – Falta de apoio dos colegas

Gráfico 58 – ESPE: factor IV / idade

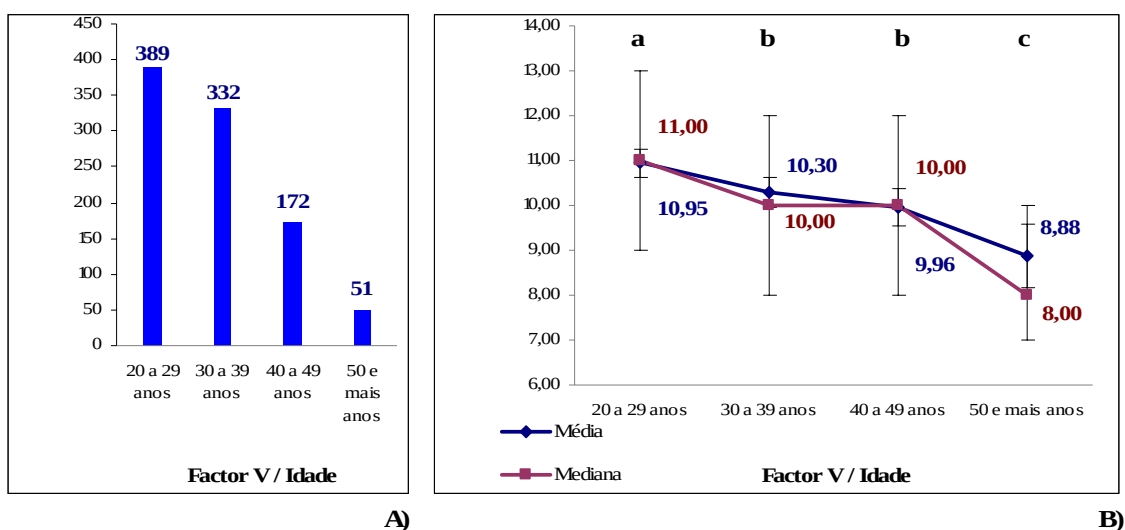


O estudo do factor IV (*falta de apoio dos colegas*), de igual modo relacionado com os valores encontrados em função da *idade* dos enfermeiros, conforme o Gráfico 58 (e Quadro 78 do Apêndice 4), permite verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,187$).

Factor V – Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes

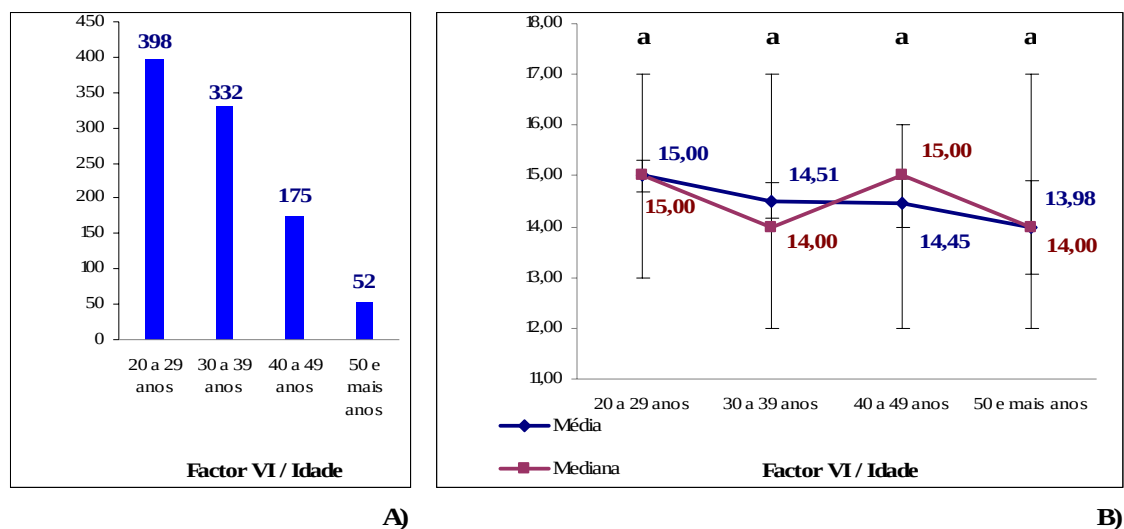
Quanto aos resultados obtidos pela aplicação do teste de Kruskal-Wallis na combinação entre o factor V (*conflitos com outros enfermeiros e com os chefes*) da ESPE e a *idade*, eles permitem concluir, conforme a leitura do Gráfico 59 (e Quadros 79 e 80 do Apêndice 4) existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,000$). E a aplicação do teste de Mann-Whitney mostra que as diferenças das médias obtidas são estatisticamente significativas entre o grupo etário 20 a 29 anos e os grupos 30 a 39 anos (10,95 – 10,30; $p = 0,007$), 40 a 49 anos (10,95 – 9,96; $p = 0,001$) e 50 anos e mais (10,95 – 8,88; $p = 0,000$); ainda, pelas diferenças entre os grupos etários 30 a 39 anos e 50 anos e mais (10,30 – 8,88; $p = 0,001$) e entre os grupos etários 40 a 49 anos e 50 anos e mais (9,96 – 8,88; $p = 0,007$).

Gráfico 59 – ESPE: factor V / idade



Factor VI – Carga de trabalho

Gráfico 60 – ESPE: factor VI / idade

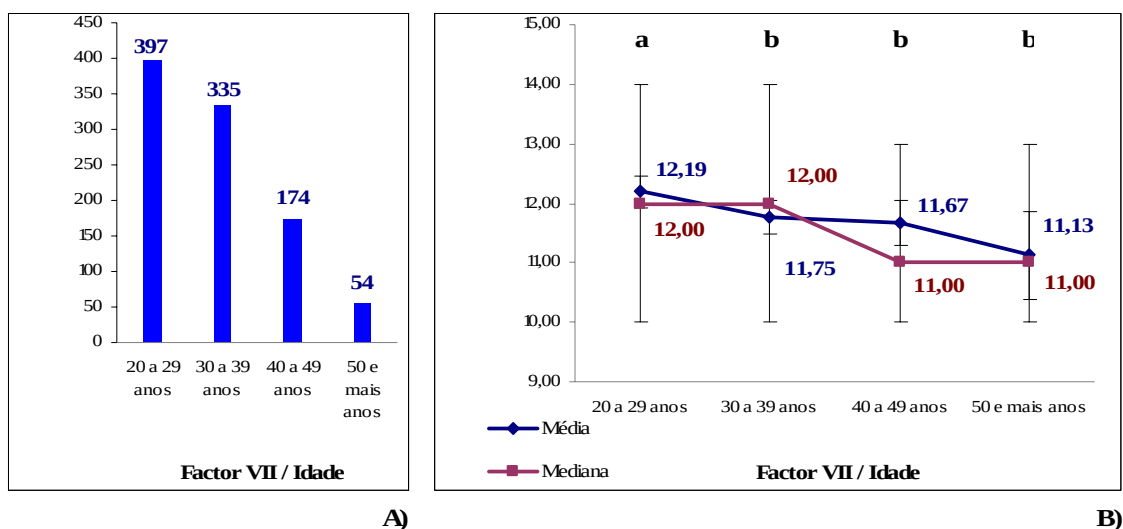


O resultado do teste de Kruskal-Wallis aplicado às médias obtidas no factor VI (*carga de trabalho*) da ESPE e à *idade* permite concluir, como se pode ver no Gráfico 60 (e Quadro 81 do Apêndice 4) não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,085$).

Factor VII – Incerteza quanto aos tratamentos

Finalmente, no que se refere ao estudo da variável *idade* em função dos diferentes factores da ESPE, e conforme os dados representados no Gráfico 61 (e Quadros 82 e 83 do Apêndice 4), pode afirmar-se existirem diferenças estatisticamente significativas nos resultados do factor VII – *incerteza quanto aos tratamentos* ($p = 0,015$). Esta diferença estatisticamente significativa assenta nas diferenças estatisticamente significativas das médias encontradas entre o grupo etário *20 a 29 anos* e os grupos etários *30 a 39 anos* ($12,19 - 11,75$; $p = 0,037$), *40 a 49 anos* ($12,19 - 11,67$; $p = 0,016$) e *50 anos e mais* ($12,19 - 11,13$; $p = 0,019$).

Gráfico 61 – ESPE: factor VII / idade



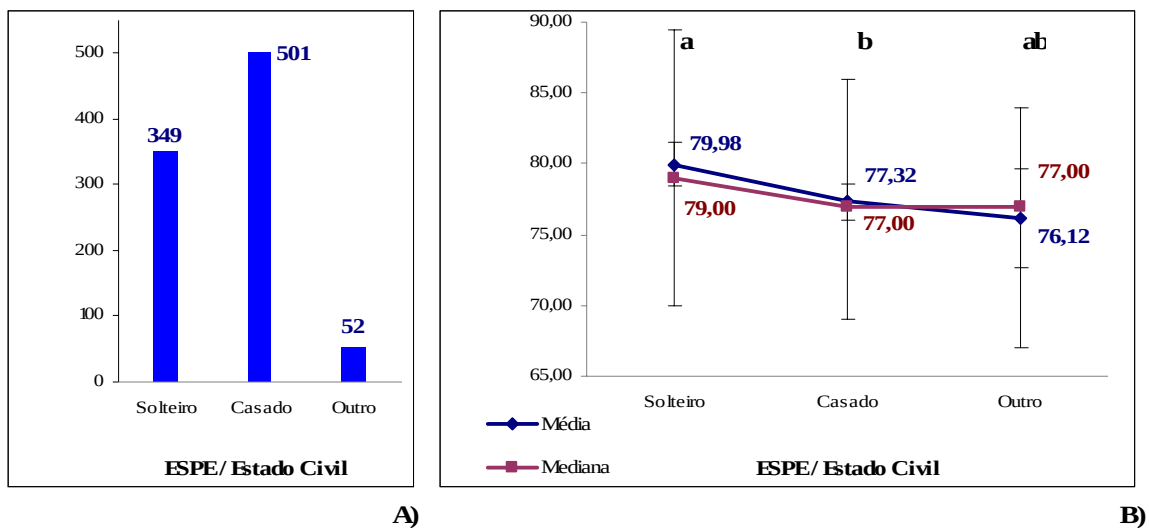
3.3.6. ESPE / Estado Civil

Foi também feito o estudo de procura de diferenças quanto aos resultados obtidos na *ESPE* e em cada um dos seus factores em função do *estado civil* dos enfermeiros que participaram neste trabalho.

Escala

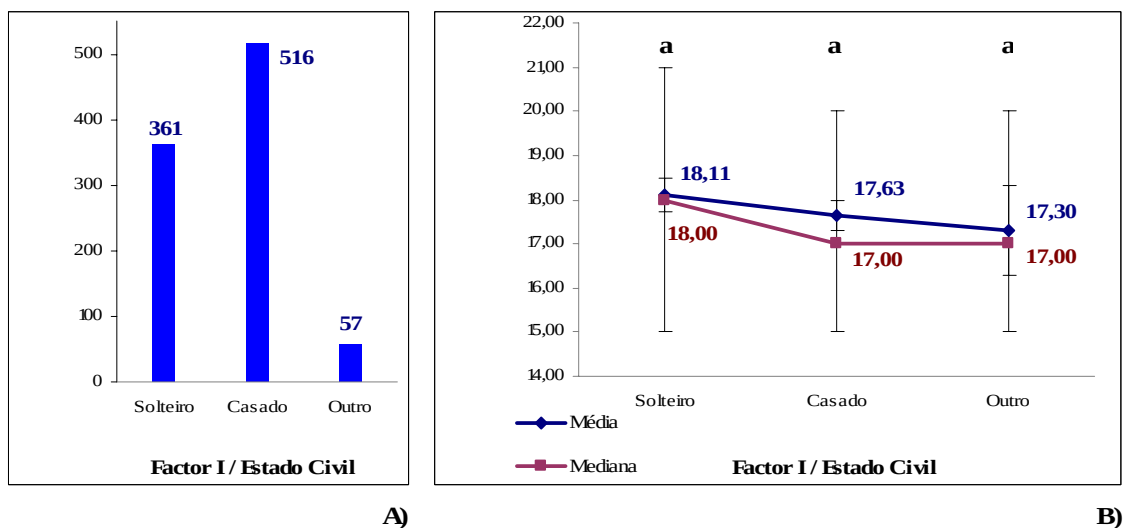
Assim, de acordo com o Gráfico 62 (e Quadros 84 e 85 do Apêndice 4), é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos na *ESPE* em função da variável *estado civil* ($p = 0,039$). Esta diferença deve-se de modo particular à diferença estatisticamente significativa entre as médias dos resultados obtidos na *ESPE* pelos enfermeiros *solteiros* e os enfermeiros *casados* ($79,98 - 77,32$; $p = 0,022$).

Gráfico 62 – ESPE: estado civil



Factor I – A morte e o morrer

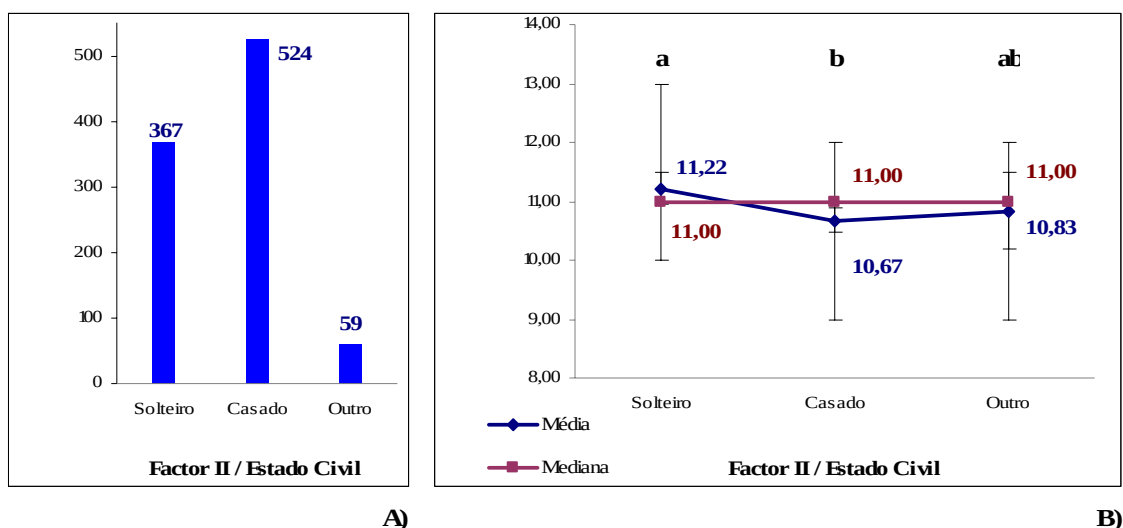
Gráfico 63 – ESPE: factor I / estado civil



O estudo do factor I (*a morte e o morrer*) da ESPE e do *estado civil* mostra, conforme o Gráfico 63 (e Quadro 86 do Apêndice 4) não existirem diferenças significativas estatisticamente ($p = 0,140$).

Factor II – Conflitos com os médicos

Gráfico 64 – ESPE: factor II / estado civil

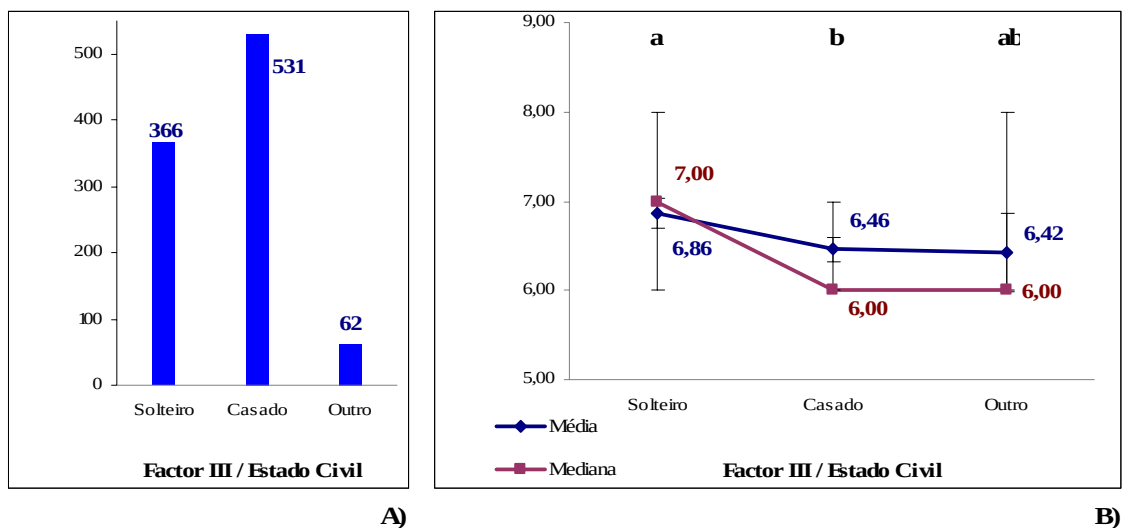


Quanto ao factor II da escala (*conflitos com os médicos*), verifica-se no Gráfico 64 (e Quadros 87 e 88 do Apêndice 4) existirem diferenças estatisticamente significativas nos seus resultados em função do *estado civil* ($p = 0,008$), sendo que esta diferença tem por base, exclusivamente, a diferença estatisticamente significativa existente entre os valores encontrados entre os *solteiros* e os *casados* ($11,22 - 10,67$; $p = 0,002$).

Factor III – Preparação inadequada para lidar com as necessidades dos doentes e dos seus familiares

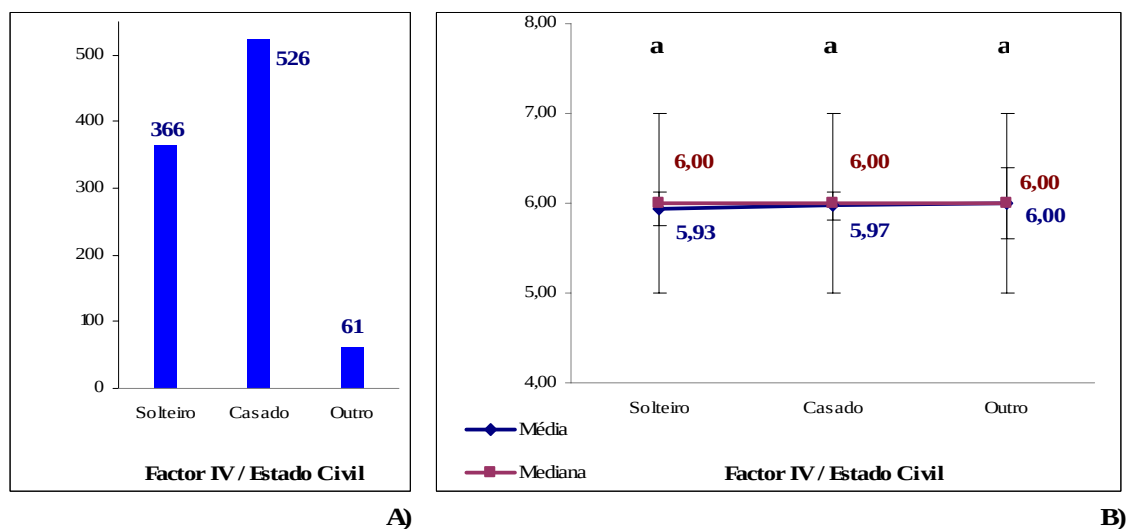
Quanto ao estudo do factor III da ESPE (*preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares*), o Gráfico 65 (e Quadros 89 e 90 do Apêndice 4) mostra existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,003$) entre os valores encontrados. Esta diferença, encontrada nos valores médios, deve-se há existência de uma diferença estatisticamente significativa entre os valores encontrados entre os *solteiros* e os *casados* ($6,86 - 6,46$; $p = 0,001$).

Gráfico 65 – ESPE: factor III / estado civil



Factor IV – Falta de apoio dos colegas

Gráfico 66 – ESPE: factor IV / estado civil

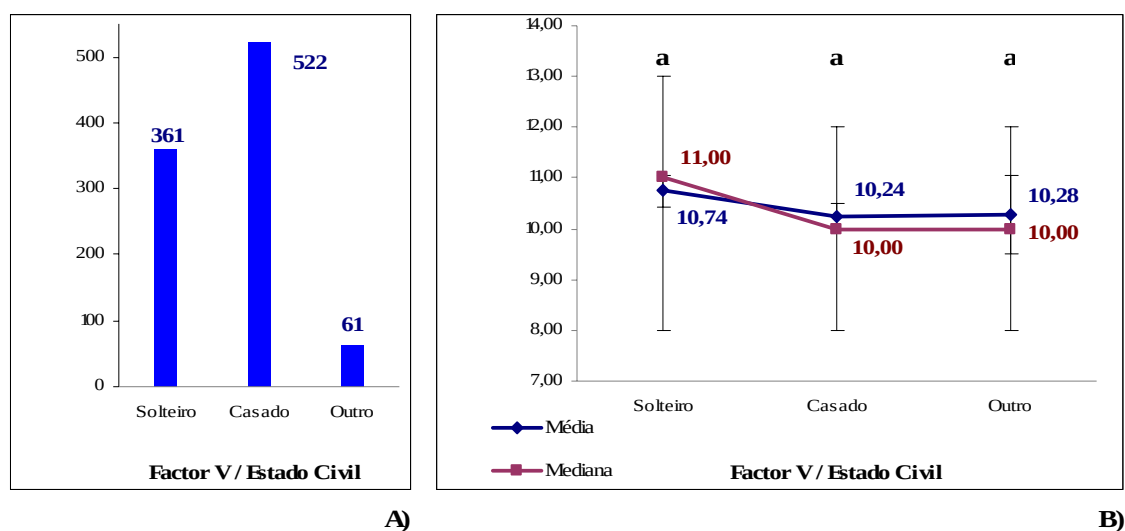


Nos resultados do factor IV da escala (*falta de apoio dos colegas*) não se encontram diferenças estatisticamente significativas em função do *estado civil*, tendo em conta o resultado do teste de Kruskal-Wallis ($p = 0,762$) e de acordo com os dados

representados no Gráfico 66 (e Quadro 91 do Apêndice 4).

Factor V – Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes

Gráfico 67 – ESPE: factor V / estado civil

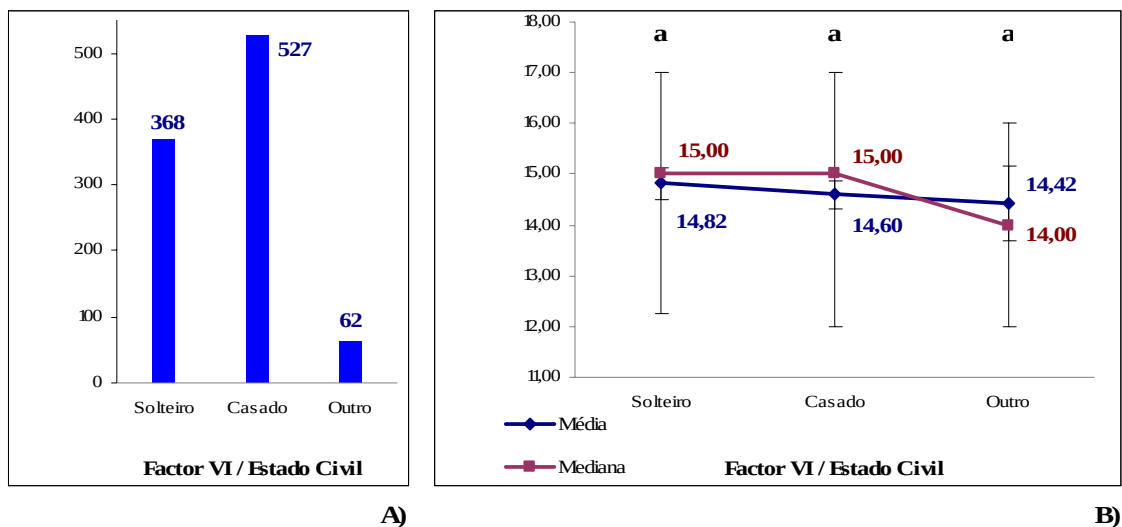


Quanto ao estudo do factor V (*conflitos com outros enfermeiros e com os chefes*) ainda em relação à variável *estado civil*, verifica-se pela leitura do Gráfico 67 (e Quadro 92 do Apêndice 4) também não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,079$).

Factor VI – Carga de trabalho

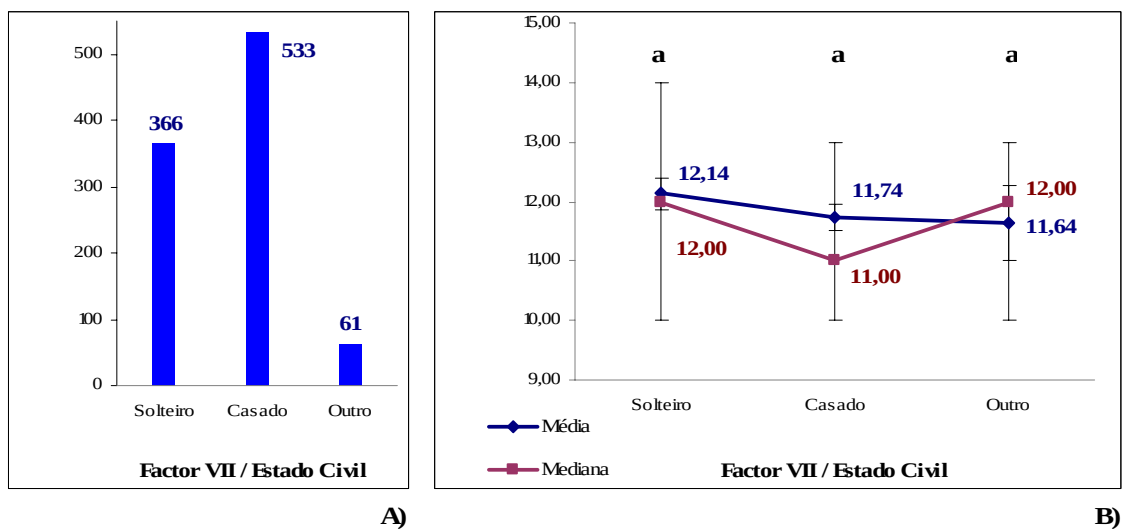
No que se refere ao factor VI da escala (*carga de trabalho*), mais uma vez não se encontram diferenças estatisticamente significativas, conforme o Gráfico 68 (e Quadro 93 do Apêndice 4), tendo em atenção o valor de p que resulta do teste efectuado ($p = 0,605$).

Gráfico 68 – ESPE: factor VI / estado civil



Factor VII – Incerteza quanto aos tratamentos

Gráfico 69 – ESPE: factor VII / estado civil



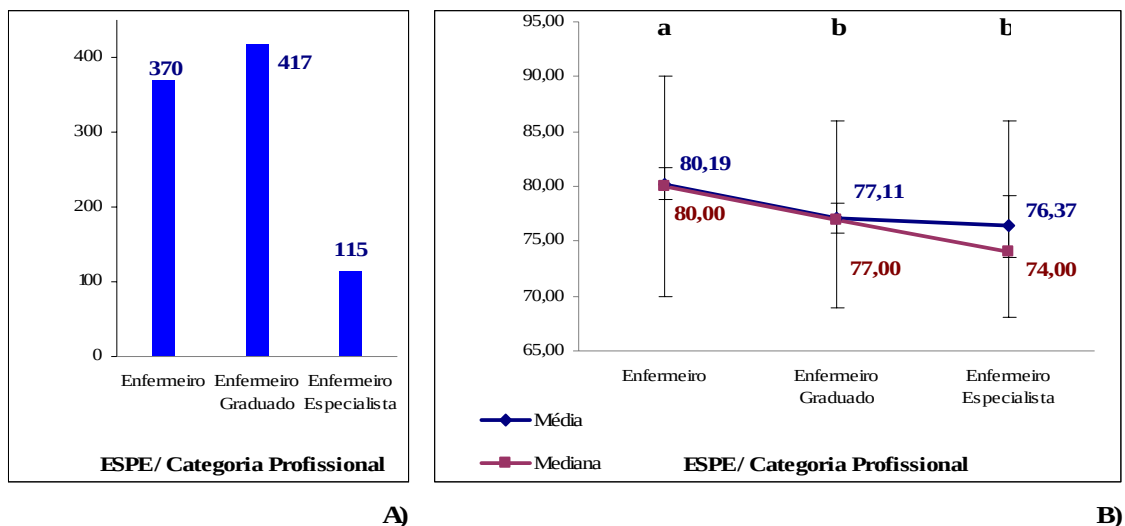
Finalmente, o estudo do factor VII da *ESPE* (*incerteza quanto aos tratamentos*) mostra, de acordo com o Gráfico 69 (e Quadro 94 do Apêndice 4) também não existirem diferenças estatisticamente significativas nos resultados quando considerados em relação ao *estado civil* ($p = 0,120$).

3.3.7. ESPE / Categoria Profissional

O presente estudo incluiu também a procura de diferenças significativas entre os resultados obtidos pelos enfermeiros na *ESPE* no seu conjunto e factor a factor, em função da *categoria profissional*.

Escala

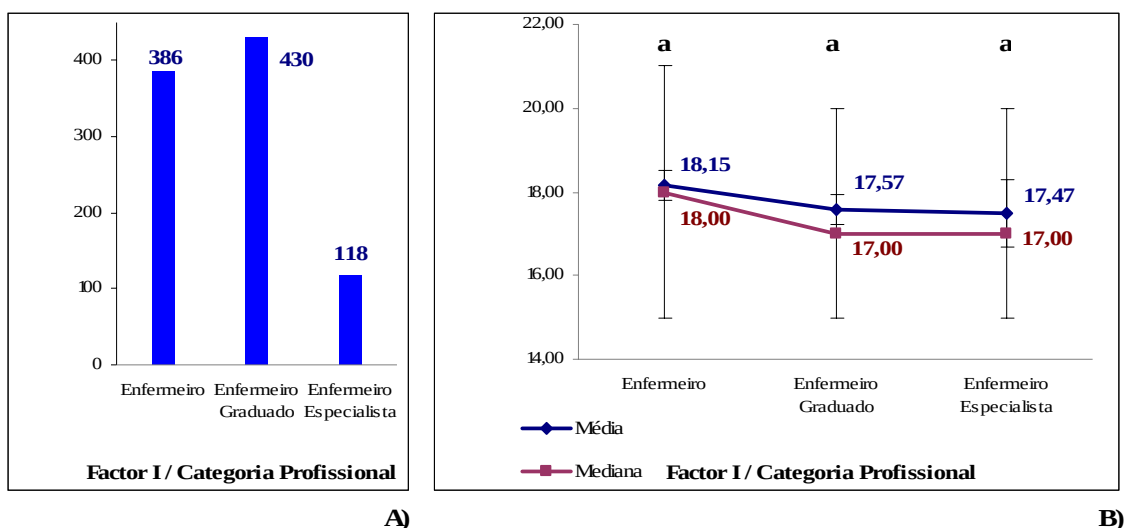
Gráfico 70 – ESPE: categoria profissional.



O Gráfico 70 (e Quadros 95 e 96 do Apêndice 4) permite verificar existirem diferenças estatisticamente significativas nas médias dos resultados obtidos pelos enfermeiros conforme as diferentes *categorias profissionais* ($p = 0,006$). Estas diferenças aparecem como significativas, já que há diferenças entre as médias, encontradas no estudo, de *enfermeiros* e *enfermeiros graduados* ($80,19 - 77,11$; $p = 0,005$) bem como de *enfermeiros* e *enfermeiros especialistas* ($80,19 - 76,37$; $p = 0,019$).

Factor I – A morte e o morrer

Gráfico 71 – ESPE: factor I / categoria profissional

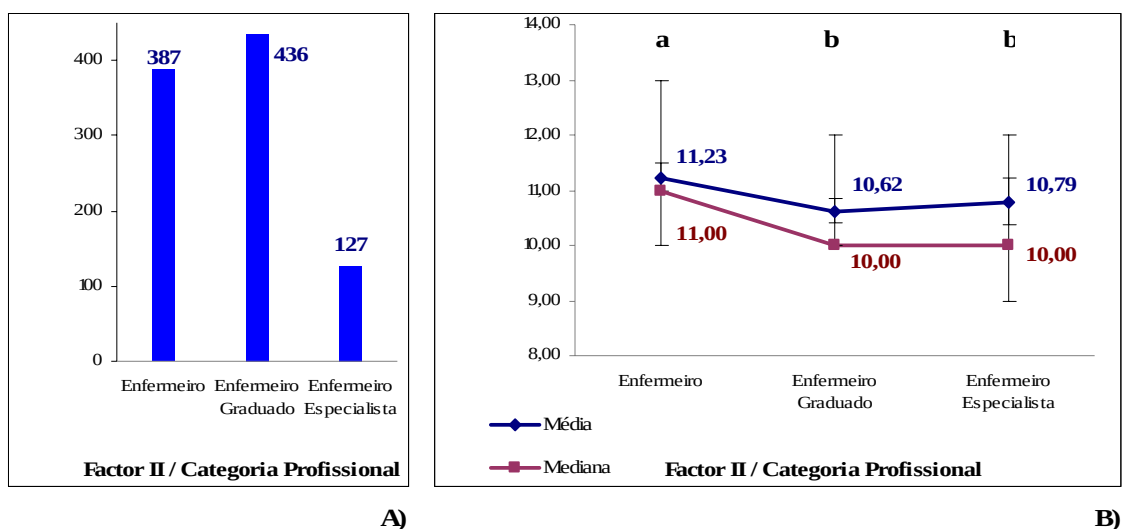


No que se refere ao estudo do factor I da *ESPE* (*a morte e o morrer*), verifica-se pelo Gráfico 71 (e Quadro 97 do Apêndice 4) que não há diferenças estatisticamente significativas em função da *categoria profissional* dos enfermeiros ($p = 0,085$).

Factor II – Conflitos com os médicos

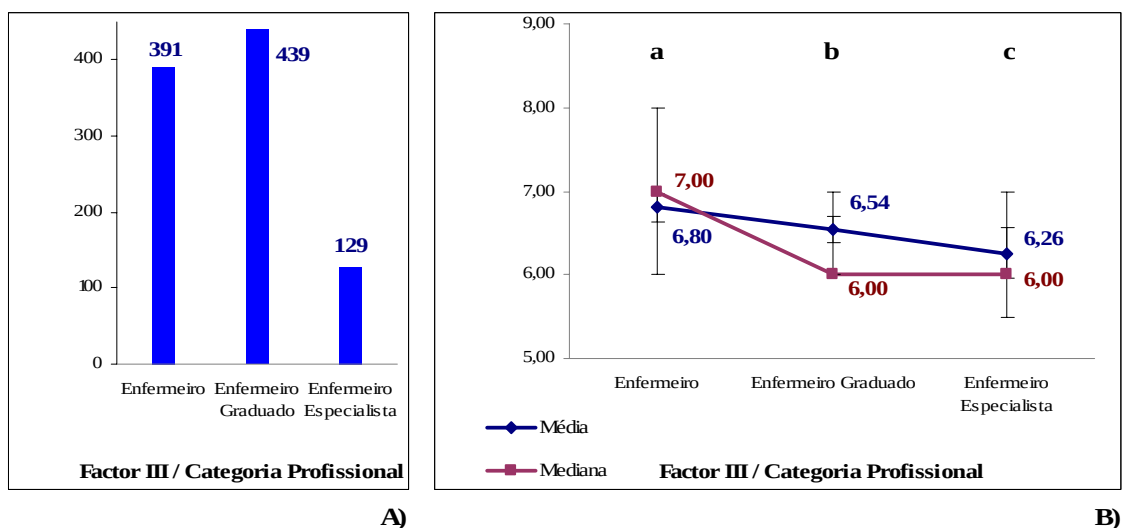
Já no que se refere ao factor II (*conflitos com os médicos*) não se passa o mesmo, conforme o Gráfico 72 (e Quadros 98 e 99 do Apêndice 4). O valor de p obtido com o teste de Kruskal-Wallis aponta para a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,001$) nos resultados encontradas em função da *categoria profissional*. Verifica-se que há diferenças significativas entre as médias obtidas pelos *enfermeiros*, tanto em relação aos *enfermeiros graduados* ($11,23 - 10,62$; $p = 0,000$) como aos *enfermeiros especialistas* ($11,23 - 10,79$; $p = 0,035$).

Gráfico 72 – ESPE: factor II / categoria profissional



Factor III – Preparação inadequada para lidar com as necessidades dos doentes e dos seus familiares

Gráfico 73 – ESPE: factor III / categoria profissional

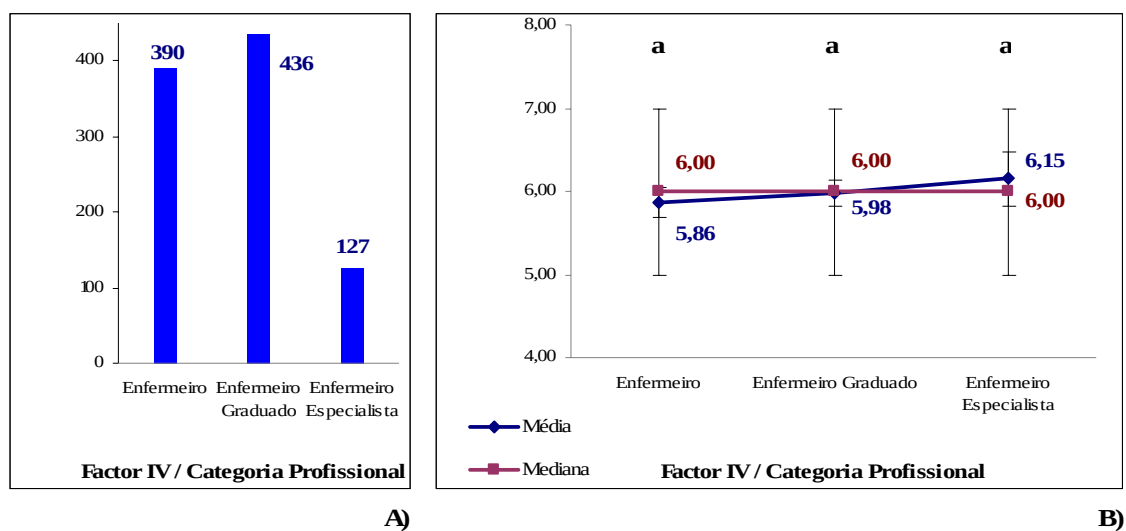


O estudo do factor III (*preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares*) tomando em consideração a categoria

profissional, conforme o Gráfico 73 (e Quadros 100 e 101 do Apêndice 4), mostra que também aqui existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores encontrados ($p = 0,002$). Os valores mostram existirem diferenças estatisticamente significativas entre todos os pares, ou seja, entre os valores encontrados para *enfermeiros* e *enfermeiros graduados* ($6,80 - 6,54$; $p = 0,033$), para os *enfermeiros* e *enfermeiros especialistas* ($6,80 - 6,26$; $p = 0,001$) e para *enfermeiros graduados* e *enfermeiros especialistas* ($6,54 - 6,26$; $p = 0,036$).

Factor IV – Falta de apoio dos colegas

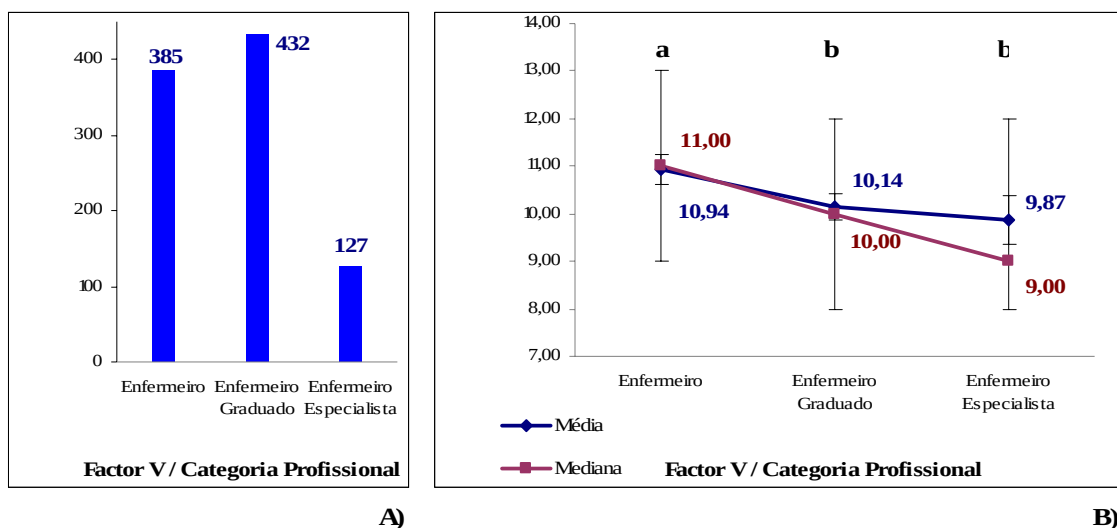
Gráfico 74 – ESPE: factor IV / categoria profissional



Quanto ao factor IV da *ESPE* (*falta de apoio dos colegas*), verifica-se com os dados apresentados no Gráfico 74 (e Quadro 102 do Apêndice 4) não existirem diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos em função das *categorias profissionais* ($p = 0,229$).

Factor V – Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes

Gráfico 75 – ESPE: factor V / categoria profissional

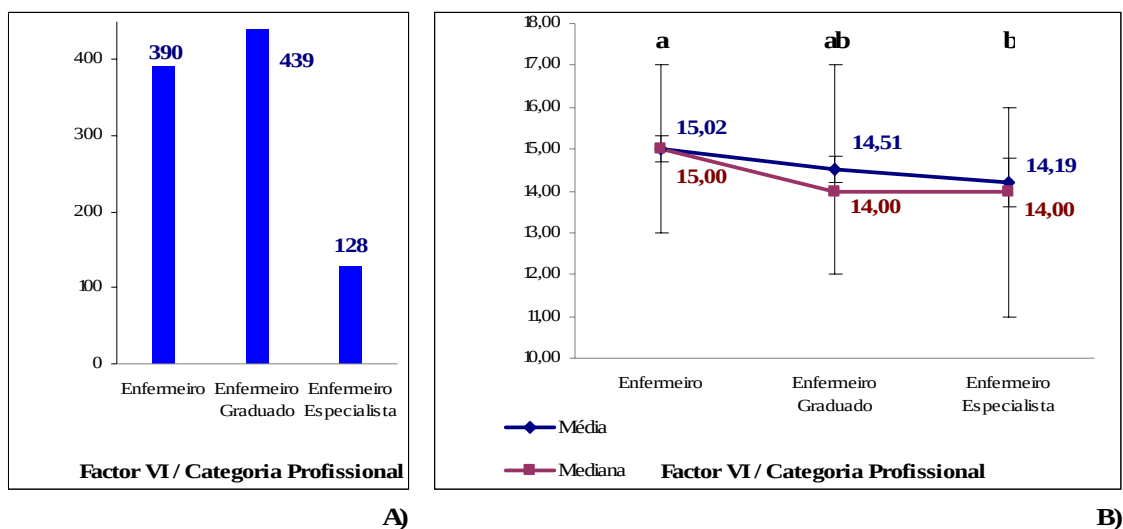


O estudo do factor V (*conflitos com outros enfermeiros e com os chefes*) em cruzamento com as *categorias profissionais*, cujos resultados se encontram no Gráfico 75 (e Quadros 103 e 104 do Apêndice 4), mostra que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,000$). O teste de Mann-Whitney permite verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas em dois dos pares estudados, ou seja, estas diferenças surgem no par *enfermeiros – enfermeiros graduados* ($10,94 - 10,14$; $p = 0,001$) e no par *enfermeiros – enfermeiros especialistas* ($10,94 - 9,87$; $p = 0,001$).

Factor VI – Carga de trabalho

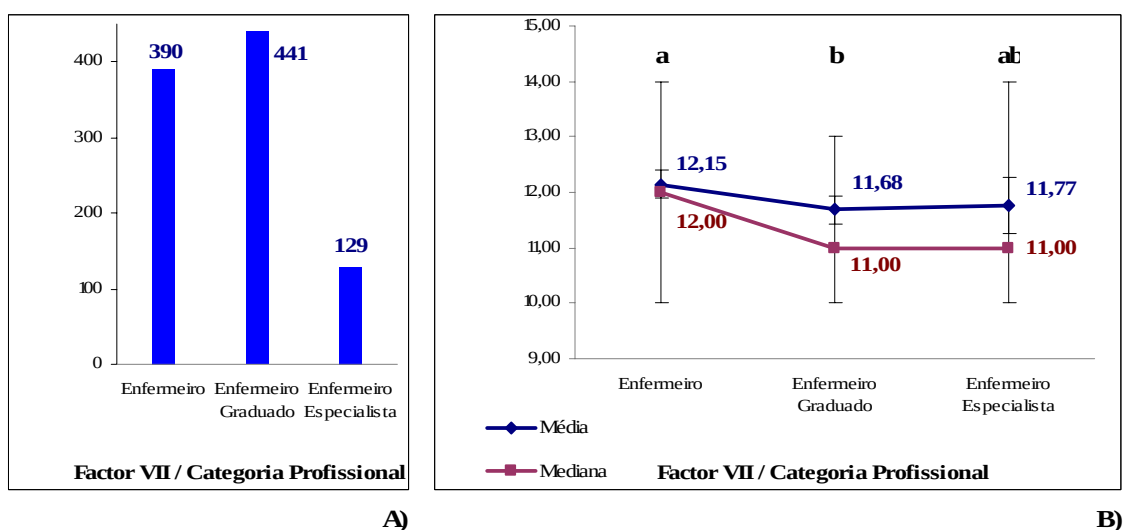
Quanto ao factor VI (*carga de trabalho*), o Gráfico 76 (e Quadros 105 e 106 do Apêndice 4) mostra existirem também diferenças estatisticamente significativas nas médias encontradas em função da *categoria profissional* ($p = 0,029$). O teste de Mann-Whitney mostra que apenas há diferença estatisticamente significativa entre os valores encontrados nos *enfermeiros* e nos *enfermeiros especialistas* ($15,02 - 14,19$; $p = 0,016$).

Gráfico 76 – ESPE: factor VI / categoria profissional



Factor VII – Incerteza quanto aos tratamentos

Gráfico 77 – ESPE: factor VII / categoria profissional



Finalmente no que se refere ao estudo dos valores encontrados na *ESPE* em conjugação com as *categorias profissionais*, e conforme o Gráfico 77 (e Quadros 107 e 108 do Apêndice 4), verifica-se que o factor VII (*incerteza quanto aos tratamentos*) apresenta

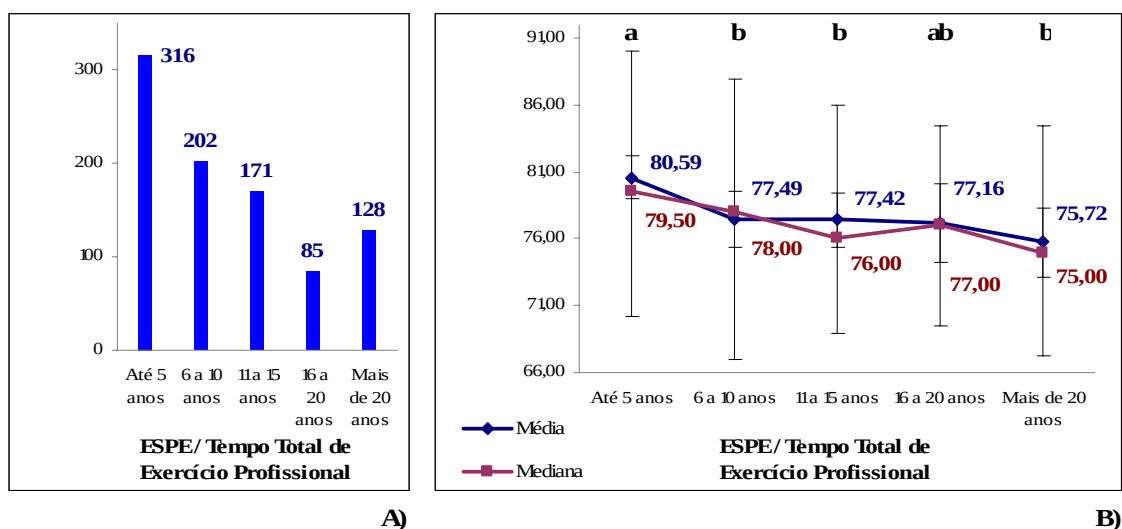
diferenças estatisticamente significativas consoante a referida categoria profissional ($p = 0,042$). Esta diferença apoia-se na diferença estatisticamente significativa existente entre os valores encontrados nos *enfermeiros* em relação com os *enfermeiros graduados* (12,15 – 11,77; $p = 0,019$).

3.3.8. ESPE / Tempo de Exercício Profissional

O estudo abrangeu também a procura de diferenças entre os valores médios das classificações encontrados na *ESPE* (globalmente e por factores) conforme o *tempo de exercício profissional*.

Escala

Gráfico 78 – ESPE: tempo de exercício profissional



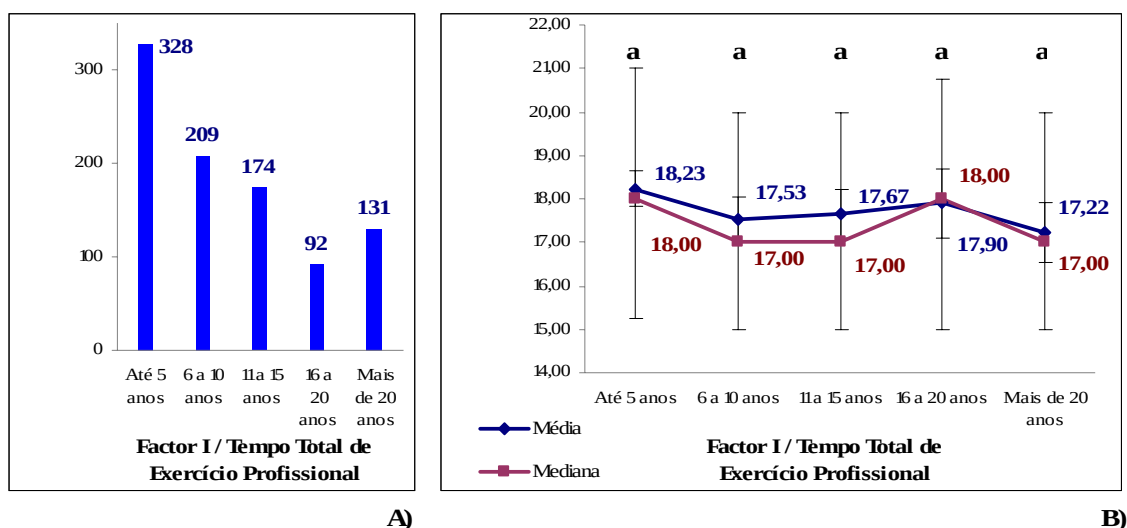
O Gráfico 78 (e Quadros 109 e 110 do Apêndice 4) mostra existirem diferenças estatisticamente significativas entre os valores encontrados na *ESPE* em função dos

tempos de exercício profissional ($p = 0,017$). Estas diferenças existem devido às diferenças estatisticamente significativas que se encontram entre as médias dos enfermeiros que têm *até 5 anos* e os que têm *6 a 10 anos* ($80,59 - 77,49$; $p = 0,048$), os que têm *11 a 15 anos* ($80,59 - 77,42$; $p = 0,026$) e os que têm *mais de 20 anos* ($80,59 - 75,72$; $p = 0,002$) de *tempo de exercício profissional*.

Factor I – A morte e o morrer

Estudados os dados que relacionam o factor I da ESPE (*a morte e o morrer*) com o *tempo de exercício profissional*, verifica-se no Gráfico 79 (e Quadro 111 do Apêndice 4) não existirem entre eles diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,084$).

Gráfico 79 – ESPE: factor I / tempo de exercício profissional

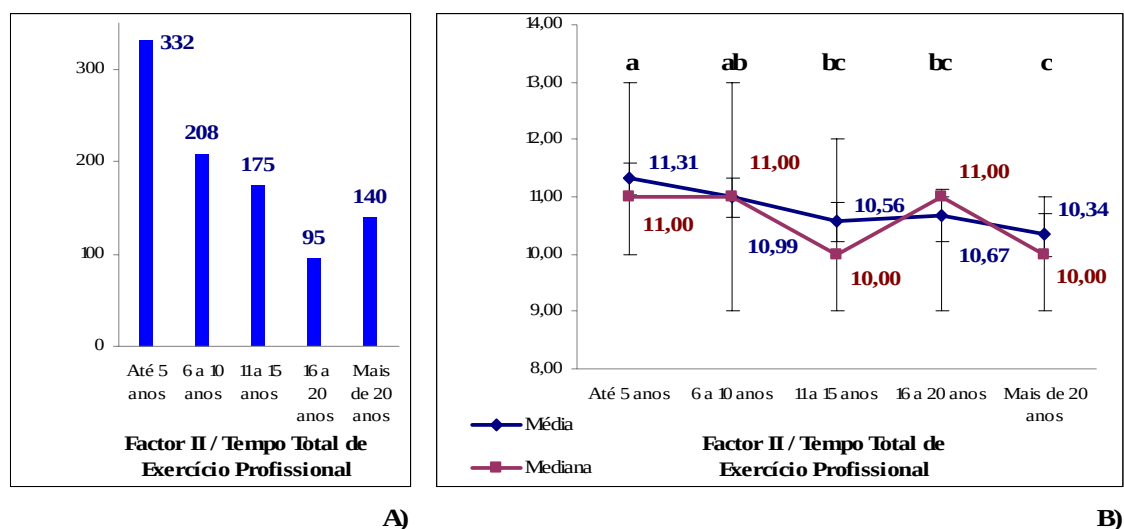


Factor II – Conflitos com os médicos

Já no estudo do factor II (*conflitos com os médicos*) em relação ao *tempo de exercício profissional* conclui-se, conforme o Gráfico 80 (e Quadros 112 e 113 do Apêndice 4) existirem

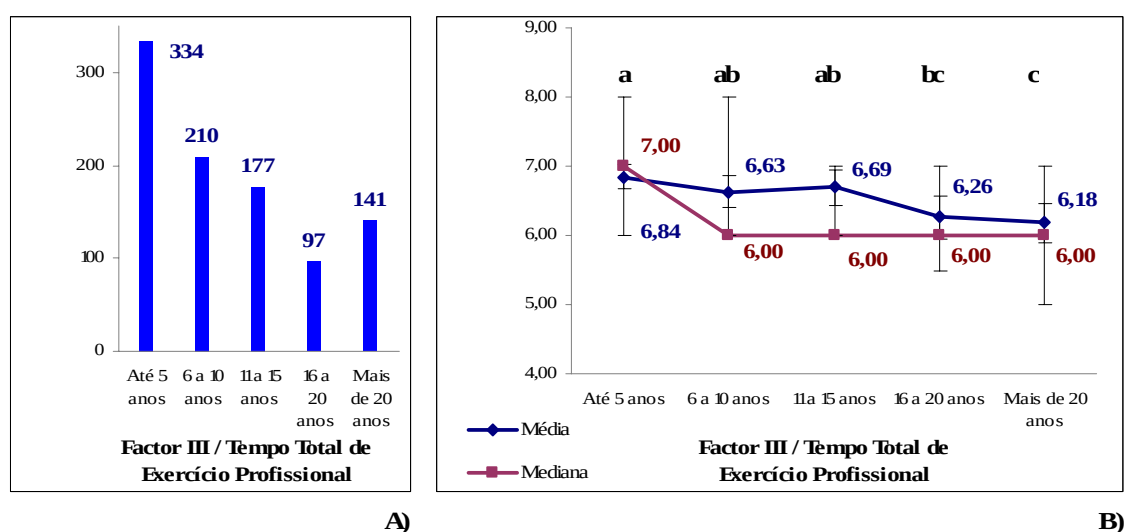
diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,001$). O teste de Mann-Whitney mostra existirem diferenças significativas nos valores encontrados nos pares *até 5 anos – 11 a 15 anos* ($11,31 - 10,56$; $p = 0,001$), *até 5 anos – 16 a 20 anos* ($11,31 - 10,67$; $p = 0,027$), *até 5 anos – mais de 20 anos* ($11,31 - 10,34$; $p = 0,000$) e *6 a 10 anos – mais de 20 anos* ($10,99 - 10,34$; $p = 0,017$).

Gráfico 80 – ESPE: factor II / tempo de exercício profissional



Factor III – Preparação inadequada para lidar com as necessidades dos doentes e dos seus familiares

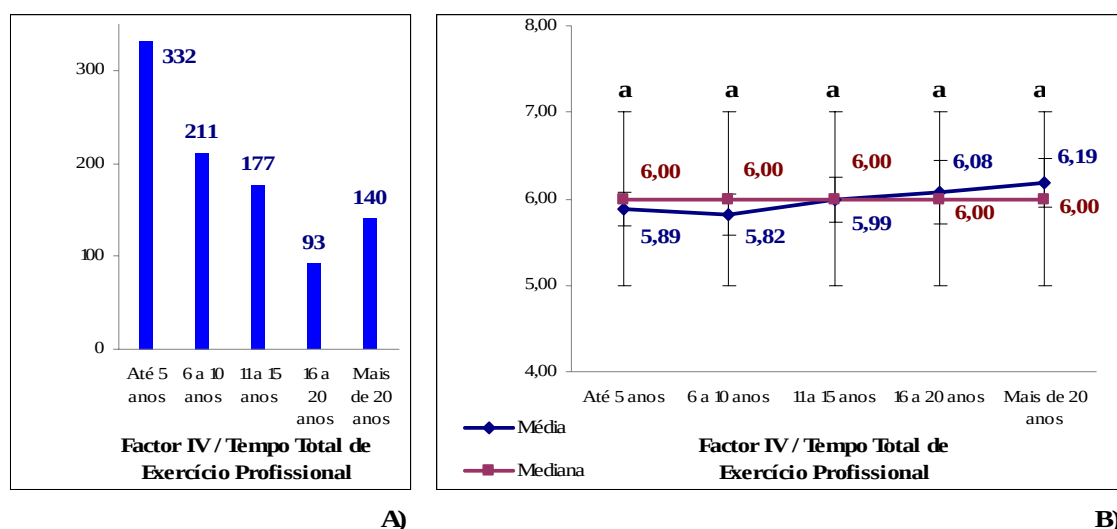
Gráfico 81 – ESPE: factor III / tempo de exercício profissional



No que respeita ao factor III da *ESPE* (*preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares*) e às médias das classificações encontradas considerados os *tempos de exercício profissional* dos enfermeiros, verifica-se pelo Gráfico 81 (e Quadros 114 e 115 do Apêndice 4) existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,000$). A utilização do teste de Mann-Whitney permite verificar existirem diferenças estatisticamente significativas nos valores encontrados entre os enfermeiros que têm *até 5 anos* e *16 a 20 anos* (6,84 – 6,26; $p = 0,002$), *até 5 anos* e *mais de 20 anos* (6,84 – 6,18; $p = 0,000$), *6 a 10 anos* e *mais de 20 anos* (6,63 – 6,18; $p = 0,012$), e *11 a 15 anos* e *mais de 20 anos* (6,69 – 6,18; $p = 0,009$).

Factor IV – Falta de apoio dos colegas

Gráfico 82 – ESPE: factor IV / tempo de exercício profissional

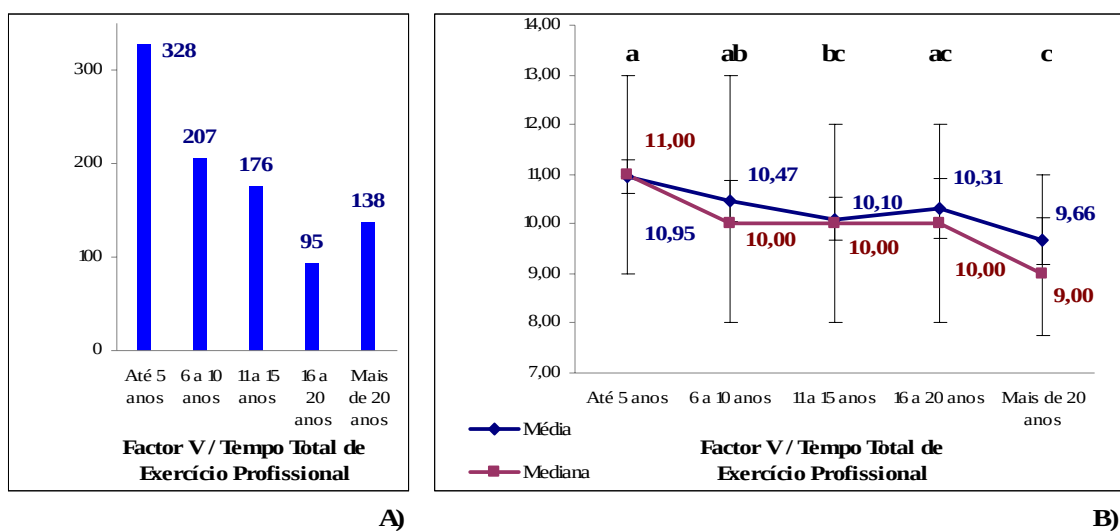


Contrariamente ao que acontece com o factor anteriormente apresentado, não são encontradas diferenças estatisticamente significativas quando estudados os valores do factor IV (*falta de apoio dos colegas*) em resultado do *tempo de exercício profissional* ($p = 0,250$), como é visível no Gráfico 82 (e Quadro 116 do Apêndice 4).

Factor V – Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes

Já as médias encontradas nas respostas às questões relacionadas com o factor V (*conflitos com outros enfermeiros e com os chefes*) da escala apresentam diferenças estatisticamente significativas conforme o *tempo de exercício profissional* dos enfermeiros ($p = 0,000$), como é visível no Gráfico 83 (e Quadros 117 e 118 do Apêndice 4). O teste de Mann-Whitney mostra que as diferenças acima mencionadas são estatisticamente significativas nos pares *até 5 anos – 11 a 15 anos* (10,95 – 10,10; $p = 0,005$), *até 5 anos – mais de 20 anos* (10,95 – 9,66; $p = 0,000$) e *6 a 10 anos e mais de 20 anos* (10,47 – 9,66; $p = 0,010$).

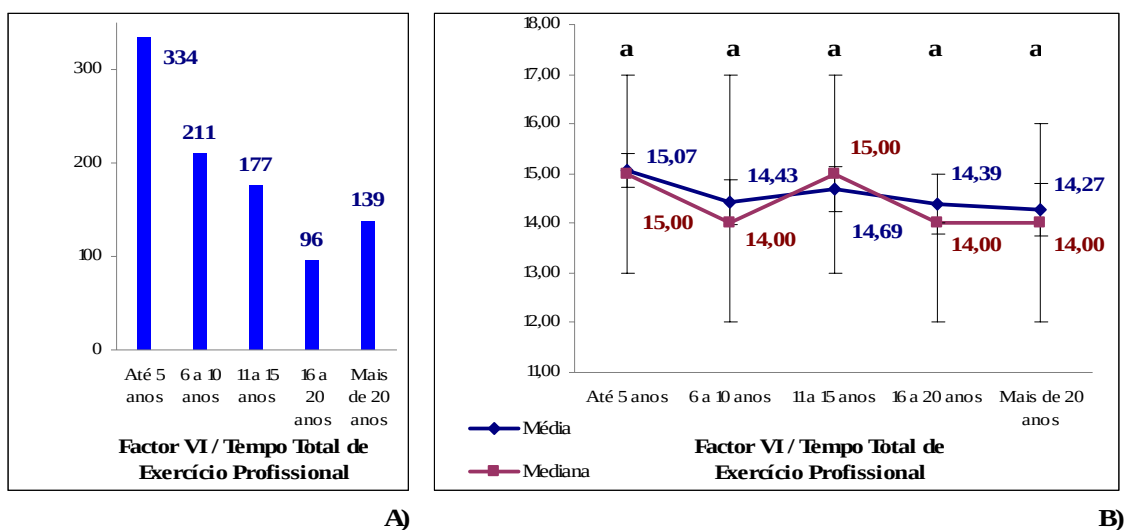
Gráfico 83 – ESPE: factor V / tempo de exercício profissional



Factor VI – Carga de trabalho

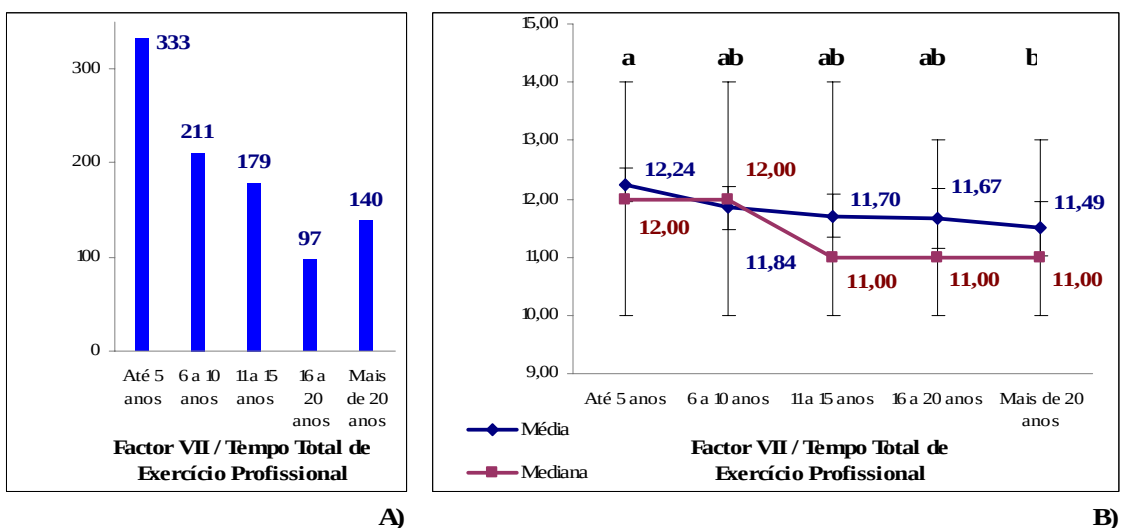
De outro modo, não são encontradas diferenças estatisticamente significativas, conforme o Gráfico 84 (e Quadro 119 do Apêndice 4), quando estudados os resultados obtidos nas questões que compõem o factor VI (*carga de trabalho*) em função do *tempo de exercício profissional* ($p = 0,141$).

Gráfico 84 – ESPE: factor VI / tempo de exercício profissional



Factor VII – Incerteza quanto aos tratamentos

Gráfico 85 – ESPE: factor VII / tempo de exercício profissional



Finalmente, e como se lê no Gráfico 85 (e Quadros 120 e 121 do Apêndice 4), o estudo do factor VII da ESPE (*incerteza quanto aos tratamentos*) mostra existirem diferenças estatisticamente significativas nos valores das médias obtidas quando confrontados com

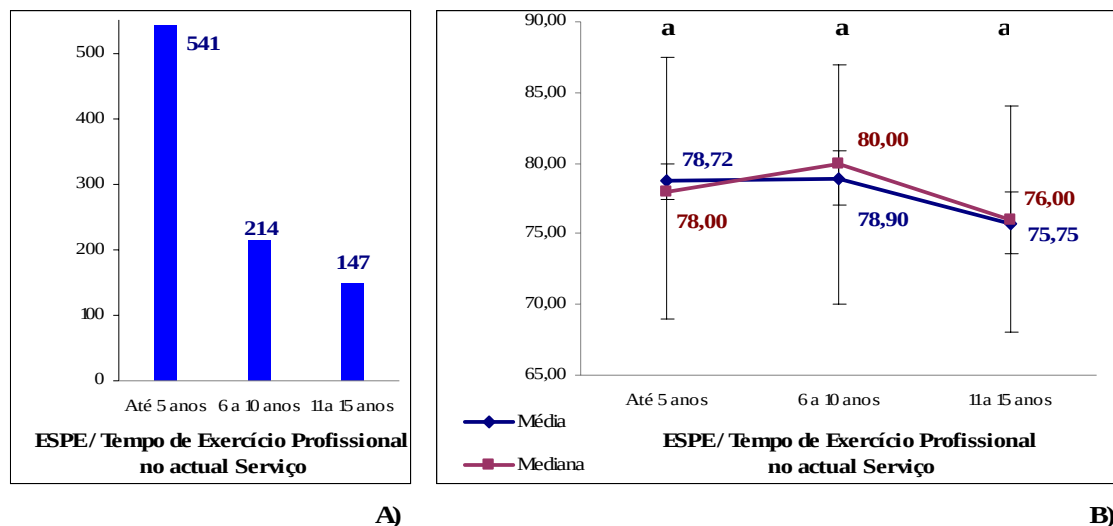
o *tempo de exercício profissional* ($p = 0,037$). Esta diferença assenta exclusivamente no facto de existir uma diferença estatisticamente significativa quando comparados os enfermeiros que têm *até 5 anos* e *mais de 20 anos* ($12,24 - 11,49$; $p = 0,005$).

3.3.9. ESPE / Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço

Apresenta-se a seguir os resultados do estudo das diferenças das médias das classificações obtidas pelos enfermeiros na *ESPE*, globalmente e por factores, tendo em conta o *tempo de exercício profissional no actual serviço* de cada um dos profissionais.

Escala

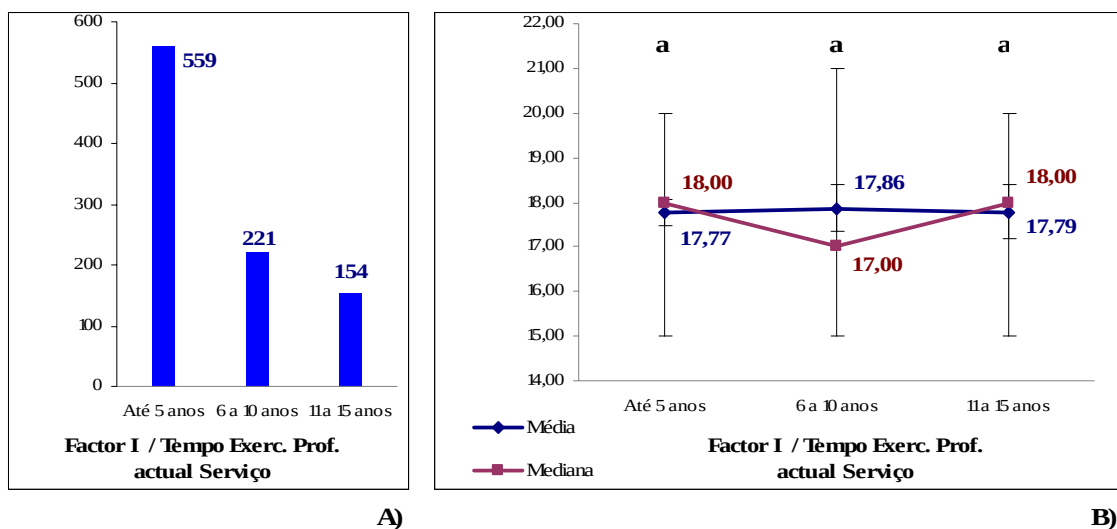
Gráfico 86 – ESPE: tempo de exercício profissional no actual serviço



O Gráfico 86 (e Quadro 122 do Apêndice 4) mostra não existirem diferenças estatisticamente significativas quando se considera os resultados obtidos na *ESPE*, na sua globalidade, em relação à variável *tempo de exercício profissional no actual serviço* ($p = 0,100$).

Factor I – A morte e o morrer

Gráfico 87 – ESPE: factor I / tempo de exercício profissional no actual serviço

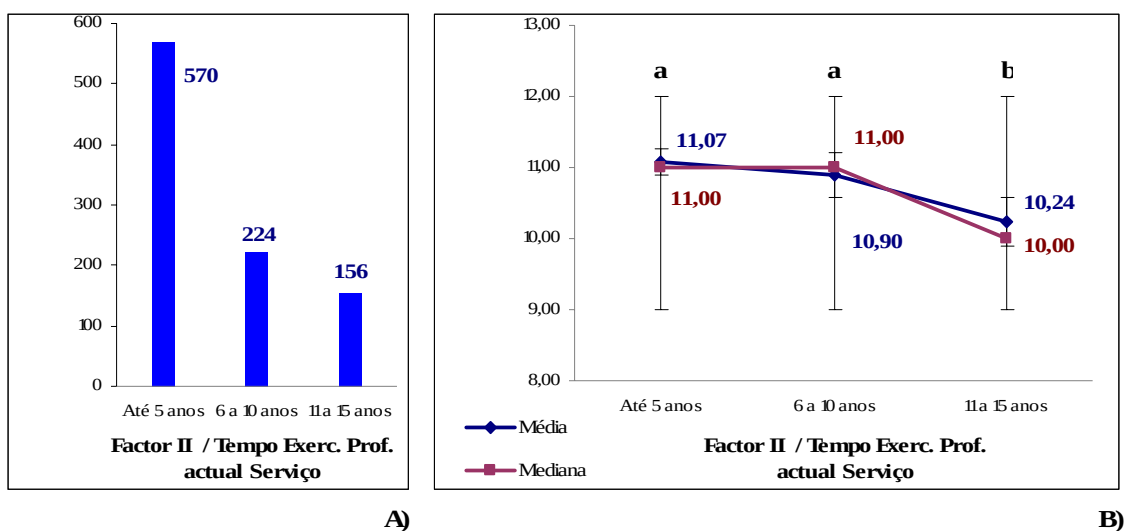


Quanto ao factor I da escala (*a morte e o morrer*), o Gráfico 87 (e Quadro 123 do Apêndice 4) mostra também não existirem diferenças significativas em relação ao tempo de exercício no actual serviço ($p = 0,971$).

Factor II – Conflitos com os médicos

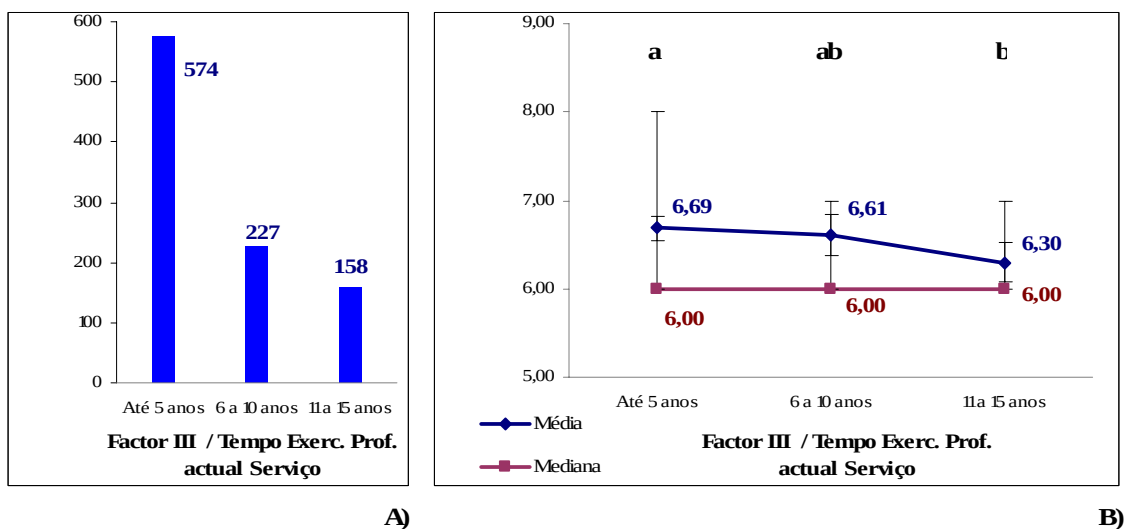
Estudado o factor II (*conflitos com os médicos*), verifica-se no Gráfico 88 (e Quadros 124 e 125 do Apêndice 4) existirem diferenças estatisticamente significativas em função do tempo de exercício profissional detido no actual serviço ($p = 0,003$). Esta diferença assenta no facto de existirem diferenças estatisticamente significativas quando se confronta os valores obtidos pelos enfermeiros com até 5 anos de experiência no actual serviço com os que têm 11 a 15 anos (11,07 – 10,90; $p = 0,001$), bem como quando se comparam os resultados dos que têm 6 a 10 anos com os que têm 11 a 15 anos (10,90 – 10,24; $p = 0,013$).

Gráfico 88 – ESPE: factor II / tempo de exercício profissional no actual serviço



Factor III – Preparação inadequada para lidar com as necessidades dos doentes e dos seus familiares

Gráfico 89 – ESPE: factor III / tempo de exercício profissional no actual serviço



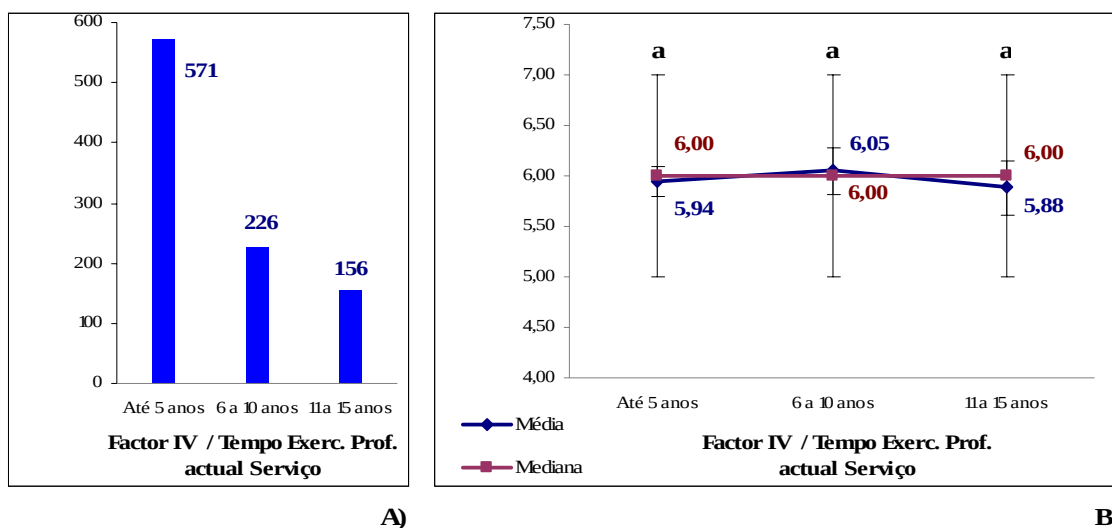
Situação idêntica acontece no estudo do factor III da escala (*preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares*). A leitura do Gráfico 89 (e Quadros 126 e 127 do Apêndice 4) mostra a existência de diferenças

estatisticamente significativas ($p = 0,029$). Estas diferenças assentam no facto de existir uma diferença estatisticamente significativa quando se confrontam os valores obtidos pelos enfermeiros com *até 5 anos* de experiência no actual serviço com os que têm *11 a 15 anos* (6,69 – 6,30; $p = 0,008$).

Factor IV – Falta de apoio dos colegas

Quanto ao factor IV (*falta de apoio dos colegas*), não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,637$) quando estudado em função do *tempo de exercício profissional no actual serviço*, conforme o Gráfico 90 (e Quadro 128 do Apêndice 4).

Gráfico 90 – ESPE: factor IV / tempo de exercício profissional no actual serviço

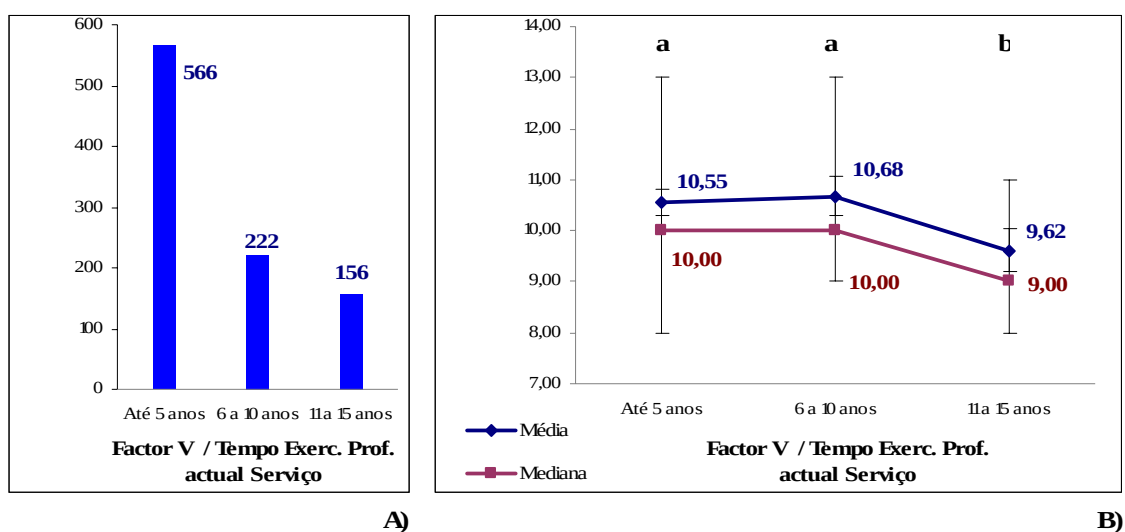


Factor V – Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes

Estudado o factor V (*conflitos com outros enfermeiros e com os chefes*), verifica-se ao ler o Gráfico 91 (e Quadro 129 e 130 do Apêndice 4) existirem diferenças estatisticamente significativas em função do *tempo de exercício profissional detido no actual serviço* ($p =$

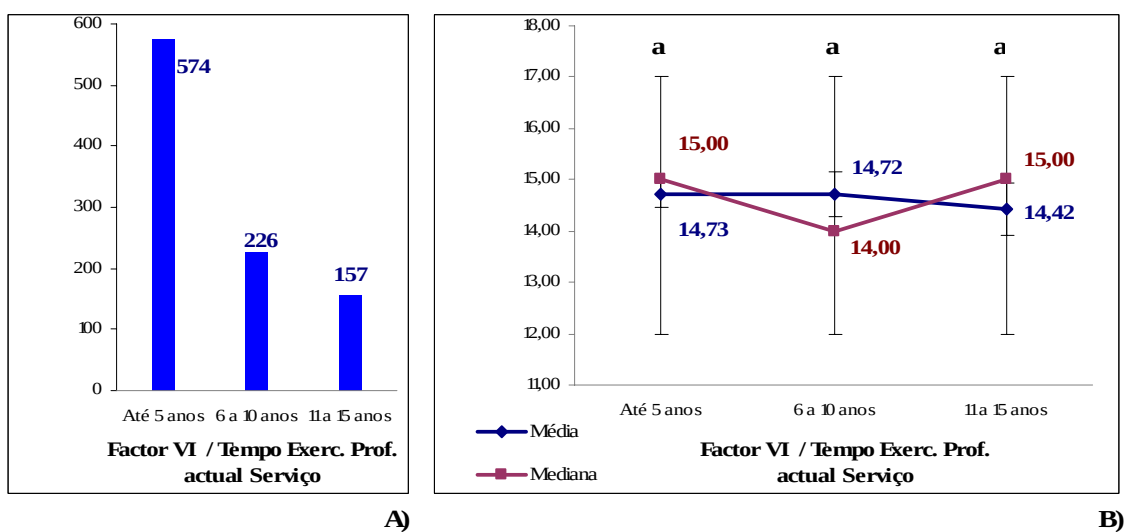
0,002). Estas diferenças assentam no facto de existirem diferenças estatisticamente significativas quando se confrontam os valores obtidos pelos enfermeiros com *até 5 anos* de experiência no actual serviço com os que têm *11 a 15 anos* (10,55 – 9,62; $p = 0,001$), bem como quando se comparam os resultados dos que têm *6 a 10 anos* (10,68 – 9,62; $p = 0,001$) com os que têm *11 a 15 anos* ($p = 0,013$).

Gráfico 91 – ESPE: factor V / tempo de exercício profissional no actual serviço



Factor VI – Carga de trabalho

Gráfico 92 – ESPE: factor VI / tempo de exercício profissional no actual serviço

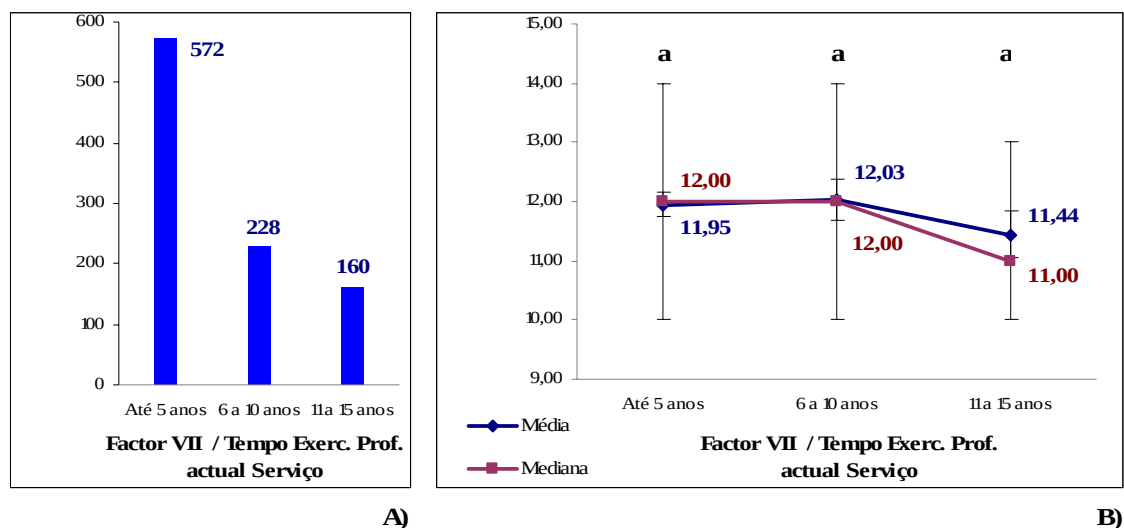


O teste de Kruskal-Wallis mostra, conforme representação do Gráfico 92 (e Quadro 131 do Apêndice 4), não existirem diferenças estatisticamente significativas quando se confronta os resultados obtidos pelos enfermeiros no factor VI (*carga de trabalho*) em relação ao *tempo de exercício profissional no actual serviço* ($p = 0,794$).

Factor VII – Incerteza quanto aos tratamentos

O mesmo acontece no estudo do factor VII da ESPE (*incerteza quanto aos tratamentos*), com um valor de p que aponta para a não existência de diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,074$), como se pode ver também no Gráfico 93 (e Quadro 132 do Apêndice 4).

Gráfico 93 – ESPE: factor VII / tempo de exercício profissional no actual serviço



3.3.10. ESPE / Razão da presença no actual Serviço

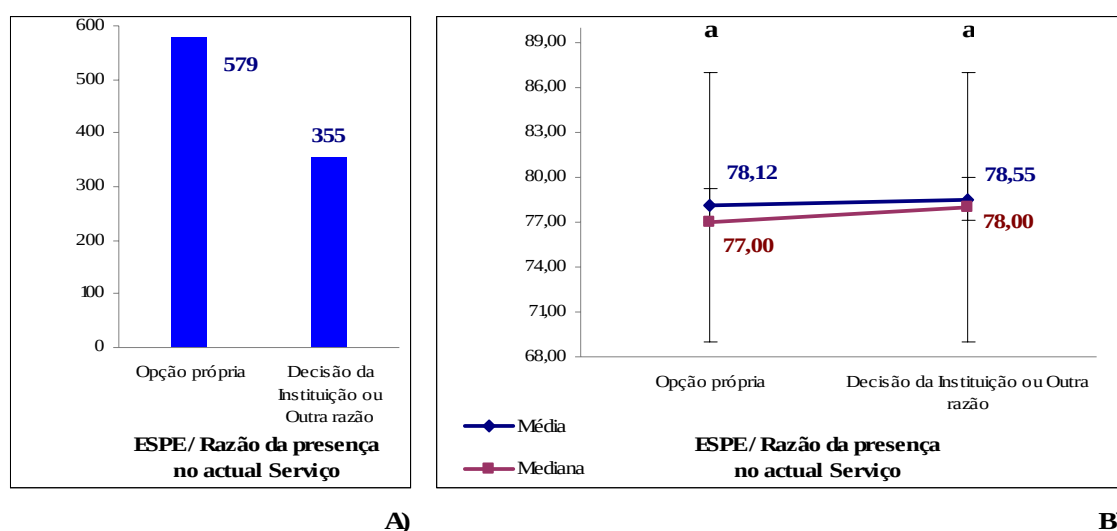
Também foram estudadas as diferenças dos valores médios das classificações obtidas pelos enfermeiros na ESPE, globalmente e por factor, em relação com a *razão da sua*

presença no actual serviço.

Escala

O Gráfico 94 (e Quadro 133 do Apêndice 4) mostra não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os resultados obtidos na *ESPE* em função da *razão da presença no actual serviço* ($p = 0,660$).

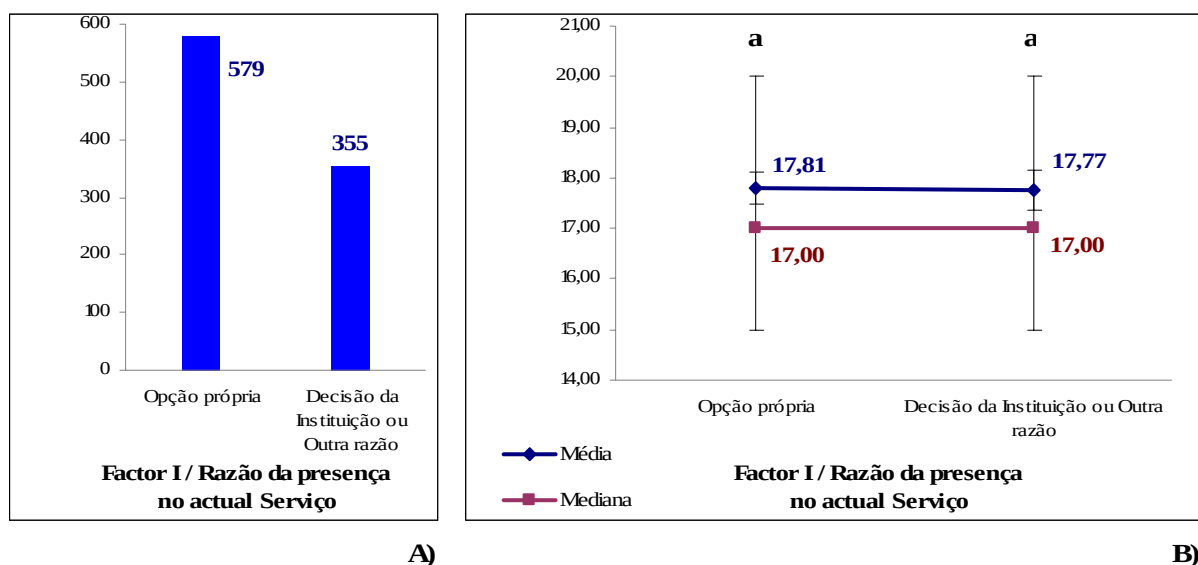
Gráfico 94 – ESPE: razão de presença no actual serviço



Factor I – A morte e o morrer

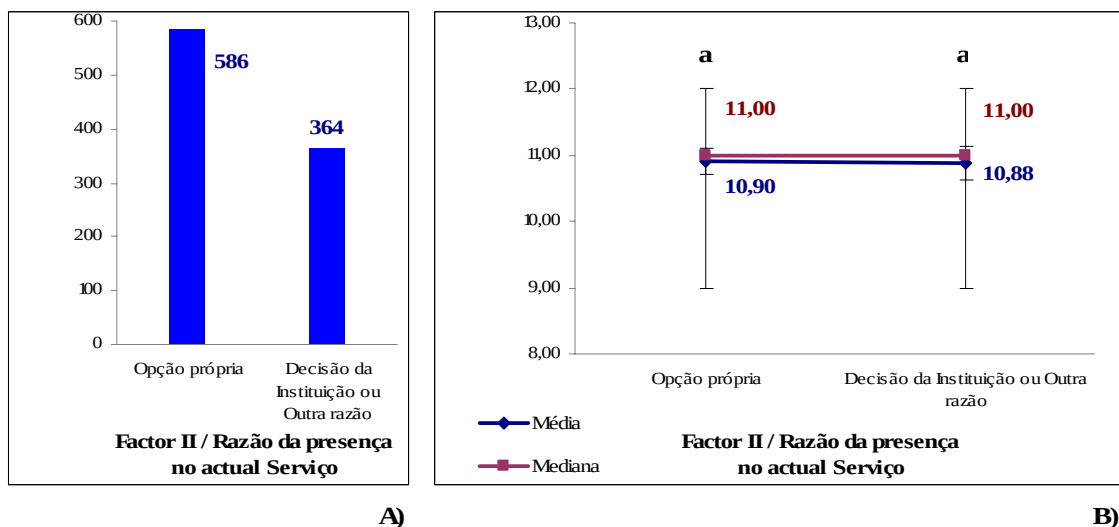
O Gráfico 95 (e Quadro 134 do Apêndice 4) mostra os resultados obtidos quando se utiliza os valores encontrados no factor I (*a morte e o morrer*) da *ESPE* e se confrontam os mesmos com a *razão da presença no actual serviço*, verificando-se também não haver diferenças significativas ($p = 0,782$).

Gráfico 95 – ESPE: factor I / razão de presença no actual serviço



Factor II – Conflitos com os médicos

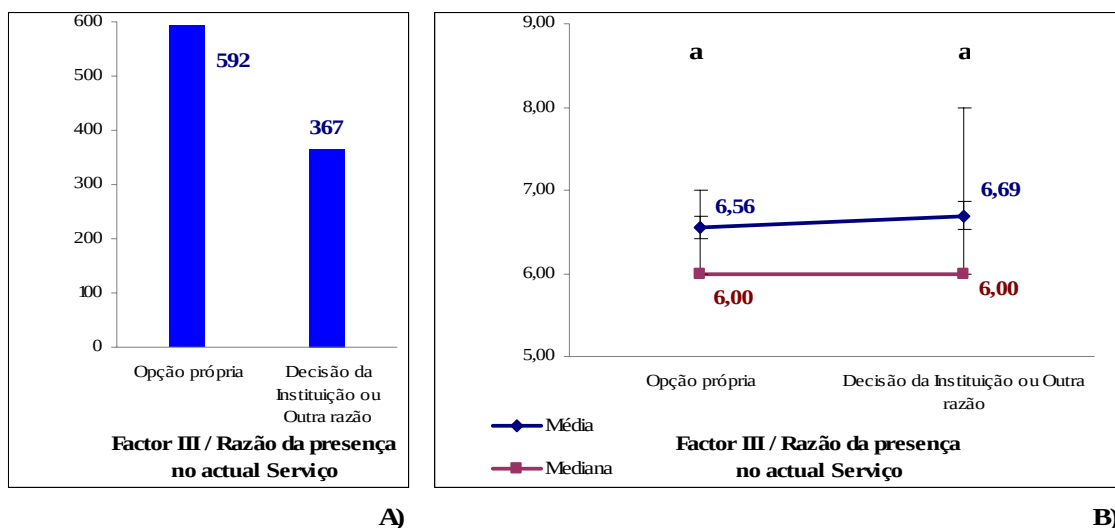
Gráfico 96 – ESPE: factor II / razão de presença no actual serviço



Quanto ao estudo do factor II (*conflitos com os médicos*), o Gráfico 96 (e Quadro 135 do Apêndice 4) mostra também não ocorrerem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,916$).

Factor III – Preparação inadequada para lidar com as necessidades dos doentes e dos seus familiares

Gráfico 97 – ESPE: factor III / razão de presença no actual serviço

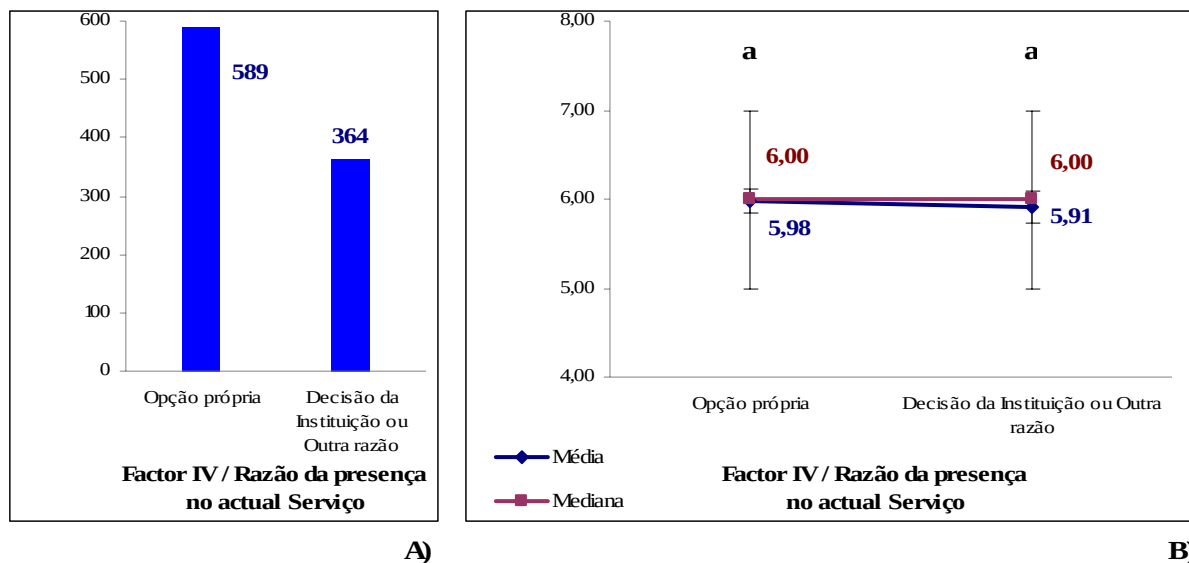


Quanto ao factor III da *ESPE* (*preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares*), o Gráfico 97 (e Quadro 136 do Apêndice 4) mostra mais uma vez não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,159$).

Factor IV – Falta de apoio dos colegas

São idênticos aos anteriores, conforme o Gráfico 98 (e Quadro 137 do Apêndice 4), os resultados do cruzamento dos valores obtidos com as questões que compõem o factor IV da *ESPE* (*falta de apoio dos colegas*) em função da *razão da presença no actual serviço*, ou seja, sem que se encontrem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,378$).

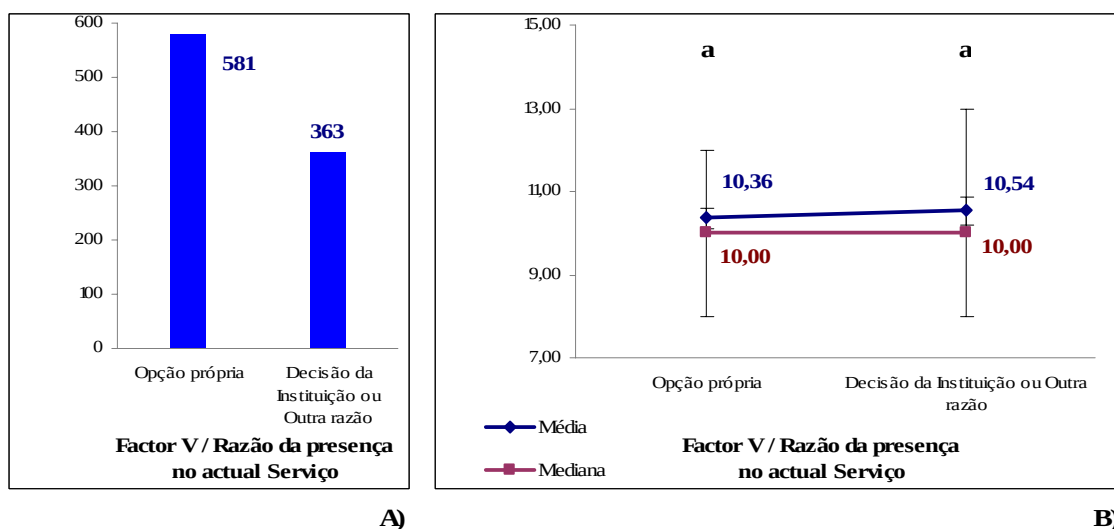
Gráfico 98 – ESPE: factor IV / razão de presença no actual serviço



Factor V – Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes

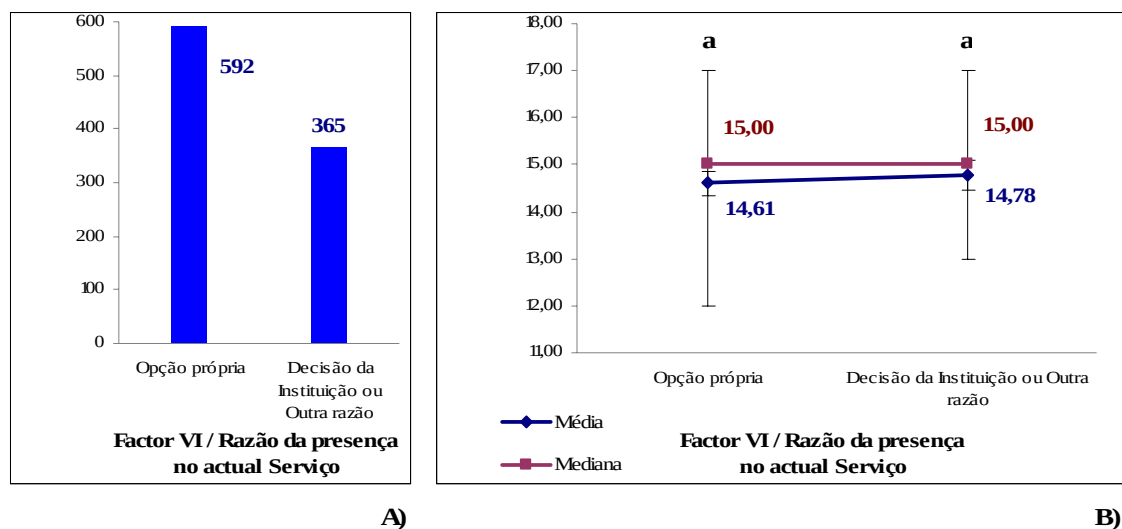
O Gráfico 99 (e Quadro 138 do Apêndice 4) mostra os resultados obtidos quando se utilizam os valores encontrados no factor V (*conflitos com outros enfermeiros e com os chefes*) da escala, verificando-se também não haver diferenças significativas ($p = 0,448$).

Gráfico 99 – ESPE: factor V / razão de presença no actual serviço



Factor VI – Carga de trabalho

Gráfico 100 – ESPE: factor VI / razão de presença no actual serviço

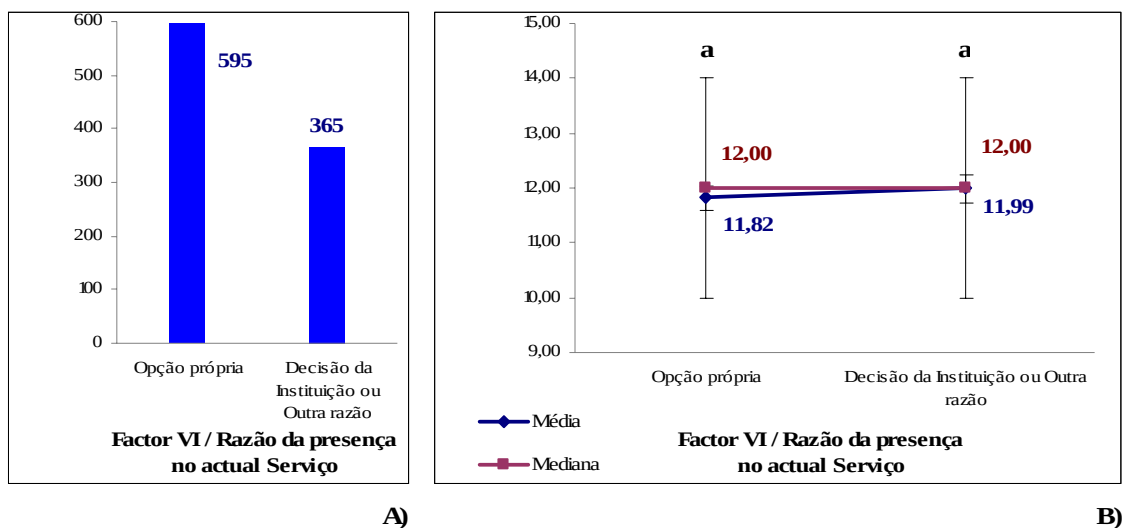


Quanto ao estudo do factor VI (*carga de trabalho*), o Gráfico 100 (e Quadro 139 do Apêndice 4) mostra também não ocorrerem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,517$).

Factor VII – Incerteza quanto aos tratamentos

Finalmente, o factor VII (*incerteza quanto aos tratamentos*). O Gráfico 101 (e Quadro 140 do Apêndice 4) mostra que também as médias encontradas neste factor da *ESPE* não diferem de modo estatisticamente significativo em função da *razão da presença no actual serviço* ($p = 0,255$).

Gráfico 101 – ESPE: factor VII / razão de presença no actual serviço



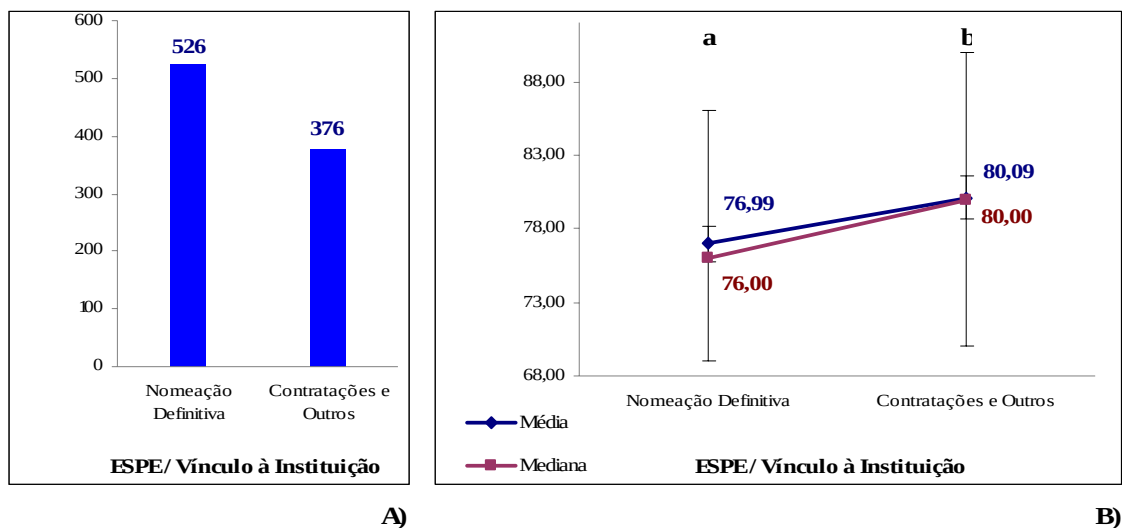
3.3.11. ESPE / Vínculo à Instituição

Também foram estudados os resultados obtidos com a Escala de Stresse Profissional dos Enfermeiros concomitantemente aos *vínculos* detidos pelos enfermeiros nas instituições onde exercem as suas funções.

Escala

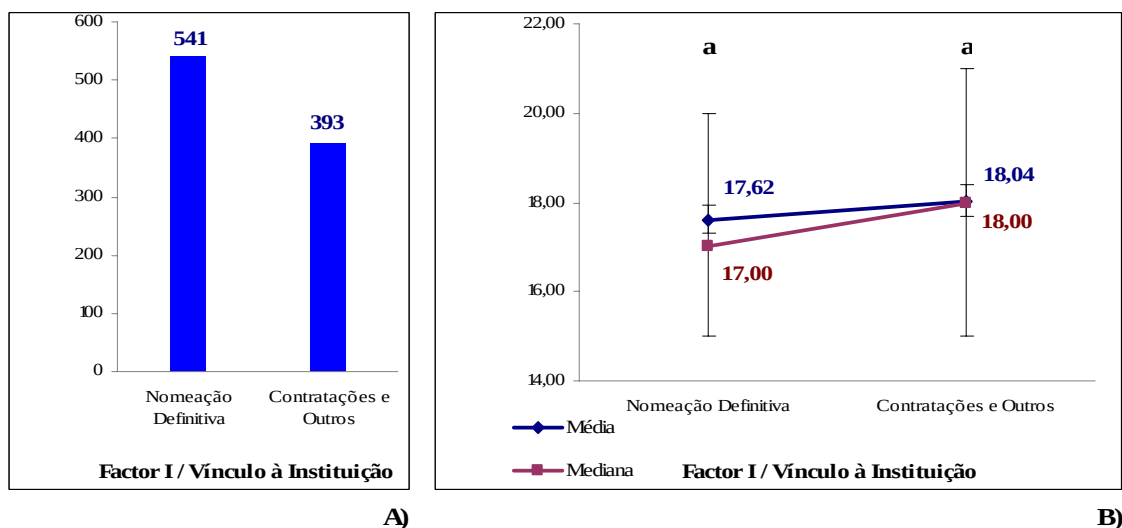
O Gráfico 102 (e Quadro 141 do Apêndice 4) mostra existirem diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas na *ESPE* em função dos *vínculos* ($p = 0,003$), sendo a mais alta a encontrada entre os enfermeiros com *contratações ou outros* (80,09 – 76,00).

Gráfico 102 – ESPE: vínculo à instituição



Factor I – A morte e o morrer

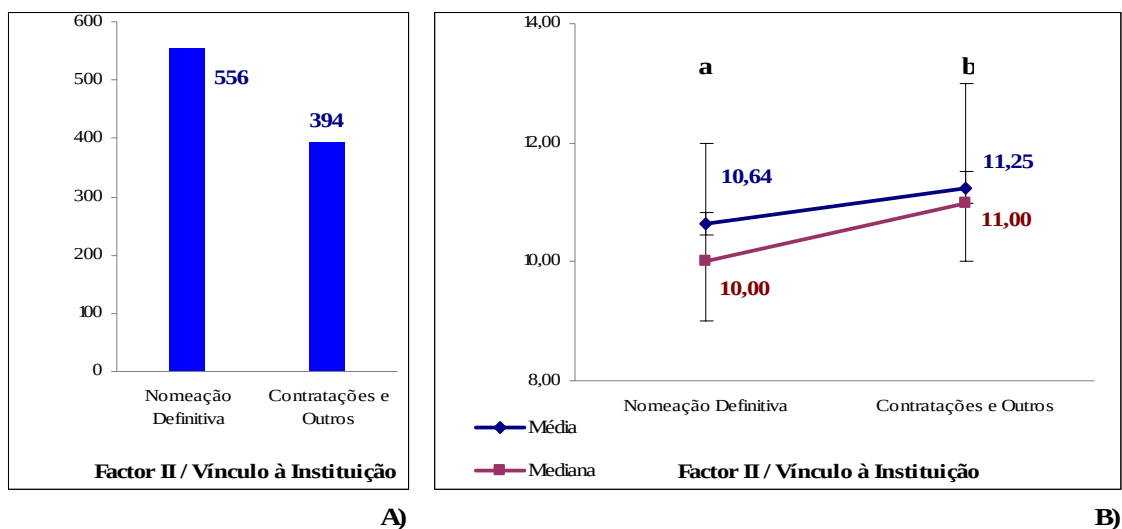
Gráfico 103 – ESPE: factor I / vínculo à instituição



No que se refere aos valores obtidos nos itens que compõem o factor I da escala (*a morte e o morrer*), o Gráfico 103 (e Quadro 142 do Apêndice 4) mostra não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,141$).

Factor II – Conflitos com os médicos

Gráfico 104 – ESPE: factor II / vínculo à instituição

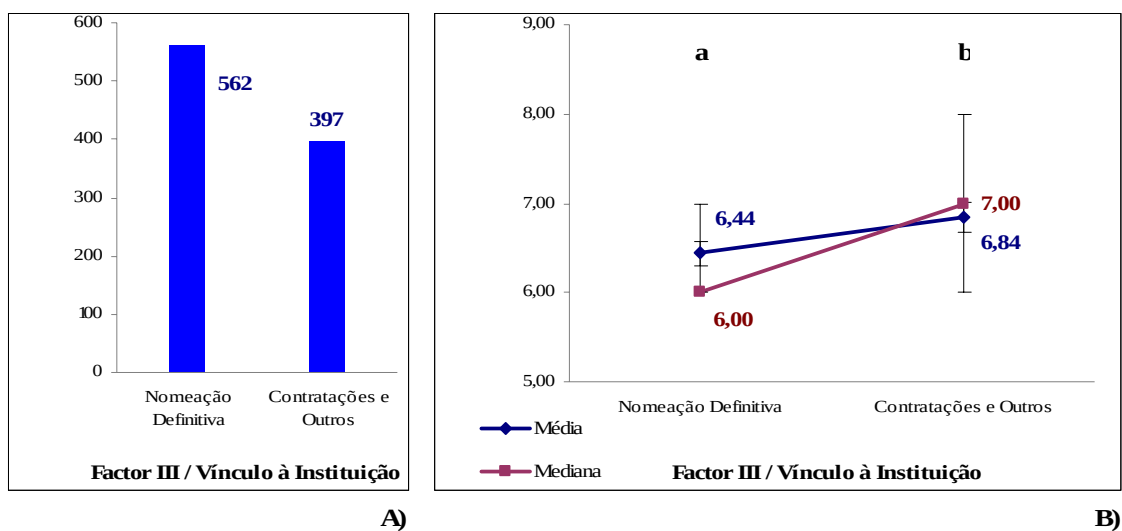


No factor II (*conflitos com os médicos*), pelo contrário, as diferenças existente em função dos *vínculos*, como se pode ler no Gráfico 104 (e Quadro 143 do Apêndice 4), são estatisticamente significativas ($p = 0,000$), com médias mais altas a surgirem entre os enfermeiros com *contratações e outros* tipos de *vínculo* (11,25 – 10,64)).

Factor III – Preparação inadequada para lidar com as necessidades dos doentes e dos seus familiares

O estudo do factor III da *ESPE* (*preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares*), e de acordo com a leitura do Gráfico 105 (e Quadro 144 do Apêndice 4), mostra também existirem diferenças estatisticamente significativas, com médias mais altas entre os enfermeiros com *contratações e outros* (6,84 – 6,44; $p = 0,000$).

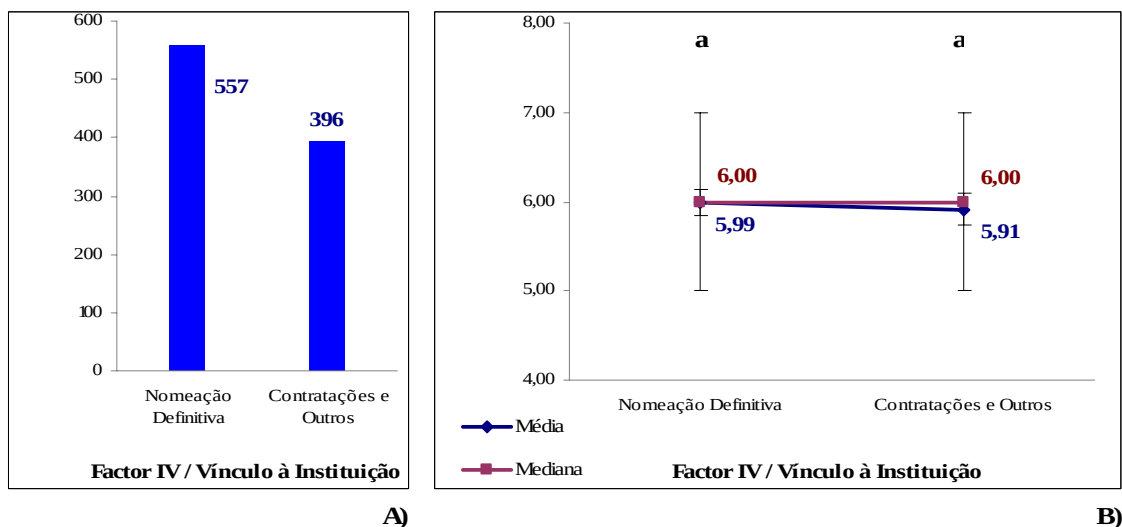
Gráfico 105 – ESPE: factor III / vínculo à instituição



Factor IV – Falta de apoio dos colegas

De acordo com o Gráfico 106 (e Quadro 145 do Apêndice 4), estudados os valores obtidos com o factor IV da escala (*falta de apoio dos colegas*) verifica-se não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,476$) em função dos *vínculos*.

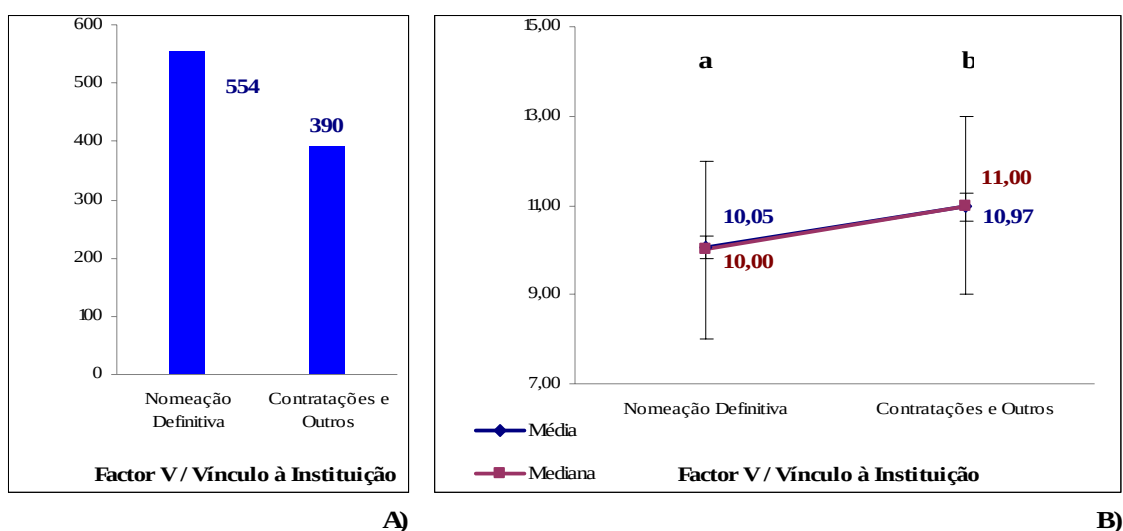
Gráfico 106 – ESPE: factor IV / vínculo à instituição



Factor V – Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes

O Gráfico 107 (e Quadro 146 do Apêndice 4) mostra os resultados obtidos quando se utilizam os valores encontrados no factor V (*conflitos com outros enfermeiros e com os chefes*) da ESPE em função da variável *vínculo à instituição*, verificando-se haver diferenças significativas ($p = 0,000$), com médias mais altas encontradas entre os enfermeiros com *contratações e outros* (10,97 – 10,05).

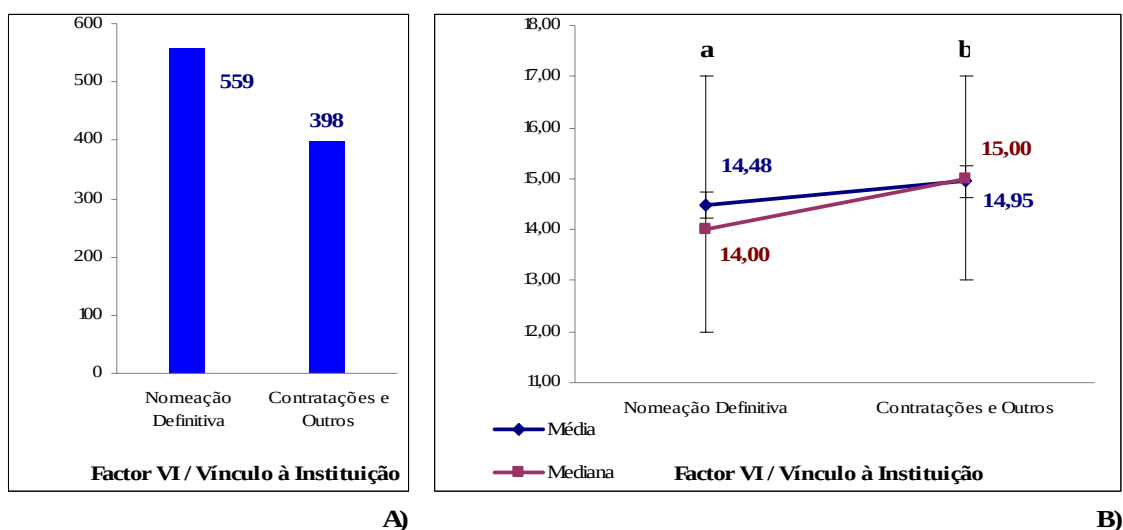
Gráfico 107 – ESPE: factor V / vínculo à instituição



Factor VI – Carga de trabalho

Quanto ao estudo do factor VI (*carga de trabalho*), o Gráfico 108 (e Quadro 147 do Apêndice 4) mostra também ocorrerem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,042$) e mais uma vez com valores mais altos entre os enfermeiros com *contratações e outros* (14,95 – 14,48).

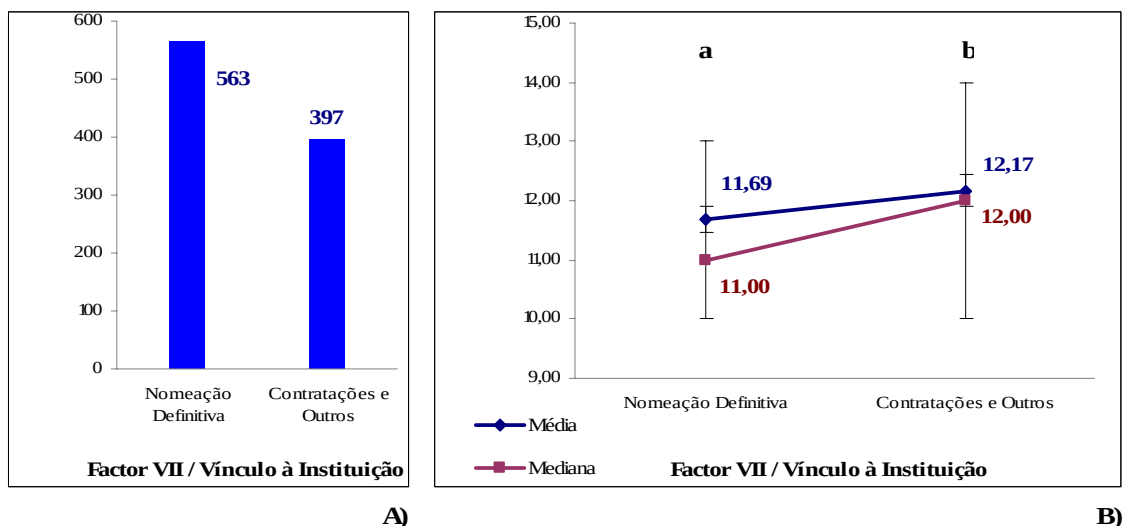
Gráfico 108 – ESPE: factor VI / vínculo à instituição



Factor VII – Incerteza quanto aos tratamentos

Finalmente, os resultados do factor VII (*incerteza quanto aos tratamentos*) da ESPE são também diferentes, conforme a leitura do Gráfico 109 (e Quadro 148 do Apêndice 4), com significado estatístico, em função do *vínculo* que os mesmos têm com a instituição ($p = 0,010$), sendo as médias mais elevadas as que são encontradas entre os enfermeiros com *contratações e outros* (12,17 – 11,69).

Gráfico 109 – ESPE: factor VII / vínculo à instituição



3.4. Stresse profissional / Características sócio-profissionais

A percepção dos enfermeiros sobre o stresse que sentem no exercício da sua profissão, globalmente e em turnos específicos, foi também estudada.

Tal como anteriormente, aplicou-se os testes não paramétricos de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis, seguindo os critérios já descritos.

A apresentação dos resultados é feita também através de gráficos, com duas componentes como em capítulo anterior.

Todos os quadros correspondentes aos gráficos deste documento encontram-se em Apêndices.

3.4.1 Stresse profissional / Distrito

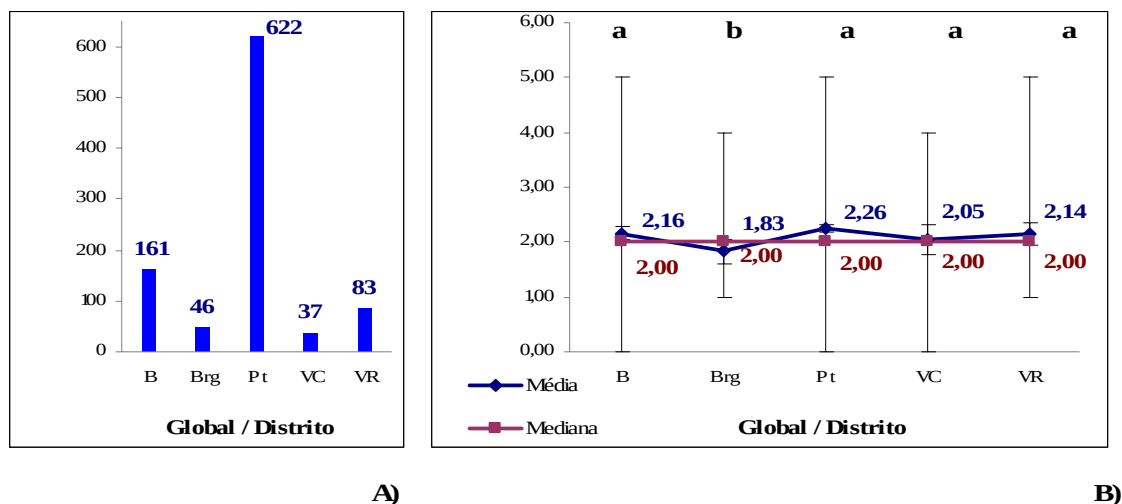
Foram os seguintes os resultados obtidos quanto à percepção sobre o stresse, tanto na globalidade como considerando diferentes turnos, em função da variável *distrito*.

Global

O Gráfico 110 (e Quadros 149 e 150 do Apêndice 4) mostra que existem diferenças estatisticamente significativas na percepção de *stresse global* conforme se estudam os enfermeiros em função dos *distritos* em que estão sediadas as instituições em que exercem as suas funções ($p = 0,004$). O teste de Mann-Whitney clarifica essas diferenças, mostrando que elas aparecem entre os enfermeiros do *distrito de Braga* e os

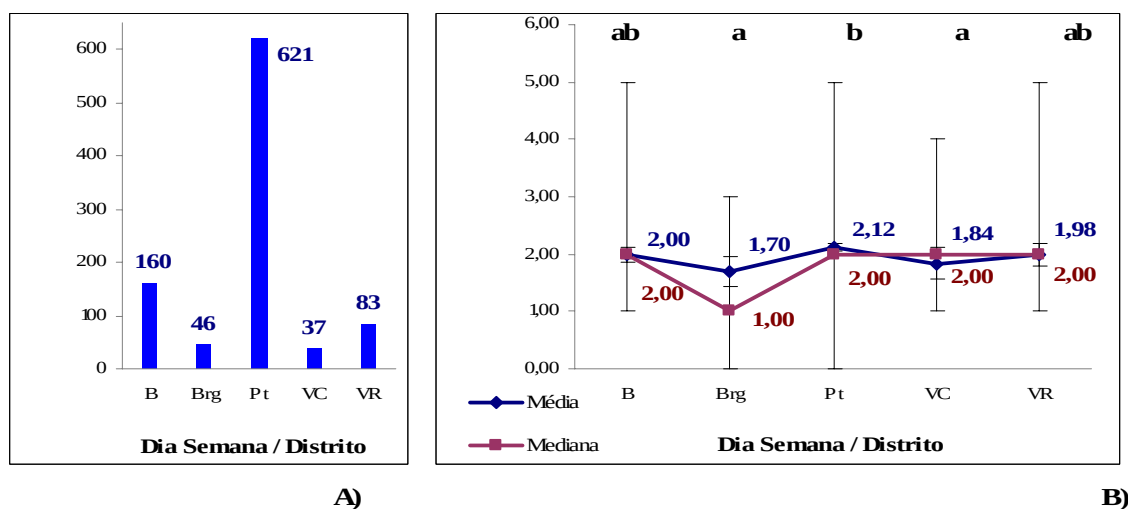
do *distrito de Bragança* (2,16 – 1,83; $p = 0,014$) e entre os de *Bragança* e os do *Porto* (1,83 – 2,26; $p = 0,001$).

Gráfico 110 – Stresse global: distrito



Turno diurno de semana

Gráfico 111 – Stresse: turno diurno de semana / distrito.



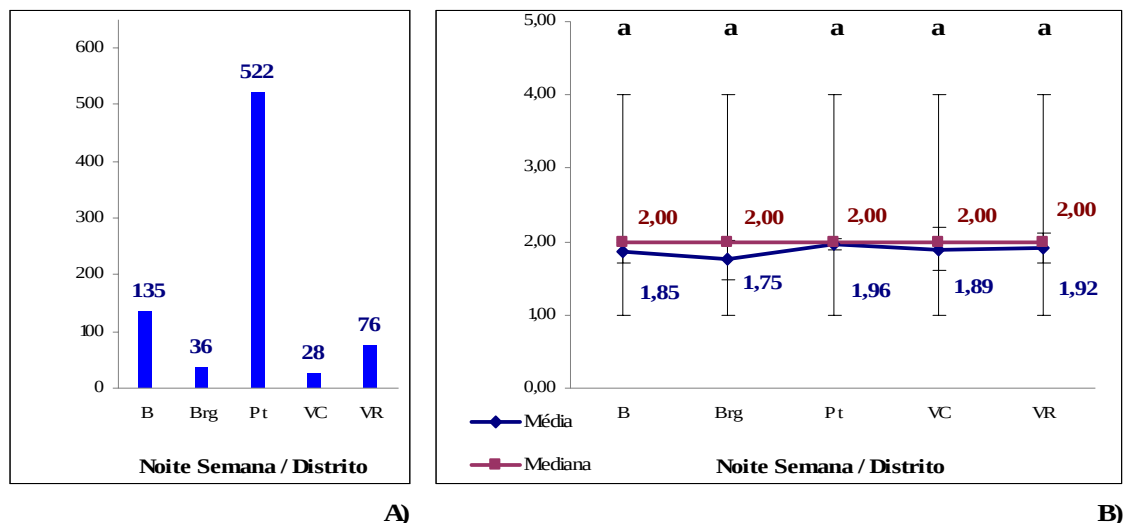
No que se refere ao *stresse* percebido pelos enfermeiros como existente num *turno diurno de semana típico*, o Gráfico 111 (e Quadros 151 e 152 do Apêndice 4) mostra existirem diferenças estatisticamente significativas quando estudado em função do *distrito* ($p = 0,009$). Na verdade, as médias encontradas no *distrito de Bragança* são

estatisticamente diferentes e menores do que as encontradas no *distrito do Porto* (2,12 – 1,70; $p = 0,004$), tal como entre os *distritos* do *Porto* e de *Viana do Castelo* (2,12 – 1,84; $p = 0,049$).

Turno nocturno de semana

Quanto aos *turnos nocturnos de semana típicos*, verifica-se pela leitura do Gráfico 112 (e Quadro 153 do Apêndice 4) que o nível de stresse percebido pelos enfermeiros não difere em função do *distrito* ($p = 0,509$).

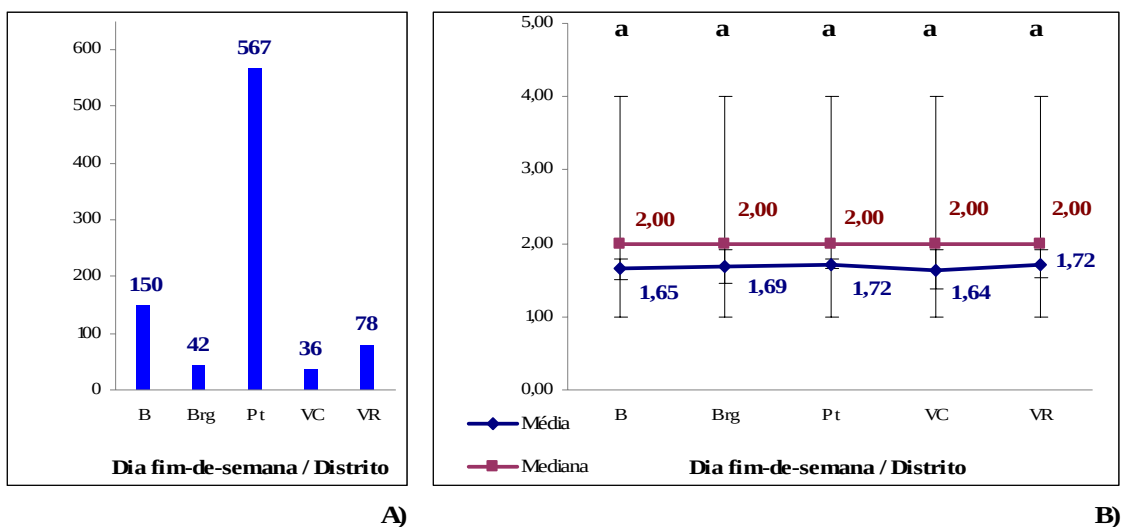
Gráfico 112 – Stresse: turno nocturno de semana / distrito.



Turno diurno de fim-de-semana

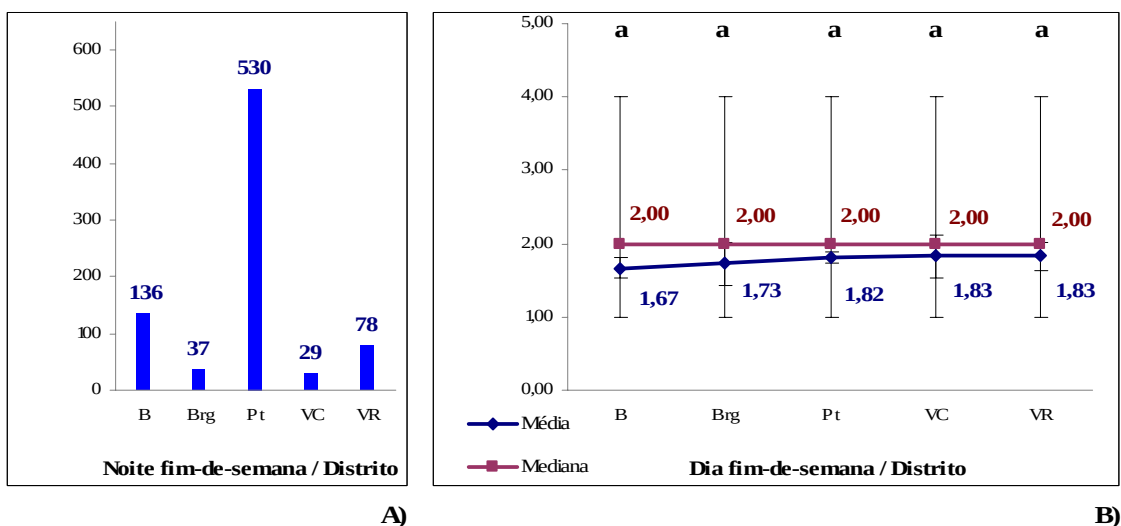
O mesmo se passa em relação ao *stresse inerente a um turno diurno de fim-de-semana* já que o resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis apresenta um valor de $p = 0,827$, conforme o Gráfico 113 (e Quadro 154 do Apêndice 4).

Gráfico 113 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / distrito.



Turno nocturno de fim-de-semana

Gráfico 114 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / distrito.



Conforme o Gráfico 114 (e Quadro 155 do Apêndice 4), também a variável *distrito* não tem influência no *stresse* sentido pelos enfermeiros nos *turnos nocturnos de fim-de-semana* ($p = 0,485$).

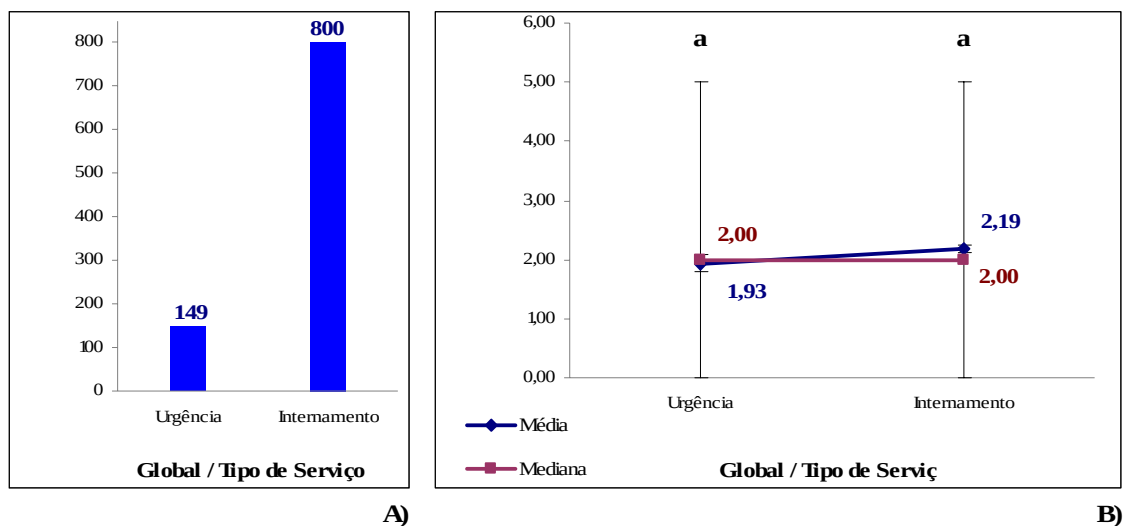
3.4.2. Stresse profissional / Tipo de Serviço

Este estudo permitiu verificar o que se passa quando se estuda o *stresse* percebido pelos enfermeiros em função do *tipo de serviço*.

Global

Quanto ao *stresse* considerado de um modo *global*, verifica-se no Gráfico 115 (e Quadro 156 do Apêndice 4) não existirem diferenças estatisticamente significativas pelo facto de os enfermeiros exercerem em *serviço de internamento* ou em *serviço de urgência* ($p = 0,089$)

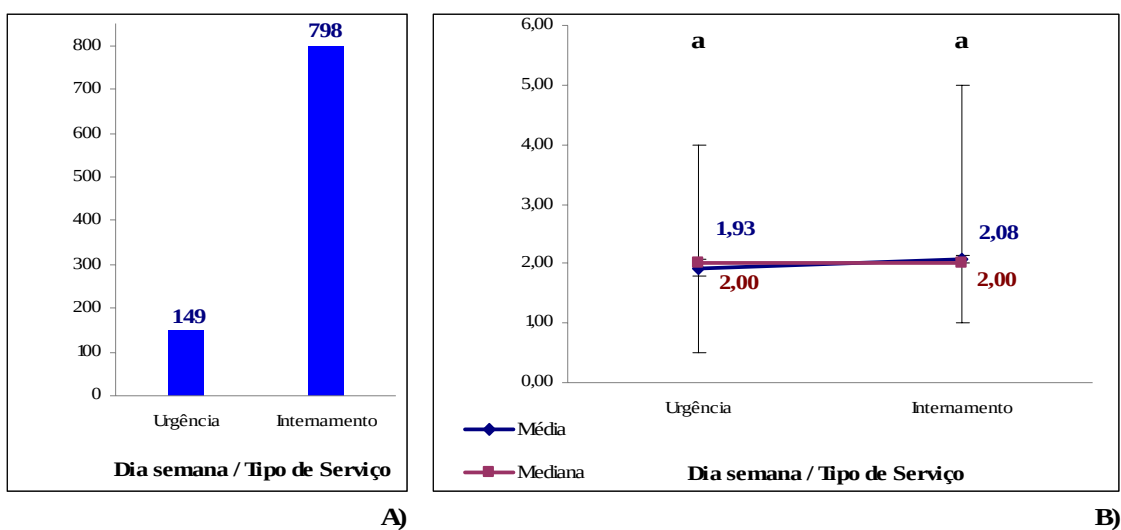
Gráfico 115 – Stresse global: tipo de Serviço.



Turno diurno de semana

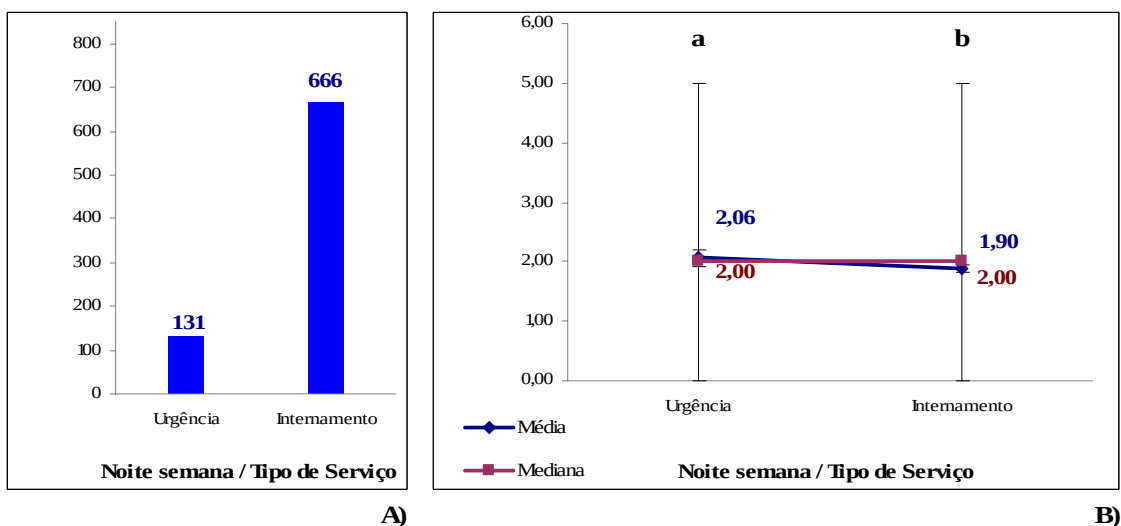
Conforme o Gráfico 116 (e Quadro 157 do Apêndice 4), o mesmo se passa quando se analisa o *stresse* percebido num *turno diurno de semana* em função do *tipo de serviço* ($p = 0,089$), ou seja, as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

Gráfico 116 – Stresse: turno diurno de semana / tipo de serviço



Turno noturno de semana

Gráfico 117 – Stresse: turno noturno de semana / tipo de serviço

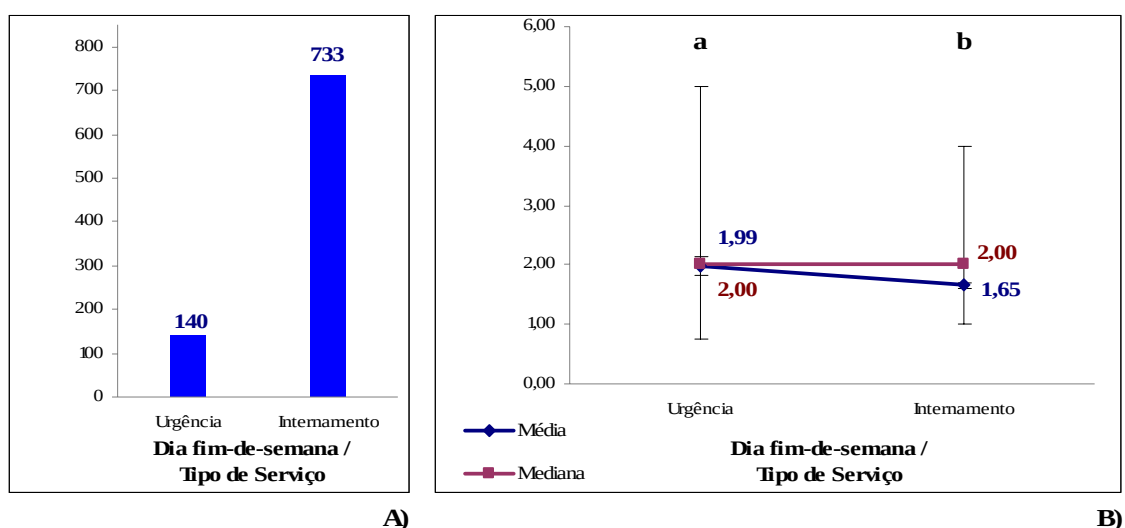


Já quanto ao *stresse percebido num turno noturno de semana* não acontece o mesmo, de acordo com o Gráfico 117 (e Quadro 158 do Apêndice 4). Na verdade, encontra-se no teste de Mann-Whitney um valor de $p = 0,040$, cuja interpretação é a de que as médias encontradas são significativamente maiores entre os enfermeiros que exercem em *serviços de urgência* (2,06 – 1,90).

Turno diurno de fim-de-semana

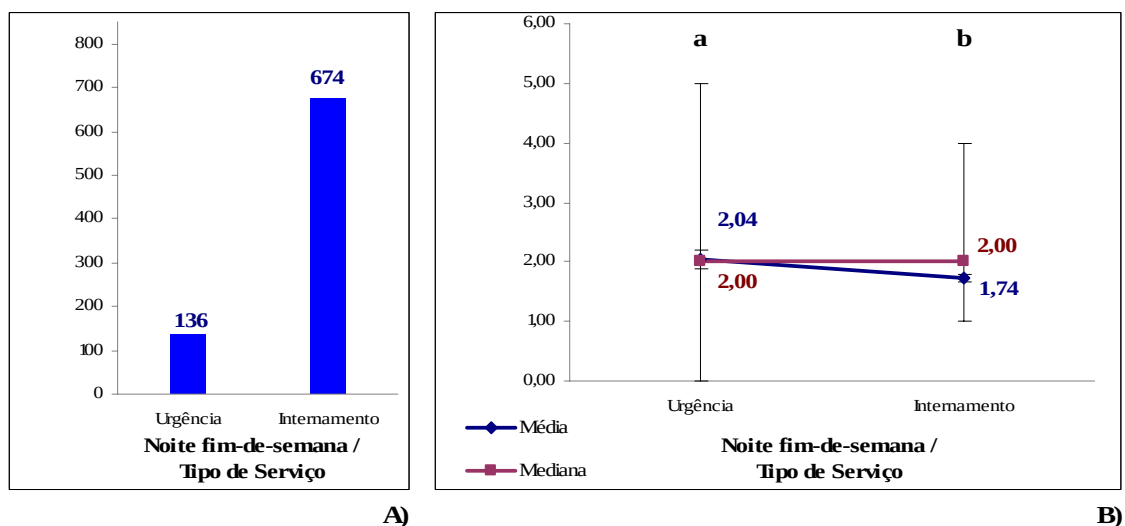
Também nos *turnos diurnos de fim-de-semana* o *stresse* percebido pelos enfermeiros é diferente em função do *tipo de serviço* ($p = 0,000$), conforme o Gráfico 118 (e Quadro 159 do Apêndice 4), sendo a média mais elevada encontrada entre os que exercem em *serviços de urgência* (1,99 – 1,65).

Gráfico 118 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / tipo de serviço



Turno noturno de fim-de-semana

Gráfico 119 – Stresse: turno noturno de fim-de-semana / tipo de serviço



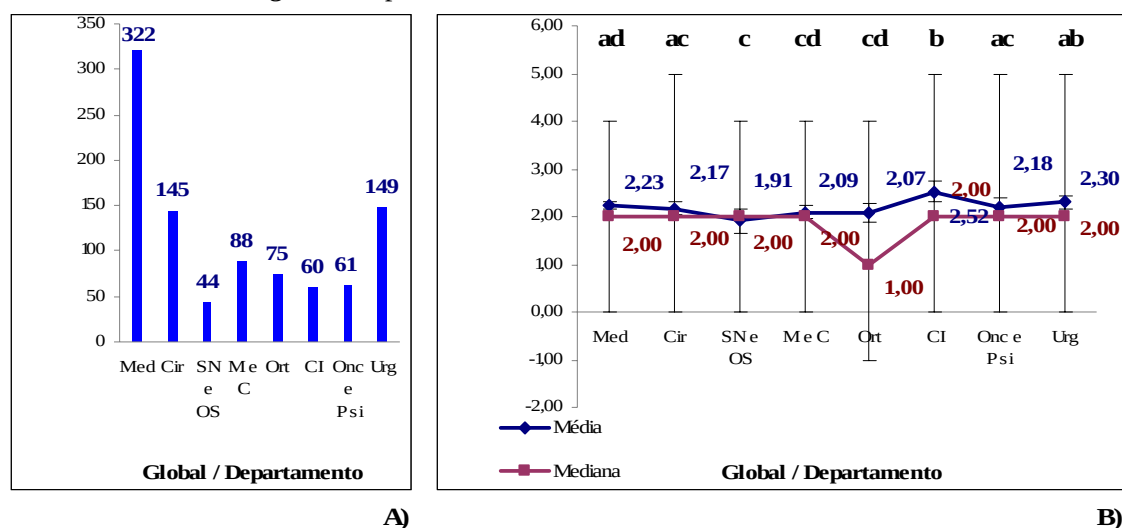
Também nos *turnos nocturnos de fim-de-semana*, e de acordo com a leitura do Gráfico 119 (e Quadro 160 do Apêndice 4), o *stresse* percebido pelos enfermeiros é diferente ($p = 0,000$), com médias mais altas encontradas entre os que exercem em *serviços de urgência* (2,04 – 1,74).

3.4.3. Stresse profissional / Departamento

Esta parte do estudo permitiu conhecer o que se passa quando se analisa as respostas sobre o *stresse* percebido pelos enfermeiros em função do *departamento* em que exercem funções.

Global

Gráfico 120 – Stresse global: departamento

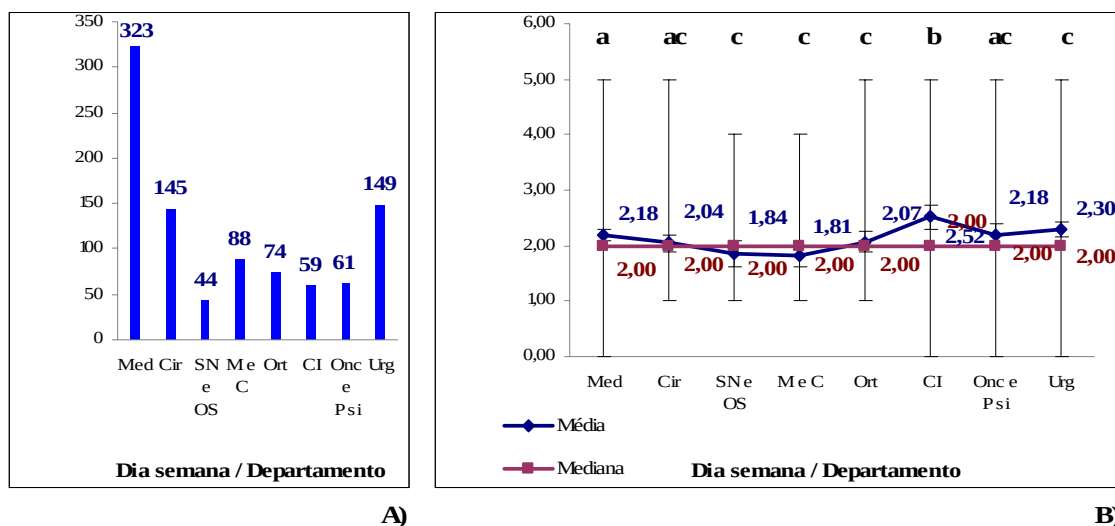


Conforme o Gráfico 120 (e Quadro 161 e 162 do Apêndice 4), verifica-se existirem diferenças significativas no *stresse global* percebido pelos enfermeiros em função do *departamento* em que exercem funções ($p = 0,009$). Essas diferenças existem entre o departamento de *Medicina* e o de *Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos*,

com médias mais altas no primeiro (2,23 – 2,17; $p = 0,042$); entre o *departamento* de *Medicina* e o de *Cuidados Intensivos*, com médias mais altas no segundo (2,23 – 2,52; $p = 0,031$); entre o *departamento* de *Cirurgia* e o de *Cuidados Intensivos*, com médias mais altas no segundo (2,17 – 2,52; $p = 0,016$); entre o *departamento* de *Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos* e os *departamentos* de *Cuidados Intensivos* (1,91 – 2,52; $p = 0,002$) e de *Urgência* (1,91 – 2,30; $p = 0,017$) com médias mais baixas no primeiro; entre o *departamento* da *Mulher e da Criança* e o de *Cuidados Intensivos* (2,09 – 2,52; $p = 0,002$) e o de *Urgência* (2,09 – 2,30; $p = 0,024$), com médias mais baixas no primeiro; entre o *departamento* de *Ortopedia* e o de *Cuidados Intensivos* (2,07 – 2,52; $p = 0,004$) e o de *Urgência* (2,07 – 2,30; $p = 0,030$), com médias mais baixas no *departamento* de *Ortopedia*; e entre o *departamento* de *Cuidados Intensivos* e de *Oncologia e Psiquiatria*, com médias mais altas no de *Cuidados Intensivos* (2,52 – 2,18; $p = 0,037$).

Turno diurno de semana

Gráfico 121 – Stresse: turno diurno de semana / departamento

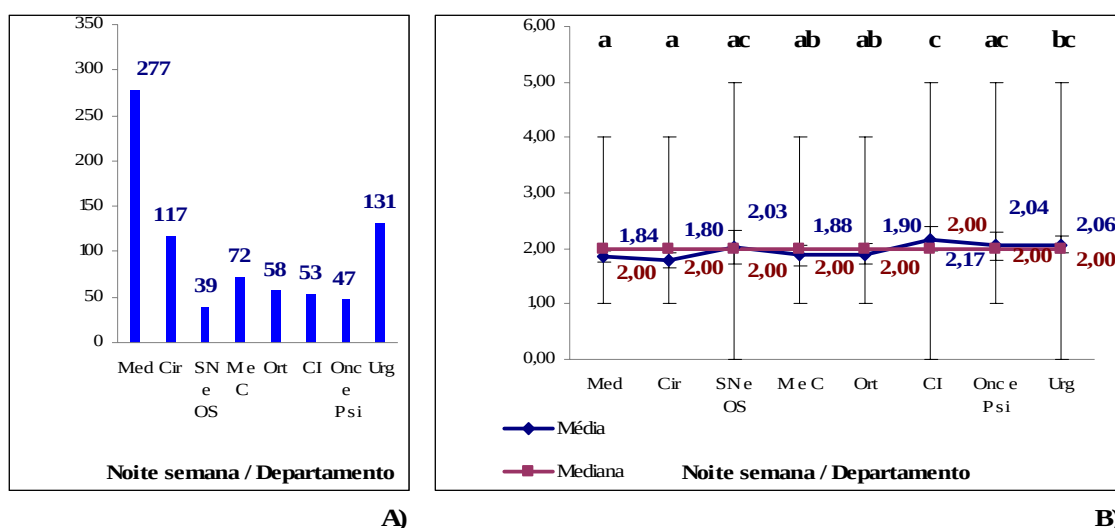


Quanto aos *turnos diurnos de semana* e ao *stresse* que neles é percebido pelos enfermeiros, o estudo feito em função dos *departamentos* mostra, como se pode ver no Gráfico 121 (e Quadros 163 e 164 do Apêndice 4), que existem diferenças

estatisticamente significativas ($p = 0,000$). Aplicado o teste de Mann-Whitney aos diversos pares de *departamentos*, é possível concluir existirem diferenças estatisticamente significativas como segue: o *departamento* de *Medicina* tem médias significativamente mais altas do que o *departamento* de *Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos* ($2,18 - 1,84$; $p = 0,019$), do que o *departamento* da *Mulher e da Criança* ($2,18 - 1,81$; $p = 0,000$) e do que o *departamento* de *Ortopedia* ($2,18 - 2,07$; $p = 0,008$) e significativamente mais baixas do que o *departamento* de *Urgência* ($2,18 - 2,30$; $p = 0,003$); e o *departamento* de *Cuidados Intensivos* apresenta médias significativamente mais altas do que os *departamentos* de *Cirurgia* ($2,52 - 2,04$; $p = 0,002$), de *Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos* ($2,52 - 1,84$; $p = 0,001$), de *Mulher e da Criança* ($2,52 - 1,81$; $p = 0,000$), de *Ortopedia* ($2,52 - 2,07$; $p = 0,000$), de *Oncologia e Psiquiatria* ($2,52 - 2,18$; $p = 0,007$) e de *Urgência* ($2,52 - 2,30$; $p = 0,000$).

Turno noturno de semana

Gráfico 122 – Stresse: turno noturno de semana / departamento

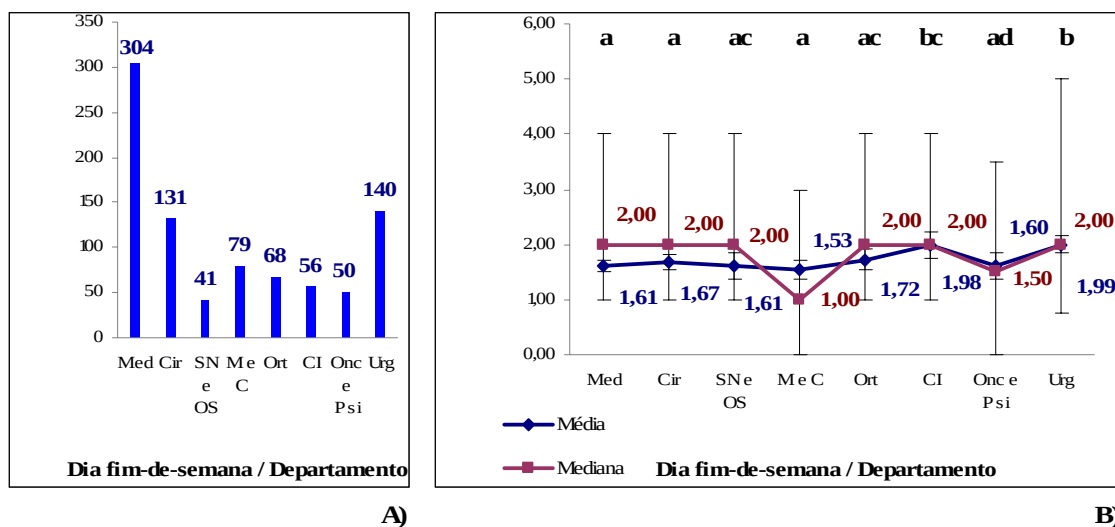


Também no que se refere aos *turnos noturnos de semana* as diferenças em função do *departamento*, e lido o Gráfico 122 (e Quadros 165 e 166 do Apêndice 4), são significativas, conforme o teste de Kruskal-Wallis ($p = 0,031$). Essas diferenças, de

acordo com o teste de Mann-Whitney, encontram-se como segue: o *departamento de Cuidados Intensivos* tem médias significativamente mais altas do que os *departamentos de Medicina* (2,17 – 1,84; $p = 0,013$), de *Cirurgia* (2,17 – 1,80; $p = 0,007$), da *Mulher e da Criança* (2,17 – 1,88; $p = 0,046$) e de *Ortopedia* (2,17 – 1,90; $p = 0,044$); e os enfermeiros dos *departamentos de Urgência* apresentam médias significativamente mais altas do que os que exercem em *departamentos de Medicina* (2,06 – 1,84; $p = 0,021$) e de *Cirurgia* (2,06 – 1,80; $p = 0,011$).

Turno diurno de fim-de-semana

Gráfico 123 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / departamento

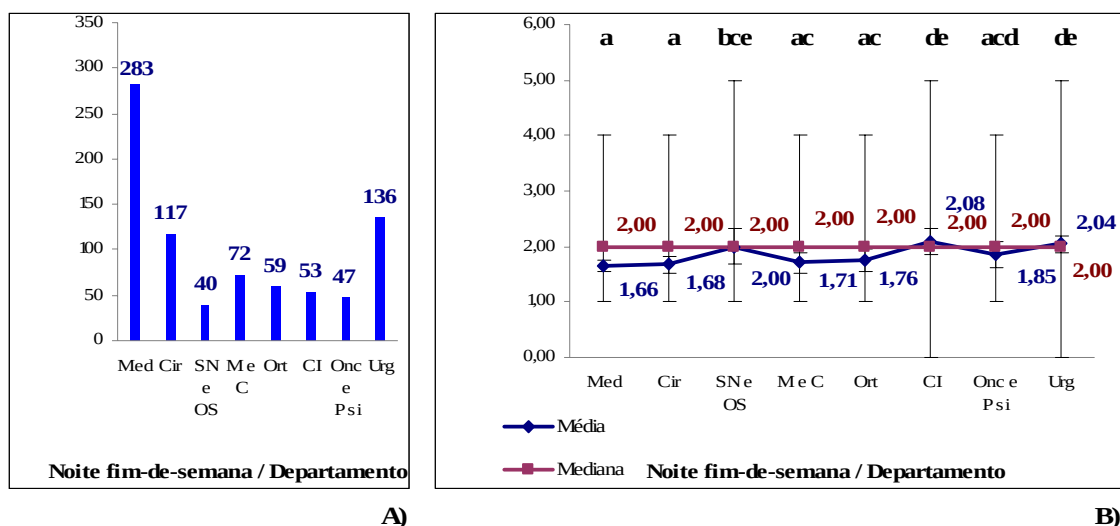


Também se encontraram diferenças estatisticamente significativas, como se conclui pela observação do Gráfico 123 (e Quadros 167 e 168 do Apêndice 4), entre os resultados do *stresse* percebido pelos enfermeiros em *turnos típicos diurnos de fim-de-semana* em função do *departamento* em que exercem funções ($p = 0,000$). Essas diferenças distribuem-se do seguinte modo: o *departamento de Cuidados Intensivos* apresenta médias significativamente mais altas do que os *departamentos de Medicina* (1,98 – 1,61; $p = 0,008$), de *Cirurgia* (1,98 – 1,67; $p = 0,034$) e da *Mulher e da Criança* (1,98 – 1,53; $p = 0,003$); o *departamento de Oncologia e Psiquiatria* apresenta médias significativamente mais baixas do que o *departamento de Cuidados Intensivos* (1,60 –

1,98; $p = 0,029$); e o *departamento* de *Urgência* apresenta médias mais altas do que as encontradas nos *departamentos* de *Medicina* (1,99 – 1,61; $p = 0,000$), de *Cirurgia* (1,99 – 1,67; $p = 0,001$), de *Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos* (1,99 – 1,61; $p = 0,013$), da *Mulher e da Criança* (1,99 – 1,53; $p = 0,000$), de *Ortopedia* (1,99 – 1,72; $p = 0,013$) e de *Oncologia e Psiquiatria* (1,99 – 1,60; $p = 0,004$).

Turno noturno de fim-de-semana

Gráfico 124 – Stresse: turno noturno de fim-de-semana / departamento



Finalmente, e conforme o Gráfico 124 (e Quadro 169 e 170 do Apêndice 4), também se encontram diferenças estatisticamente significativas entre o *stresse* percebido pelos enfermeiros quando exercem em *turnos noturnos de fim-de-semana* em função do *departamento* em que esse exercício se desenvolve ($p = 0,000$). Essas diferenças são, segundo os resultados do teste de Mann-Whitney, como segue: o *departamento* de *Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos* apresenta médias significativamente mais altas do que os *departamentos* de *Medicina* (2,00 – 1,66; $p = 0,027$) e de *Cirurgia* (2,00 – 1,68; $p = 0,044$); o *departamento* de *Cuidados Intensivos* tem médias significativamente mais altas do que os *departamentos* de *Medicina* (2,08 – 1,66; $p = 0,002$), de *Cirurgia* (2,08 – 1,68; $p = 0,005$), da *Mulher e da Criança* (2,08 – 1,71; $p = 0,017$) e de *Ortopedia* (2,08 – 1,76; $p = 0,033$); e o *departamento* de *Urgência*

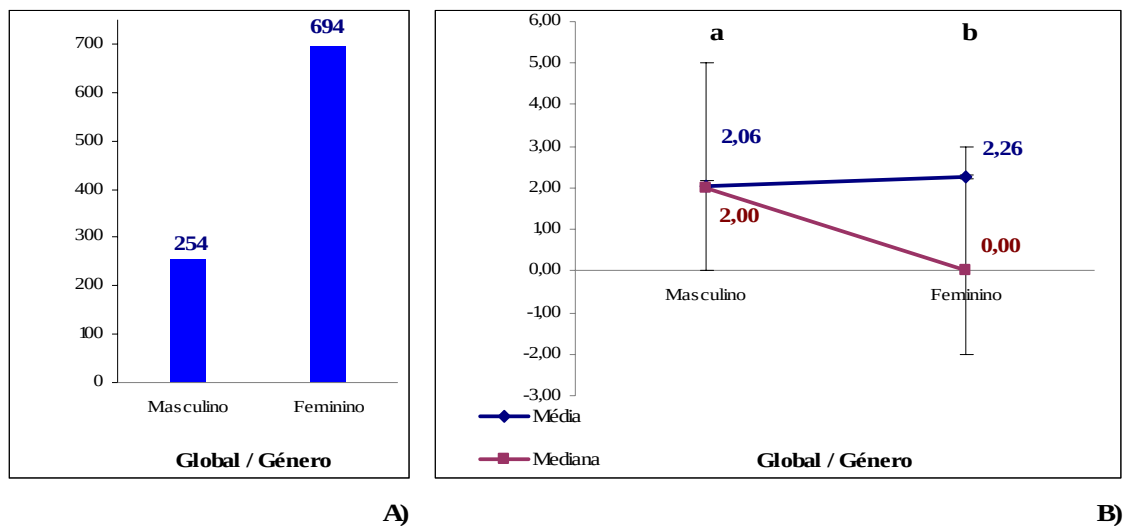
tem médias de *stresse percebido pelos enfermeiros em turnos nocturnos de fim-de-semana* mais altas do que as que surgem nos *departamentos de Medicina* (2,04 – 1,66; $p = 0,000$), de *Cirurgia* (2,04 – 1,68; $p = 0,000$), da *Mulher e da Criança* (2,04 – 1,71; $p = 0,005$) e de *Ortopedia* (2,04 – 1,76; $p = 0,013$).

3.4.4. Stresse profissional / Género

Leia-se agora as respostas sobre o *stresse percebido pelos enfermeiros em função do género*.

Global

Gráfico 125 – Stresse global: género

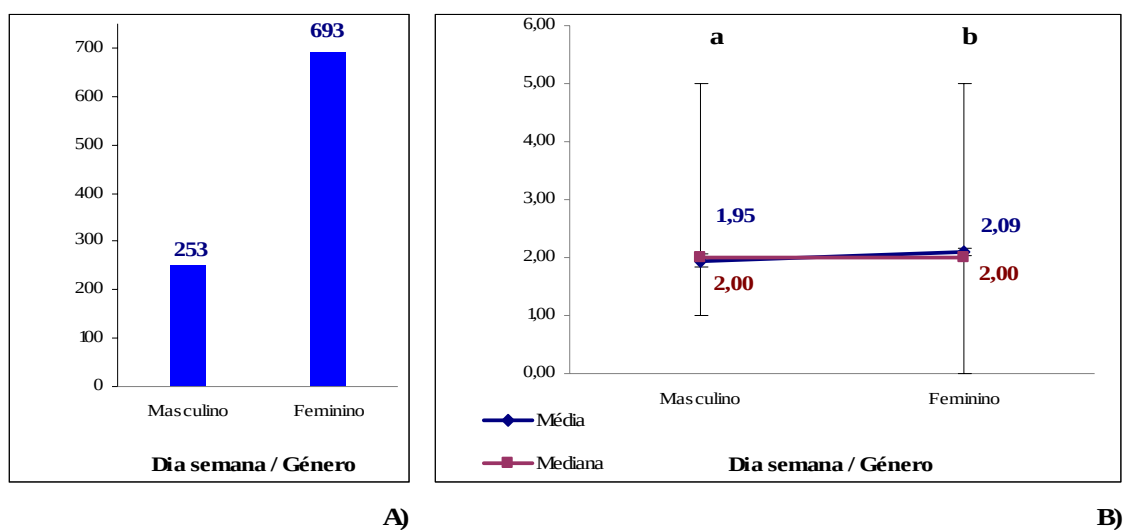


O Gráfico 125 (e Quadro 171 do Apêndice 4) mostra existirem diferenças estatisticamente significativas no *stresse global* percebido pelos enfermeiros em função do *género* ($p = 0,001$), encontrando-se médias mais altas entre as *enfermeiras* (2,26 – 2,06).

Turno diurno de semana

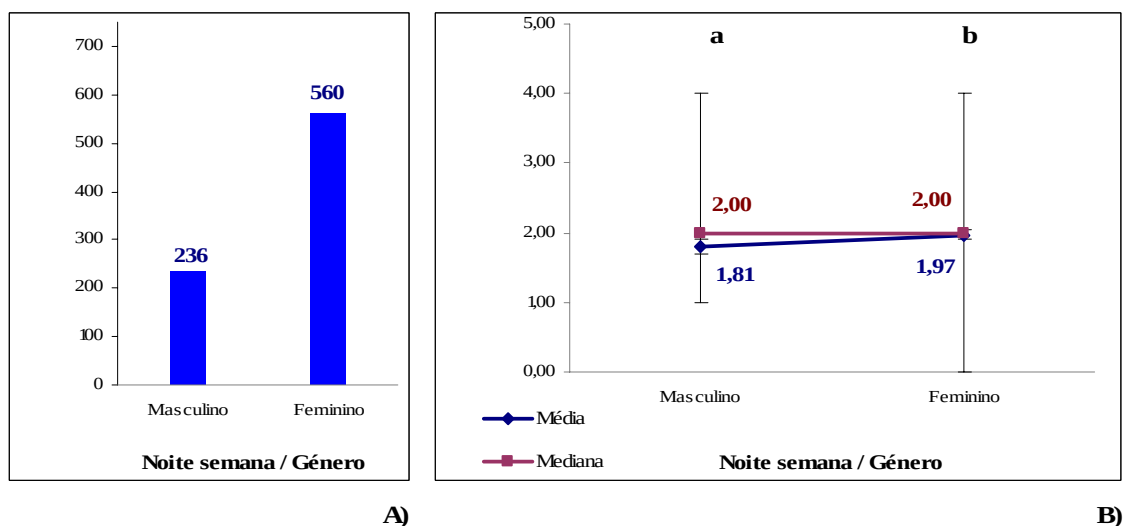
O mesmo acontece quando se pensa em *turnos típicos diurnos de semana*, conforme o Gráfico 126 (e Quadro 172 do Apêndice 4). Na verdade, o resultado do teste de Mann-Whitney resulta num valor de $p = 0,017$, com médias mais altas encontradas entre as enfermeiras (2,09 – 1,95).

Gráfico 126 – Stresse: turno diurno de semana / género



Turno nocturno de semana

Gráfico 127 – Stresse: turno nocturno de semana / género

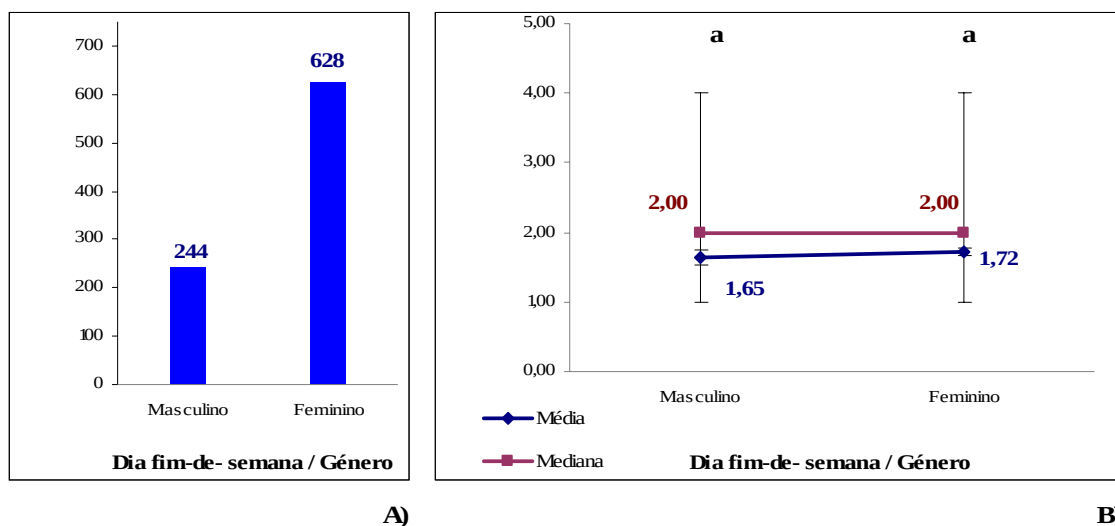


Também em *turnos nocturnos de semana*, e de acordo com a leitura do Gráfico 127 (e Quadro 173 do Apêndice 4), o *stresse* percebido pelos enfermeiros é diferente em função do *Género* ($p = 0,008$), com médias mais altas entre as *enfermeiras* (1,97 – 1,81).

Turno diurno de fim-de-semana

Já no que respeita aos *turnos diurnos de fim-de-semana*, conforme o Gráfico 128 (e Quadro 174 do Apêndice 4), os valores do teste de Mann-Whitney apontam para a não existência de diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,117$) em função do *género*.

Gráfico 128 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / género

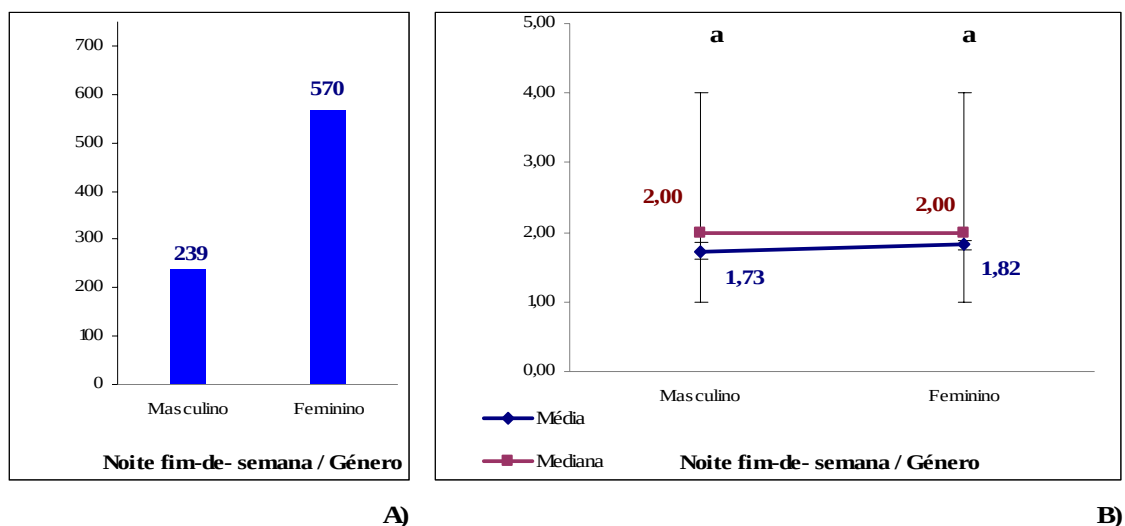


Turno nocturno de fim-de-semana

O mesmo se passa em relação ao *stresse* percebido pelos enfermeiros em *turnos nocturnos de fim-de-semana*, cujos dados estão representados no Gráfico 129 (e Quadro

175 do Apêndice 4). O valor de $p = 0,125$ implica a não-existência de diferenças estatisticamente significativas em função do *género*.

Gráfico 129 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / género.



3.4.5. Stresse profissional / Idade

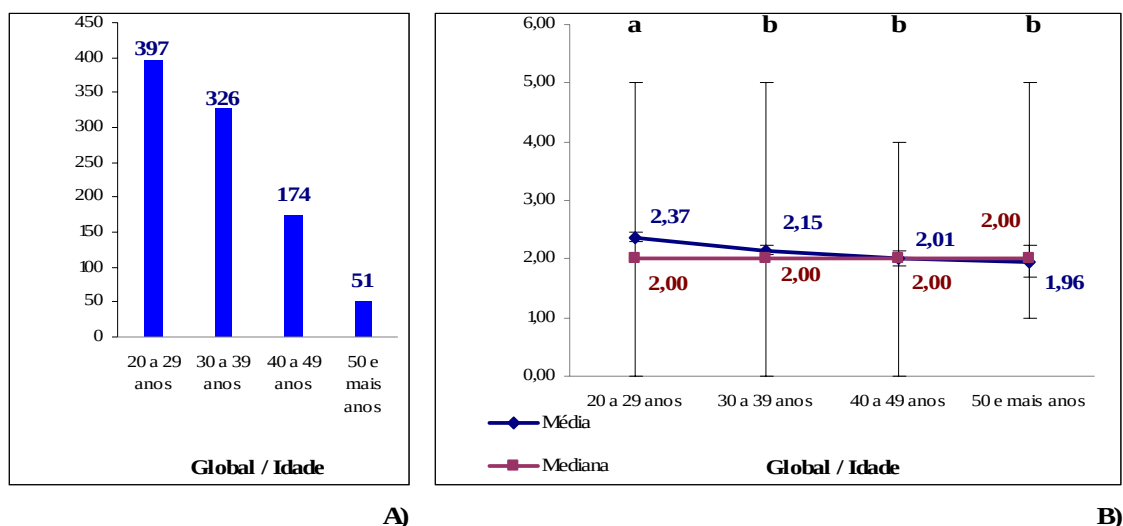
Quanto ao estudo do *stresse* em função da *idade* dos enfermeiros, pode constatar-se o que se segue:

Global

Como se pode ver no Gráfico 130 (e Quadros 176 e 177 do Apêndice 4), o teste de Kruskal-Wallis apresenta um valor de $p = 0,000$, logo, deve considerar-se existirem diferenças estatisticamente significativas na percepção do *stresse global* em função das *idades* dos enfermeiros. O teste de Mann-Whitney diz-nos que essas diferenças se baseiam nas diferenças entre as médias encontradas entre os enfermeiros com 20 a 29 anos e os que têm entre 30 a 39 anos ($2,37 - 2,15$; $p = 0,000$), 40 a 49 anos ($2,37 - 2,01$; $p = 0,000$) e 50 anos e mais ($2,37 - 1,96$; $p = 0,003$), sendo em todas as situações

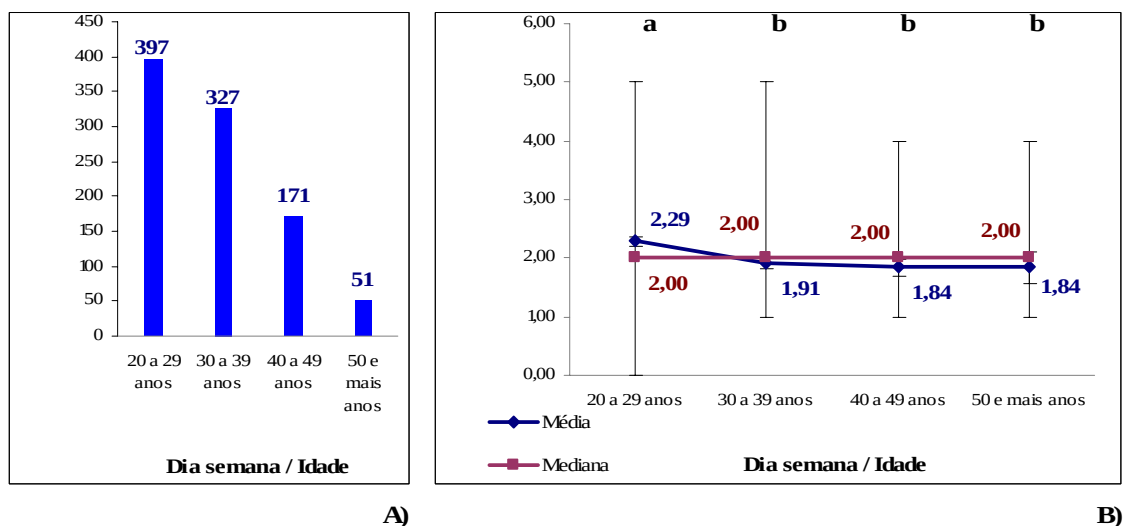
mais altas as médias encontradas no grupo mais jovem.

Gráfico 130 – Stresse global: idade



Turno diurno de semana

Gráfico 131 – Stresse: turno diurno de semana / idade



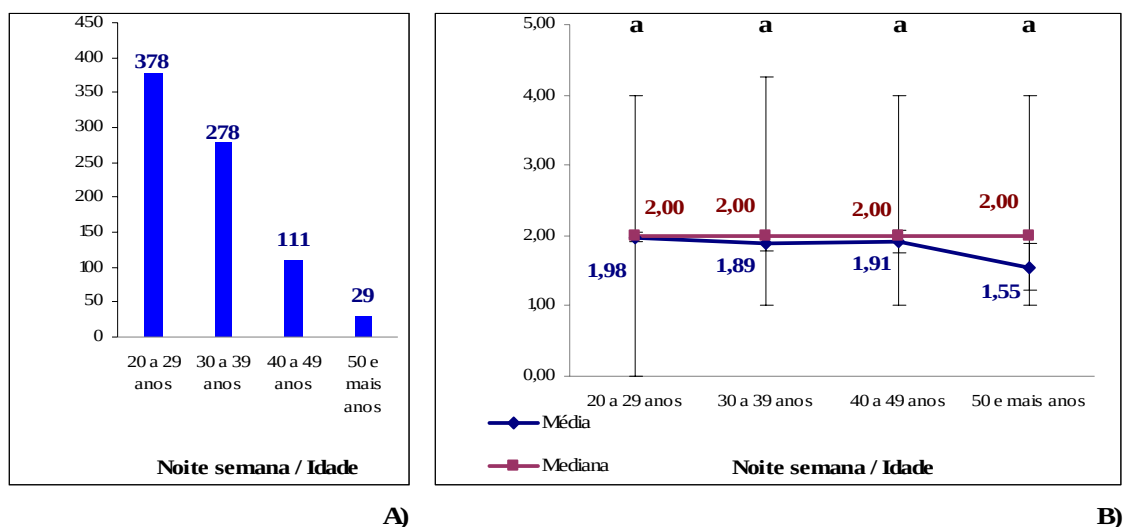
Também em relação aos turnos diurnos de semana, conforme o Gráfico 131 (e Quadros 178 e 179 do Apêndice 4), o *stresse* percebido difere em função da *idade* dos enfermeiros ($p = 0,000$). O teste de Mann-Whitney diz-nos que essas diferenças se

baseiam nas diferenças entre as médias encontradas entre os enfermeiros com 20 a 29 anos e os que têm entre 30 a 39 anos ($2,29 - 1,91$; $p = 0,000$), 40 a 49 anos ($2,29 - 1,84$; $p = 0,000$) e 50 anos e mais ($2,29 - 1,84$; $p = 0,002$), sendo em todas as situações mais altas as médias encontradas no grupo mais jovem.

Turno noturno de semana

Já quando o estudo se debruça sobre o *stresse* em *turnos noturnos de semana*, conforme o Gráfico 132 (e Quadro 180 do Apêndice 4), os resultados referem não existirem diferenças estatisticamente significativas em função da *idade* ($p = 0,103$).

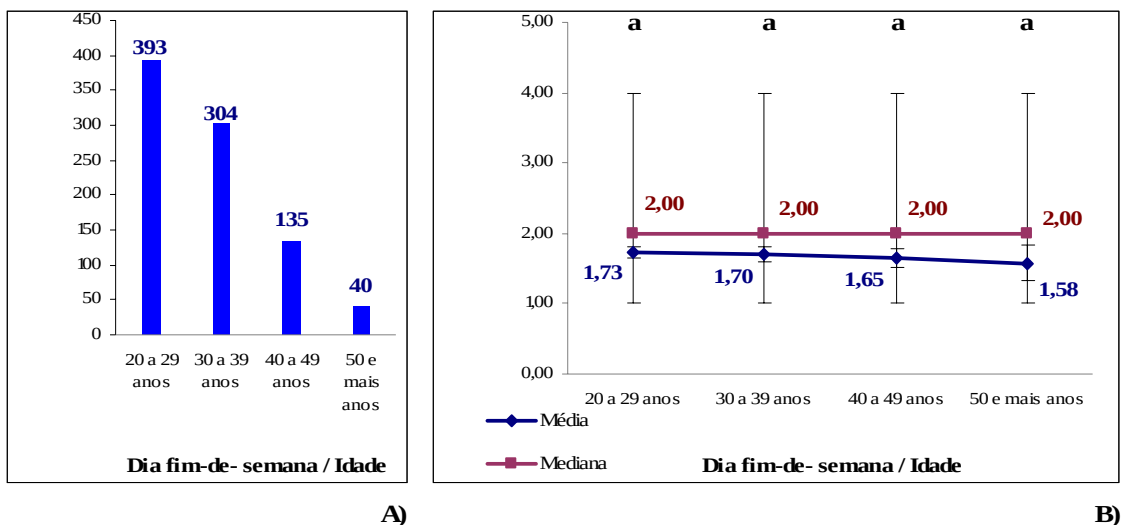
Gráfico 132 – Stresse: turno noturno de semana / idade



Turno diurno de fim-de-semana

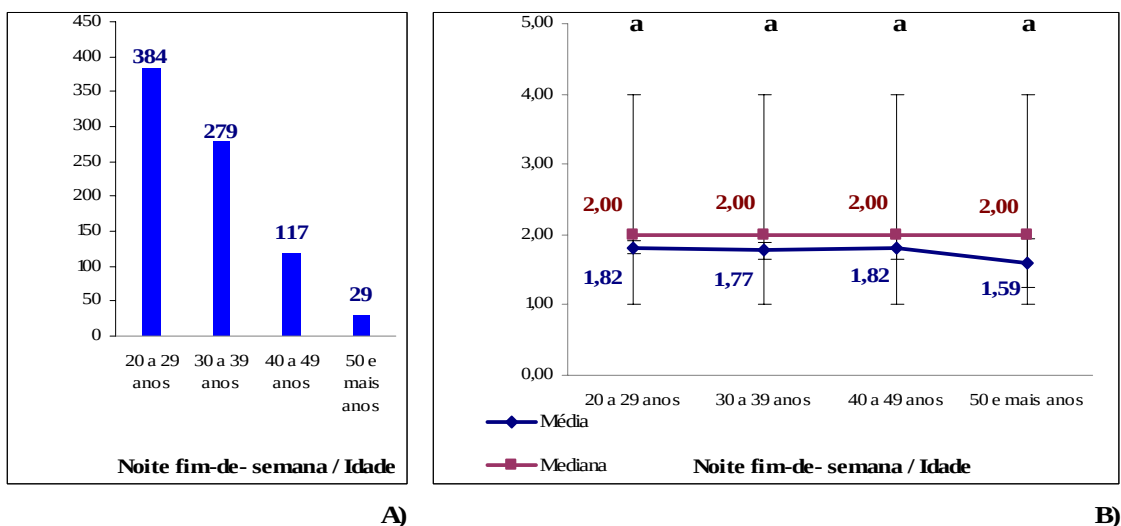
Também em relação aos *turnos diurnos de fim-de-semana*, cujos dados estão representados no Gráfico 133 (e Quadro 181 do Apêndice 4), a conclusão a tirar é de não existirem diferenças em função da *idade* dos questionados ($p = 0,809$).

Gráfico 133 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / idade



Turno nocturno de fim-de-semana

Gráfico 134 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / idade



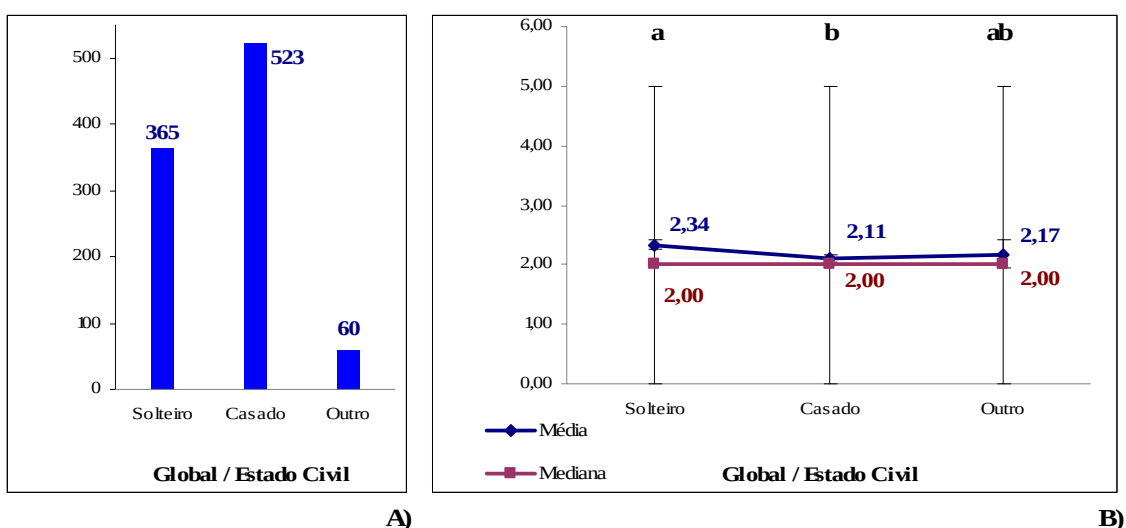
E idêntica situação, conforme o Gráfico 134 (e Quadro 182 do Apêndice 4) é encontrada no estudo do *stresse* percebido pelos enfermeiros em *turnos nocturnos de fim-de-semana*, que não difere em função das *idades* ($p = 0,749$).

3.4.6. Stresse profissional / Estado Civil

Também o *estado civil* foi alvo do estudo, sendo comparados os resultados obtidos em relação ao *stresse* percebido pelos enfermeiros com aquela variável independente.

Global

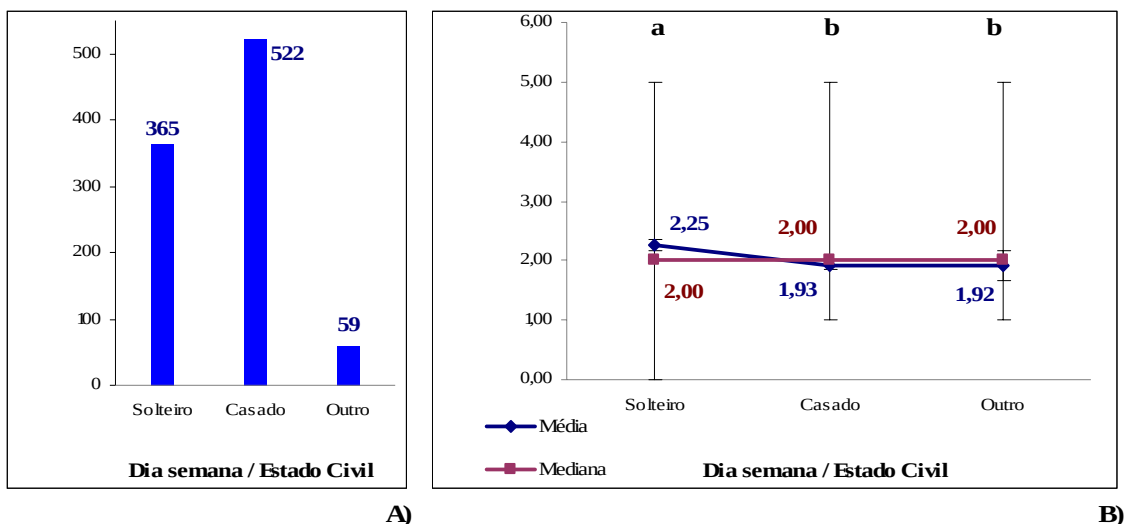
Gráfico 135 – Stresse global: estado civil



Os resultados do teste de Kruskal-Wallis, que podem ser lidos no Gráfico 135 (e Quadros 183 e 184 do Apêndice 4), apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas quando se estuda o *stresse global* percebido pelos enfermeiros em função do seu *estado civil* ($p = 0,000$). Essas diferenças são apontadas pelo teste de Mann-Whitney como acontecendo entre os enfermeiros *solteiros* e os *casados*, com médias mais altas encontradas entre aqueles ($2,34 - 2,11$; $p = 0,000$).

Turno diurno de semana

Gráfico 136 – Stresse: turno diurno de semana / estado civil

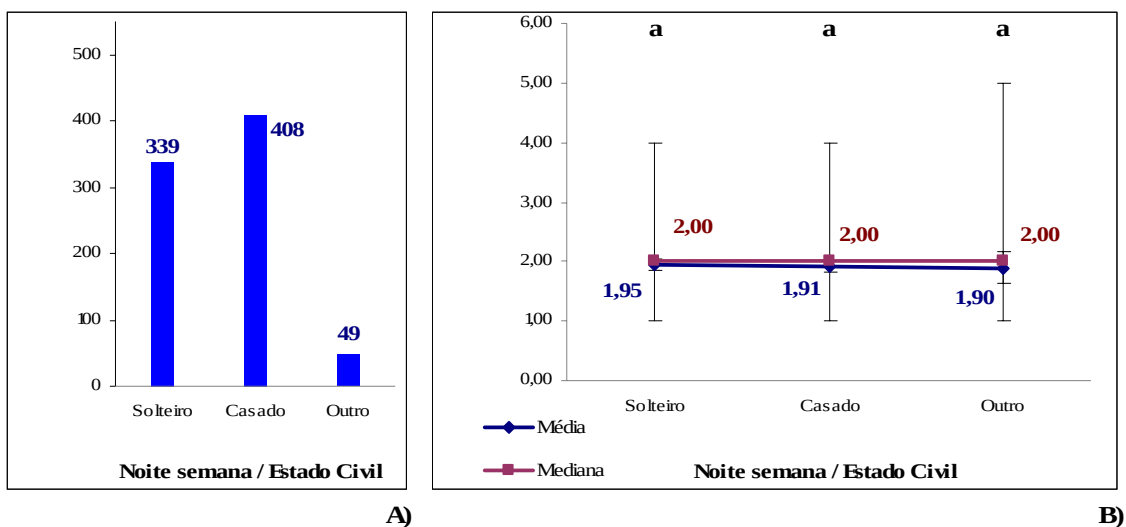


Também em *turnos diurnos de semana*, como se pode ler através do Gráfico 136 (e Quadros 185 e 186 do Apêndice 4), o *stresse* percebido é estatisticamente diferente em função do *estado civil* ($p = 0,000$), sendo os resultados estatisticamente diferentes tanto entre enfermeiros *solteiros* e *casados* ($2,25 - 1,93$; $p = 0,000$) como entre enfermeiros *solteiros* e os que têm *outro estado civil* ($2,25 - 1,92$; $p = 0,021$) e sendo em ambas as situações mais altas as médias encontradas entre os *solteiros*.

Turno noturno de semana

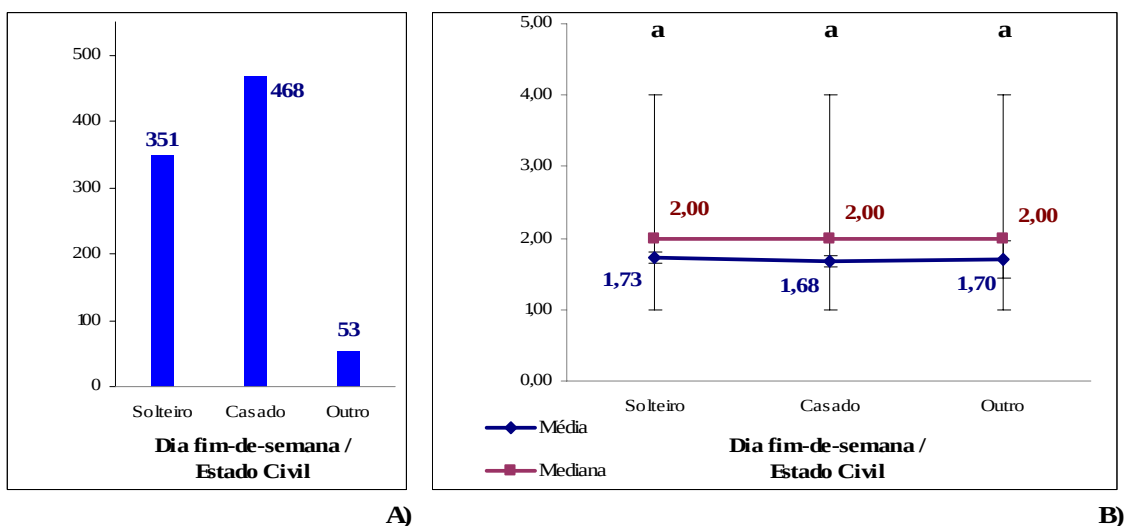
Contrariamente ao que se concluiu em situações anteriormente analisadas, o *stresse* percebido em *turnos noturnos de semana* não difere em função do *estado civil* ($p = 0,909$), conforme o Gráfico 137 (e Quadro 187 do Apêndice 4).

Gráfico 137 – Stresse: turno nocturno de semana / estado civil



Turno diurno de fim-de-semana

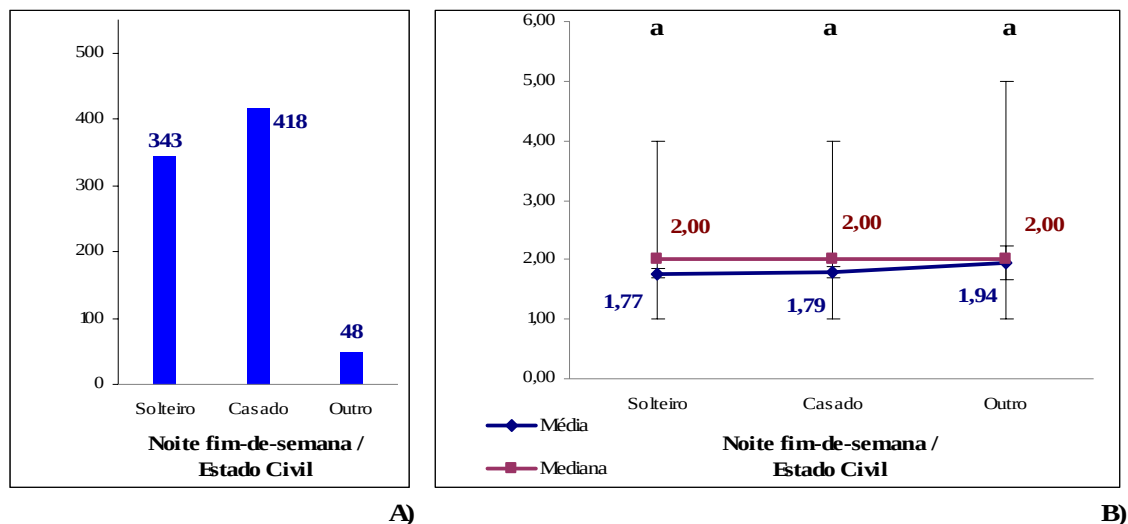
Gráfico 138 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / estado civil



Também não se encontram diferenças estatisticamente significativas no *stresse* percebido pelos enfermeiros em *turnos diurnos de fim-de-semana* em função do *estado civil* dos mesmos ($p = 0,801$), como se pode ver pelo Gráfico 138 e Quadro 188 do Apêndice 4.

Turno nocturno de fim-de-semana

Gráfico 139 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / estado civil



Finalmente, também não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,386$) quando se cruzam os dados referentes ao *stresse* percebido pelos enfermeiros em *turnos nocturnos de fim-de-semana* e o respectivo *estado civil*, dados representados no Gráfico 139 (e Quadro 189 do Apêndice 4).

3.4.7. Stresse profissional / Categoria Profissional

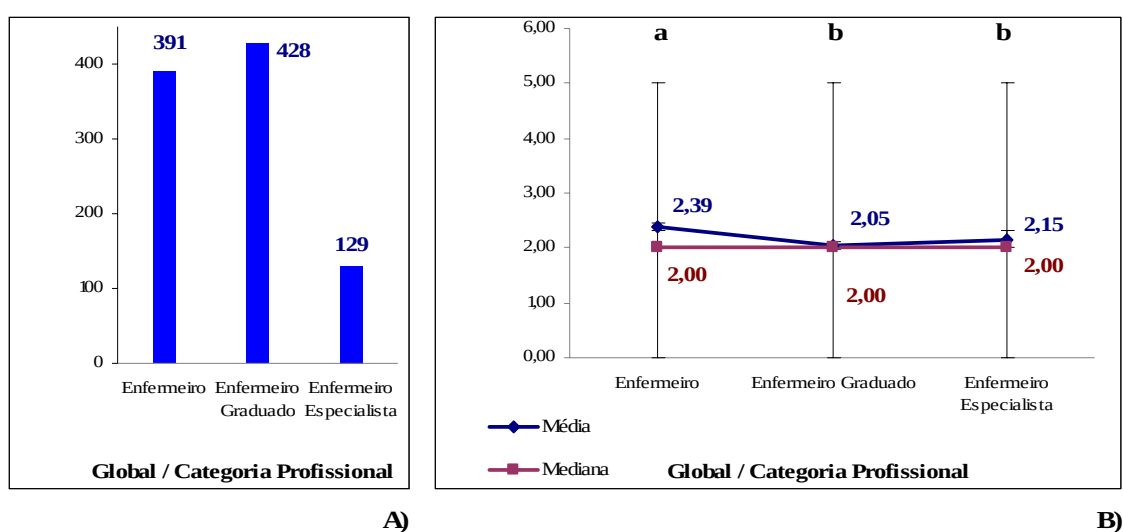
Apresenta-se a seguir os resultados encontrados, tendo em conta a *categoria profissional* dos enfermeiros e a sua percepção sobre o *stresse* na sua vida profissional.

Global

De acordo com o Gráfico 140 (e Quadros 190 e 191 do Apêndice 4), são encontradas diferenças estatisticamente significativas no *stresse global* percebido pelos

enfermeiros quando o mesmo é estudado em função da *categoria profissional* ($p = 0,000$). O teste de Mann-Whitney mostra que essas diferenças acontecem entre os *enfermeiros* e os *enfermeiros graduados* ($2,39 - 2,05$; $p = 0,000$) e entre os *enfermeiros* e os *enfermeiros especialistas* ($2,39 - 2,15$; $p = 0,006$), com médias significativamente superiores encontradas entre os *enfermeiros* em ambos os casos.

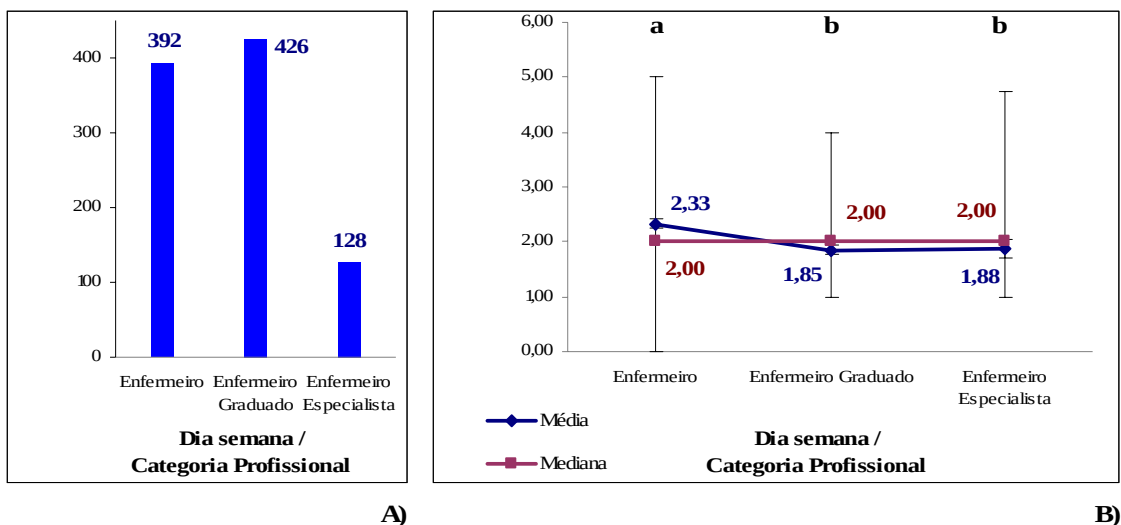
Gráfico 140 – Stresse global: categoria profissional



Turno diurno de semana

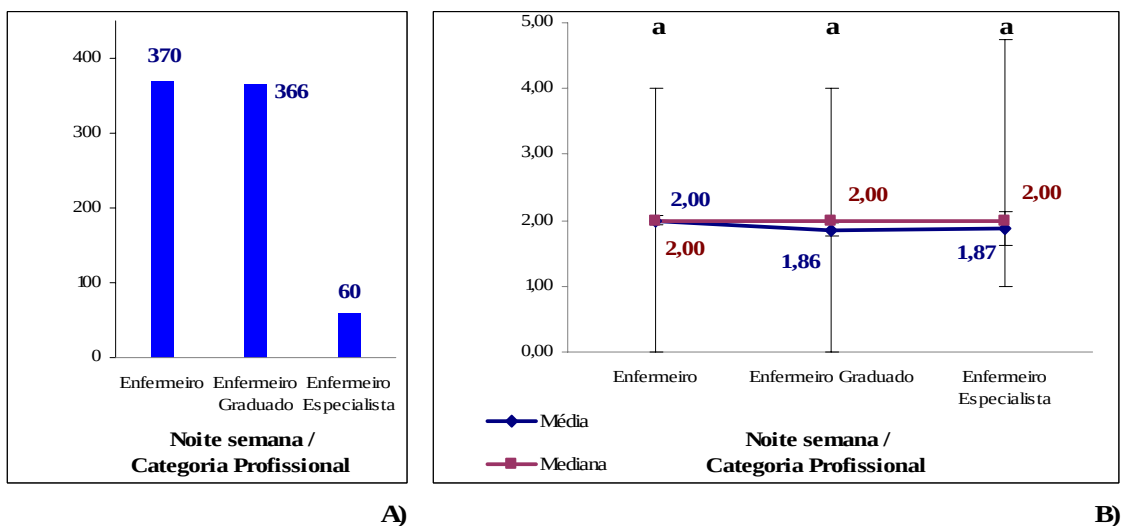
O mesmo acontece quando o estudo se centra nos *turnos diurnos de semana*, conforme o Gráfico 141 (e Quadros 192 e 193 do Apêndice 4). Também aqui as diferenças são estatisticamente significativas em função da *categoria profissional* ($p = 0,000$). Essas diferenças acontecem entre os *enfermeiros* e os *enfermeiros graduados* ($2,33 - 1,85$; $p = 0,000$) e entre os *enfermeiros* e os *enfermeiros especialistas* ($2,33 - 1,88$; $p = 0,006$), com médias significativamente superiores encontradas entre os *enfermeiros* em ambos os casos.

Gráfico 141 – Stresse: turno diurno de semana / categoria profissional



Turno noturno de semana

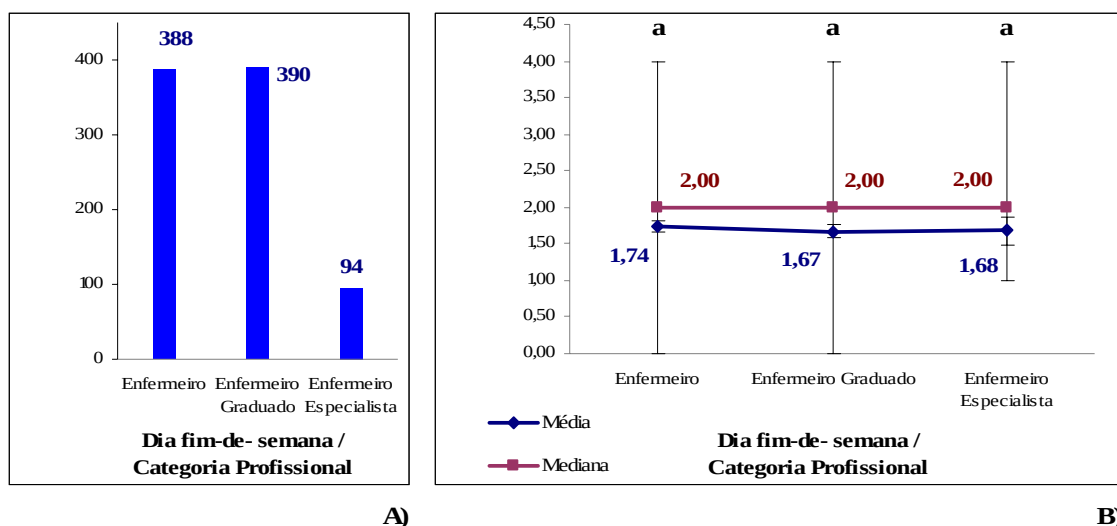
Gráfico 142 – Stresse: turno noturno de semana / categoria profissional



Já no que se refere ao stresse em *turnos noturnos de semana*, e de acordo com o Gráfico 142 (e Quadro 194 do Apêndice 4), a *categoria profissional* não é indutora de diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,119$).

Turno diurno de fim-de-semana

Gráfico 143 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / categoria profissional.



Quanto à percepção do *stresse* vivido em turnos *diurnos de fim-de-semana*, o Gráfico 143 (e Quadro 195 do Apêndice 4) mostra que a *categoria profissional* também não a torna estatisticamente diferente ($p = 0,631$).

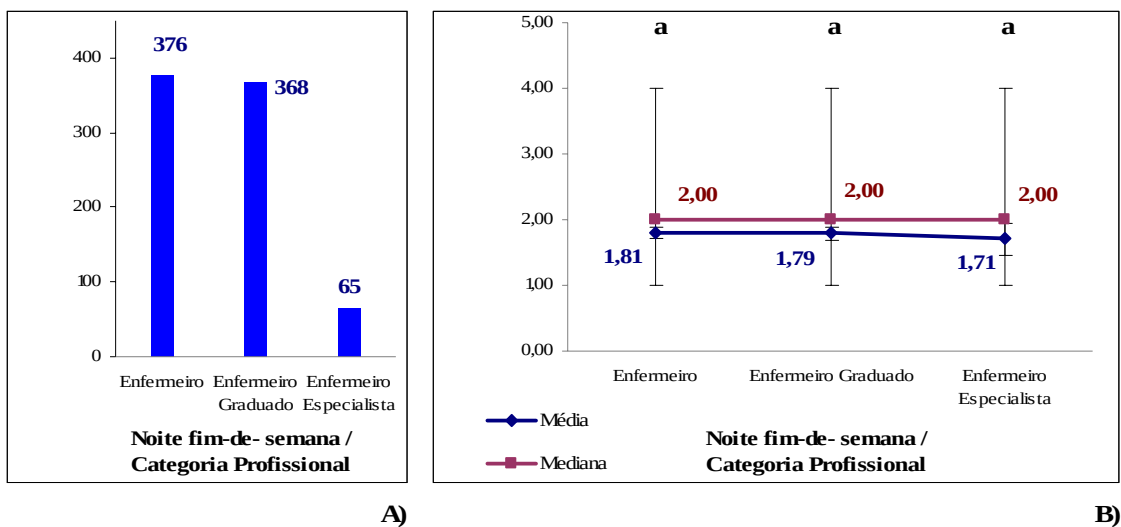
Turno noturno de fim-de-semana

E o mesmo se passa em relação aos *turnos noturnos de fim-de-semana*, de acordo com o Gráfico 144 (e Quadro 196 do Apêndice 4), durante os quais a percepção do *stresse* vivido não é diferente em função da *categoria profissional* ($p = 0,684$).

3.4.8. Stresse profissional / Tempo de Exercício Profissional

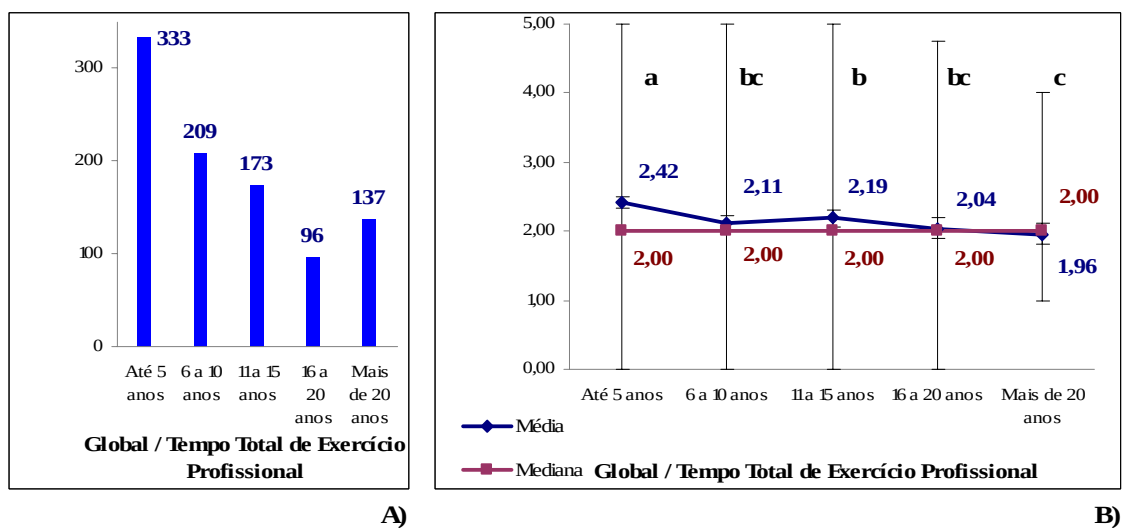
Tendo em conta o *tempo de exercício profissional*, estudou-se o *stresse* percebido pelos enfermeiros, cujos resultados são a seguir apresentados.

Gráfico 144 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / categoria profissional.



Global

Gráfico 145 – Stresse global: tempo de exercício profissional

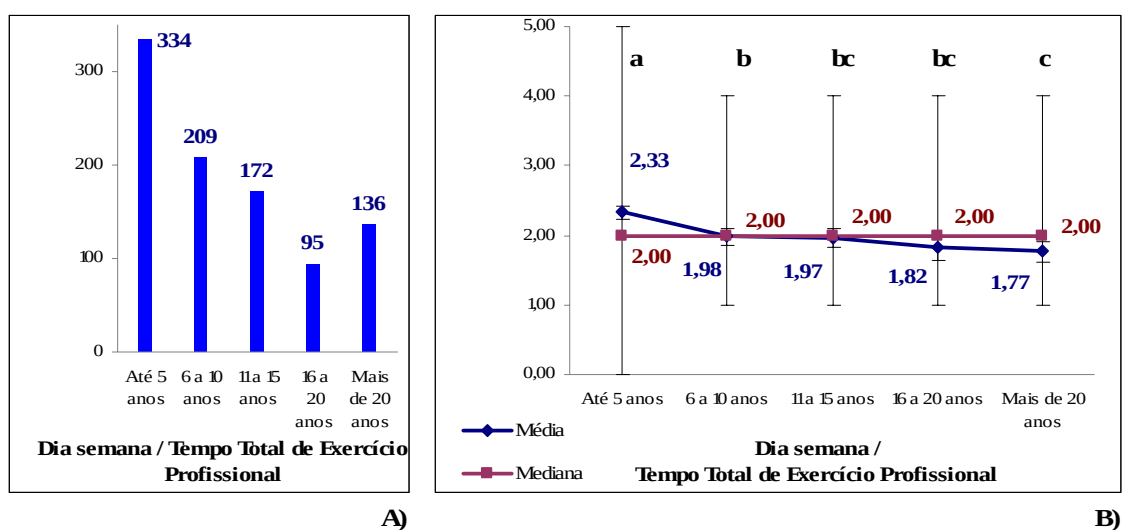


Conforme se pode ler no Gráfico 145 (e Quadros 197 e 198 do Apêndice 4), encontram-se diferenças estatisticamente significativas no *stresse global* percebido pelos enfermeiros em função do *tempo de exercício profissional* ($p = 0,000$). Essas diferenças são significativas quando se compara as médias obtidas junto dos enfermeiros com *até 5*

anos de exercício com as dos que têm 6 a 10 anos ($2,42 - 2,11$; $p = 0,000$), 11 a 15 anos ($2,42 - 2,19$; $p = 0,002$), 16 a 20 anos ($2,42 - 2,04$; $p = 0,000$) e mais de 20 anos ($2,42 - 1,96$; $p = 0,000$), sendo sempre mais altas as médias encontradas entre os que apresentam menor tempo de exercício profissional. São ainda estatisticamente significativas as diferenças entre o grupo dos que têm 11 a 15 anos e os que têm mais de 20 anos ($2,19 - 1,96$; $p = 0,028$), com médias mais altas entre os primeiros.

Turno diurno de semana

Gráfico 146 – Stresse: turno diurno de semana / tempo de exercício profissional

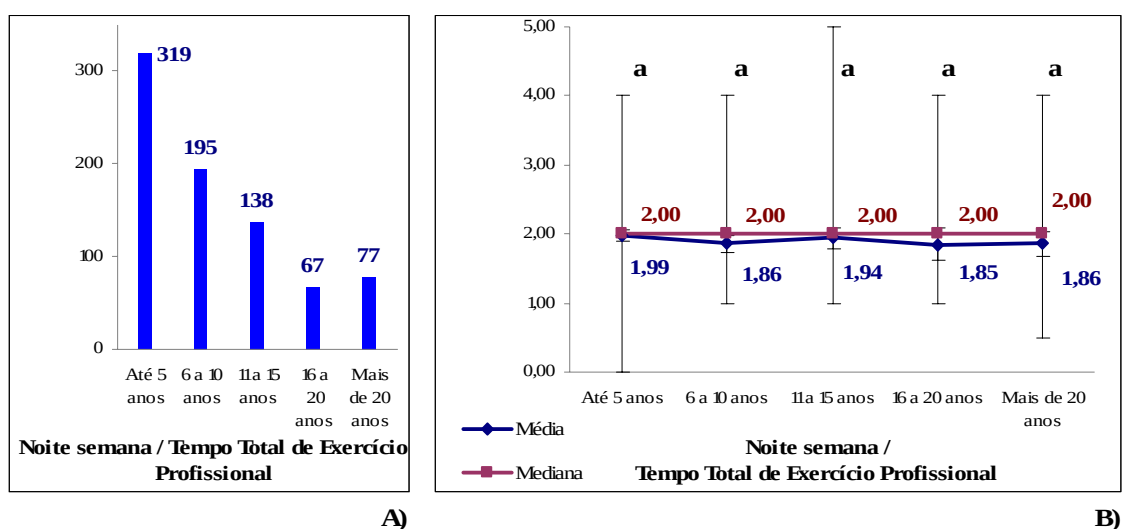


Também nos *turnos diurnos de semana* o *stresse* percebido é significativamente diferente em função do *tempo de exercício profissional* ($p = 0,000$), como se pode ver no Gráfico 146 (e Quadros 199 e 200 do Apêndice 4). Essas diferenças surgem, conforme o teste de Mann-Whitney, quando comparadas as médias obtidas junto dos enfermeiros com *até 5 anos* de exercício com as dos que têm 6 a 10 anos ($2,33 - 1,98$; $p = 0,000$), 11 a 15 anos ($2,33 - 1,97$; $p = 0,002$), 16 a 20 anos ($2,33 - 1,82$; $p = 0,000$) e *mais de 20 anos* ($2,33 - 1,77$; $p = 0,000$), sendo sempre mais altas as médias

encontradas entre os que apresentam menor tempo de exercício profissional. São ainda estatisticamente significativas as diferenças entre o grupo dos que têm *6 a 10 anos* em relação ao grupo dos *mais de 20 anos* ($1,98 - 1,77$; $p = 0,023$), com médias mais altas também entre os primeiros.

Turno noturno de semana

Gráfico 147 – Stresse: turno noturno de semana / tempo de exercício profissional



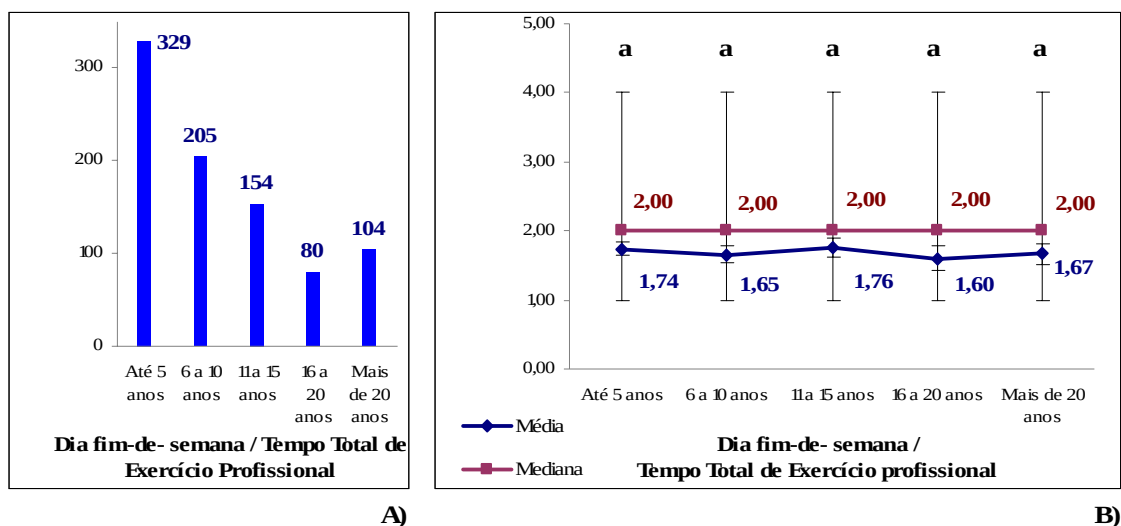
Já no que se refere aos *turnos noturnos de semana*, conforme o Gráfico 147 (e Quadro 201 do Apêndice 4), o *stresse* percebido não é significativamente diferente em função do *tempo de exercício profissional* ($p = 0,513$)

Turno diurno de fim-de-semana

O mesmo acontece quando os valores estudados cruzam o *tempo de exercício profissional* com o *stresse* percebido pelos enfermeiros em *turnos diurnos de fim-de-semana*, ou seja, não

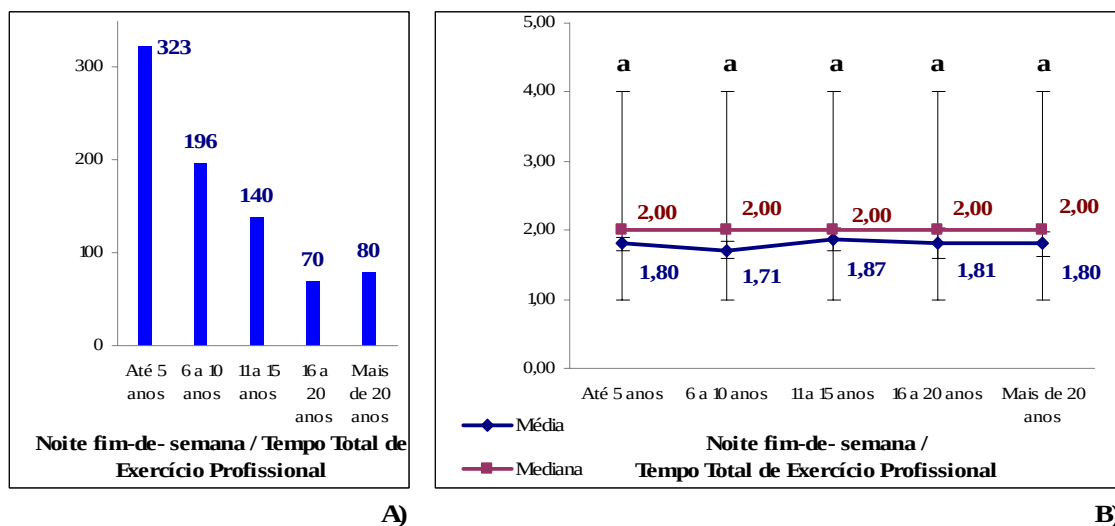
existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,740$), como pode ser visto no Gráfico 148 (e Quadro 202 do Apêndice 4).

Gráfico 148 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / tempo de exercício profissional



Turno noturno de fim-de-semana

Gráfico 149 – Stresse: turno noturno de fim-de-semana / tempo de exercício profissional



Finalmente, no que concerne à influência do *tempo de exercício profissional* no *stresse* percebido pelos enfermeiros, verifica-se com a leitura do Gráfico 149 (e Quadro 203 do Apêndice 4) que as diferenças não são estatisticamente significativas quando o

que está em causa são os *turnos nocturnos de fim-de-semana* ($p = 0,698$).

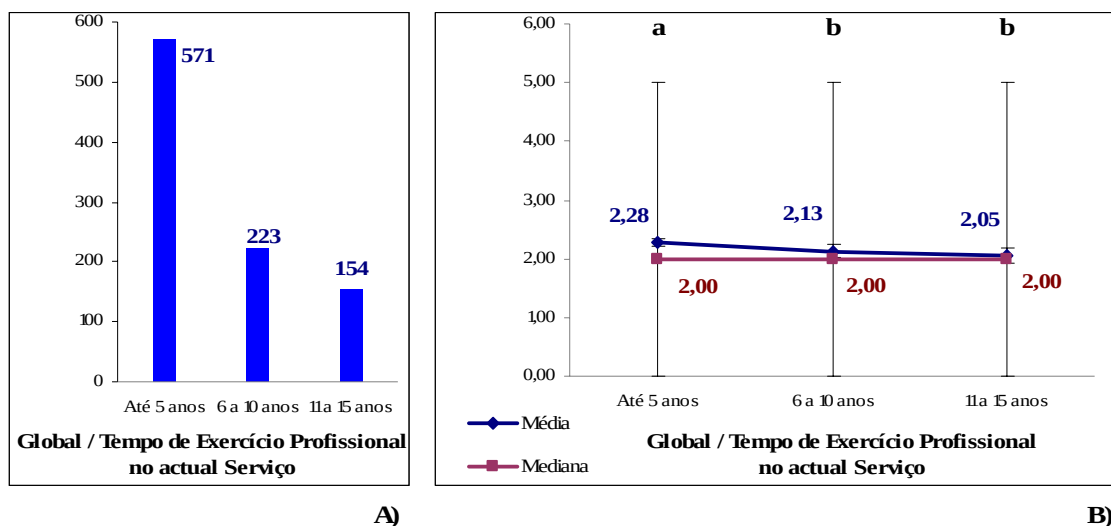
3.4.9. Stresse profissional / Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço

Estudou-se também o *stresse* percebido pelos enfermeiros em função do *tempo de exercício profissional no actual serviço*, cujos resultados são a seguir apresentados.

Global

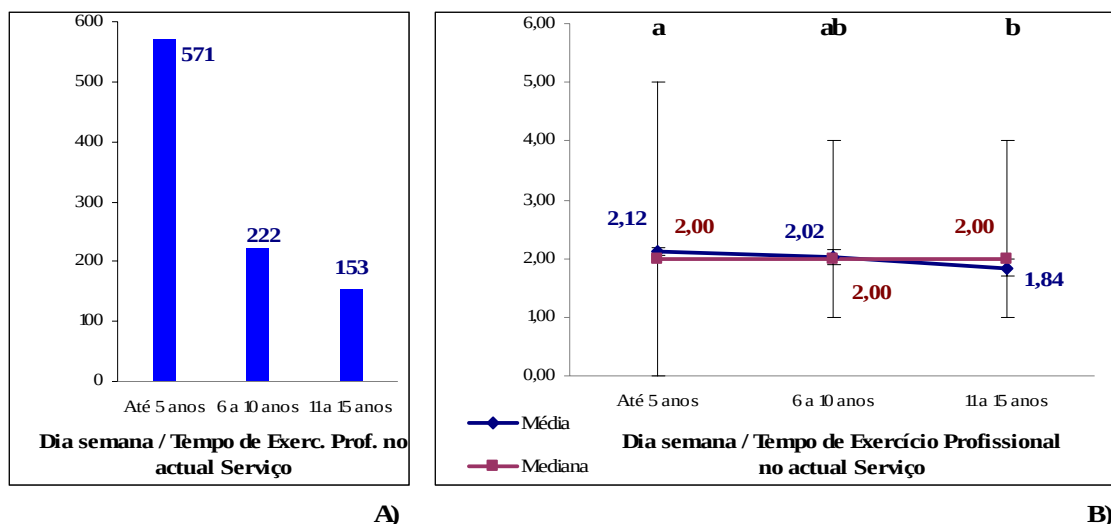
Perante o Gráfico 150 (e Quadros 204 e 205 do Apêndice 4) conclui-se existirem diferenças estatisticamente significativas na percepção do *stresse global* em função do *tempo de exercício profissional no actual serviço* ($p = 0,004$). Essas diferenças são significativas entre as médias do grupo *até 5 anos* e *6 a 10 anos* ($2,28 - 2,13$; $p = 0,030$) bem como entre as dos grupos *até 5 anos* e *11 a 15 anos* ($2,28 - 2,05$; $p = 0,003$), sendo em ambos os casos mais altas entre o grupo que tem *até 5 anos* de *tempo de exercício profissional no actual serviço*.

Gráfico 150 – Stresse global: tempo de exercício profissional no actual serviço



Turno diurno de semana

Gráfico 151 – Stresse: turno diurno de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço

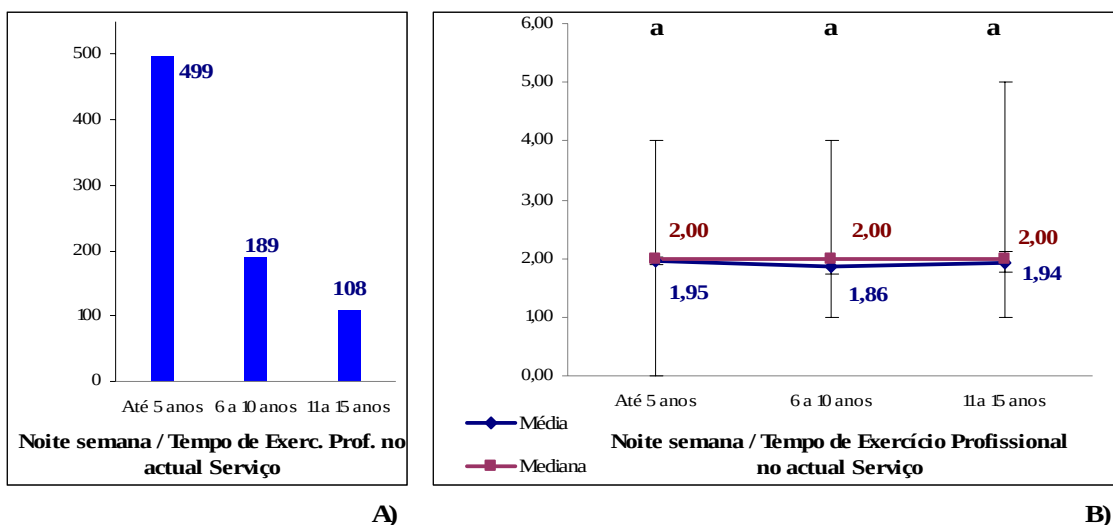


Também os *turnos diurnos de semana* são percebidos pelos enfermeiros, quanto ao *stresse*, de modo diferente em função do *tempo de exercício profissional no actual serviço* ($p = 0,003$), como é visível no Gráfico 151 (e Quadros 206 e 207 do Apêndice 4). Na verdade, as médias obtidas são significativamente maiores no grupo *até 5 anos* quando comparado com o grupo que tem *11 a 15 anos* de *tempo de exercício profissional no actual serviço* ($2,12 - 1,84$; $p = 0,001$).

Turno noturno de semana

Já no que se refere aos *turnos noturnos de semana*, e conforme os dados representados no Gráfico 152 (e Quadro 208 do Apêndice 4), o *stresse* percebido pelos enfermeiros não surge com médias significativamente diferentes em função do *tempo de exercício profissional no actual serviço* ($p = 0,464$).

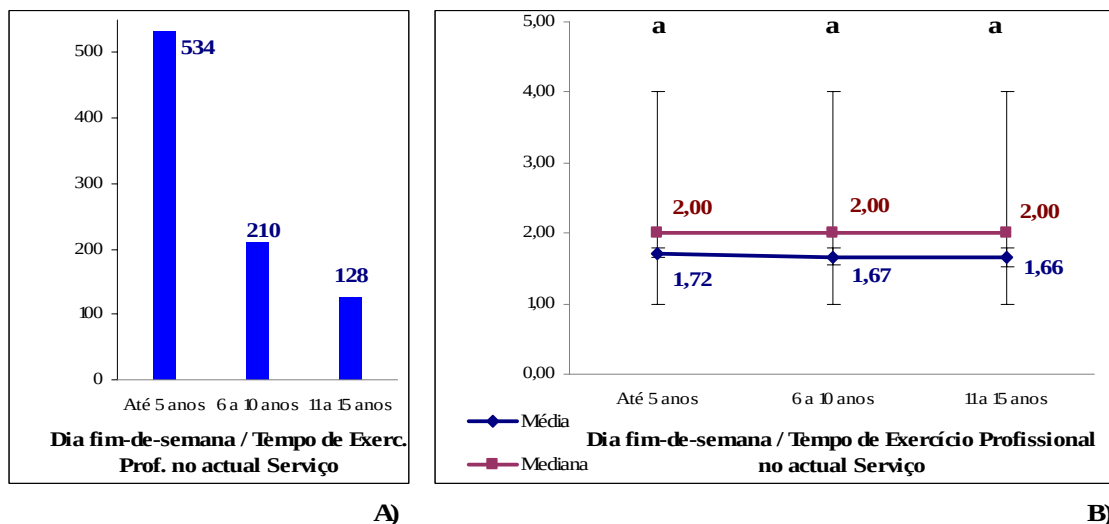
Gráfico 152 – Stresse: turno nocturno de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço



Turno diurno de fim-de-semana

O mesmo acontece quando se estuda o *stresse* percebido pelos enfermeiros em *turnos diurnos de fim-de-semana*, que não é significativamente diferente em função *tempo de exercício profissional no actual serviço* ($p = 0,758$), como se percebe pela leitura do Gráfico 153 (e Quadro 209 do Apêndice 4).

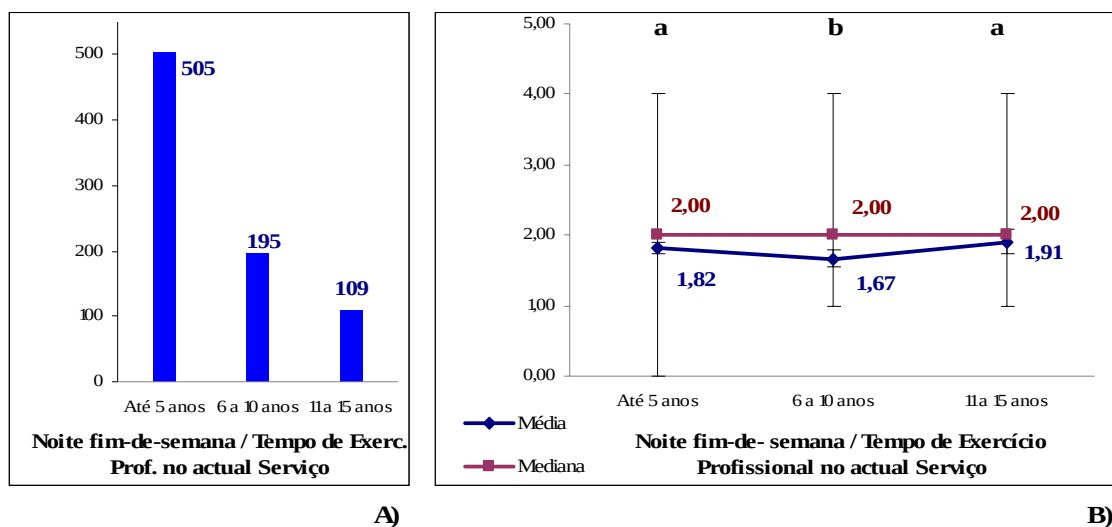
Gráfico 153 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço



Turno nocturno de fim-de-semana

Diferentemente, como se pode ver no Gráfico 154 (e Quadro 210 e 211 do Apêndice 4), são de novo encontradas diferenças estatisticamente significativas quando se pondera sobre o *stresse* percebido pelos enfermeiros em *turnos nocturnos de fim-de-semana* em função do *tempo de exercício profissional no actual serviço* ($p = 0,026$). Conforme o teste de Mann-Whitney, o grupo *até 5 anos* apresenta médias significativamente mais altas do que o grupo *6 a 10 anos* ($1,82 - 1,67$; $p = 0,038$) e o grupo *6 a 10 anos* apresenta médias significativamente mais baixas do que o grupo *11 a 15 anos* ($1,67 - 1,91$; $p = 0,017$).

Gráfico 154 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço

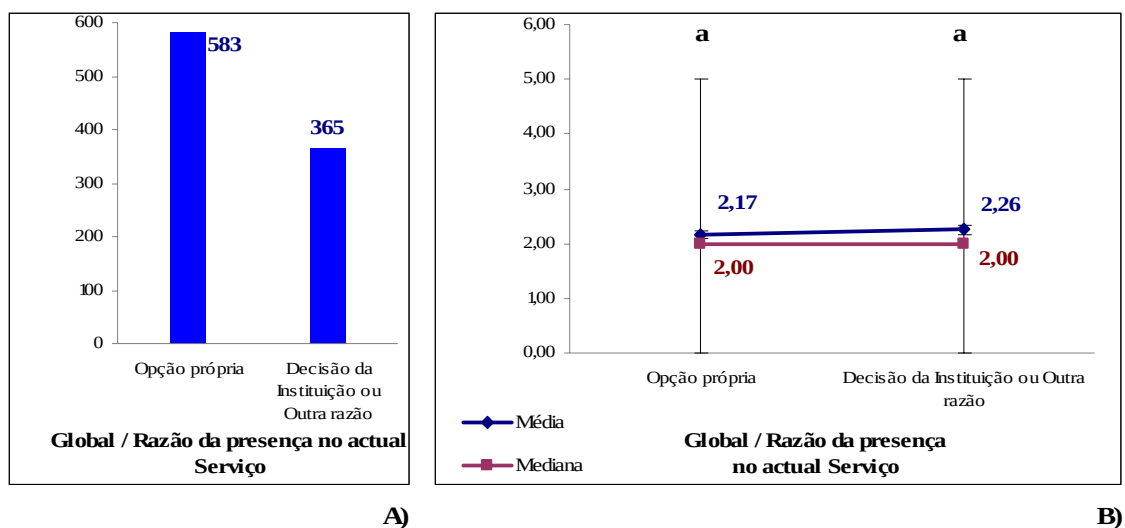


3.4.10. Stresse profissional / Razão da presença no actual Serviço

Estudou-se também o *stresse* percebido pelos enfermeiros em função da *razão da presença no actual serviço* dos mesmos.

Global

Gráfico 155 – Stresse global: razão da presença no actual serviço

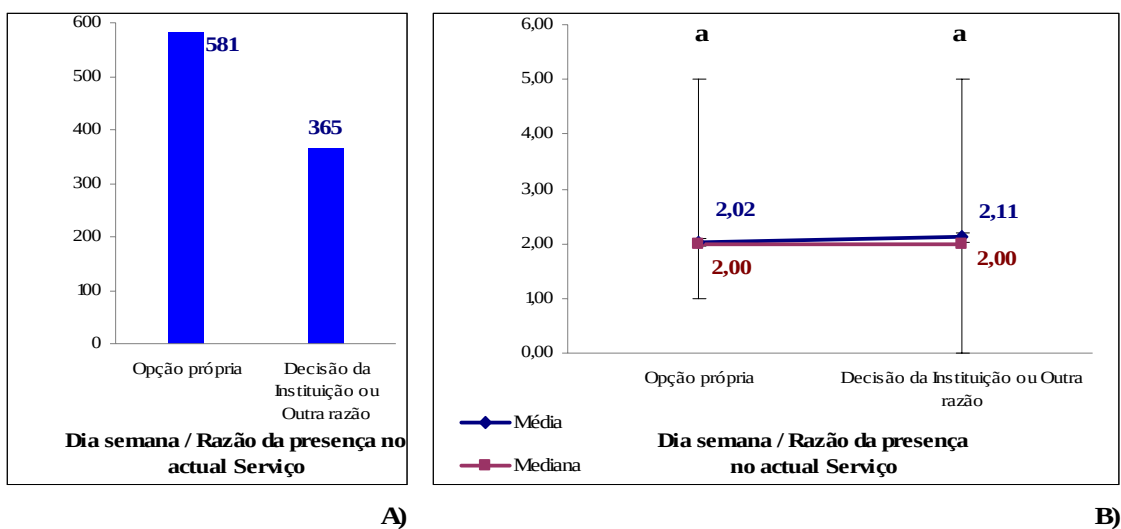


No que se refere ao *stresse global*, e como se lê através do Gráfico 155 (e Quadro 212 do Apêndice 4), ele não é influenciado pela *razão da presença no actual Serviço* ($p = 0,162$).

Turno diurno de semana

Também não são encontradas diferenças estatisticamente significativas, de acordo com o Gráfico 156 (e Quadro 213 do Apêndice 4), quando se estuda o *stresse* percebido pelos enfermeiros em *turnos diurnos de semana* em função da *razão da presença no actual serviço* ($p = 0,116$).

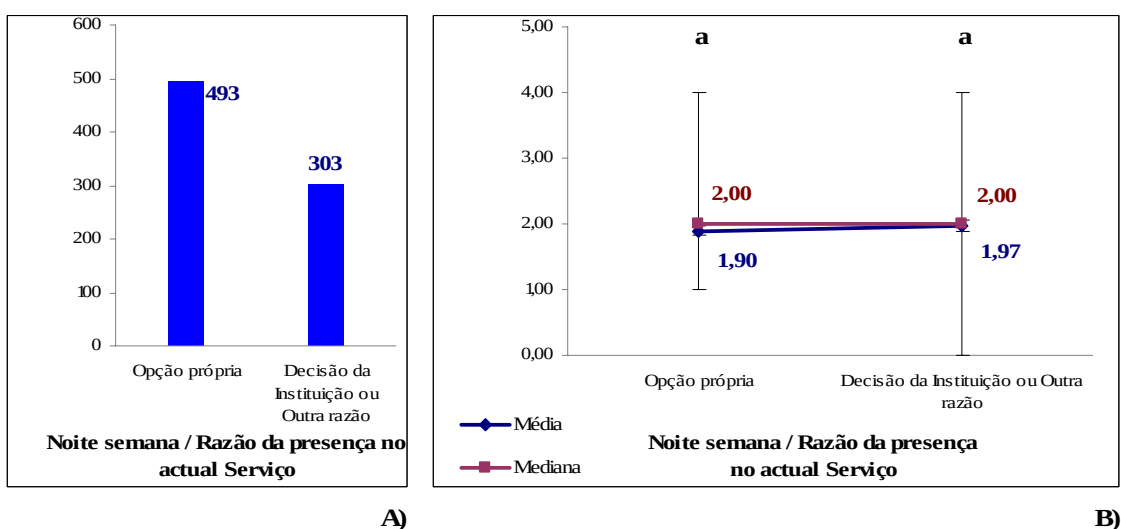
Gráfico 156 – Stresse: turno diurno de semana / razão da presença no actual serviço



Turno noturno de semana

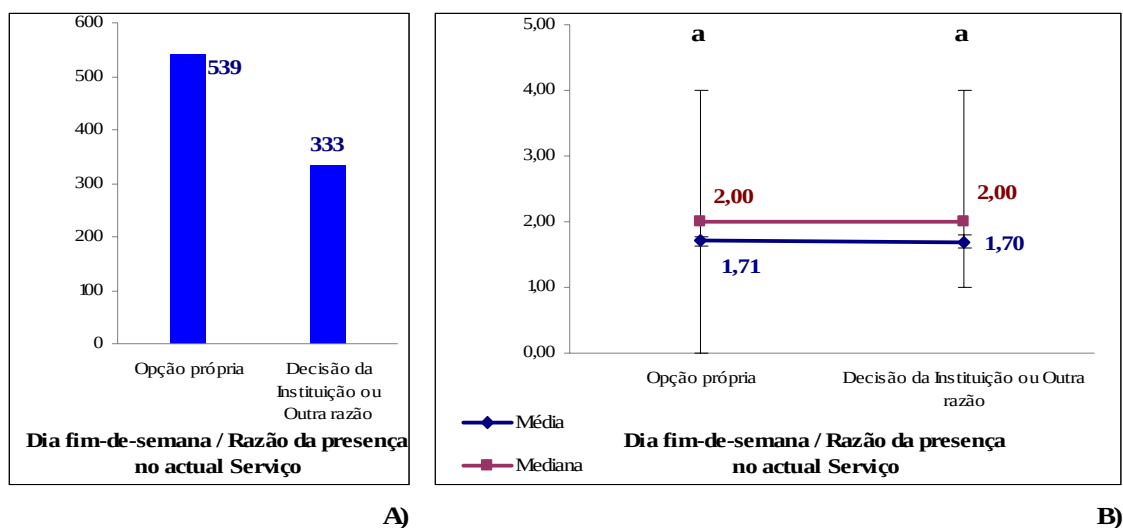
O mesmo acontece, como comprova o Gráfico 157 (e Quadro 214 do Apêndice 4), em relação ao *stresse* em *turnos noturnos de semana*. Na verdade, também aqui não são encontradas diferenças significativas face à *razão da presença no actual serviço* ($p = 0,299$).

Gráfico 157 – Stresse: turno noturno de semana / razão da presença no actual serviço



Turno diurno de fim-de-semana

Gráfico 158 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço

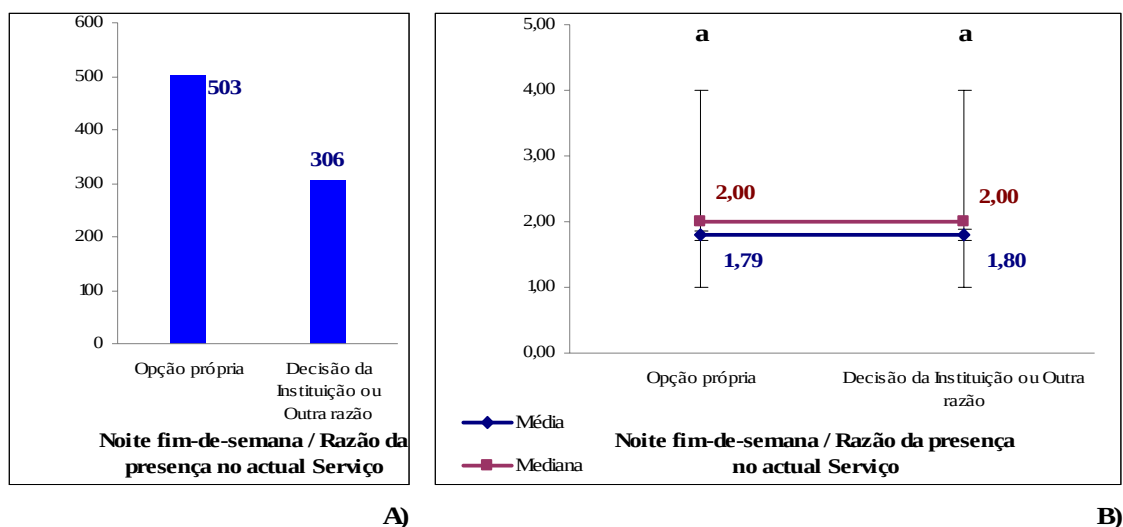


Também aqui não se encontram diferenças significativas, conforme o Gráfico 158 (e Quadro 215 do Apêndice 4). Ou seja, o *stresse* percebido pelos enfermeiros em *turnos diurnos de fim-de-semana* não é diferente em função da *razão da presença no actual serviço* ($p = 0,872$).

Turno nocturno de fim-de-semana

Finalmente, o mesmo se passa nas médias obtidas a propósito do stresse em *turnos nocturnos de fim-de-semana*, que não difere em função da *razão da presença no actual serviço* ($p = 0,931$), como visível no Gráfico 159 (e Quadro 216 do Apêndice 4).

Gráfico 159 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço



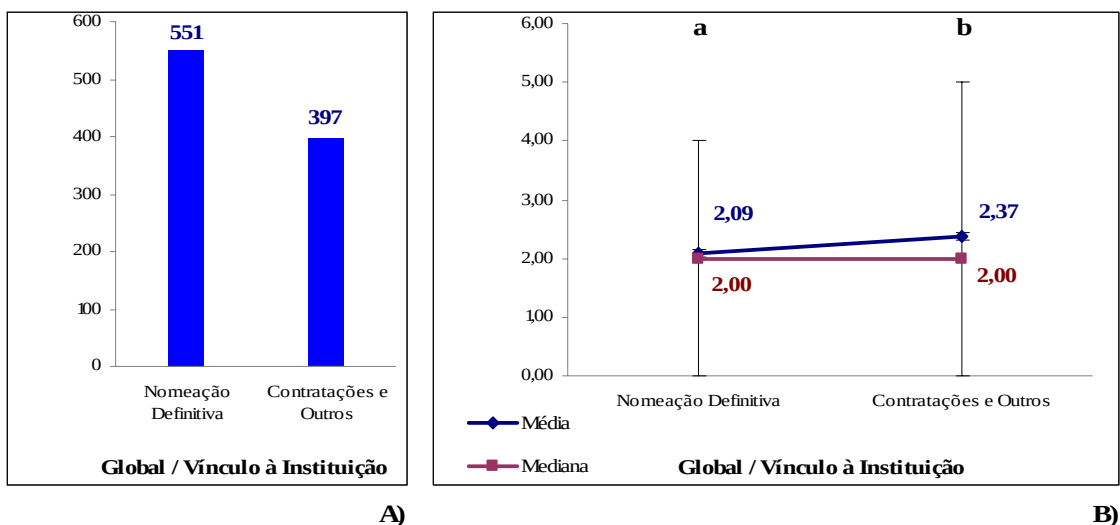
3.4.11. Stresse profissional / Vínculo à Instituição

Estudou-se também o *stresse* percebido pelos enfermeiros em função do *vínculo à instituição*.

Global

Neste estudo, como se pode ver no Gráfico 160 (e Quadro 217 do Apêndice 4), o teste de Mann-Whitney aponta para a existência de diferenças estatisticamente significativas, sendo mais altas as médias encontradas entre os enfermeiros cujo vínculo é *contratações e outros* (2,37 – 2,09; $p = 0,000$) quando comparadas com as dos enfermeiros com *nomeação definitiva*.

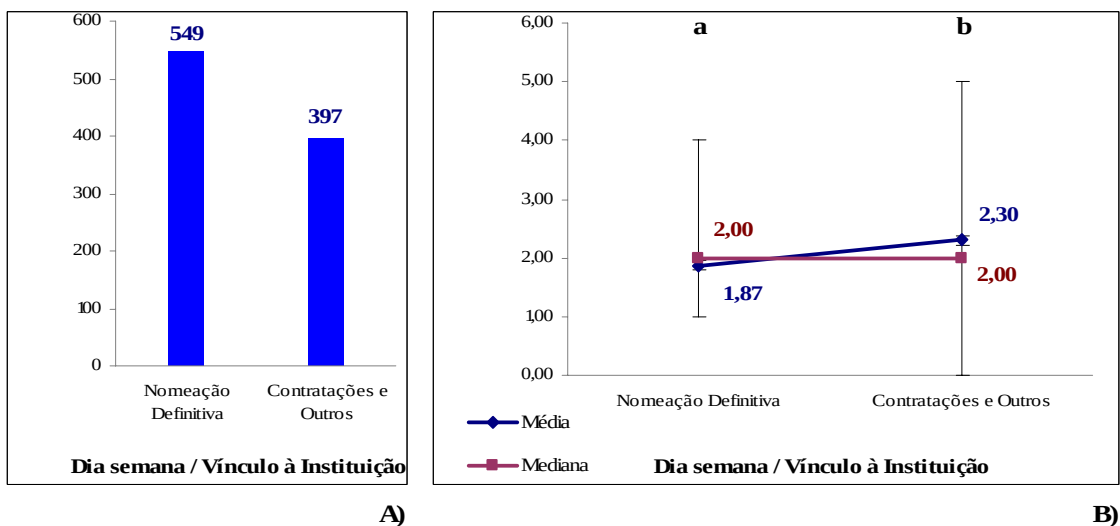
Gráfico 160 – Stresse global: vínculo à instituição



Turno diurno de semana

De igual modo, o *stresse* percebido pelos enfermeiros em *turnos diurnos de semana*, de acordo com o Gráfico 161 (e Quadro 218 do Apêndice 4) é significativamente diferente em função do *vínculo à instituição*, com médias mais altas encontradas entre os enfermeiros com vínculo de *contratações ou outros*.

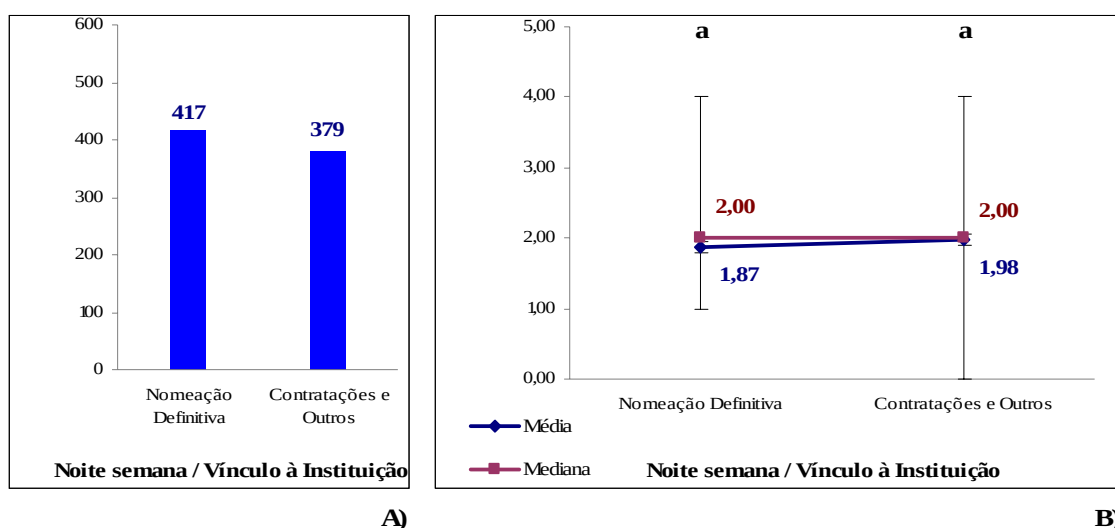
Gráfico 161 – Stresse: turno diurno de semana / vínculo à instituição



Turno nocturno de semana

Já no que se prende com o stresse em *turnos nocturnos de semana*, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função do *vínculo à instituição* ($p = 0,090$), como se pode ver no Gráfico 162 (e Quadro 219 do Apêndice 4).

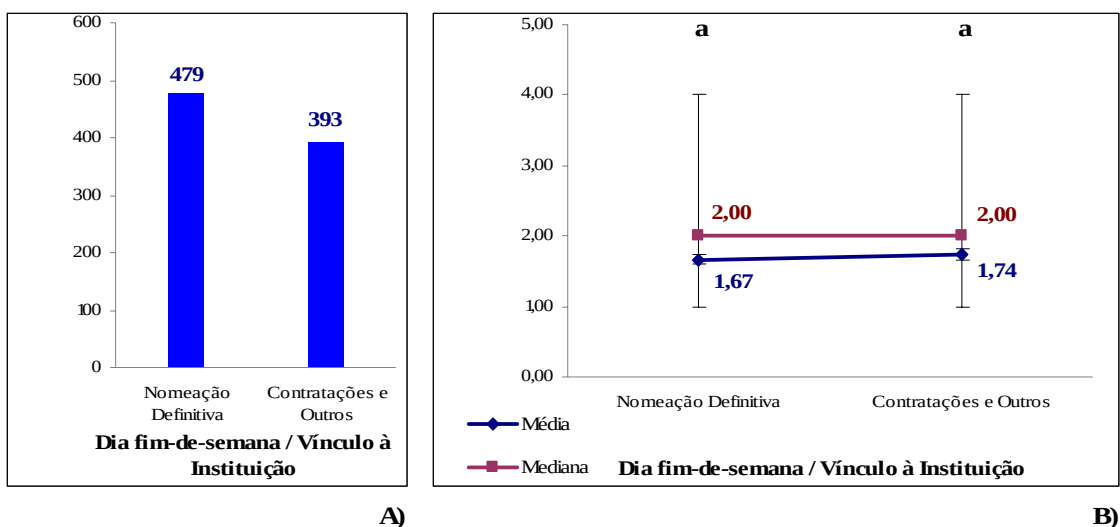
Gráfico 162 – Stresse: turno nocturno de semana / vínculo à instituição



Turno diurno de fim-de-semana

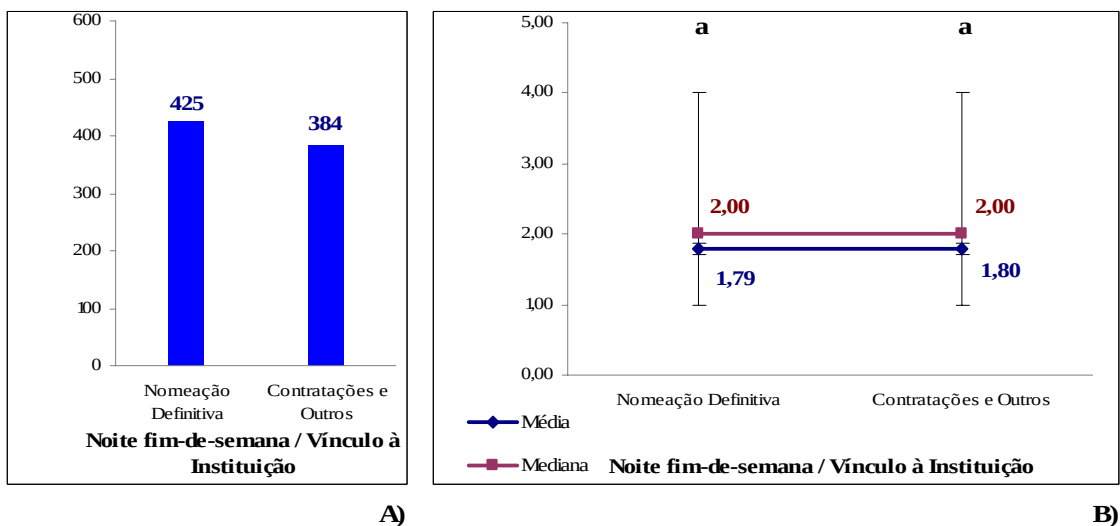
Também as médias encontradas a propósito do stresse em *turnos diurnos de fim-de-semana*, conforme o Gráfico 163 (e Quadro 220 do Apêndice 4) não diferem significativamente em função do *vínculo à instituição* ($p = 0,279$).

Gráfico 163 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / vínculo à instituição



Turno noturno de fim-de-semana

Gráfico 164 – Stresse: turno noturno de fim-de-semana / vínculo à instituição



Finalmente, também o Gráfico 164 (e Quadro 221 do Apêndice 4) mostra não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,951$) quando se estuda o *stresse* percebido pelos enfermeiros no exercício em *turnos noturnos de fim-de-semana* em função do seu *vínculo à instituição*.

4. Discussão dos resultados

A parte A do questionário, que foi aplicado a 935 enfermeiros e que constitui a base deste estudo no que se refere às variáveis independentes (e também do Estudo 3), permitiu conhecer alguns dados demográficos, sociais e profissionais desses enfermeiros, importantes para um conhecimento elementar da amostra, mas fundamentais para a prossecução de alguns dos objectivos traçados. Na verdade, não sendo objectivo deste trabalho caracterizar sob estes aspectos os enfermeiros, outros objectivos não seriam atingidos se não houvesse este conhecimento prévio.

Como que se de um perfil tendencial se trate, podemos referir que a amostra foi constituída maioritariamente por enfermeiros a exercer funções em *hospitais do distrito do Porto*, em *serviços de internamento* pertencentes a *departamentos de Medicina*. A maioria dos enfermeiros é do *género feminino*, tratando-se de uma população jovem, com *idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos* e com o *estado civil de casado*. São maioritariamente *enfermeiros graduados*, se bem que também a maioria tenha um *tempo de exercício profissional inferior a 5 anos*. Estão no *serviço em que actualmente exercem funções há menos de 5 anos*, encontrando-se nesse serviço por *opção própria*. Possuem *nomeação definitiva como vínculo* à instituição em que exercem funções.

Com a *Escala de Stresse Profissional dos Enfermeiros* (parte B do instrumento de colheita de dados) pretendia-se conhecer a frequência com que determinadas situações profissionais são percebidas pelos enfermeiros como stressantes.

Concluiu-se que o factor *a morte e o morrer* é o que mais é sentido como stressante no exercício da profissão. Seguem-se-lhe os factores ligados à *carga de trabalho*, à *incerteza quanto aos tratamentos*, à *preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e familiares*, aos *conflitos com os médicos*, aos *conflitos com outros enfermeiros e com os chefes* e, finalmente, à *falta de apoio dos colegas*.

O stresse no trabalho raramente provém de uma só fonte (Loureiro, 2005) e os dados

obtidos com o estudo permitem confirmar essa afirmação, dado que os sete factores que compõem a *ESPE* são todos valorizados pelos enfermeiros, mesmo que uns sejam referidos como mais frequentemente sentidos como stressantes do que outros.

A preponderância nos resultados do factor *a morte e o morrer*, e dentro deste factor a primazia da situação de *ver um doente em sofrimento*, corrobora a opinião de vários autores sobre o seu peso na instalação do stresse profissional. *Ver um doente em sofrimento* é um item nunca considerado gerador de stresse para apenas uma pequena percentagem de enfermeiros, mas é-o frequentemente ou muito frequentemente para uma larga maioria. De igual modo, *sentir-se impotente quando um doente não melhora com os tratamentos* é o tipo de situação acerca da qual apenas alguns enfermeiros referem que nunca os afecta, mas que é frequentemente ou muito frequentemente provocador de stresse em mais de metade da amostra. Delbrouk (2006) diz que os enfermeiros se confrontam constantemente com a vida e a morte e que esta situação-limite, extrema e muitas vezes transgressora dos direitos humanos universais, põe em causa o seu ideal, provocando muitas vezes desilusão e sentimentos de angústia face ao facto de nada poderem fazer para não deixar o doente morrer. Perguntar-se-á: será que a existência de um número tão significativo de enfermeiros a sentir frequentemente estes factores como stressantes se deve a incapacidade na mobilização de mecanismos de *coping* eficazes? Estará subjacente a esta situação uma lacuna na formação inicial dos enfermeiros? Será que é a tradicional atitude da sociedade perante a morte (que sempre é considerada como assunto tabu) a origem não resolvida desta limitação?

Também a *carga de trabalho* surge como um dos factores mais frequentemente sentido como stressante, sendo que de entre os itens que compõem este factor, a situação referida como mais frequentemente sentida como stressante é a *falta de tempo para executar todas as actividades de enfermagem*. Na verdade, a sobrecarga de trabalho e a falta de pessoal são uma constante no exercício, como referem autores como Más *et al.* (1999) e Batista e Bianchi (2006), entre outros. Se é verdade que há directivas que apontam para o modo como deve ser programada a dotação de recursos humanos (e que o ICN tem vindo a alertar para o facto de que “dotações seguras salvam vidas”), não o é menos que as instituições hospitalares tendem a reduzir custos recorrendo a uma

insuficiente dotação do pessoal que presta cuidados directos, nomeadamente os enfermeiros. A Ordem dos Enfermeiros afirma amiúde a existência de um enorme défice no número de enfermeiros em exercício face às reais necessidades. Invariavelmente, o número de horas de cuidados de enfermagem disponíveis nos serviços (hospitalares e não só) é claramente inferior ao número de horas necessárias de cuidados de enfermagem. Face a esta lacuna, os enfermeiros vêm-se quase sempre obrigados ao cumprimento prioritário de actividades interdependentes (actividades que executam e cuja prescrição tem origem em outros membros da equipa multidisciplinar) e a colocar em plano secundário actividades autónomas, actividades que prescrevem mas que depois não têm tempo para executar. Ou seja, sentem que a sua actuação, por imposição da organização e não por sua opção, continua a enquadrar-se num paradigma biomédico, preponderando assim no desenvolvimento da sua actividade o “tratamento” em detrimento do “cuidado”. Daqui que não se estranhe que este seja um factor referenciado no estudo como um dos que mais frequentemente é gerador de stresse. Esta situação alterar-se-á quando for inequívoco para os órgãos decisores que os ganhos em saúde não têm como base as questões económico-financeiras. A prestação de cuidados, em parceria não só com o doente como com a família e com os cuidadores informais, é condição imprescindível para a obtenção de verdadeiros ganhos em saúde; mas tal só será possível com um maior número de horas de cuidados de enfermagem disponíveis.

A importância de factores como *a incerteza quanto aos tratamentos* (com o item *ausência de um médico durante uma situação de emergência médica* a sobressair) e *a preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e familiares* (e dentro desta o item *sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais*) enquadra-se na mesma questão levantada a propósito da vivência do sofrimento e da morte do doente. Sendo o fundamento da acção do enfermeiro cuidar do indivíduo, família e comunidade, não apenas pela relação que se estabelece mas principalmente pela aplicação dos conhecimentos adquiridos, pelo empenho, pela dedicação, pelos valores humanos e pelo compromisso pessoal, social e moral, é natural que os enfermeiros sintam com frequência como stressante o facto de terem dificuldade em atingir nestes campos a excelência do exercício. Ser enfermeiro implica dar de si próprio atenção e tempo (Queirós, 1999). Implica saber,

saber-fazer e saber-ser, em qualquer circunstância e sempre formatados esses saberes pela relação de ajuda, cerne do exercício da enfermagem. “Estar em relação” implica por parte do enfermeiro não só a presença física junto do doente mas também de todo o seu ser.

Vale a pena notar que os factores relacionados com os *conflitos* (sejam com outros enfermeiros ou com outros membros da equipa multidisciplinar) e com a eventual *falta de apoio por parte dos colegas* não são, conforme este estudo, dos que mais frequentemente causam stresse. Se é certo que vários autores dão acento a estes factores no stresse profissional dos enfermeiros, o que é verdade é que o desenvolvimento do espírito multidisciplinar nas instituições hospitalares talvez esteja a diminuir a conflituosidade tradicionalmente latente e presente. E mesmo neste âmbito, continua a ser a vontade de tudo fazer pelo doente que gera alguns conflitos. Não é por acaso, então, que a situação mais sentida como stressante dentro do contexto da conflituosidade com os médicos é o *desacordo em relação ao tratamento de um doente*. Hoje, e cada vez mais, os enfermeiros são possuidores de conhecimentos técnico-científicos que lhes permitem exercer a sua profissão não de modo empírico, mas alicerçado nesses conhecimentos. Quanto à *falta de apoio dos colegas*, ela surge não pela negação desse apoio, mas porque a dinâmica organizativa da instituição leva a uma permanente *falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço*. Por exemplo, a passagem de turno tem sido, ao longo dos tempos, um momento por excelência para formação (pela aprendizagem que resulta da troca de ideias ali gerada) e para um diálogo muitas vezes catártico sobre assuntos que, interessando ao doente, interessam ao serviço e ao enfermeiro. Mas até esse momento, em algumas instituições, deixou de ser considerado pelos gestores como um momento de exercício efectivo da profissão, um momento de prestação de cuidados; não directos, mas mesmo assim, cuidados.

Atingido o objectivo de conhecer a frequência com que determinadas situações profissionais são percebidas pelos enfermeiros como stressantes, importava conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o nível de stresse no exercício da profissão e sobre o nível de stresse em diferentes dias de semana e turnos de trabalho, dois outros

objectivos traçados.

No que se refere ao *nível de stresse em diferentes turnos* (diurnos de semana, diurnos de fim-de-semana, nocturnos de semana e nocturnos de fim-de-semana), os resultados são idênticos aos obtidos para a profissão vista globalmente, ou seja, a maioria dos enfermeiros responde que sente *algum* stresse. As médias obtidas são em qualquer situação menores do que as obtidas para a profissão, sendo que os *turnos diurnos de semana* apresentam médias superiores, seguidas dos *turnos nocturnos de semana*, dos *turnos nocturnos de fim-de-semana* e dos *turnos diurnos de fim-de-semana*. Se forem tomados como suporte de análise destes resultados os factores da *ESPE*, e tomando também em consideração o conhecimento detido sobre a profissão, poder-se-á especular que são de modo particular os factores *carga de trabalho* e *conflitos com os médicos* que estão subjacentes aos resultados encontrados. Na verdade, a *carga de trabalho* é maior nos turnos de semana do que nos de fim-de-semana; e é maior nos turnos diurnos do que nos nocturnos. Por sua vez, eventuais *conflitos com os médicos* acontecem também mais em turnos de semana do que de fim-de-semana e mais de dia do que de noite, tendo em conta os horários em que os médicos estão mais presentes nos serviços. Os restantes factores não diferem substancialmente conforme o tipo de turno em questão: a *morte e o morrer* é uma realidade sempre presente, bem como a sensação de *preparação inadequada para lidar com as necessidades dos doentes* e a *incerteza quanto aos tratamentos*. Conflitos com outros enfermeiros, a existirem, acontecerão em qualquer turno, excepto se esses conflitos forem com os chefes, que estão habitualmente apenas de dia e à semana.

Quanto ao *nível de stresse percebido no exercício global da profissão*, a média das respostas dos enfermeiros da amostra situa-se entre o *algum* e o *bastante*, resultante do facto de a grande maioria dos enfermeiros da amostra responder *algum*. É baixa a percentagem de enfermeiros que refere não sentir *nenhum* stresse no exercício profissional e é baixa também a que aponta para uma percepção de que é *muito* o stresse vivenciado. As respostas obtidas permitem concluir que os enfermeiros sentem a sua profissão como fonte de stresse, não o considerando contudo em níveis tão elevados que permita especular sobre um exercício danoso para a qualidade dos cuidados prestados,

por tendência para a exaustão. Fala-se em *burnout* como algo tendencialmente presente em profissões como a de enfermagem. Não se sabe se a aplicação de um outro tipo de escala levaria a conclusões sobre os níveis de exaustão emocional, despersonalização e realização profissional (as três componentes da síndrome de *burnout*) que indiciasse diferentes conclusões. Mas será de admitir que não, já que os resultados desta questão são consonantes com os resultados da aplicação da *ESPE*.

Foram assim atingidos os objectivos que apontavam para o conhecimento da percepção dos enfermeiros sobre os níveis de stresse que sofrem no exercício da sua profissão.

Foi também definido como objectivo a atingir o saber se existem diferenças significativas no stresse profissional em função de alguns dados sócio-demográficos e profissionais, com operacionalização do stresse profissional por recurso à *ESPE* o aos seus sete factores.

A leitura dos resultados obtidos com a *ESPE*, considerada no seu conjunto, permite concluir que existem diferenças estatisticamente significativas nesses resultados quando são analisados à luz das variáveis *distrito, departamento, género, idade, estado civil, categoria profissional, tempo de exercício profissional e vínculo à instituição*. Estas diferenças, contudo, são mais compreensíveis se lidas não no contexto da *ESPE* na sua globalidade, mas de cada um dos diversos factores que a compõe.

Contrariamente ao que é conceptualizado por diversos autores, ao conhecimento carregado pela prática e à reflexão feita atrás a propósito das variáveis independentes, o *tipo de serviço* e a *razão da presença no actual serviço* não conferem quaisquer diferenças estatisticamente significativas na frequência com que as situações do quotidiano profissional são sentidas como stressantes. Em campo oposto aparece a variável *género*, da qual resultam diferenças estatisticamente significativas em todo e qualquer factor da *ESPE*.

A frequência com que as situações relacionadas com *a morte e o morrer* são vividas pelos enfermeiros da amostra como stressantes é diferente quando analisada em função

do *género*, sendo esta a única variável em função da qual essa diferença é encontrada. Estes resultados não coincidem com afirmações de autores como Saraiva (2009). Ao ser referido por este autor que factores como a cultura, o país, a região, a educação, a idade, o tempo de exercício, são determinantes da atitude face à morte, seria de esperar que a *morte e o morrer* fossem situações vivenciadas de forma diversa em função de variáveis como distrito, local de trabalho, idade, tempo de exercício, vínculo à instituição. Mas neste caso tal não se verifica. A frequência com que a morte é sentida como stressante é alta, como se referiu anteriormente, mas estatisticamente igual apesar destas variáveis. Por outro lado, não há também coincidência com o que afirma Camanzi (2007), quando disserta sobre a maior capacidade da mulher para lidar com as emoções e a sua maior adequação para lidar com as questões da *morte e do morrer*. Seria de esperar, ante estas afirmações, o surgimento de diferenças, sim, mas com valores mais baixos entre as enfermeiras. O que é verdade é que, no presente estudo, a diferença é significativa em função do *género*, mas são exactamente as enfermeiras (*género feminino*) da amostra as que obtêm valores mais altos quanto à frequência com que sentem as situações relacionadas com a *morte e o morrer* como stressantes. Ou será que o que é factor gerador de stresse não é a *morte e o morrer* em si, mas o esforço feito para lidar com as emoções e para adequação a essa realidade?

Outro dos factores da *ESPE* prende-se com os *conflitos com os médicos*. Os conflitos têm a sua base fundamental na relação hierárquica que tende a ser estabelecida (e que na verdade não existe), na tradição cultural que atribui à profissão médica uma dignidade que não é atribuída à enfermagem (transversal em todo o país), e fundamentalmente na dificuldade de comunicação que faz com que, a uma mensagem emitida pelo enfermeiro de forma respeitosa (às vezes até submissa) corresponda por parte do médico uma resposta rude, depreciativa ou pelo menos pouco cordial (Seixas e Pereira, 2005). Neste sentido, seria expectável a não existência de diferenças significativas na frequência com que este factor é sentido como stressante em função das diferentes variáveis independentes. Contudo, verifica-se que é significativamente diferente a frequência com que estes conflitos são sentidos pelos enfermeiros da amostra em função das variáveis *distrito, departamento, género, idade, estado civil, categoria profissional, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional no actual serviço e vínculo à*

instituição, contrariamente ao que acontece com as variáveis *tipo de serviço* e *razão da presença no actual serviço*. Phaneuf (2005) refere que a principal qualidade de uma conversação agradável e funcional é a partilha equitativa do espaço comunicacional e que isso pressupõe uma boa capacidade de escuta. Seixas e Pereira (2005) mencionam que a relação enfermeiro/médico tem sofrido ao longo dos tempos bastantes alterações, fruto da dificuldade por parte dos médicos em aceitar o aumento do nível de formação dos enfermeiros com a consequente autonomia técnica e científica, mas também resultado de uma interpretação algo exagerada dessa evolução por parte de alguns enfermeiros. E acrescentam os mesmos autores que se cada um dos profissionais souber aplicar os seus conhecimentos científicos e desenvolver a sua prática profissional de uma forma construtiva, sem patamares de superioridade e com proveito para o utente e para eles próprios, muitos destes conflitos poderiam ser evitados. Poder-se-á depreender que este apaziguamento, esta capacidade de melhor gerir a comunicação interpessoal dentro da equipa de saúde, tem sido mais eficaz em *Bragança* do que no *Porto* ou em *Braga*? No *departamento de Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos* do que no *departamento da Mulher e da Criança* ou no de *Medicina*? Pelos *enfermeiros* do que pelas *enfermeiras*? Será que este relacionamento sentido menos frequentemente de forma stressante é também fruto da “experiência” trazida pela *idade* (e, quase que por inerência, do *estado civil*, do *tempo de exercício na profissão* e no *actual serviço* e do *vínculo à instituição*)? Curiosamente, quando analisado o factor à luz da *categoria profissional*, a leitura não é a que se poderia esperar após conhecidos os resultados da *idade*. Contrariamente ao pressuposto de que com a subida da categoria profissional diminuiria a frequência com que os conflitos com os médicos são vividos como stressantes (possível e decorrente do que atrás foi dito), os resultados demonstram que os *enfermeiros especialistas* sentem estes conflitos como *mais stressantes* do que os *enfermeiros graduados*. Porque têm conhecimentos especializados? Porque se sentem e são capazes de, com o médico, “conversar sobre o doente de igual para igual”, já que munidos de ferramentas de conhecimento com bases idênticas, científicas e já não empíricas?

A frequência com que o sentimento de *preparação inadequada para lidar com as necessidades dos doentes e dos seus familiares* é sentido como stressante é

significativamente diferente em função de algumas das variáveis independentes: o *distrito*, o *departamento*, o *género*, a *idade*, o *estado civil*, a *categoria profissional*, o *tempo de exercício profissional* e no *actual serviço* e o *vínculo à instituição*. Os enfermeiros que exercem funções em instituições sedeadas no distrito do *Porto* e no distrito de *Braga* apresentam de novo valores mais altos na escala do que os dos restantes distritos, de modo particular do que os do *distrito de Bragança*, que são quem apresenta os valores mais baixos. Partindo do pressuposto de que a preparação (leia-se formação pré-graduada e pós-graduada) é idêntica (primeiro porque não se encontram razões para questionar o rigor e a exigência das instituições de ensino da enfermagem e depois porque cada vez menos acontece os enfermeiros exercerem na mesma zona geográfica onde se formaram) estará então a diferença no grau de exigência dos doentes e familiares face aos cuidados que são prestados? A assunção dos seus direitos torna os doentes mais participativos no acto de cuidar? Será que aspectos da geografia humana têm influência nesta assunção de direitos? Também a angústia que acompanha doentes e familiares face à incerteza do futuro e à fragilidade específica de alguns grupos justificará, possivelmente, algumas diferenças em face do *departamento* em que os enfermeiros exercem funções; neste sentido, era expectável que os serviços de *cuidados intensivos* e os pertencentes ao departamento *da mulher e da criança* fossem, como são, alguns onde a sensação de preparação inadequada é mais stressante. De igual modo era expectável que fossem as *enfermeiras* as mais sujeitas ao stresse relativo a este factor da *ESPE*, uma vez que ficou claro que o são em relação a todo e qualquer factor da escala, por razões sobre as quais já atrás se especulou. A *idade*, bem como outros factores de algum modo a ela associados (o *estado civil*, a *categoria profissional*, o *tempo de exercício profissional* e no *actual serviço* e o *vínculo à instituição*), podem mais uma vez ser associados às diferenças estatisticamente significativas encontradas, sendo que são os enfermeiros *mais novos*, *solteiros*, com *menor categoria profissional*, com *menor tempo de exercício profissional global* e no *actual serviço* e *contratados* os que mais frequentemente consideram stressantes as situações em que sentem ter *preparação inadequada para lidar com as necessidades dos doentes e dos seus familiares*. Poder-se-á supor que é a experiência que faz a diferença?

No que se prende com o *apoio de colegas* e a frequência como ele é sentido como

stressante, ele aparece como diferente apenas em função do *departamento* e do *género*. Quanto ao *departamento*, são mais uma vez os enfermeiros dos *serviços de cuidados intensivos* os que mais frequentemente sentem esta situação como stressante. A especificidade dos doentes e das actividades dos enfermeiros neste tipo de serviço, a individualização dos cuidados (talvez mais marcada do que noutros serviços) serão razões que levem os enfermeiros a “isolar-se” mais nos cuidados aos seus doentes, descurando o facto de que o método de trabalho individual não impede a colaboração e o trabalho em equipa? Também mais uma vez, a frequência com que as *enfermeiras* sentem este aspecto do seu quotidiano como stressante é significativamente maior do que a dos *enfermeiros*. Será que as enfermeiras têm mais necessidade de trabalhar em grupo? De se sentirem menos isoladas? De trocar opiniões e ideias com frequência? De mais apoio face a actividades mais pesadas, a maior carga de trabalho?

Falou-se atrás de *conflitos com outros membros da equipa multidisciplinar*. Quanto a conflitos dentro da equipa de enfermagem (*conflitos com outros enfermeiros e com os chefes*), eles são sentidos como stressantes de maneira diferente em função de aspectos como o *distrito*, o *departamento*, o *género*, a *idade*, a *categoria*, os *tempos de exercício profissional* e o *vínculo*. Ou seja, os resultados são em tudo idênticos aos encontrados na análise dos *conflitos com os médicos*. Mas as razões serão, concerteza, diferentes. E os resultados obtidos serão mais devidos, talvez, a conflitos com os chefes do que com os outros enfermeiros (algo não avaliável, já que o item trata estas duas diferentes realidades como uma só). Definição pouco clara de papéis? Distribuição não equitativa de funções, de oportunidades, de turnos?

A *carga de trabalho* é, comprovadamente, um factor transversal aos enfermeiros. Peiró (1993) escreveu que as mutações sofridas pela profissão de enfermagem nas últimas décadas não foram acompanhadas da necessária revisão das dotações, resultando assim numa sobrecarga de trabalho. E Más *et al.* (1999) afirmam também que há falta de pessoal. Na verdade, não são encontradas grandes diferenças significativas em função das variáveis independentes estudadas. Excepção à variável *distrito*, que mais uma vez origina resultados estatisticamente diferentes e mais altos nos distritos de *Braga* e do *Porto*, nomeadamente quando comparados com os obtidos juntos dos enfermeiros que

exercem no distrito de *Bragança* (estarão em causa, nesta circunstância, aspectos como o *tipo de doentes*, o *número de doentes*, a *menor dotação de pessoal*, a *maior exigência de doentes e familiares face aos cuidados de enfermagem?*) à variável *género*, que também mais uma vez apresenta valores de frequência de stresse mais altos entre as *enfermeiras* (menor capacidade física para fazer frente às insuficientes dotações de pessoal?), à variável *categoria profissional*, com a *carga de trabalho* a ser mais frequentemente sentida como stressante entre os enfermeiros que se encontram no nível mais baixo da carreira (actividades dos generalistas mais pesadas do que as dos especialistas?), e à variável *vínculo à instituição*, com os *contratados* a apresentarem também valores mais elevados.

Finalmente, a *incerteza quanto aos tratamentos* é um factor mais frequentemente sentido como stressante em *Braga* e no *Porto*, pelas *enfermeiras*, pelos *mais jovens*, pelos de *categoria profissional inferior*, pelos menos experientes em termos de *tempo de exercício* e pelos *contratados*. Estará aqui, concerteza, uma mescla entre conflitos com os médicos, assunção de novos e mais profundos conhecimentos, idealismo característico do início da profissão, mas também de consciência das dificuldades experimentadas nesse mesmo início de profissão.

As questões colocadas através da aplicação da *ESPE* são questões objectivas, já que formuladas sobre situações concretas do dia-a-dia profissional. O mesmo não se pode dizer das questões colocadas a propósito da percepção do nível de stresse, em termos globais e em diferentes turnos. Essa percepção é necessariamente subjectiva, e as respostas têm que ser entendidas no mesmo tipo de registo. Contudo, e apesar de se apelar a uma avaliação subjectiva de cada um dos enfermeiros da amostra, vale a pena olhar os resultados e sobre eles fazer as leituras possíveis, dando assim resposta aos objectivos de conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o nível de stresse no exercício da profissão e em diferentes dias de semana e turnos de trabalho.

A *razão da presença no actual serviço* é uma variável que não condiciona a percepção dos enfermeiros sobre o *nível de stresse* no exercício profissional. Poder-se-á considerar este resultado surpreendente, se se considerar que a motivação para o desenvolvimento

peçoal e profissional tende a ser maior quando o exercício acontece num ambiente favorável, de modo particular porque fruto de opção individual. Afinal, a percepção sobre o nível de stresse não difere significativamente entre os enfermeiros, nem numa avaliação *global* nem tomando em consideração *turnos tipicamente diferentes*, independentemente de exercerem a sua actividade num serviço por si escolhido ou por decisão superior alheia à sua vontade.

O estudo do nível de stresse percebido pelos enfermeiros em função do *tipo de serviço* permite concluir que a tipificação “*internamento e urgência*” não condiciona significativamente os resultados encontrados aos níveis *global* ou dos *turnos diurnos de semana* (que são mais altos, mas não significativamente, nos serviços de internamento), mas torna esse mesmos resultados diferentes nos *outros turnos* (aqui com valores significativamente mais altos nos *serviços de urgência*). Por outro lado, o nível de stresse percebido pelos enfermeiros da amostra é sempre significativamente diferente, independentemente do turno que esteja em estudo, quando este é feito em função do *departamento*. Para além da questão do *serviço de urgência*, atrás comentada, os enfermeiros que exercem nos serviços de *Cuidados Intensivos* referem sempre níveis de stresse significativamente mais altos do que os dos outros serviços; por outro lado, variam em função dos turnos em estudo os *departamentos* onde os enfermeiros consideram existirem os níveis de stresse mais baixos. É possível, então, inferir que os níveis de stresse percebidos variam ao longo do dia e da semana na maior parte dos *departamentos*, mas que se mantêm invariavelmente altos, e significativamente mais altos, nos *Cuidados Intensivos* (e na *Urgência*). Por que razões? A carga de trabalho? Os conflitos intra-equipa ou interdisciplinares? A morte e o morrer como situação mais frequente?

Outra leitura interessante é a de que o *nível de stresse na profissão*, seja *global* como em *turnos diurnos de semana*, é diferente em função de todas as restantes variáveis independentes. Na verdade, este estudo aponta para que factores como *distrito, departamento, género, idade, estado civil, tempo de exercício profissional e no actual serviço e vínculo à instituição* condicionam os resultados obtidos. Contudo, analisados os resultados relacionados com o nível de stresse percebido nos *turnos nocturnos*

de semana e nos *turnos de fim-de-semana, diurnos e nocturnos*, passa-se o contrário: ou seja, os resultados não diferem significativamente em função das variáveis independentes.

Foi feita já noutro local deste documento uma reflexão, que se chama novamente à colação, sobre cada uma das variáveis independentes e da influência que, por algumas das suas características intrínsecas, elas poderiam ter no stresse profissional dos enfermeiros. Será lícito pensar que, afinal, essas variáveis não têm nos aspectos analisados pela *ESPE* (os factores e os itens que os compõem) a influência que parecia poder-lhes ser atribuída?

Entende-se, assim, no final deste capítulo, poder afirmar que foram atingidos os objectivos de saber se existem diferenças significativas nos resultados da *ESPE* e considerados diferentes momentos do exercício profissional em função de alguns dados sócio-demográficos e profissionais: *instituição em que exerce funções, tipo de serviço, especialidade do serviço, género, idade, estado civil, categoria profissional, tempo total de exercício profissional, tempo de exercício no actual serviço, razão da presença no actual serviço e vínculo à instituição*.

CAPÍTULO 3 – ESTUDO 3: CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

1. Introdução

Malakoff (2008) refere que a “incapacitação” (*impairment*) ocorre quando um profissional de saúde se torna adicto ao álcool ou outras drogas, ou apresenta problemas mentais, comportamentais ou éticos que interferem na sua boa prática de cuidados. Na verdade, o abuso de substâncias como o álcool entre os profissionais de saúde faz perigar grandemente os padrões de qualidade a que estão obrigados no seu exercício (Trinkoff e Storr, 1998).

A realização deste Estudo 3 pretendia que fossem encontradas respostas para a consecução de alguns dos objectivos fixados, nomeadamente, conhecer os padrões de consumo de bebidas alcoólicas, no último ano, pelos enfermeiros, saber se existe dependência alcoólica entre os enfermeiros, conhecer os padrões de consumo de bebidas alcoólicas pelos enfermeiros em diferentes momentos do dia e saber se existem diferenças significativas em cada um dos aspectos-alvo dos restantes objectivos em função de alguns dados sócio-demográficos e profissionais.

2. Metodologia

O desenho de investigação que balizou este Estudo 3 foi em tudo idêntico ao que orientou a concretização do Estudo 2, sobre o stresse profissional. Assim, tendo em conta tanto a questão estética como a de economia de espaço, apresentam-se aqui apenas tópicos da metodologia e procedimentos, remetendo-se para o ponto 2 do capítulo anterior a leitura mais exaustiva do desenho metodológico, começando desde logo pelas notas introdutórias feitas ainda no ponto 1 (Introdução) do referido capítulo.

2.1. Tipo de Estudo

O estudo foi de nível II, descritivo-correlacional, pretendendo-se também aqui descrever fenómenos e encontrar relações entre variáveis, sem contudo se pretender explicar essas eventuais relações. Tratou-se de um estudo quantitativo, transversal e desenvolvido em meio natural.

2.2. População, amostra, processo de amostragem

A população do estudo foi constituída pelos enfermeiros que exerciam funções na área da prestação e da gestão de cuidados (enfermeiros, enfermeiros graduados e enfermeiros especialistas) em Serviços de Urgência e de Internamento de hospitais da zona norte do país.

A amostra foi não-probabilística accidental, constituída por 965 enfermeiros, com as características sócio-demográficas e profissionais já descritas no Estudo 2.

2.3. Variáveis em estudo

Definiram-se variáveis dependentes e independentes tendo em conta os objectivos traçados, conforme segue.

Variáveis dependentes

Foram consideradas neste estudo como variáveis dependentes:

- O uso de bebidas alcoólicas pelos enfermeiros, operacionalizado pela aplicação

do AUDIT.

- O número de unidades-padrão consumidas pelos enfermeiros em diferentes dias (de semana ou de fim-de-semana) e em diferentes momentos do dia (pequeno-almoço, meio da manhã, almoço, lanche, jantar e pós-jantar), operacionalizado por questões colocadas de forma directa sobre o assunto com respostas obtidas com recurso a uma escala de Likert.

Variáveis independentes

Foram consideradas as mesmas variáveis independentes do Estudo 2 (*distrito, tipo de serviço, departamento, género, idade, estado civil, categoria profissional, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional no actual serviço, razões de exercício no actual serviço e tipo de vínculo*), operacionalizadas do modo que também ali se referiu.

2.4. Instrumento de colheita de dados

O instrumento escolhido para a recolha de dados foi o questionário.

Para este estudo foram utilizadas três das partes do questionário já referido na apresentação do Estudo 2 (Apêndice 1), como segue:

- A Parte A, composta por 11 questões e que permitiu obter informações para a caracterização da amostra.
- A Parte D, que apresentava a Escala AUDIT, constituída por dez questões,

sendo que as primeiras oito eram respondidas através de uma escala de Likert com cinco pontos, cotados de zero a quatro e as duas últimas com uma escala de Likert de três pontos, cotados respectivamente com zero, dois e quatro pontos.

- A Parte E, apresentando um conjunto de 12 questões, com o objectivo de conhecer o padrão de consumo de bebidas alcoólicas dos questionados em diferentes momentos do dia e da semana. Todas as questões eram respondidas em função do número de unidades-padrão consumidas nos diferentes momentos.

2.5. Pré-teste

O questionário foi apresentado a 50 enfermeiros, de cinco instituições hospitalares, que o preencheram, referindo genericamente que o mesmo não colocava questões de interpretação.

2.6. Procedimentos de aplicação do questionário

Estes procedimentos incluíram: pedido a cada um dos Conselhos de Administração do hospitais, contactos com as Direcções de Enfermagem para negociação dos diversos passos a concretizar e colheita de dados.

2.7. Princípios éticos

Foram atendidos os princípios éticos como descrito a propósito do Estudo 2, com especial relevo para o direito à autodeterminação e o direito ao anonimato e à

confidencialidade. Ainda, foi garantido o acesso aos resultados do trabalho.

2.8. Análise e apresentação dos resultados

A análise foi feita com recurso ao programa informático SPSS. A apresentação inclui quadros e gráficos, estando a maioria dos quadros colocados em Apêndice.

3. Resultados

Apresenta-se de seguida os resultados obtidos com o instrumento de colheita de dados no que a este Estudo 3 diz respeito (resultados das partes A, D e E).

3.1. O AUDIT

A propósito do AUDIT, foram encontrados os seguintes resultados.

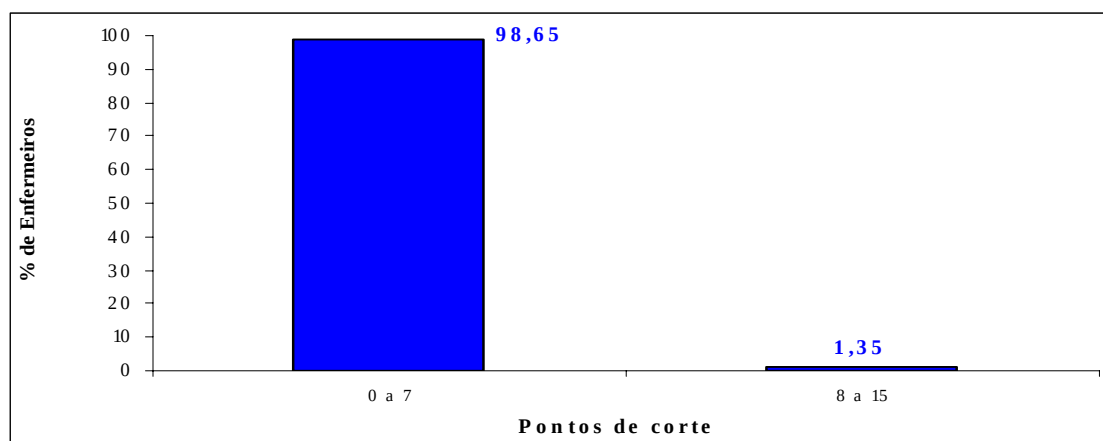
3.1.1. O AUDIT – leitura global

Uma das leituras que importa fazer tendo em conta os dados recolhidos com a aplicação do AUDIT junto dos enfermeiros é a da pontuação total obtida nas dez questões deste teste. Contudo, o interesse da leitura destes dados nesta fase passa pela sua classificação, considerando-se para tal os pontos de corte propostos na literatura: pontuações de 0 a 7 apontam para uso de baixo risco, de 8 a 15 para uso de risco, de 16

a 19 para uso nocivo e pontuações superiores a 20 apontam para sintomas de dependência.

Conforme o Gráfico 165 (e Quadro 222 do Apêndice 5), verifica-se que 952 enfermeiros (98,65%) obtiveram uma pontuação que varia entre 0 e 7 pontos (uso de baixo risco), e que os restantes 13 (1,35%) obtiveram entre 8 e 15 pontos (uso de risco). Nenhum enfermeiro, portanto, ultrapassou 15 pontos no teste AUDIT.

Gráfico 165 – AUDIT: pontos de corte



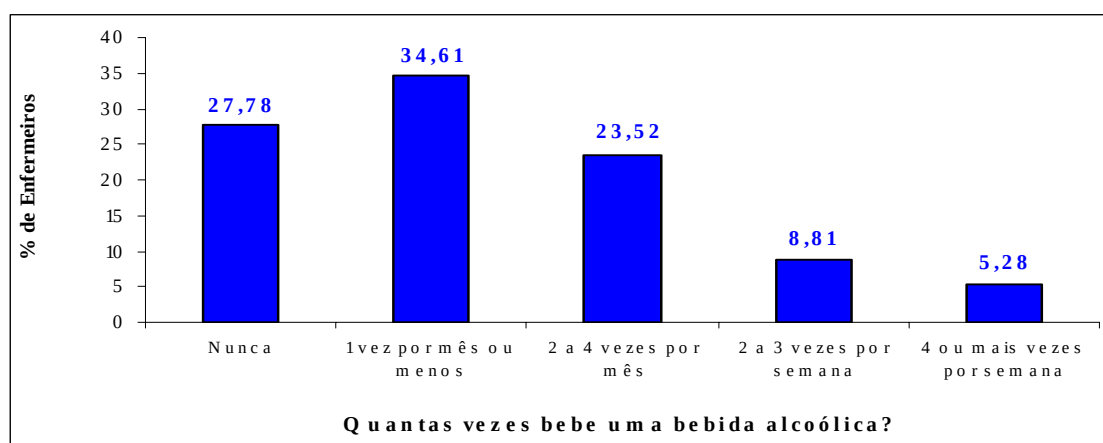
3.1.2. O AUDIT, questão a questão

Questão 1

No que se refere à questão 1 do AUDIT (*quantas vezes bebe uma bebida alcoólica?*), verifica-se pela leitura do Gráfico 166 (e Quadro 223 do Apêndice 5) que 334 enfermeiros (34,61%) registam beber *uma vez ou menos por mês* uma bebida alcoólica. São 268 enfermeiros (27,77%) os que referem *nunca* beber qualquer bebida alcoólica.

Por outro lado, 227 enfermeiros (23,52%) dizem beber *uma bebida alcoólica duas a quatro vezes por mês*. Há 85 enfermeiros (8,81%) que bebem *uma bebida alcoólica duas a três vezes por semana*, e 51 enfermeiros (5,28%) *bebem quatro ou mais vezes por semana* uma bebida alcoólica.

Gráfico 166 – AUDIT: Questão 1



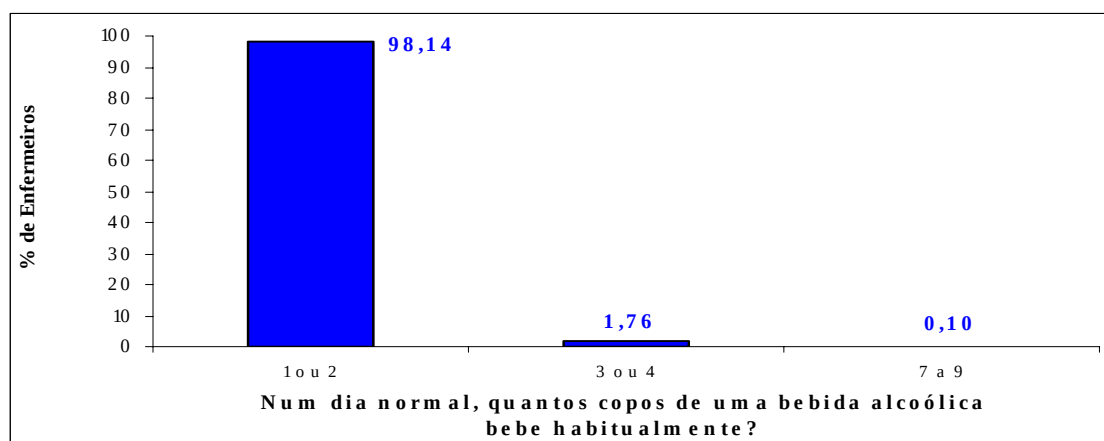
Questão 2

Quanto à questão 2 do AUDIT (*num dia normal, quantos copos de uma bebida alcoólica bebe habitualmente?*), verifica-se que 947 enfermeiros (98,13%) registam beber habitualmente, num dia normal, *um ou dois copos* de uma bebida alcoólica. Além destes, 17 enfermeiros (1,76%) referem beber no mesmo período de referência *três ou quatro copos* de uma bebida alcoólica, e 1 enfermeiro (0,10%) entre *7 a 9 copos* de uma bebida alcoólica, habitualmente, num dia normal, conforme o Gráfico 167 (e Quadro 224 do Apêndice 5).

É fundamental deixar aqui uma nota a propósito das respostas a esta questão do AUDIT. Apesar de se tratar de um teste cuja aplicação não pode ser posta em causa, pois está sobejamente testado em variadíssimos países do mundo, incluindo Portugal, muitos dos questionados que foram considerados como tendo respondido “1 ou 2” (o que em nada interfere nos resultados a encontrar posteriormente pois tal item é cotado com zero

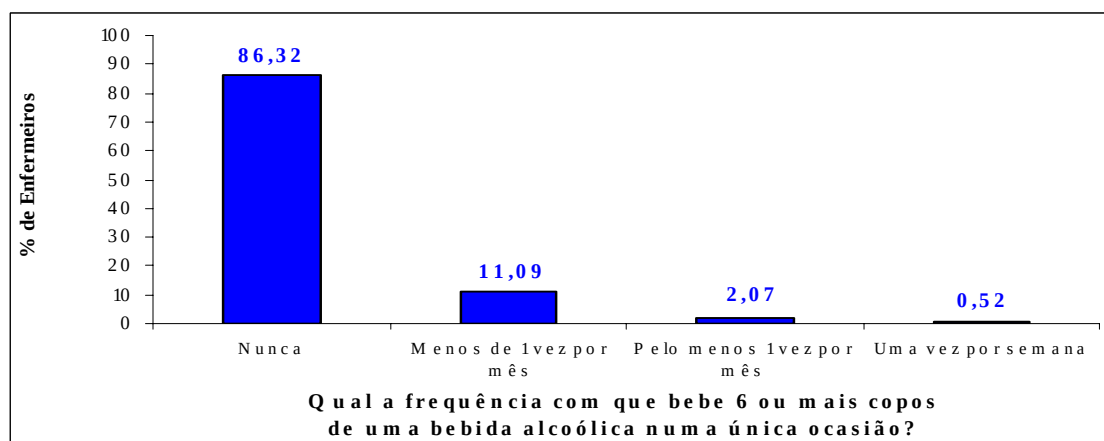
valores) na verdade não assinalaram este item, mas escreveram por extenso a palavra “nenhum” ou expressões com o mesmo significado. Tal situação leva a pensar que as hipóteses de resposta a esta questão do AUDIT deveriam ser ponderadas.

Gráfico 167 – AUDIT: Questão 2



Questão 3

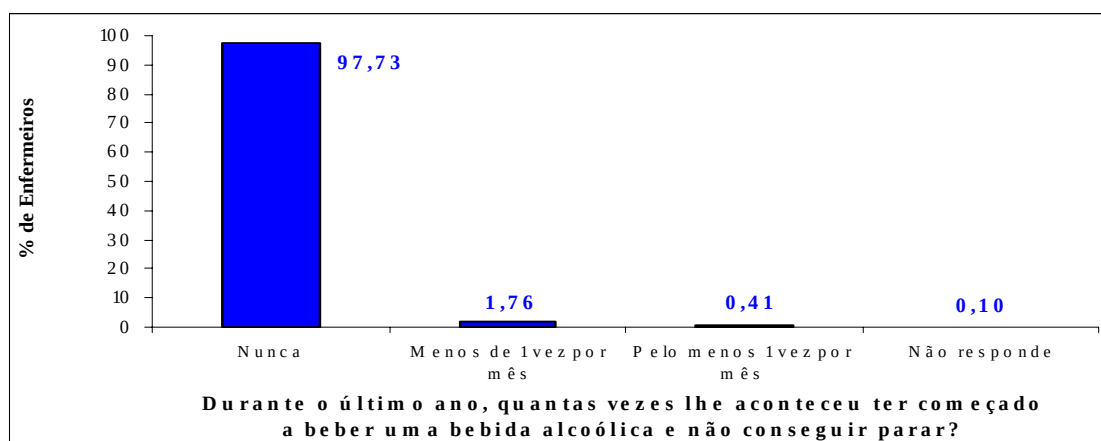
Gráfico 168 – AUDIT: Questão 3



Em relação à *frequência com que bebe 6 ou mais copos de uma bebida alcoólica numa mesma ocasião*, a questão 3 do AUDIT, e conforme o Gráfico 168 (e Quadro 225 do Apêndice 5), verifica-se que 833 enfermeiros (86,32%) referem *nunca* o fazer. Depois, 107 enfermeiros (11,09%) referem que isso acontece *menos de uma vez por mês*, 20 (2,07%) que o fazem *pelo menos uma vez por mês* e 5 (0,52%) que *bebem seis ou mais copos de uma bebida alcoólica numa mesma ocasião* uma vez por semana.

Questão 4

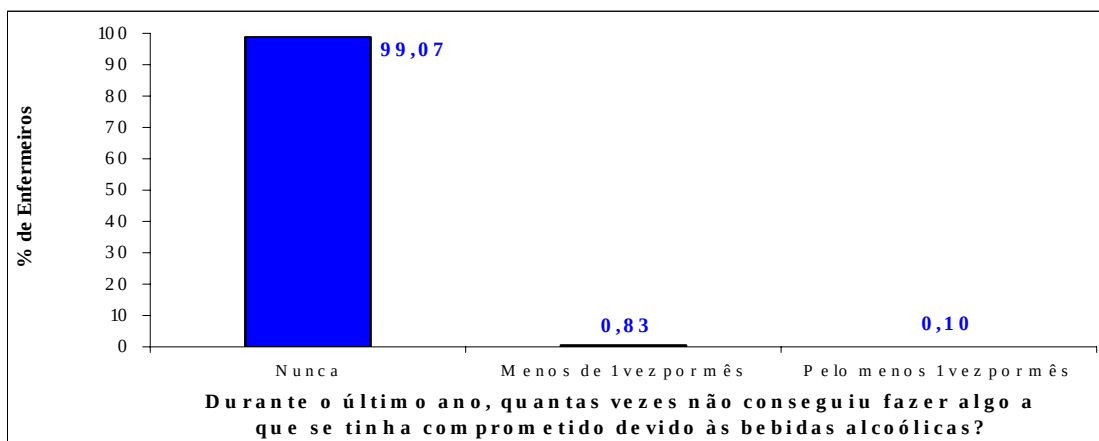
Gráfico 169 – AUDIT: Questão 4



No que se refere à quarta questão do AUDIT (*durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu ter começado a beber uma bebida alcoólica e não conseguir parar?*), verifica-se pela leitura do Gráfico 169 (e Quadro 226 do Apêndice 5) que com 943 enfermeiros (97,73%) tal situação *nunca* aconteceu, sendo que 17 (1,76%) referem que tal situação aconteceu *menos de uma vez por mês* e 4 (0,41%) dizem que tal aconteceu *pelo menos uma vez por mês*. Há 1 enfermeiro (0,10%) que não respondeu a esta questão.

Questão 5

Gráfico 170 – AUDIT: Questão 5

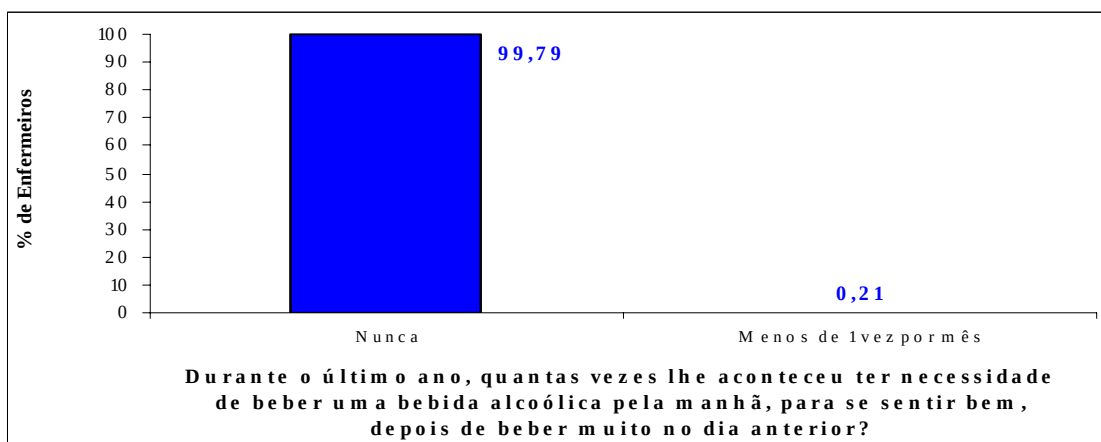


A leitura do Gráfico 170 (e Quadro 227 do Apêndice 5) refere-se à questão 5 do AUDIT (*durante o último ano, quantas vezes não conseguiu fazer algo a que se tinha comprometido devido às bebidas alcoólicas?*) e mostra que 956 enfermeiros (99,07% dos questionados) *não passaram por situações destas* durante o último ano. O mesmo não aconteceu com 8 enfermeiros (0,83%), que referem que estiveram nessa situação *menos de uma vez por mês*, e com 1 enfermeiro (0,10%) que refere que *pelo menos uma vez por mês* foi incapaz de cumprir algo a que se havia comprometido devido às bebidas alcoólicas.

Questão 6

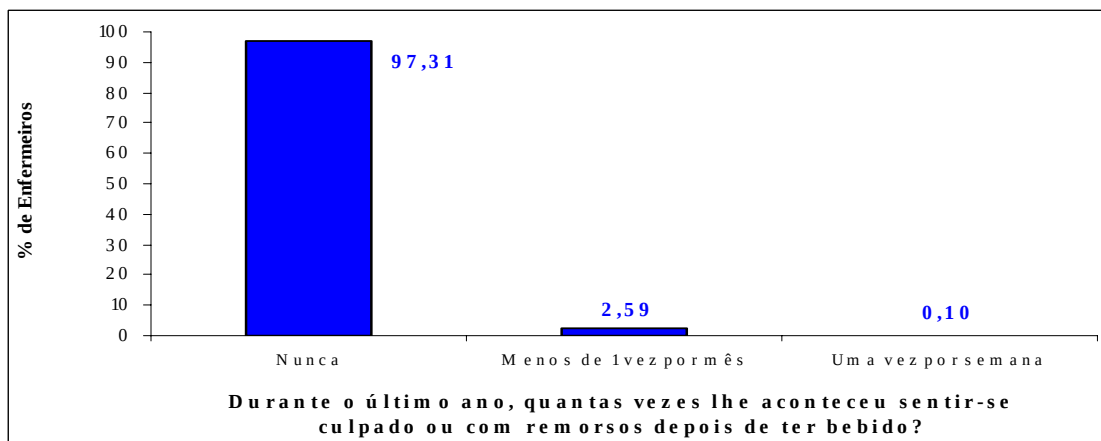
Os dados do Gráfico 171 (e Quadro 228 do Apêndice 5), referentes à questão do AUDIT nº 6 (*durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu ter necessidade de beber uma bebida alcoólica pela manhã, para se sentir bem, depois de beber muito no dia anterior?*) mostram que 963 enfermeiros (99,79%) não estiveram *nunca*, no último ano, nesta situação. Já no caso de 2 enfermeiros (0,21%) essa necessidade foi sentida, *menos de uma vez por mês*.

Gráfico 171 – AUDIT: Questão 6



Questão 7

Gráfico 172 – AUDIT: Questão 7

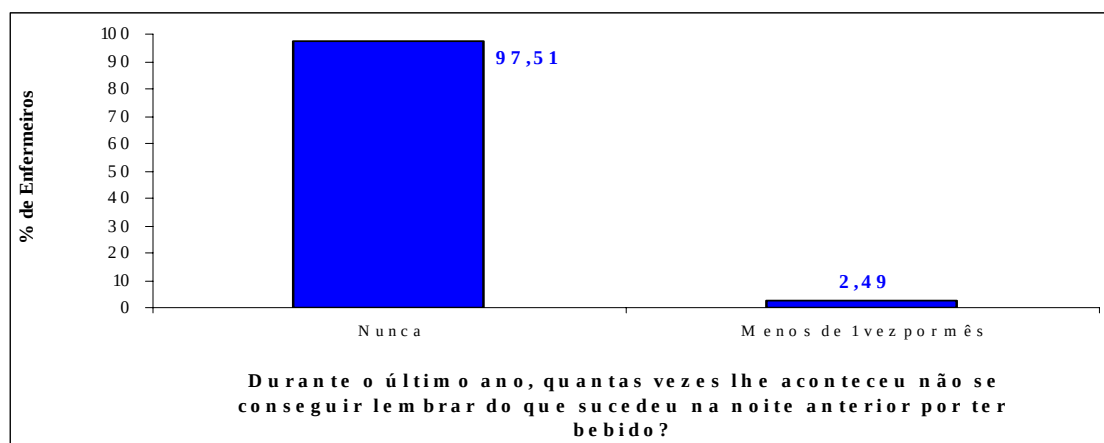


Em relação à questão número 7 do AUDIT (*durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu sentir-se culpado ou com remorsos depois de ter bebido?*) verifica-se pelo Gráfico 172 (e Quadro 229 do Apêndice 5) que 939 enfermeiros (97,31%) referem *não ter tido tal sentimento*, o que não aconteceu com 25 enfermeiros (2,59%) que o sentiram *menos de uma vez por mês*, e com 1 enfermeiro (0,10%) que refere ter sentido

sentimentos de culpa ou remorso, por ter bebido, *uma vez por semana*.

Questão 8

Gráfico 173 – AUDIT: Questão 8



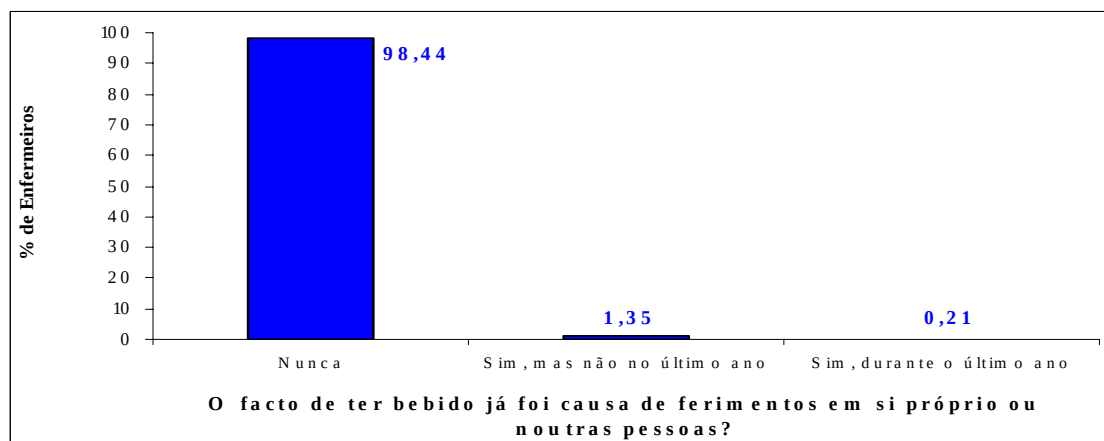
Questionados sobre a situação de *durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu não se conseguir lembrar do que sucedeu na noite anterior por ter bebido*, 941 enfermeiros (97,51%) referem que tal *nunca* aconteceu; de modo diferente, 24 enfermeiros (2,49%) respondem que tal aconteceu, *menos de uma vez por mês*, conforme o Gráfico 173 (e Quadro 230 do Apêndice 5).

Questão 9

Questionados sobre se o *facto de ter bebido já foi causa de ferimentos em si próprio ou noutras pessoas*, 950 enfermeiros (98,45%) referem que tal *nunca* aconteceu. Contudo, 13 enfermeiros (1,35%) referem que tal *já aconteceu mas não no passado recente (não no último ano)* e 2

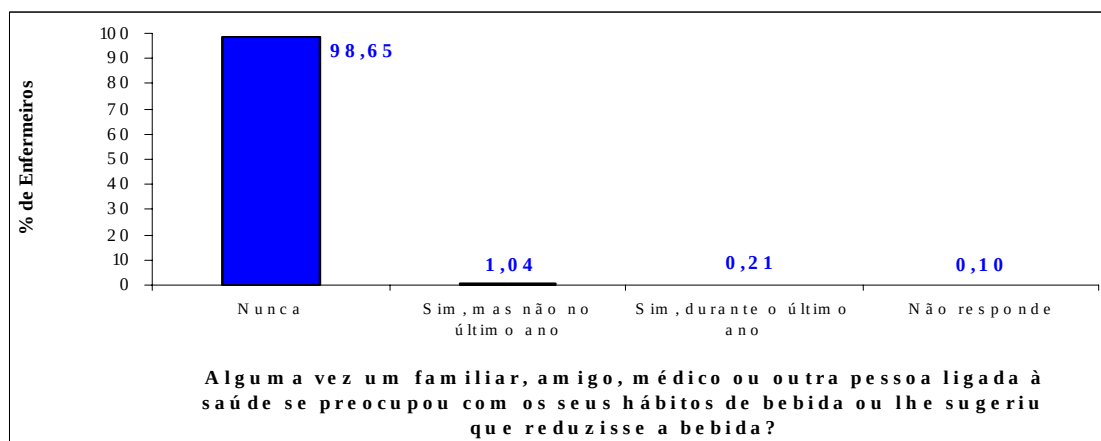
enfermeiros (0,21%) respondem que *passaram por essa situação no último ano*, conforme leitura do Gráfico 174 (e Quadro 231 do Apêndice 5).

Gráfico 174 – AUDIT: Questão 9



Questão 10

Gráfico 175 – AUDIT: Questão 10



Finalmente, e no que se refere à leitura dos dados obtidos com a aplicação do AUDIT, verifica-se a propósito da questão 10 (alguma vez um familiar, médico ou outra pessoa ligada à saúde se preocupou com os seus hábitos de bebida ou lhe sugeriu que reduzisse a bebida?) que 952 enfermeiros (98,65%) referem que nunca tal aconteceu. O mesmo não se passou com 10 enfermeiros (1,04%) que referem que foram alvo desse reparo mas não no último ano, e com dois enfermeiros (0,21%) que foram também alvo da mesma preocupação expressa no último ano. Houve 1 enfermeiro que não deu resposta a esta questão, dados visíveis no Gráfico 175 (e Quadro 232 do Apêndice 5).

3.2. Consumos de bebidas alcoólicas

A última parte do instrumento de recolha de dados procurava saber junto dos questionados o número de unidades-padrão de uma bebida alcoólica que cada um deles bebe, em diferentes momentos do dia e em dias por eles considerados “típicos”.

3.2.1. Em dias de semana

Em relação aos gráficos que se seguem, quando se refere o número de bebidas alcoólicas consumidas refere-se o número de unidades-padrão consumidas, de acordo com as respostas dos questionados, em diferentes momentos de dias de semana.

Pequeno-almoço e meio da manhã

Gráfico 176 – Unidades-padrão: pequeno-almoço / dia de semana

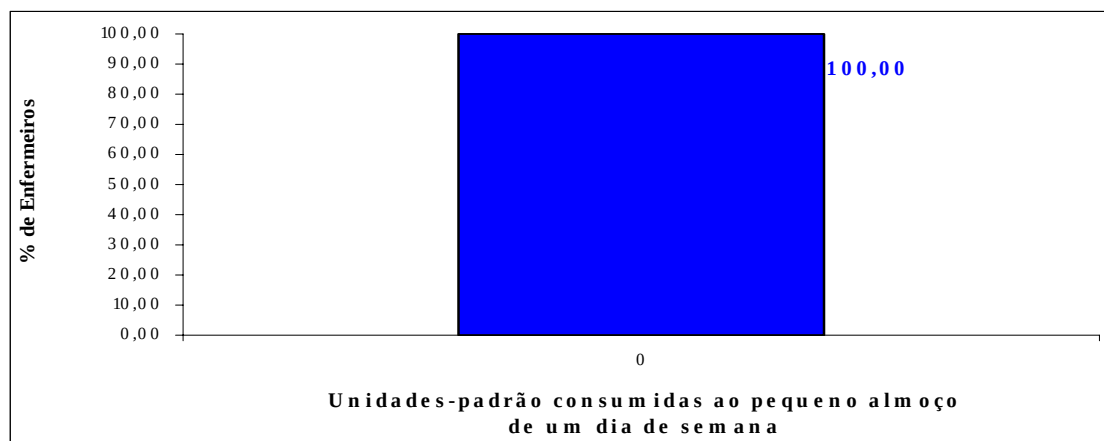
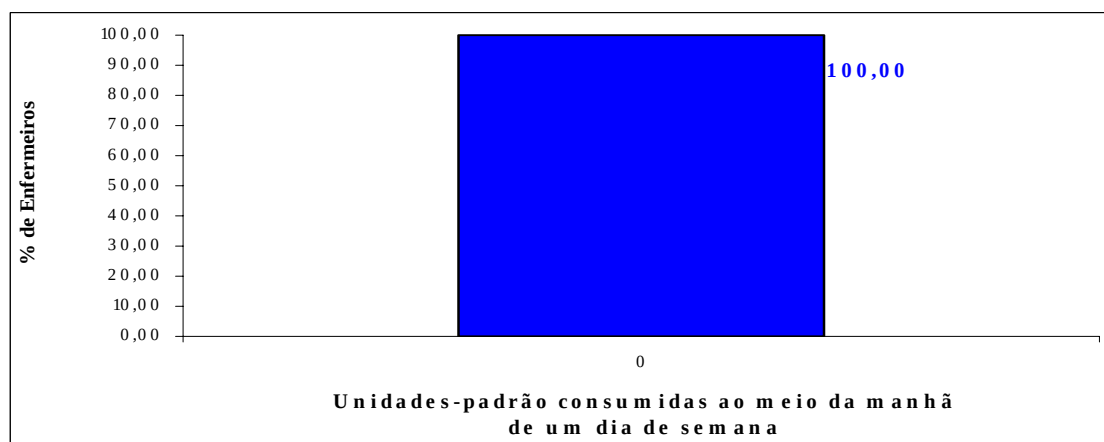


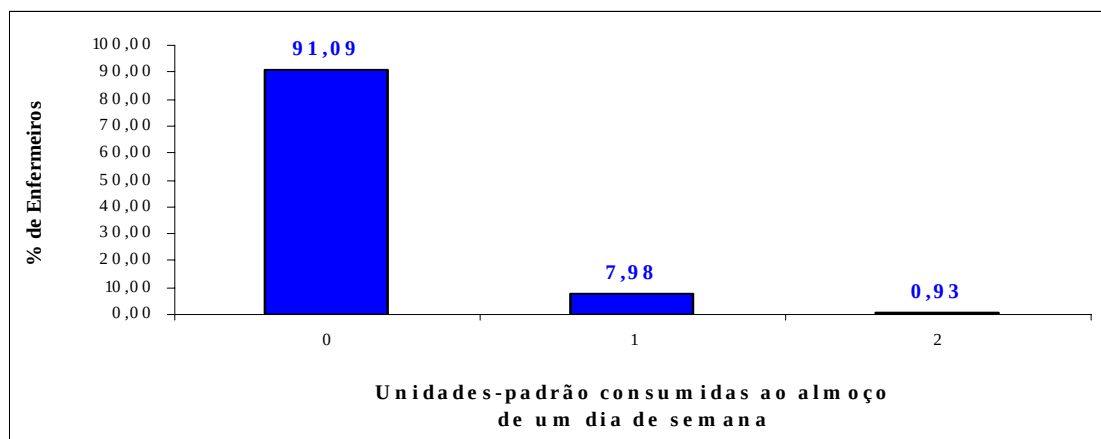
Gráfico 177 – Unidades-padrão: meio da manhã / dia de semana



A leitura dos Gráficos 176 e 177 (e Quadros 233 e 234 do Apêndice 5) permitem verificar que, tanto *ao pequeno-almoço* como *a meio da manhã* de um *dia de semana* típico, a totalidade dos enfermeiros refere *não beber quaisquer bebidas alcoólicas*.

Almoço

Gráfico 178 – Unidades-padrão: almoço / dia de semana

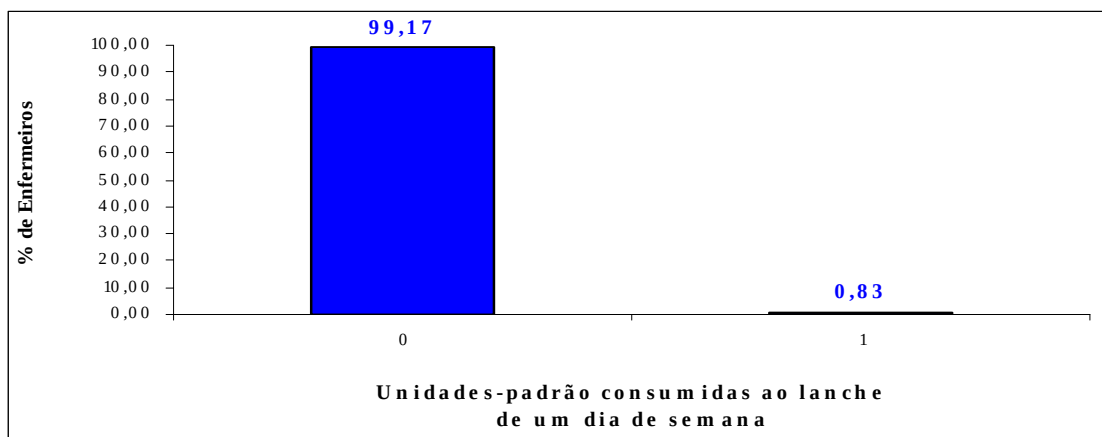


O Gráfico 178 (e Quadro 235 do Apêndice 5) apresenta os resultados obtidos quanto ao consumo de bebidas alcoólicas ao *almoço*, num dia típico de semana. Assim, verifica-se que 879 enfermeiros (91,09%) referem *não beber* qualquer bebida alcoólica nesta altura do dia, 77 enfermeiros (7,98%) referem *beber 1 bebida alcoólica* e 9 enfermeiros (0,93%) assinalam *beber 2 bebidas alcoólicas* à hora de almoço.

Lanche

No que se refere ao *lanche*, verifica-se pela leitura do Gráfico 179 (e Quadro 236 do Apêndice 5) que 957 enfermeiros (99,17%) referem *não beber* bebidas alcoólicas neste momento do dia, havendo 8 enfermeiros (0,83%) que assinalam *beber 1 unidade-padrão* nesta parte de um *dia de semana típico*.

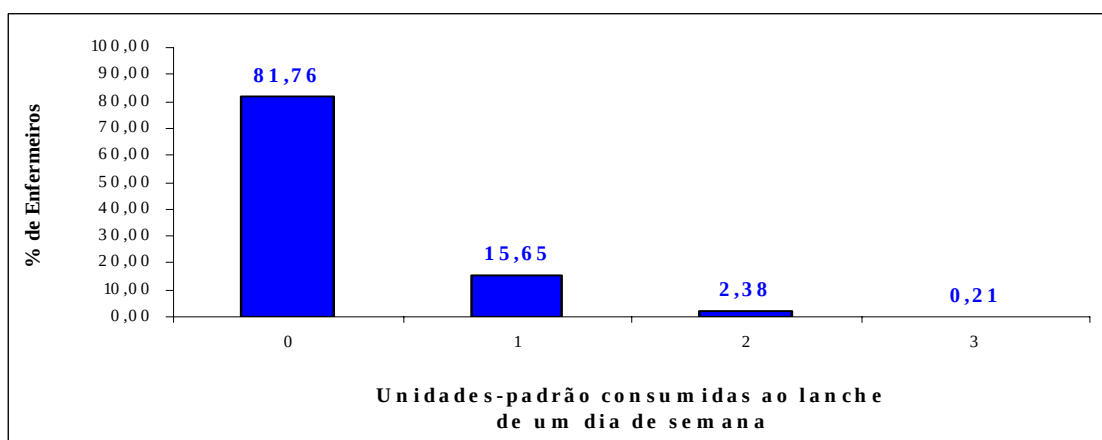
Gráfico 179 – Unidades-padrão: lanche / dia de semana



Jantar

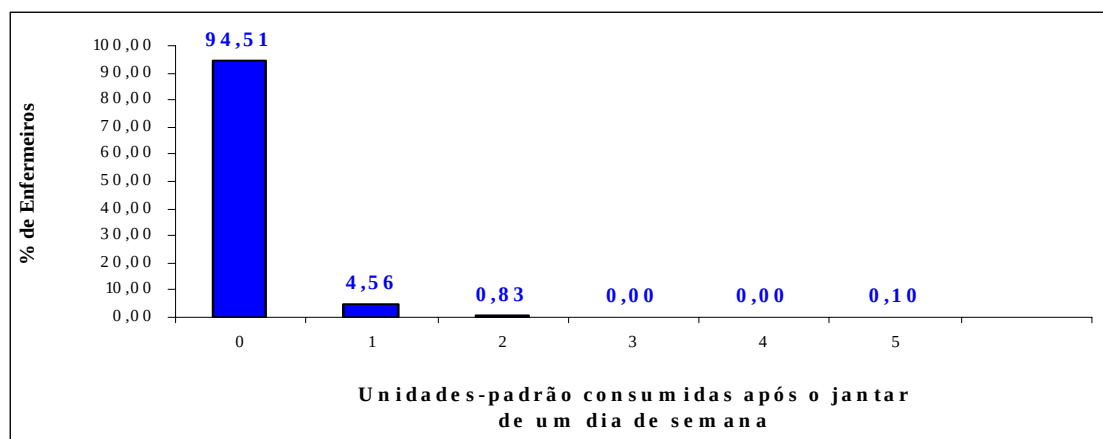
Quanto à hora de *jantar de um dia de semana típico*, o Gráfico 180 (e Quadro 237 do Apêndice 5) mostra que 789 enfermeiros (81,76%) *não bebem* bebidas alcoólicas, 151 enfermeiros (15,65%) bebem *1 bebida alcoólica*, 23 (2,38%) bebem *2 bebidas alcoólicas* e 2 enfermeiros (0,21%) bebem *3 bebidas alcoólicas*.

Gráfico 180 – Unidades-padrão: jantar / dia de semana



Após o jantar

Gráfico 181 – Unidades-padrão: após o jantar / dia de semana

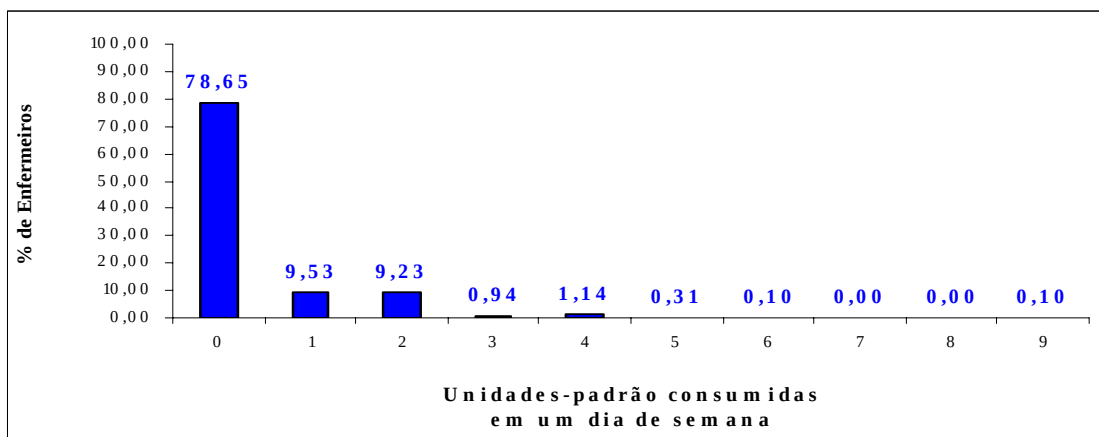


No que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas em *dias de semana típicos após o jantar*, verifica-se pela leitura do Gráfico 181 (e Quadro 238 do Apêndice 5) que 912 enfermeiros (94,51%) *não bebem qualquer bebida alcoólica*, 44 enfermeiros (4,56%) bebem *1 bebida alcoólica*, 8 enfermeiros (0,83%) bebem *2 bebidas alcoólicas* e um enfermeiro (0,10%) afirma beber *5 bebidas alcoólicas*.

Total de um dia de semana

Se se considerar a soma do número de bebidas alcoólicas que os enfermeiros referem consumir num dia típico de semana (nos seis momentos apresentados nos quadros anteriores: pequeno-almoço, meio da manhã, almoço, lanche, jantar e pós-jantar), verifica-se pelo Gráfico 182 (e Quadro 239 do Apêndice 5) que 759 enfermeiros (78,65%) *não bebem qualquer bebida alcoólica*, 92 enfermeiros (9,53%) bebem *1 bebida alcoólica*, 89 enfermeiros (9,22%) bebem *2 bebidas alcoólicas* e 25 enfermeiros (2,59%) bebem *3 ou mais bebidas alcoólicas* (num máximo de 9 bebidas alcoólicas, consumidas por 1 enfermeiro).

Gráfico 182 – Unidades-padrão: total / dia de semana



3.2.2. Em dias de fim-de-semana

A leitura dos próximos quadros permite conhecer as respostas dos questionados no que se refere a idênticos momentos do dia como referidos nos quadros anteriores, mas considerados agora os dias típicos de fim-de-semana.

Pequeno-almoço e meio da manhã

Os Gráficos 183 e 184 (e Quadros 240 e 241 do Apêndice 5) mostram que a totalidade dos questionados refere *não beber quaisquer bebidas alcoólicas ao pequeno-almoço e a meio da manhã em dias de fim-de-semana*.

Gráfico 183 – Unidades-padrão: pequeno-almoço / dia de fim-de-semana

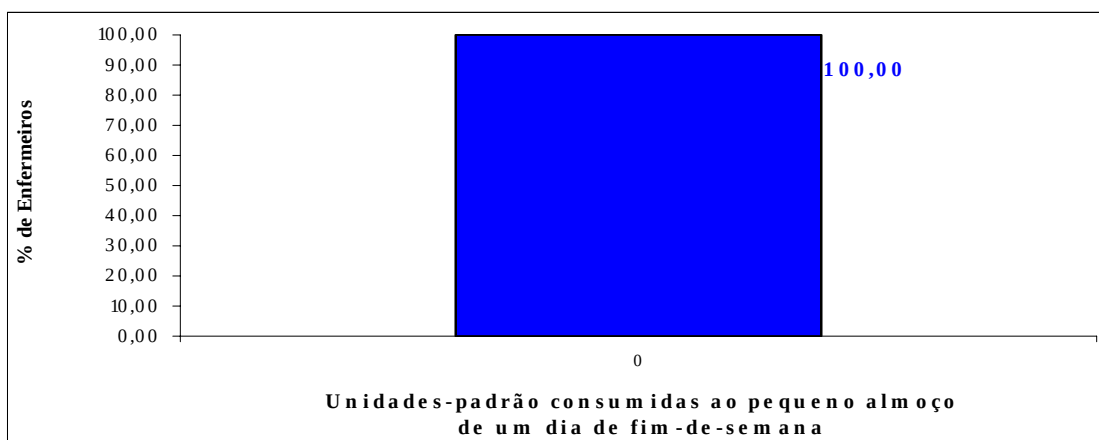
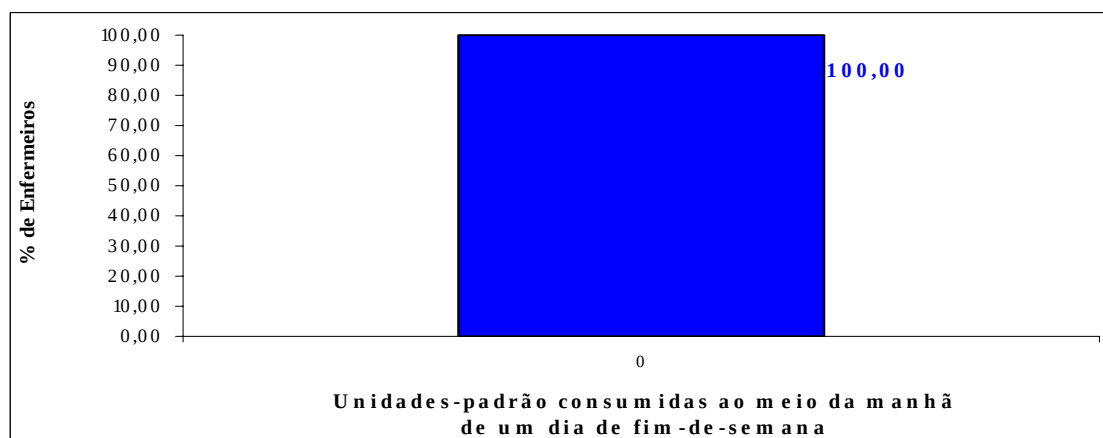


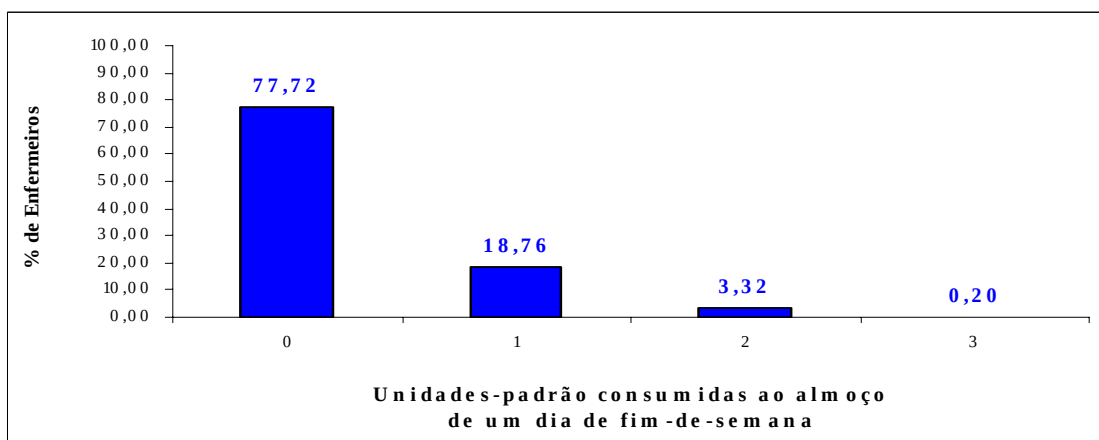
Gráfico 184 – Unidades-padrão: meio da manhã / dia de fim-de-semana



Almoço

No que se refere à *hora de almoço num dia de fim-de-semana típico*, a leitura do Gráfico 185 (e Quadro 242 do Apêndice 5) permite verificar que 750 enfermeiros (77,72%) *não bebem* quaisquer bebidas alcoólicas, 181 (18,76%) bebem *1 bebida alcoólica*, 32 (3,32%) bebem *2 bebidas alcoólicas* e 2 enfermeiros (0,21%) bebem *3 bebidas alcoólicas*.

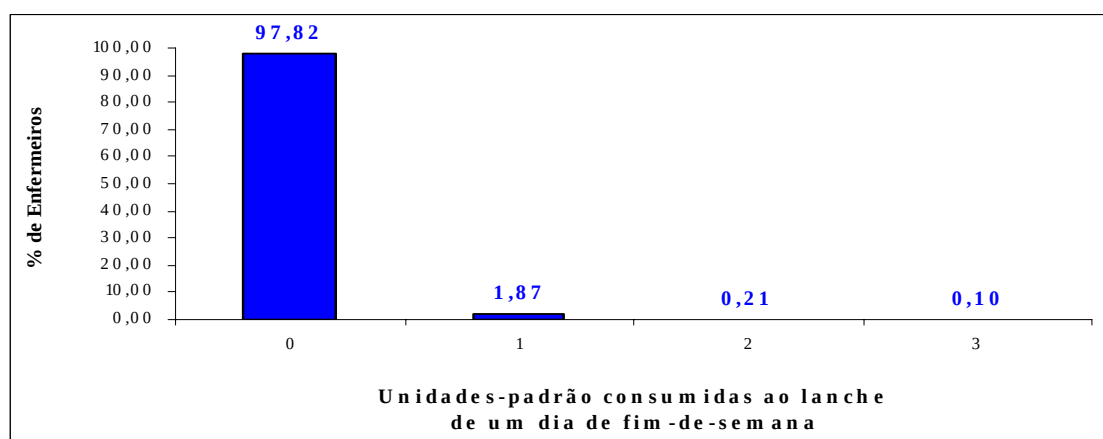
Gráfico 185 – Unidades-padrão: almoço / dia de fim-de-semana



Lanche

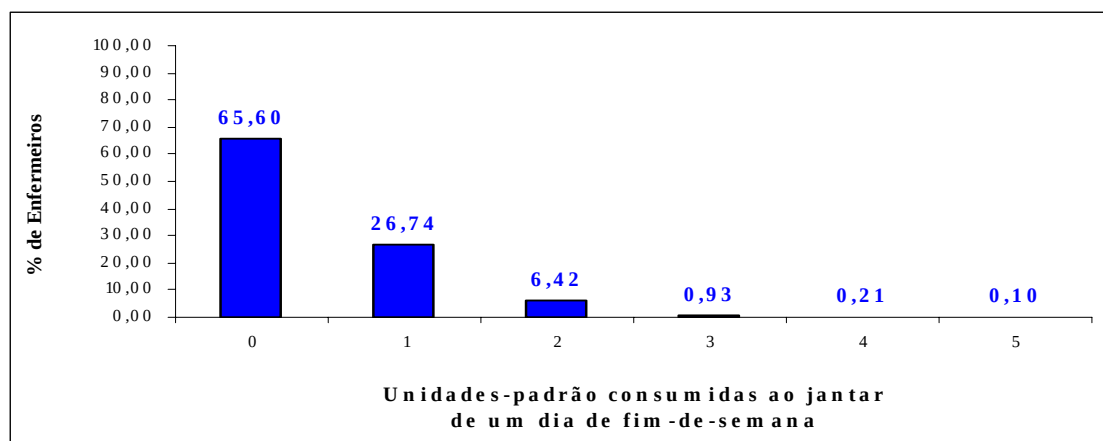
Ao lanche em dias típicos de fim-de-semana, são 944 (97,82%) os enfermeiros que referem *não beber qualquer bebida alcoólica*; por outro lado, 18 (1,87%) referem beber *1 bebida alcoólica*, 2 (0,21%) bebem *2 bebidas alcoólicas* e 1 enfermeiro (0,10%) refere beber *3 bebidas alcoólicas*, conforme o Gráfico 186 (e Quadro 243 do Apêndice 5).

Gráfico 186 – Unidades-padrão: lanche / dia de fim-de-semana



Jantar

Gráfico 187 – Unidades-padrão: jantar / dia de fim-de-semana

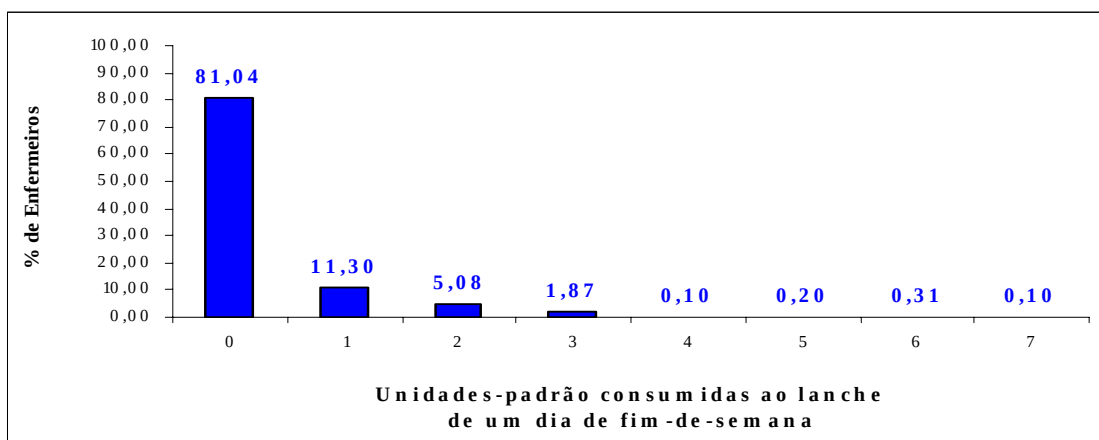


O Gráfico 187 (e Quadro 244 do Apêndice 5) mostra que há 633 enfermeiros (65,60%) que *não bebem quaisquer bebidas alcoólicas ao jantar de um dia de fim-de-semana típico*, 258 (26,74%) bebem *1 bebida alcoólica*, 62 (6,42%) bebem *2 bebidas alcoólicas*, nove enfermeiros (0,93%) bebem *3 bebidas alcoólicas*, 2 (0,21%) bebem *4 bebidas alcoólicas* e 1 enfermeiro (0,10%) bebe *5 bebidas alcoólicas*.

Após o jantar

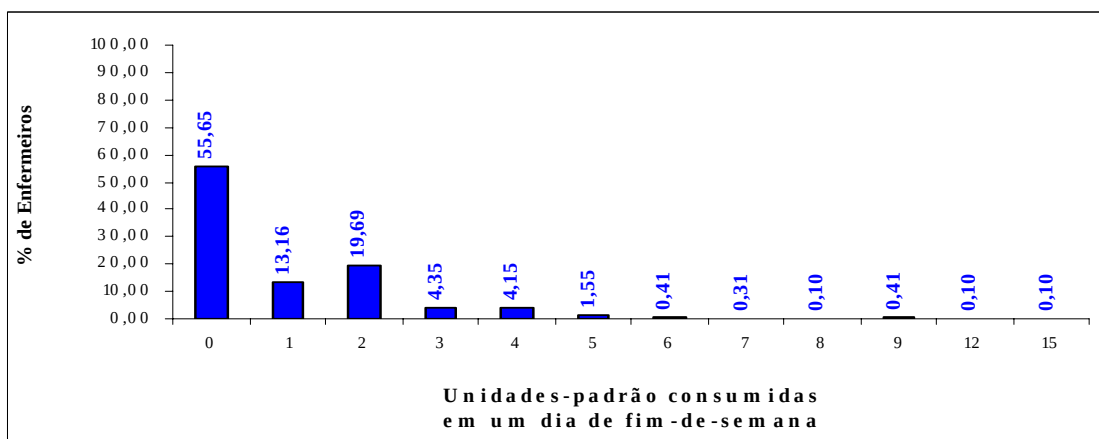
No que se refere aos momentos *pós-jantar de um dia de fim-de-semana típico*, a leitura do Gráfico 188 (e Quadro 245 do Apêndice 5) mostra que 782 enfermeiros (81,04%) *não bebem* quaisquer bebidas alcoólicas, 109 (11,30%) bebem *1 bebida alcoólica*, 49 enfermeiros (5,08%) bebem *2 bebidas alcoólicas*, 18 (1,87%) bebem *3 bebidas alcoólicas*, 1 (0,10%) bebe *4 bebidas alcoólicas*, 2 enfermeiros (0,21%) bebem *5 bebidas alcoólicas*, 3 (0,31%) bebem *6 bebidas alcoólicas* e 1 (0,10%) bebe *7 bebidas alcoólicas*.

Gráfico 188 – Unidades-padrão: após o jantar / dia de fim-de-semana



Total de um dia de fim-de-semana

Gráfico 189 – Unidades-padrão: total / dia de fim-de-semana



Pela leitura do Gráfico 189 (e Quadro 246 do Apêndice 5) é possível verificar que, considerada a soma das bebidas alcoólicas consumidas pelos enfermeiros nos 6 momentos definidos de um dia de fim-de-semana típico, 537 enfermeiros (55,65%) não

bebem quaisquer bebidas alcoólicas, 127 enfermeiros (13,16%) bebem *1 bebida alcoólica* e 190 enfermeiros (19,69%) bebem *2 bebidas alcoólicas*. Do total, 111 enfermeiros (11,50%) bebem *3 ou mais bebidas alcoólicas*, sendo o valor máximo encontrado o de 15 bebidas alcoólicas (1 enfermeiro).

3.2.3. Consumos semanais

Procurou-se também fazer outras leituras dos dados obtidos.

Consumos semana / fim-de-semana

Os dados do Quadro 31 permitem verificar, entre outros valores, que 534 enfermeiros (55,34%) *não consomem bebidas alcoólicas*. Três enfermeiros (0,31%) consomem *1 ou 2 bebidas em dias de semana*, e *não consomem aos fins-de-semana*. Por outro lado, são 225 (23,31%) os enfermeiros que *consomem em dias de fim-de-semana e não consomem em dias de semana*, sendo que, destes, 183 (18,96%) consomem *até 2 unidades-padrão*, 35 (3,63%) consomem *entre 3 e 5 unidades-padrão*, 6 (0,62%) consomem *entre 6 e 10 unidades-padrão* e 1 enfermeiro (0,10%) consome *mais de 10 unidades-padrão*. Quanto aos enfermeiros que *bebem todos os dias, sejam dias de semana ou de fim-de-semana*, 30 (3,11%) enfermeiros consomem *1 unidade-padrão por dia*, 64 (6,63%) enfermeiros consomem *2 unidades-padrão por dia*, 16 (1,66%) enfermeiros consomem *entre 3 e 5 unidades-padrão por dia* e 2 (0,20%) consomem *mais de 6 unidades-padrão por dia*.

Quadro 31 – Unidades-padrão em dia de semana / Unidades-padrão em dia de fim-de-semana

		Total de unidades-padrão num dia de semana								Total
		0	1	2	3	4	5	6	9	
Total de unidades-padrão num dia de fim-de-semana	0	534 55,34%	2 0,21%	1 0,10%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	537 55,65%
	1	97 10,05%	30 3,11%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	127 13,16%
	2	86 8,91%	40 4,15%	64 6,63%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	190 19,69%
	3	18 1,87%	12 1,24%	8 0,83%	2 0,21%	1 0,10%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	41 4,25%
	4	16 1,66%	2 0,21%	11 1,14%	2 0,21%	7 0,73%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	38 3,94%
	5	1 0,10%	3 0,31%	3 0,31%	3 0,31%	0 0,00%	1 0,10%	0 0,00%	0 0,00%	11 1,14%
	6	5 0,52%	1 0,10%	1 0,10%	1 0,10%	1 0,10%	1 0,10%	0 0,00%	0 0,00%	10 1,04%
	7	0 0,00%	1 0,10%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,10%	0 0,00%	2 0,21%
	8	0 0,00%	1 0,10%	0 0,00%	1 0,10%	1 0,10%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	3 0,31%
	9	1 0,10%	0 0,00%	1 0,10%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,10%	4 0,41%
	12	1 0,10%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,10%
	15	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,10%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,10%
Total		759 78,65%	92 9,53%	89 9,23%	9 0,94%	11 1,14%	3 0,31%	1 0,10%	1 0,10%	965 100,00%

De outro modo, os dados do Quadro 32 permitem verificar que num dia típico de semana são bebidas pelos enfermeiros 367 unidades-padrão, sendo que são bebidas 94 (25,62%) unidades-padrão ao almoço, 7 (1,90%) a meio da tarde, 202 (55,44%) ao jantar e 64 (17,04%) após o jantar; quanto a um dia típico de fim-de-semana, os enfermeiros consomem um total de 994 unidades-padrão: 250 unidades-padrão (25,15%) ao almoço, 24 (2,42%) ao lanche, 421 (42,35%) ao jantar e 299 (30,08%) após o jantar; considerando cada um dos dias independentemente de ser de semana ou de fim-de-semana, verifica-se que são consumidas 1361 unidades-padrão: 344 (25,28%) unidades-padrão ao almoço, 31 (2,28%) ao lanche, 623 (45,78%) ao jantar e 363

(26,27% após o jantar.

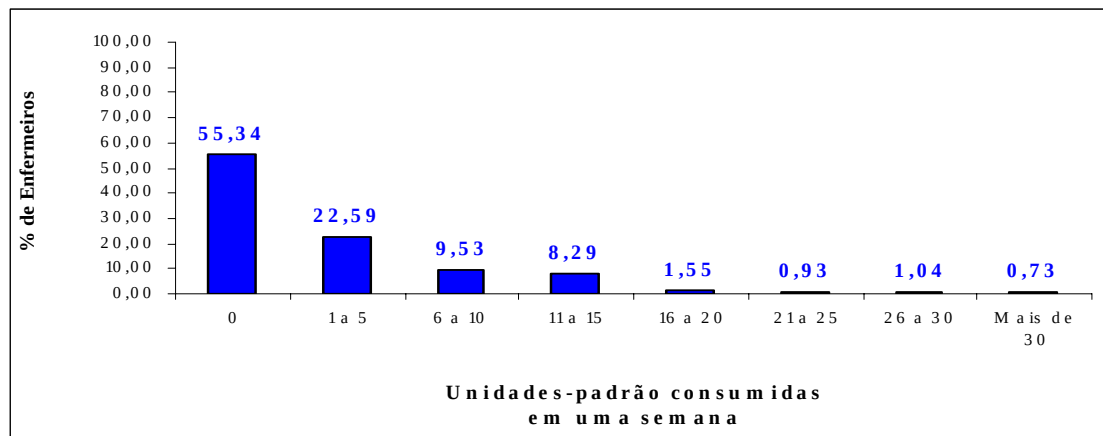
Quadro 32 – Unidades-padrão: totais

	Por dia de semana		Por dia de fim-de-semana		Total	
	N	%	N	%	N	%
Unidades-padrão: pequeno-almoço	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Unidades-padrão: meio da manhã	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Unidades-padrão: almoço	94	25,62	250	25,15	344	25,28
Unidades-padrão: meio da tarde	7	1,90	24	2,42	31	2,28
Unidades-padrão: jantar	202	55,44	421	42,35	623	45,78
Unidades-padrão: após o jantar	64	17,04	299	30,08	363	26,67
Totais	367	100,00	994	100,00	1361	100,00

Na tentativa de perceber os consumos semanais totais, foi feito um exercício que contém, obviamente, alguns riscos, já que ele não decorre de modo directo e inequívoco dos dados recolhidos, mas que configura uma leitura possível.

Assim, considerou-se os consumos referidos para um dia de semana típico multiplicados por seis, adicionando-se os consumos referidos como típicos de um dia de fim-de-semana. Sendo verdade que “o calendário sócio-profissional” remete para cinco dias de semana e dois de fim-de-semana, entendeu-se nesta análise considerar apenas um dia de fim-de-semana, tendo em conta por um lado a leitura feita do modo como a sociedade actual vive o fim-de-semana, e por outro (e porque se trata de um dado assumidamente precário) a preferência, neste contexto, do “erro por defeito”.

Gráfico 190 – Unidades-padrão: totais / semana



Verifica-se então, pelo Gráfico 190 (e Quadro 247 do Apêndice 5), que 534 enfermeiros (55,24%) *não consomem* quaisquer bebidas alcoólicas; 218 dos enfermeiros questionados (22,59% *consomem entre 1 e 5 unidades-padrão* por semana; 92 enfermeiros (9,53%) *consomem 6 a 10 unidades-padrão*; 80 dos questionados (8,29%) *consomem 11 a 15 unidades-padrão*; 15 (1,55%) *consomem 21 a 25 unidades-padrão* por semana; 9 enfermeiros (0,93%) *consomem 21 a 25 unidades-padrão*; 10 (1,04) enfermeiros *consomem 26 a 30 unidades-padrão semanais*; e 7 dos questionados (0,73%) *consomem mais de 30 unidades-padrão* de bebidas alcoólicas semanalmente.

3.3. AUDIT / Características sócio-profissionais

A fim de compreender mais aprofundadamente os dados recolhidos, aplicou-se os testes não-paramétricos de Kruskal-Wallis ou de Mann-Whitney às variáveis em estudo (consoante as suas características), procurando assim diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros, em função dessas mesmas variáveis. Nas situações em que foi possível, face aos resultados estatísticos, rejeitar a hipótese nula de não

existência de diferenças, aplicou-se o teste de Mann-Whitney com as situações emparelhadas duas a duas, para se localizar com maior rigor essas diferenças (como já referido no estudo apresentado anteriormente, a utilização de testes não-paramétricos deveu-se às características de não-normalidade das variáveis independentes).

Também aqui optou-se por fazer a apresentação dos resultados através de gráficos. Os gráficos A) são representativos do número de respostas obtidas em função das variáveis em análise. Os gráficos B) apresentam as médias e respectivos intervalos de confiança a 95%, bem como as medianas e as respectivas amplitudes inter-quartis. Nestes mesmos gráficos, letras diferentes indicam diferenças significativas de acordo com o teste de Mann-Whitney.

Todos os quadros correspondentes aos gráficos deste documento encontram-se em Apêndices. Neles, e apesar dos testes não-paramétricos de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney se basearem na soma das ordens dos grupos combinados por ordem crescente (ordenação das medianas – *mean rank*), optou-se por apresentar os valores das médias, das medianas e dos 1º e 3º quartis obtidas em cada grupo, para além do número de respostas obtidas e dos desvios-padrão.

E porque em muitas situações as medianas surgem com o mesmo valor apesar de reportarem diferenças estatisticamente significativas, optou-se por fazer a leitura dos resultados (que se segue) utilizando os valores das médias obtidos.

Um dos estudos que foi feito consistiu em averiguar se existem diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos pelos enfermeiros no teste AUDIT em função de algumas das suas características pessoais e sócio-profissionais (variáveis independentes deste estudo). Além deste estudo, que teve em conta o resultado total obtido pelos enfermeiros no teste AUDIT, foi também averiguada a existência de diferenças estatisticamente significativas em resultados parcelares obtidos pelos enfermeiros no teste AUDIT em função das mesmas características pessoais e sócio-profissionais, considerando nestes resultados parcelares o conjunto dos itens 1, 2 e 3, que identificam o “uso de risco do álcool”, os itens 4, 5 e 6, relacionados com a

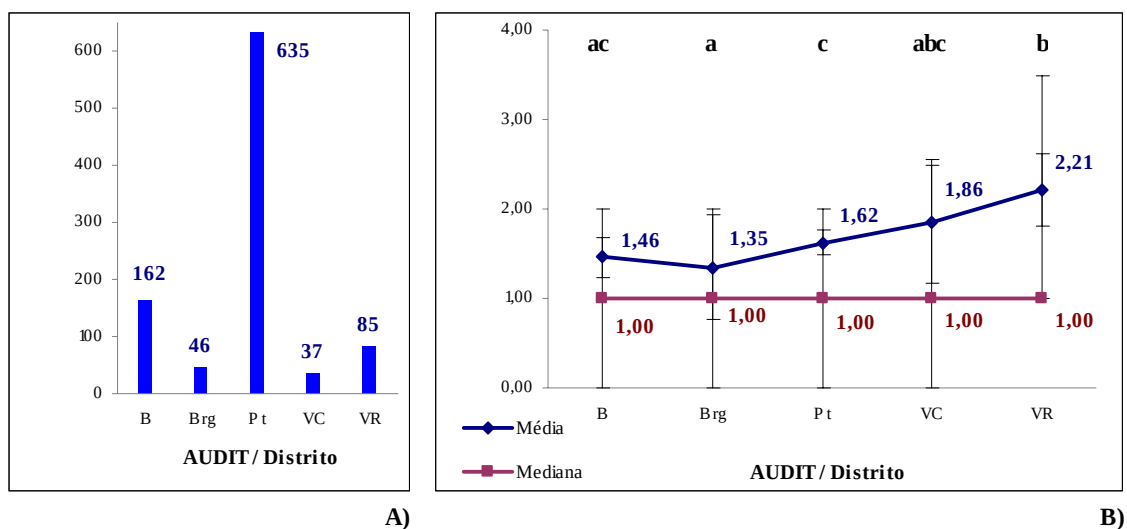
existências de “sintomas de dependência”, e o conjunto dos itens 7 a 10, que averiguum um eventual “uso nocivo do álcool”.

3.3.1. AUDIT / Distrito

No que se refere aos dados encontrados com o estudo dos resultados obtidos com o teste *AUDIT* em função da variável independente *distrito*, a leitura é a seguinte.

AUDIT

Gráfico 191 – AUDIT / distrito

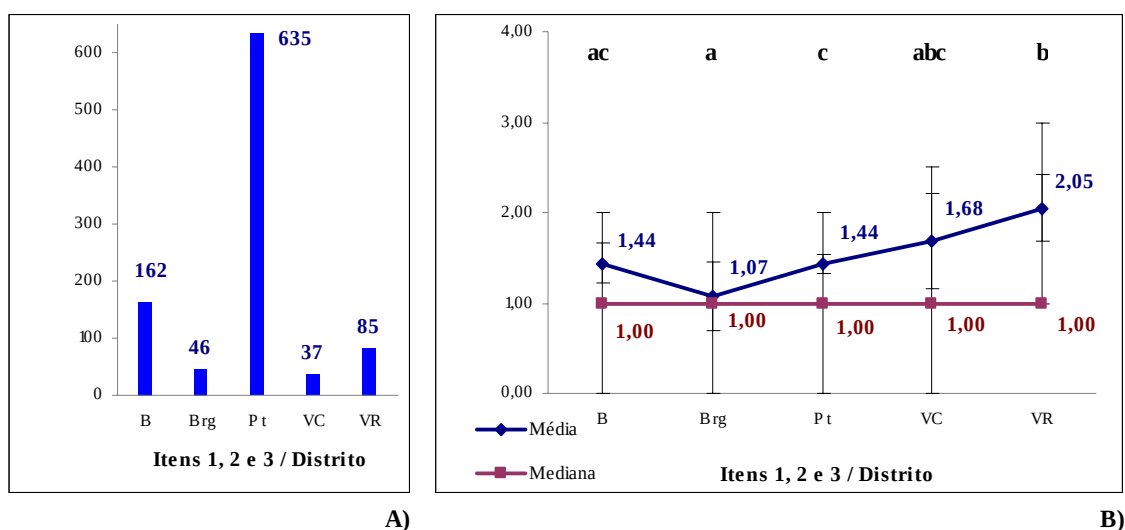


Pela leitura do Gráfico 191 (e Quadros 248 e 249 do Apêndice 5), que relaciona os resultados totais obtidos pelos enfermeiros no *AUDIT* e o *distrito* em que exercem funções, é possível verificar que o nível de significância é muito baixo ($p = 0,007$), o que permite rejeitar a hipótese nula, podendo assim afirmar-se haver diferenças estatisticamente significativas nas médias das classificações obtidas pelos enfermeiros

no *AUDIT*, em função do *distrito* em que exercem funções. Estas diferenças são devidas ao facto de se encontrarem diferenças estatisticamente significativas, com valores mais altos em *Vila Real*, entre os pares *Vila Real – Braga* (2,21 – 1,46; $p = 0,004$), *Vila Real – Bragança* (2,21 – 1,35; $p = 0,002$) e *Vila Real – Porto* (2,21 – 1,62; $p = 0,004$), sendo que também os enfermeiros do *distrito do Porto* apresentam valores significativamente mais altos do que os do *distrito de Bragança* (1,62 – 1,35; $p = 0,041$).

AUDIT: questões 1, 2 e 3

Gráfico 192 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / distrito



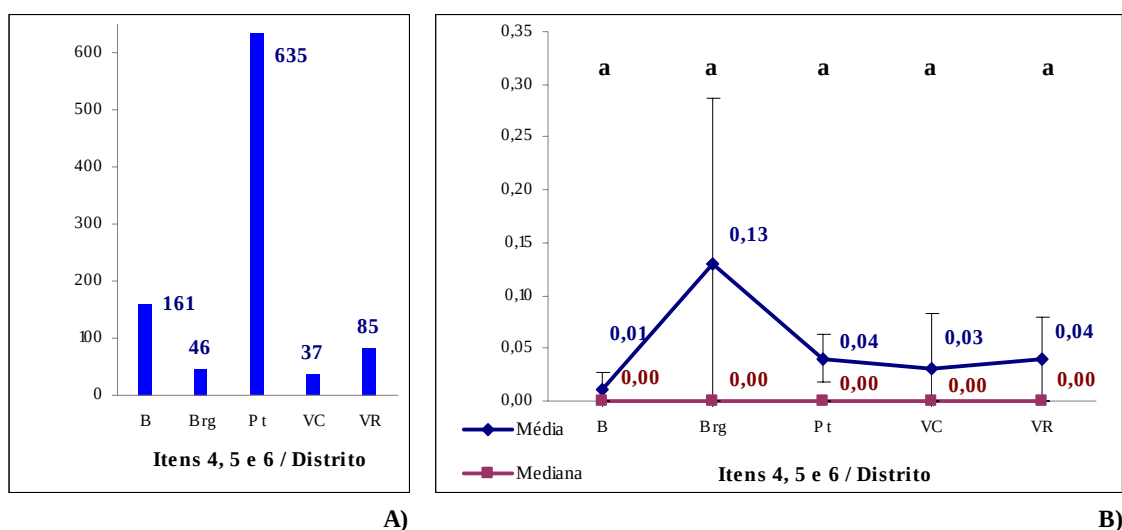
A leitura do Gráfico 192 (e Quadros 250 e 251 do Apêndice 5), que relaciona os resultados obtidos pelos enfermeiros nas *três primeiras questões do AUDIT* e o *distrito* em que exercem funções (aplicação do teste de Kruskal-Wallis), mostra que há diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,005$). Em relação ao resultado parcial obtido pelos enfermeiros nas *três primeiras questões do AUDIT* em função do *distrito* onde exercem funções, encontram-se diferenças estatisticamente significativas nos pares *Vila Real – Braga* (2,05 – 1,44; $p = 0,010$), *Vila Real – Bragança* (2,05 – 1,07; $p = 0,001$) e *Vila Real – Porto* (2,05 – 1,44; $p = 0,003$), sempre com valores mais altos no

distrito de Vila Real; e entre os *distritos do Porto e de Bragança*, com valores mais altos no *Porto* (1,44 – 1,07; $p = 0,074$).

AUDIT: questões 4, 5 e 6

Pelos dados apresentados no Gráfico 193 (e Quadro 252 do Apêndice 5), que relaciona os resultados obtidos pelos enfermeiros nas *questões 4, 5 e 6* do *AUDIT* e a variável *distrito* (aplicação do teste de Kruskal-Wallis), pode verificar-se não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,359$).

Gráfico 193 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / distrito

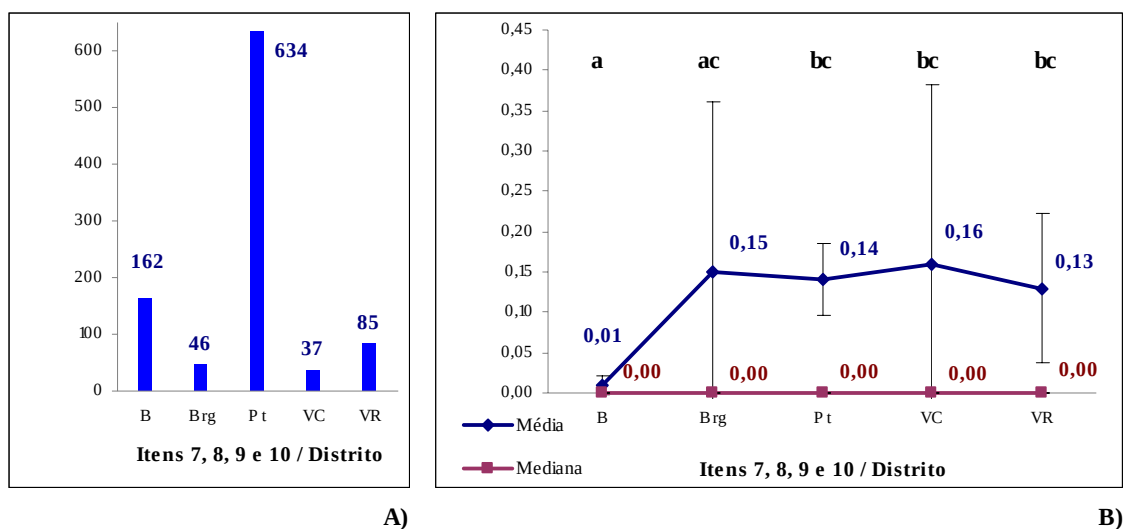


AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10

O Gráfico 194 (e Quadros 253 e 254 do Apêndice 5) mostra que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos pelos enfermeiros nas *questões 7 a 10* do teste *AUDIT* ($p = 0,017$). Considerados os mesmos resultados, verifica-se que se encontram diferenças estatisticamente significativas nos pares *Porto – Braga* com valores mais altos no primeiro (0,14 – 0,01; $p = 0,001$), *Viana do Castelo – Braga* (0,13 – 0,01; $p = 0,030$) também com valores mais elevados no primeiro e *Vila*

Real – Braga (0,13 – 0,01; $p = 0,000$), com valores significativamente mais altos no *distrito de Vila Real*.

Gráfico 194 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / distrito



3.3.2. AUDIT / Tipo de Serviço

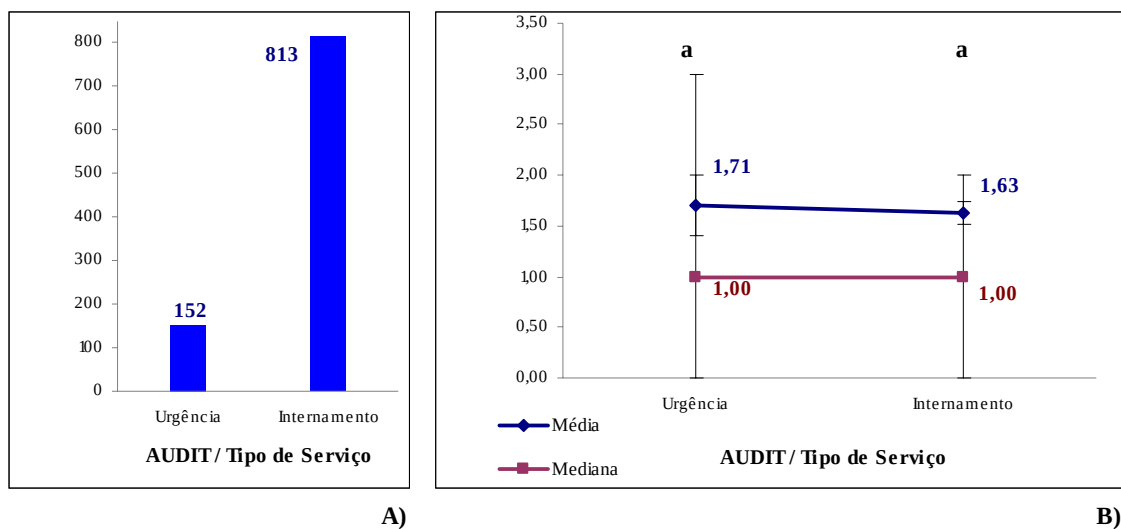
Nos gráficos que se seguem pode ver-se se existem ou não diferenças significativas nos resultados obtidos no teste *AUDIT* conforme o *tipo de serviço* em que os enfermeiros exercem as suas funções.

AUDIT

O Gráfico 195 (e Quadro 255 do Apêndice 5) dá a conhecer os valores obtidos com a aplicação do teste de Mann-Whitney aos resultados que os enfermeiros obtiveram no teste *AUDIT*, considerados em função do *tipo de serviço* em que exercem funções. Pode concluir-se, então, que não há diferenças estatisticamente significativas nas médias obtidas, já que se obtém um nível de significância de $p = 0,900$, o que permite aceitar a

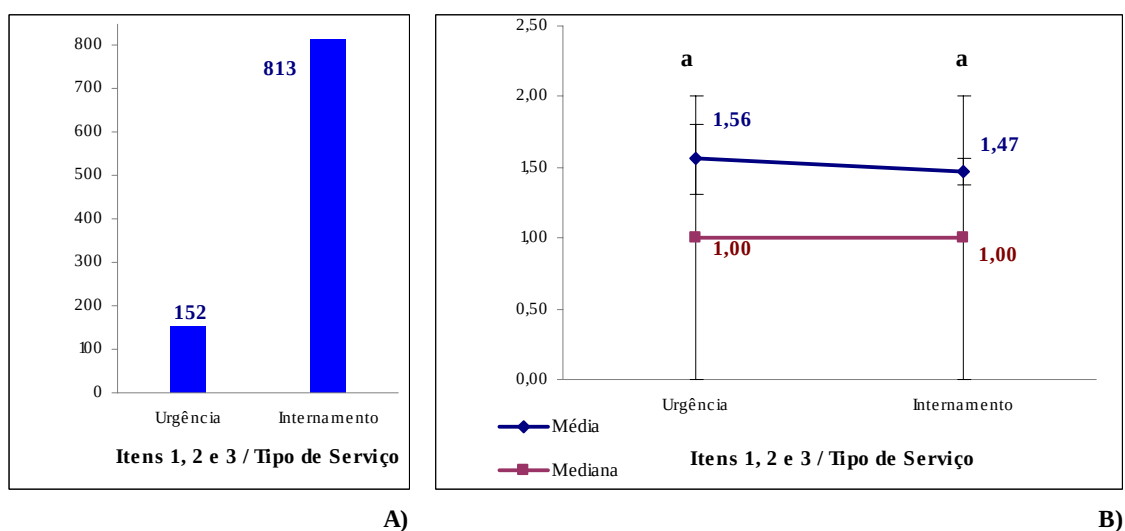
hipótese nula de não haver diferenças entre os resultados.

Gráfico 195 – AUDIT / tipo de serviço



AUDIT: questões 1, 2 e 3

Gráfico 196 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / tipo de serviço

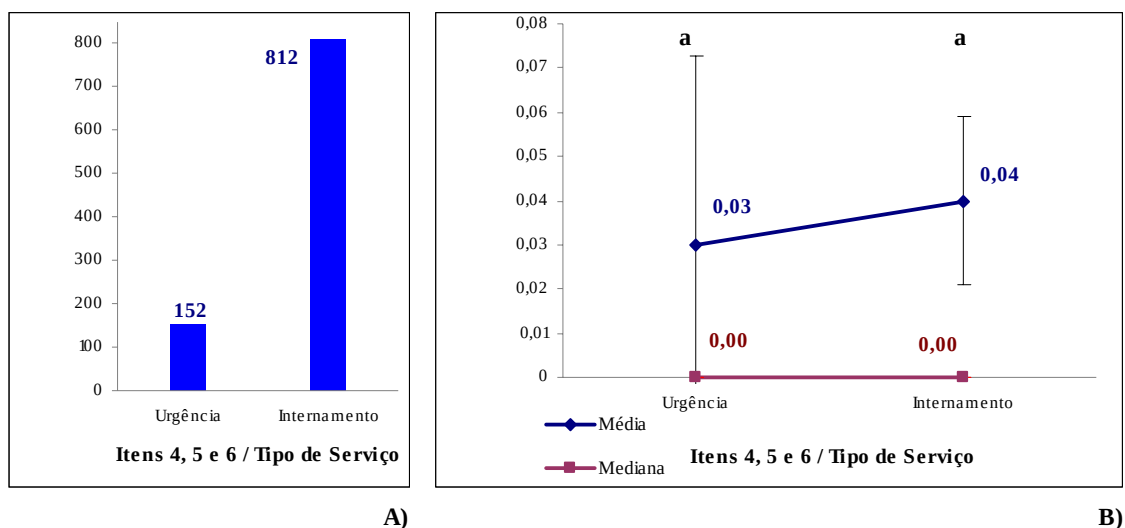


O Gráfico 196 (e Quadro 256 do Apêndice 5) dá a conhecer os valores obtidos após a aplicação do teste de Mann-Whitney aos resultados que os enfermeiros obtiveram nas

questões 1 a 3 do teste *AUDIT* e o tipo de serviço em que exercem funções. Pode concluir-se, então, que não há diferenças estatisticamente significativas entre os resultados obtidos, já que se obtém um nível de significância de $p = 0,856$.

AUDIT: questões 4, 5 e 6

Gráfico 197 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / tipo de serviço

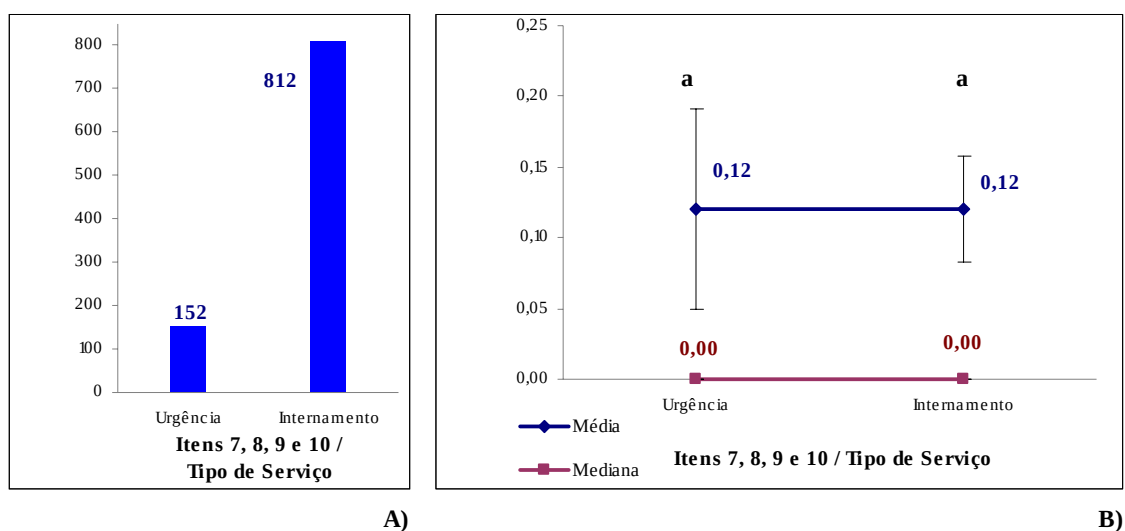


O Gráfico 197 (e Quadro 257 do Apêndice 5) mostra os valores obtidos após a aplicação do teste de Mann-Whitney aos resultados que os enfermeiros obtiveram nas questões 4 a 6 do teste *AUDIT* e a mesma variável *tipo de serviço*. Pode concluir-se, então, que não há diferenças estatisticamente significativas nos resultados encontrados ($p = 0,603$).

AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10

Os dados do Gráfico 198 (e Quadro 258 do Apêndice 5) permitem concluir, também, que os resultados que os enfermeiros obtiveram nas questões 7 a 10 do teste *AUDIT* não diferem significativamente em função do *tipo de serviço* em que exercem funções ($p = 0,900$).

Gráfico 198 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / tipo de serviço



3.3.3. AUDIT / Departamento

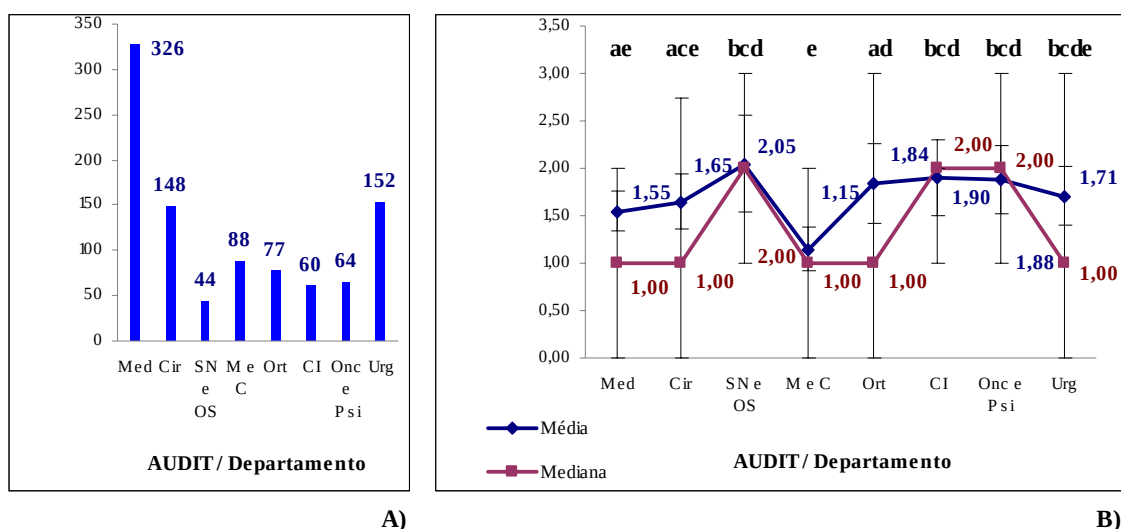
Como nota prévia, importa lembrar que nos gráficos que se prendem com dados relacionados com os *departamentos*, está a ser incluído o *serviço de urgência*. E pode ser visto no espaço que se segue se os resultados do *AUDIT* são diferentes em função desta variável.

AUDIT

Assim, pela leitura do Gráfico 199 (e Quadros 259 e 260 do Apêndice 5), que relaciona

os resultados obtidos pelos enfermeiros no *AUDIT* e o *departamento* em que exercem funções, é possível verificar que as médias encontradas não são semelhantes. Na verdade, o nível de significância ($p = 0,002$), permite rejeitar a hipótese nula, podendo assim afirmar-se haver diferenças estatisticamente significativas nas médias obtidas pelos enfermeiros no *AUDIT*, em função do *departamento* em que exercem funções. Há várias situações em que as diferenças encontradas nas médias são estatisticamente significativas, a saber: *Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos – Medicina* ($2,05 - 1,55$; $p = 0,010$) e *Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos – Mulher e Criança* ($2,05 - 1,15$; $p = 0,002$), com valores mais altos no primeiro; *Cuidados Intensivos – Medicina* ($1,90 - 1,55$; $p = 0,008$) e *Cuidados Intensivos – Mulher e Criança* ($1,90 - 1,15$; $p = 0,001$), com valores significativamente mais elevados em *Cuidados Intensivos*; *Oncologia e Psiquiatria – Medicina* ($1,88 - 1,55$; $p = 0,009$) e *Oncologia e Psiquiatria – Mulher e Criança* ($1,88 - 1,15$; $p = 0,002$), sendo que os valores mais altos se encontram nos *departamentos de Oncologia e Psiquiatria*; e entre os *departamentos de Ortopedia – Mulher e Criança* ($1,84 - 1,15$; $p = 0,021$), com valores mais elevados no *departamento de Ortopedia*.

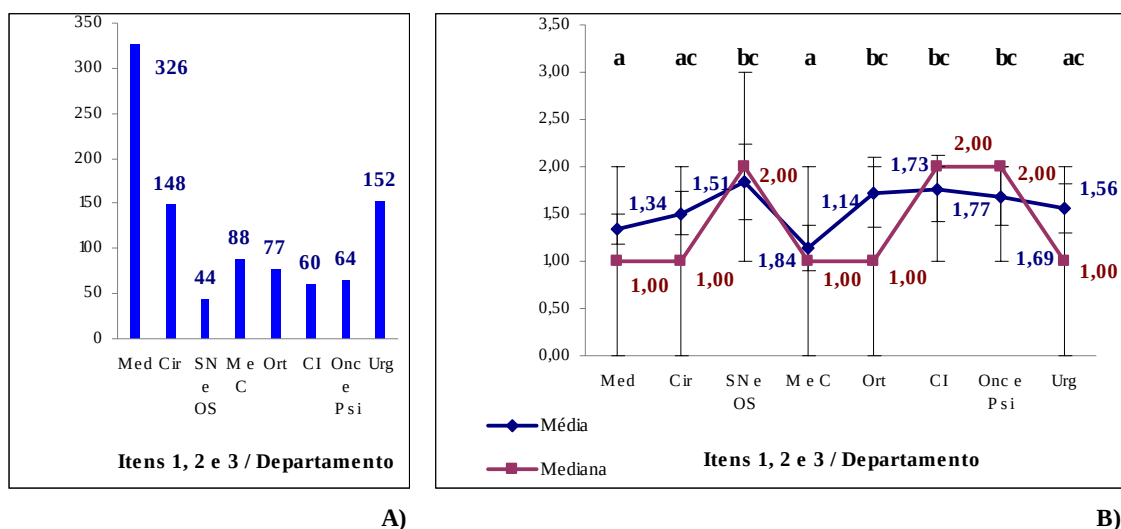
Gráfico 199 – AUDIT / departamento



AUDIT: questões 1, 2 e 3

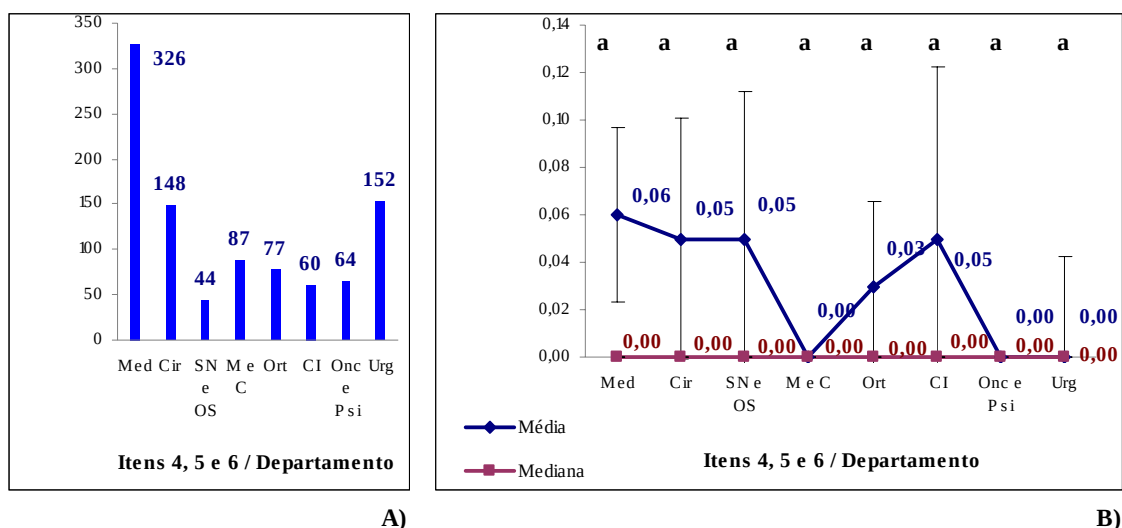
O Gráfico 200 (e Quadros 261 e 262 do Apêndice 5) relaciona os resultados obtidos pelos enfermeiros nas *questões 1 a 3 do AUDIT* e o *departamento* em que exercem funções. Através deles é possível verificar que os resultados obtidos não são semelhantes, indiciando por isso a existência de diferenças, que são estatisticamente significativas ($p = 0,002$). Conforme os dados, há varias situações em que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas, a saber: *Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos – Medicina* (1,84 – 1,34; $p = 0,006$) e *Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos – Mulher e Criança* (1,84 – 1,14; $p = 0,003$), com médias mais altas no primeiro; *Cuidados Intensivos – Medicina* (1,77 – 1,34; $p = 0,005$) e *Cuidados Intensivos – Mulher e Criança* (1,77 – 1,14; $p = 0,004$), sendo o primeiro o que apresenta médias significativamente mais altas; *Oncologia e Psiquiatria – Medicina* (1,69 – 1,34; $p = 0,008$) e *Oncologia e Psiquiatria – Mulher e Criança* (1,69 – 1,14; $p = 0,004$), com valores mais altos no primeiro *departamento*; e finalmente, nos pares *Ortopedia – Medicina* (1,73 – 1,34; $p = 0,046$) e *Ortopedia – Mulher e Criança* (1,73 – 1,14; $p = 0,029$), sendo que em ambas as situações as médias encontradas no *departamento de Ortopedia* são significativamente mais altas.

Gráfico 200 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / departamento



AUDIT: questões 4, 5 e 6

Gráfico 201 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / departamento

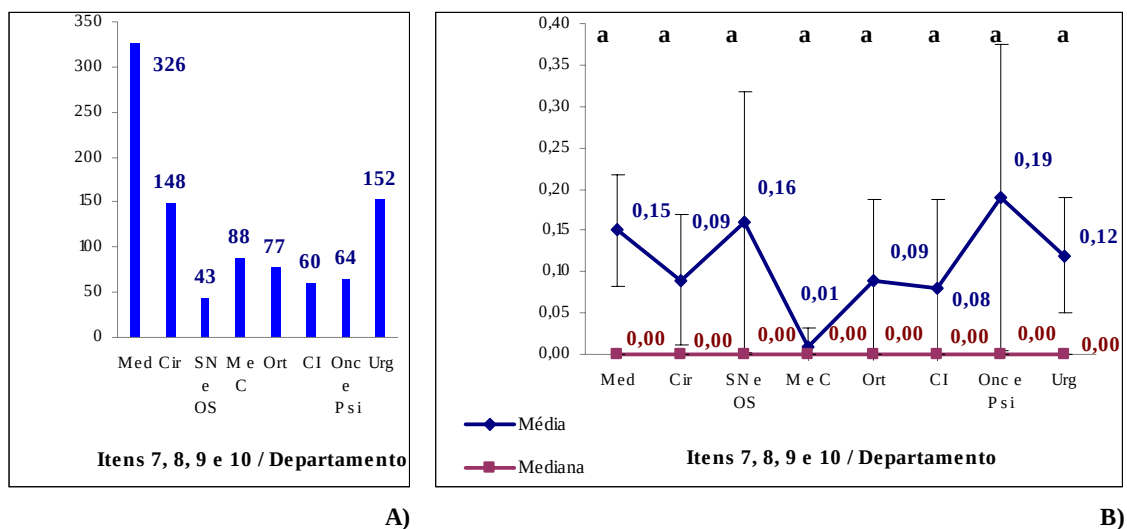


No Gráfico 201 (e Quadro 263 do Apêndice 5), que relaciona os resultados obtidos pelos enfermeiros nas questões 4 a 6 do *AUDIT* e o *departamento* em que exercem funções, é possível verificar que as diferenças entre as médias dos resultados obtidos não são estatisticamente significativas ($p = 0,482$).

AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10

No Gráfico 202 (e Quadro 264 do Apêndice 5), que cruza estatisticamente os resultados obtidos pelos enfermeiros nas questões 7 a 10 do teste *AUDIT* e a variável *departamento*, é também possível verificar que as diferenças entre as médias obtidas não são estatisticamente significativas ($p = 0,303$).

Gráfico 202 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / departamento

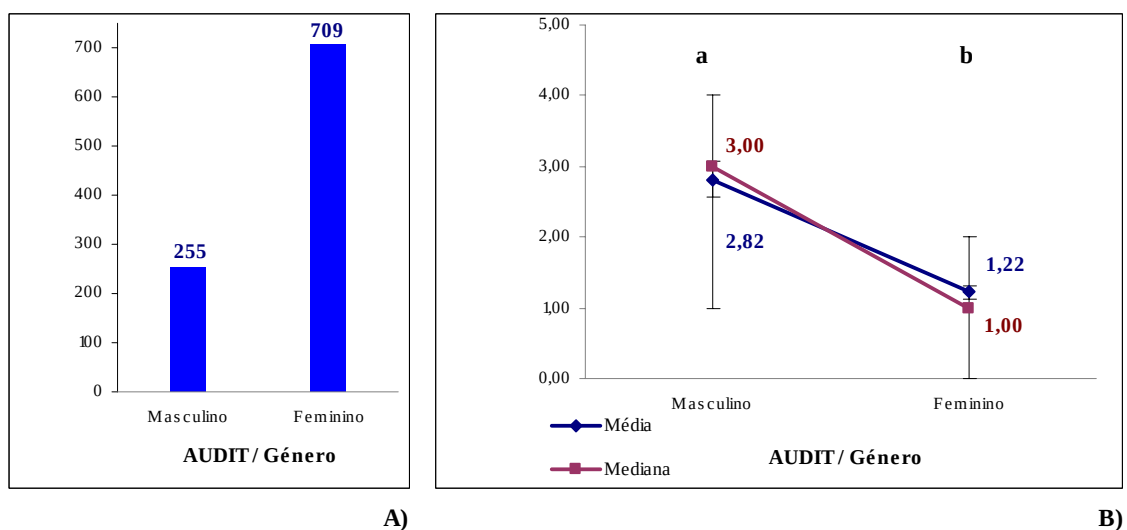


3.3.4. AUDIT / Género

A seguir, pode ler-se os resultados obtidos com o *AUDIT* e se são diferentes em função do género dos enfermeiros questionados.

AUDIT

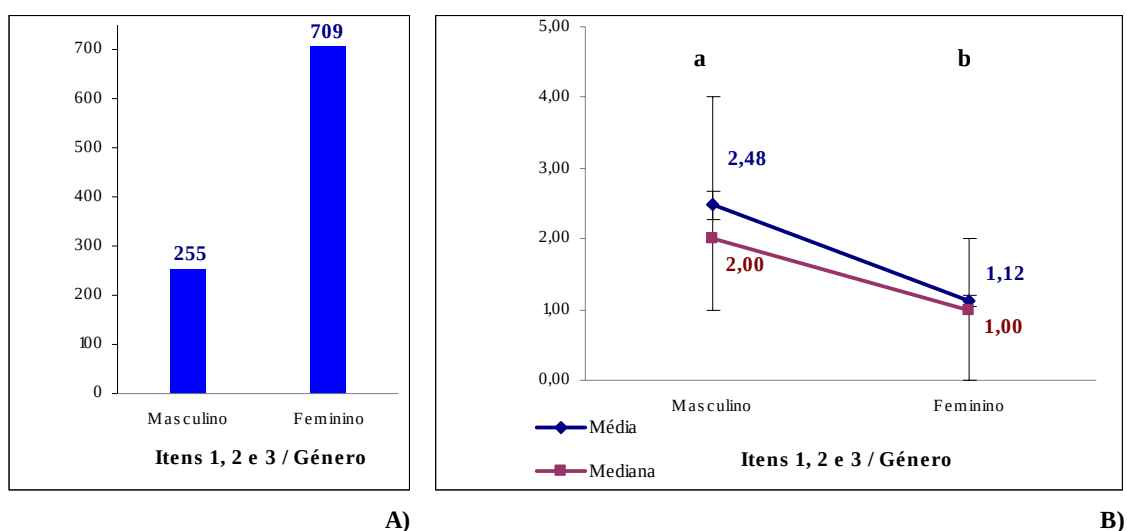
Gráfico 203 – AUDIT / género



O Gráfico 203 (e Quadro 265 do Apêndice 5) permite ler os valores obtidos com a aplicação do teste de Mann-Whitney às médias que os enfermeiros obtiveram no teste *AUDIT* e o *género*. Verifica-se, assim, que há diferenças estatisticamente significativas nas médias obtidas, já que se obtém um nível de significância de $p = 0,000$, e que são maiores nos *enfermeiros* (2,82 – 1,22).

AUDIT: questões 1, 2 e 3

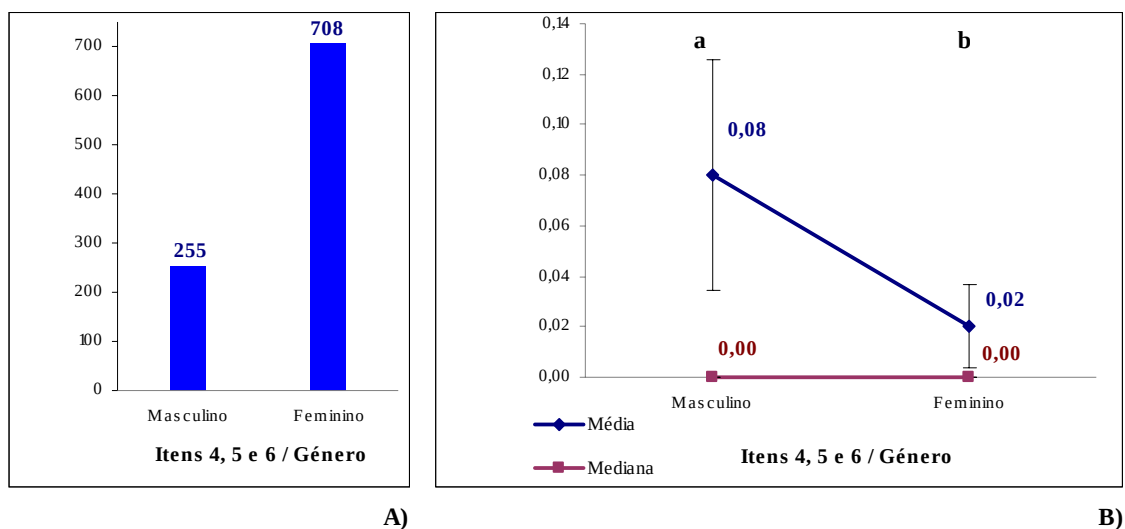
Gráfico 204 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / género



No Gráfico 204 (e Quadro 266 do Apêndice 5) é possível verificar quais as médias dos resultados encontrados nas *questões 1, 2 e 3 do teste AUDIT*, e o resultado do seu cruzamento com a variável *género*. Verifica-se, assim, que há diferenças estatisticamente significativas, sendo as médias mais altas encontradas entre os *enfermeiros* (2,48 – 1,12; $p = 0,000$).

AUDIT: questões 4, 5 e 6

Gráfico 205 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / género

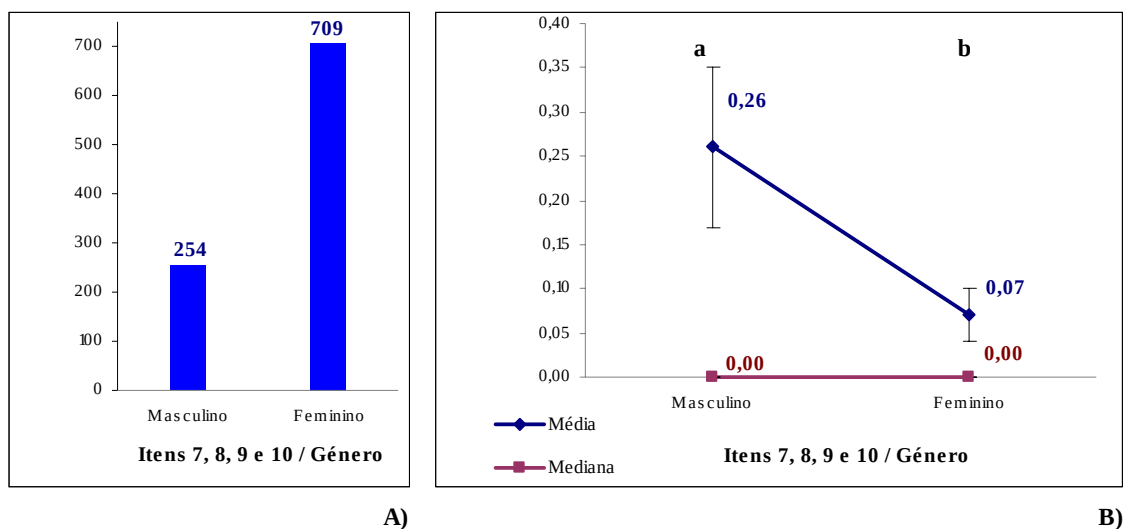


O Gráfico 205 (e Quadro 267 do Apêndice 5) permite ler quais as médias que os enfermeiros obtiveram nas *questões 4, 5 e 6 do teste AUDIT*, e o resultado do seu cruzamento com a variável *género*. Verifica-se, assim, que há diferenças estatisticamente significativas, já que se obtém um nível de significância de $p = 0,000$, com as médias mais altas a serem encontradas entre os *enfermeiros* (0,08 – 0,02).

AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10

A aplicação do teste de Mann-Whitney aos resultados obtidos pelos enfermeiros nas *questões 7 a 10 do teste AUDIT* em função do seu *género* produz os resultados que se encontram no Gráfico 206 (e Quadro 268 do Apêndice 5). Assim, verifica-se que existe diferença estatisticamente significativa entre esses resultados, sendo mais uma vez os *enfermeiros* que apresentam resultados mais altos (0,26 – 0,07; $p = 0,000$).

Gráfico 206 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / género



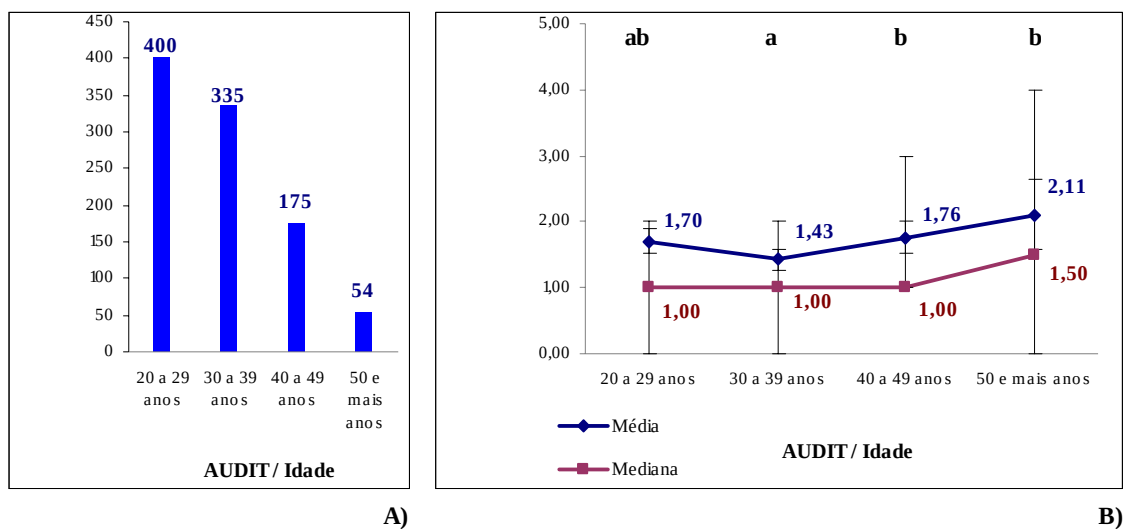
3.3.5. AUDIT / Idade

A propósito dos resultados no *AUDIT* e do modo como eles diferem ou não em função da *idade*, veja-se os gráficos que se seguem (e quadros em Apêndice).

AUDIT

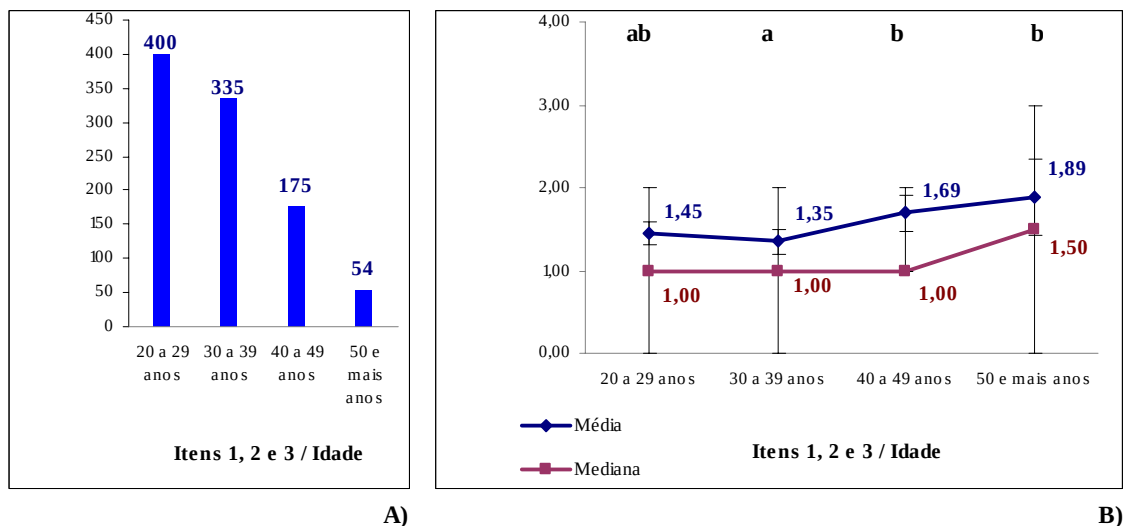
O Gráfico 207 (e Quadros 269 e 270 do Apêndice 5) mostra que se pode considerar existirem diferenças estatisticamente significativas quando se estuda de modo concomitante os resultados obtidos pelos enfermeiros no teste *AUDIT* e a sua *idade*. Na verdade, o teste de Kruskal-Wallis apresenta um valor de $p = 0,033$, recusando-se a hipótese nula de não-existência de diferenças entre os resultados. A aplicação do teste de Mann-Whitney permite que se conclua que há diferenças estatisticamente significativas entre as médias quando se estuda os grupos etários *30 a 39 anos* em relação ao grupo *40 a 49 anos* ($1,43 - 1,76$; $p = 0,014$) e em relação ao grupo *mais de 50 anos* ($1,43 - 2,11$; $p = 0,029$), com valores de média significativamente inferiores em ambos os casos.

Gráfico 207 – AUDIT / idade



AUDIT: questões 1, 2 e 3

Gráfico 208 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / idade

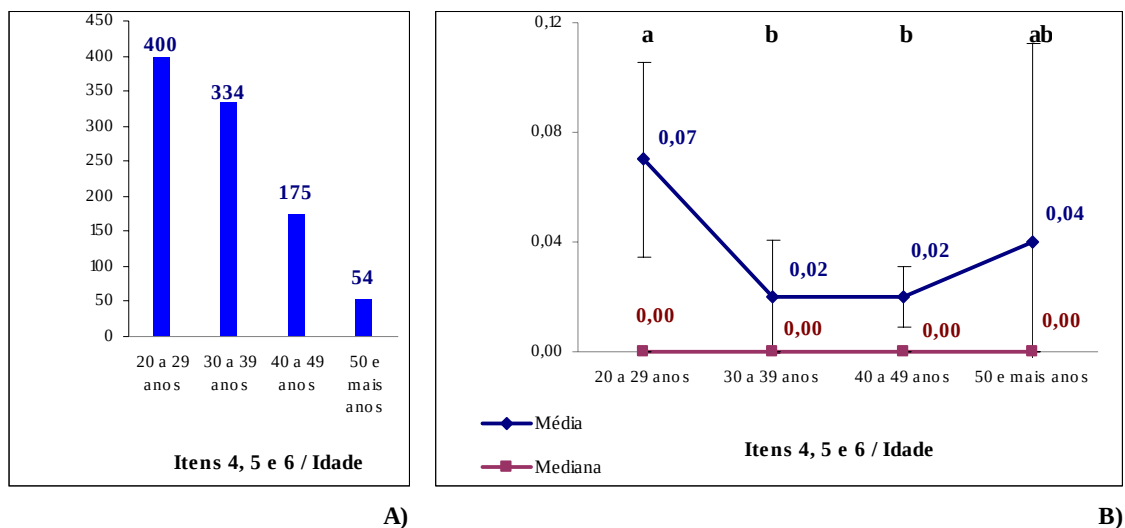


O Gráfico 208 (e Quadros 271 e 272 do Apêndice 5) permite verificar que se pode considerar existirem diferenças estatisticamente significativas quando se estuda os resultados obtidos pelos enfermeiros nas *questões 1, 2 e 3 do teste AUDIT* e a sua *idade* ($p = 0,024$). A aplicação do teste de Mann-Whitney permite que se conclua que há diferenças quando se estuda os grupos etários *30 a 39 anos* em relação ao grupo *40 a 49*

anos (1,35 – 1,69; $p = 0,009$) e em relação ao grupo *mais de 50 anos* (1,35 – 1,89; $p = 0,043$), sendo que o primeiro grupo etário apresenta, em qualquer um dos casos, valores de média significativamente inferiores.

AUDIT: questões 4, 5 e 6

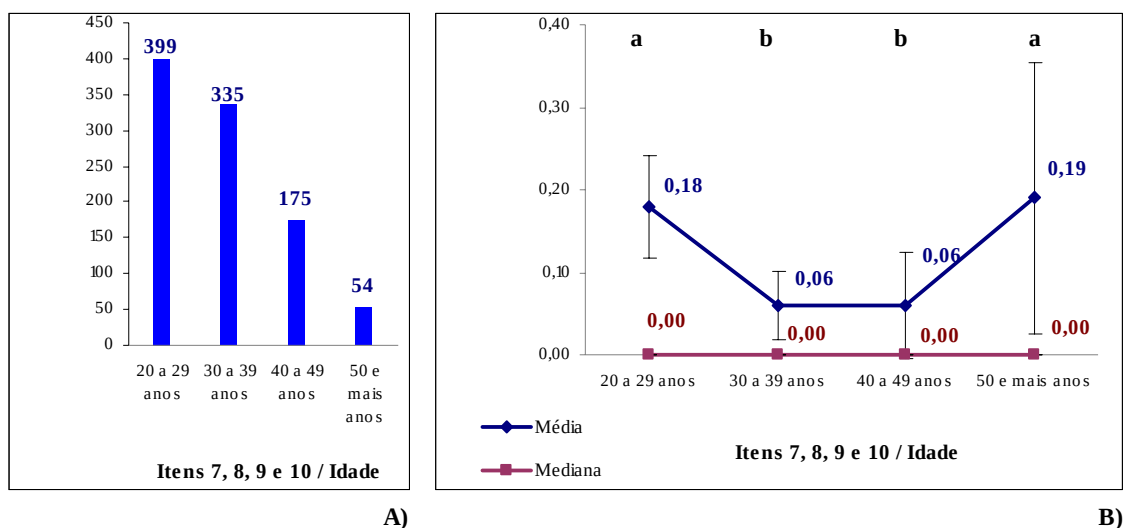
Gráfico 209 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / idade



O Gráfico 209 (e Quadros 273 e 274 do Apêndice 5) mostra também poder considerar-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre os resultados obtidos pelos enfermeiros nas *questões 4, 5 e 6 do teste AUDIT* e a sua *idade*. O teste de Kruskal-Wallis resulta num valor de $p = 0,016$. Essas diferenças assentam nas diferenças entre as médias dos grupos etários *20 a 29 anos* em relação aos grupos etários *30 a 39 anos* ($0,07 - 0,02$; $p = 0,020$) e *40 a 49 anos* ($0,07 - 0,02$; $p = 0,015$), em ambos os casos com os valores da média significativamente mais altos a serem encontrados entre o primeiro grupo etário.

AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10

Gráfico 210 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / idade



No que se refere aos resultados obtidos pelos enfermeiros nas *questões 7 a 10 do teste AUDIT* em função da variável independente *idade*, verifica-se, conforme o Gráfico 210 (e Quadros 275 e 276 do Apêndice 5) que há diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,000$), de modo particular quando se estuda o grupo etário *20 a 29 anos* em relação com os grupos *30 a 39 anos* ($0,18 - 0,06$; $p = 0,000$) e *40 a 49 anos* ($0,18 - 0,06$; $p = 0,001$) com valores mais altos no primeiro; o mesmo acontece no cruzamento entre os grupos etários *30 a 39 anos* e *mais de 50 anos* ($0,06 - 0,19$; $p = 0,038$), com o segundo a ter valores médios significativamente mais altos; e finalmente, também é estatisticamente significativa a diferença entre as médias obtidas pelos enfermeiros com idades entre *40 e 49 anos* e os que têm *mais de 50 anos* ($0,06 - 0,19$; $p = 0,023$), com valores mais altos entre os últimos.

3.3.6. AUDIT / Estado Civil

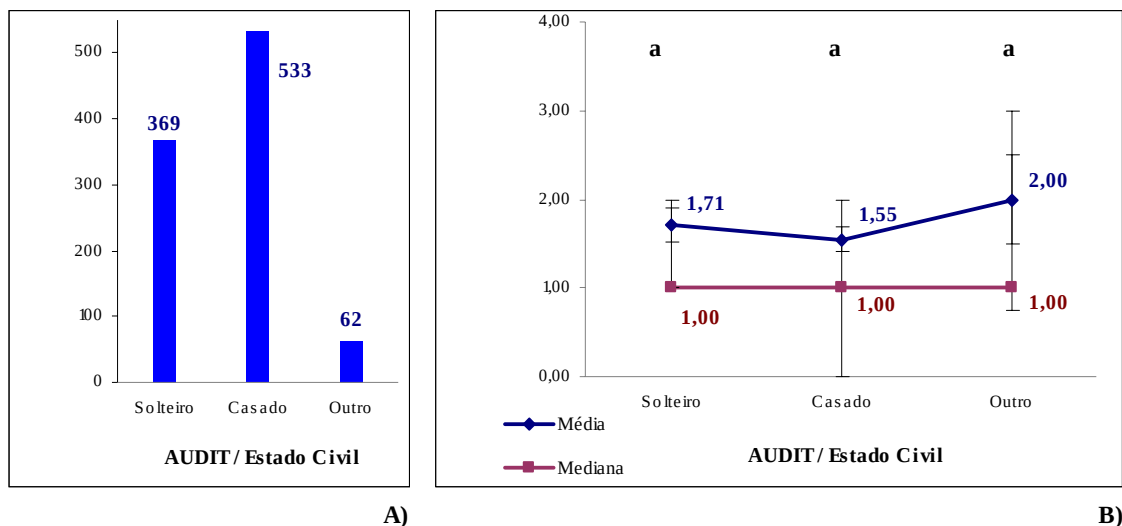
Veja-se a seguir se os resultados obtidos com o teste *AUDIT* diferem em função da

variável *estado civil*.

AUDIT

No Gráfico 211 (e Quadro 277 do Apêndice 5) é possível verificar o resultado do estudo das diferenças entre os resultados obtidos pelos enfermeiros no *teste AUDIT* conforme o seu *estado civil*. Pode concluir-se, ao obter-se com o teste de Kruskal-Wallis um valor de $p = 0,221$, que não há diferenças significativas, ou seja, que os resultados obtidos no teste *AUDIT* não diferem de modo estatisticamente significativo conforme o *estado civil* (solteiro, casado ou outro) dos enfermeiros.

Gráfico 211 – AUDIT / estado civil

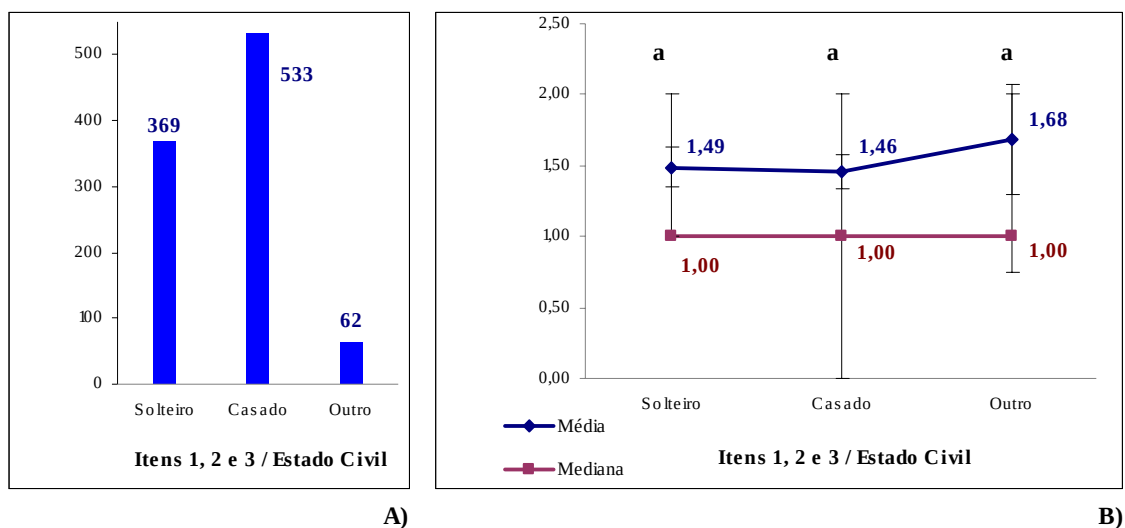


AUDIT: questões 1, 2 e 3

O Gráfico 212 (e Quadro 278 do Apêndice 5) permite verificar os resultados obtidos pelos enfermeiros nas *questões 1, 2 e 3 do teste AUDIT*, conforme o seu *estado civil*. Pode concluir-se, ao obter-se com o teste de Kruskal-Wallis um valor de $p = 0,476$, que

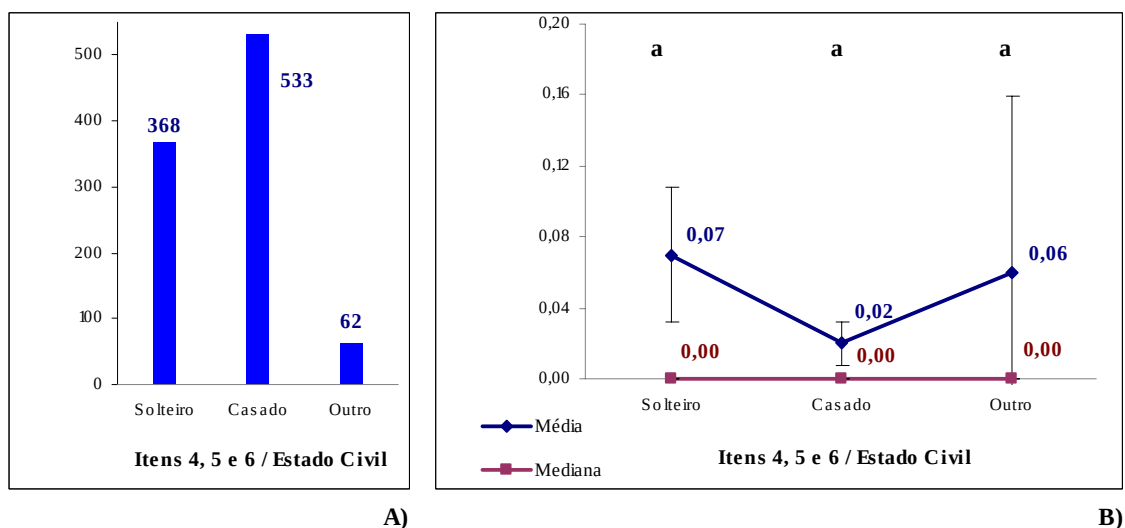
não há diferenças significativas.

Gráfico 212 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / estado civil



AUDIT: questões 4, 5 e 6

Gráfico 213 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / estado civil



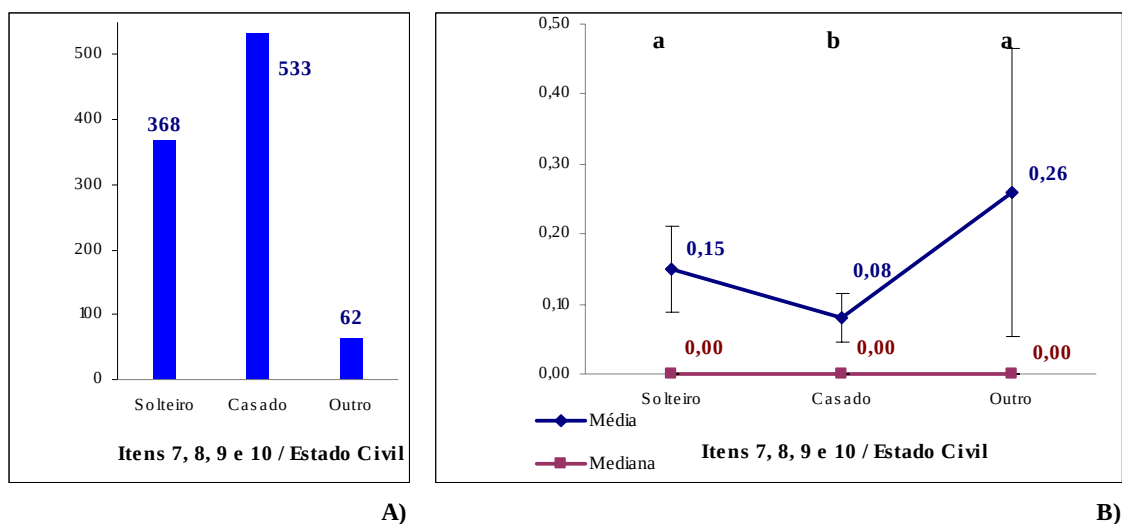
O mesmo se passa com os resultados das *questões 4, 5 e 6 do teste AUDIT* conforme o *estado civil* dos enfermeiros. Pode concluir-se, ao obter-se com o teste de Kruskal-Wallis um valor de $p = 0,053$, que não há diferenças significativas, conforme o Gráfico

213 (e Quadro 279 do Apêndice 5)

AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10

Contrariamente, quando comparados os resultados obtidos pelos enfermeiros nas *questões 7 a 10 do teste AUDIT* em função do *estado civil*, como se pode ler no Gráfico 214 (e Quadros 280 e 281 do Apêndice 5), verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,011$). As diferenças evidenciadas devem-se à existência de diferenças estatisticamente significativas entre os *solteiros* e os *casados* ($0,15 - 0,08$; $p = 0,011$) e entre os *casados* e os que têm *outro estado civil* ($0,08 - 0,26$; $p = 0,016$), sempre com os *casados* a obterem valores médios significativamente mais baixos.

Gráfico 214 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / estado civil



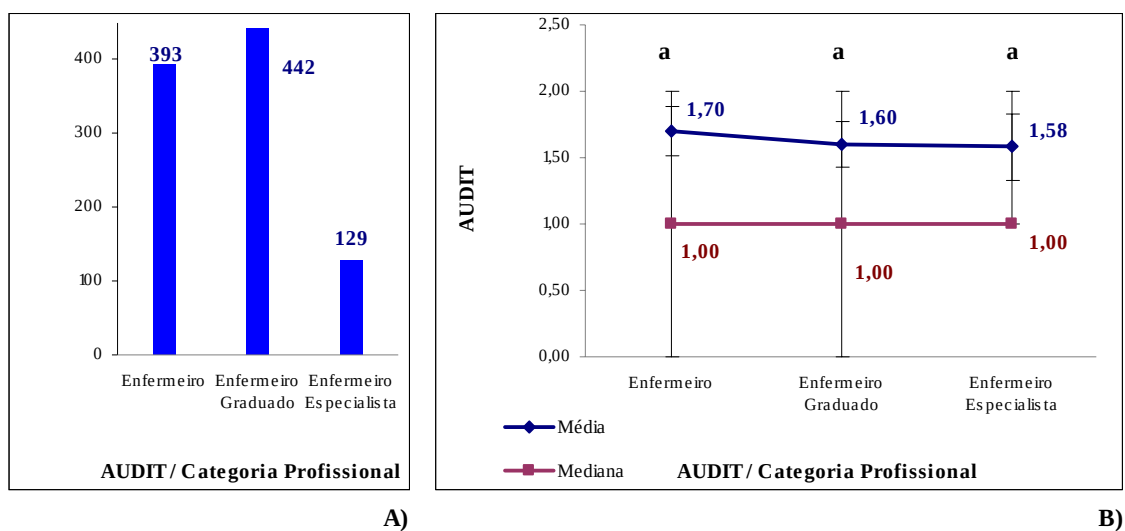
3.3.7. AUDIT / Categoria Profissional

O estudo das *categorias profissionais* e do modo como elas tornam ou não diferentes os resultados do teste *AUDIT* apresentam-se a seguir.

AUDIT

Considerados os resultados obtidos pelos enfermeiros no teste *AUDIT* e a sua *categoria profissional*, e aplicado o teste de Kruskal-Wallis, verifica-se que não se encontram diferenças estatisticamente significativas, conforme o Gráfico 215 (e Quadro 282 do Apêndice 5). Na verdade, o valor de $p = 0,647$ permite aceitar a hipótese nula que afirma que não há neste cruzamento diferenças estatisticamente significativas.

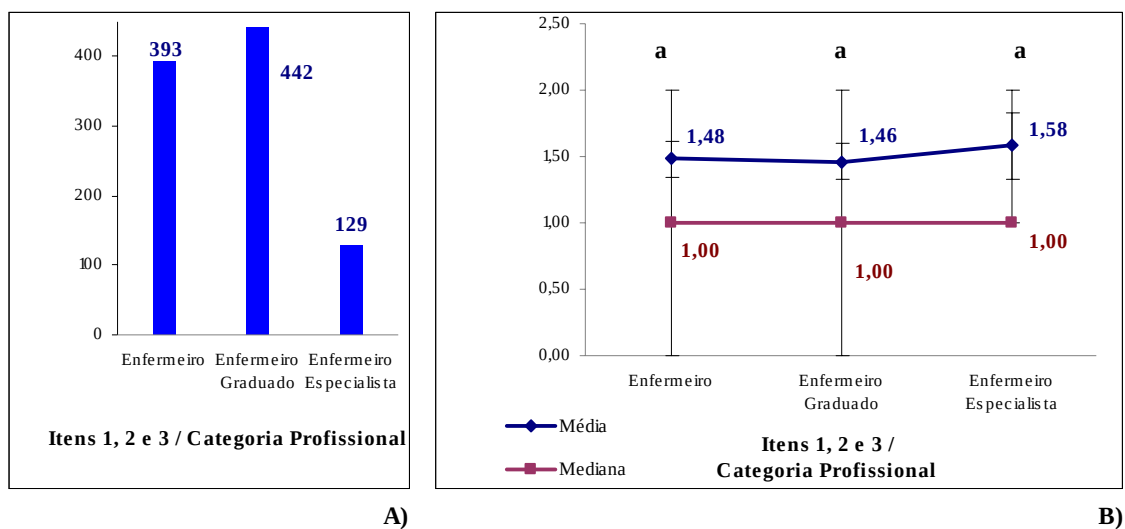
Gráfico 215 – AUDIT / categoria profissional



AUDIT: questões 1, 2 e 3

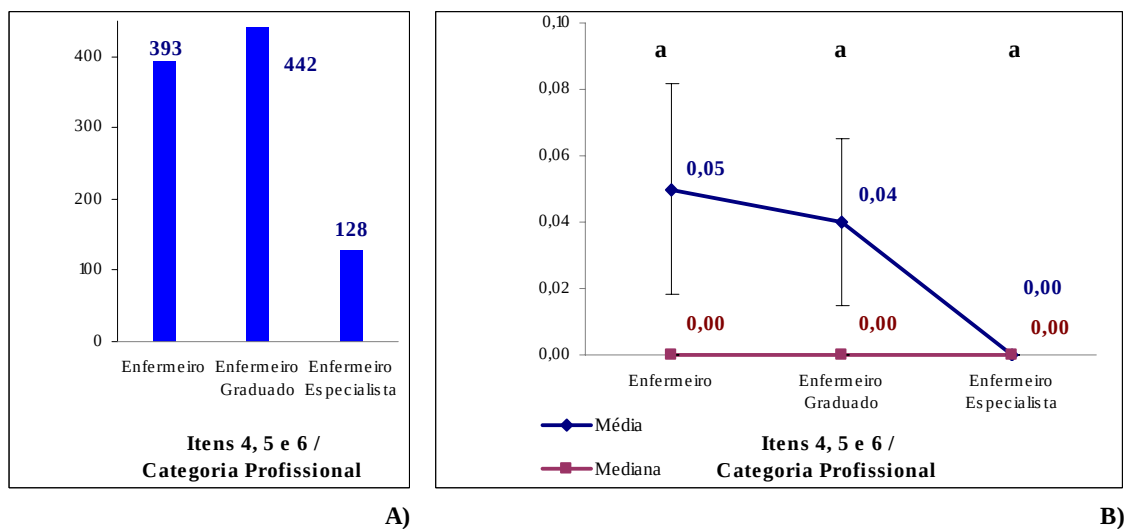
Também da aplicação do teste de Kruskal-Wallis considerados os resultados obtidos pelos enfermeiros nas *três primeiras questões do teste AUDIT* e a sua *categoria profissional*, conforme leitura do Gráfico 216 (e Quadro 283 do Apêndice 5), não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,551$)

Gráfico 216 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / categoria profissional



AUDIT: questões 4, 5 e 6

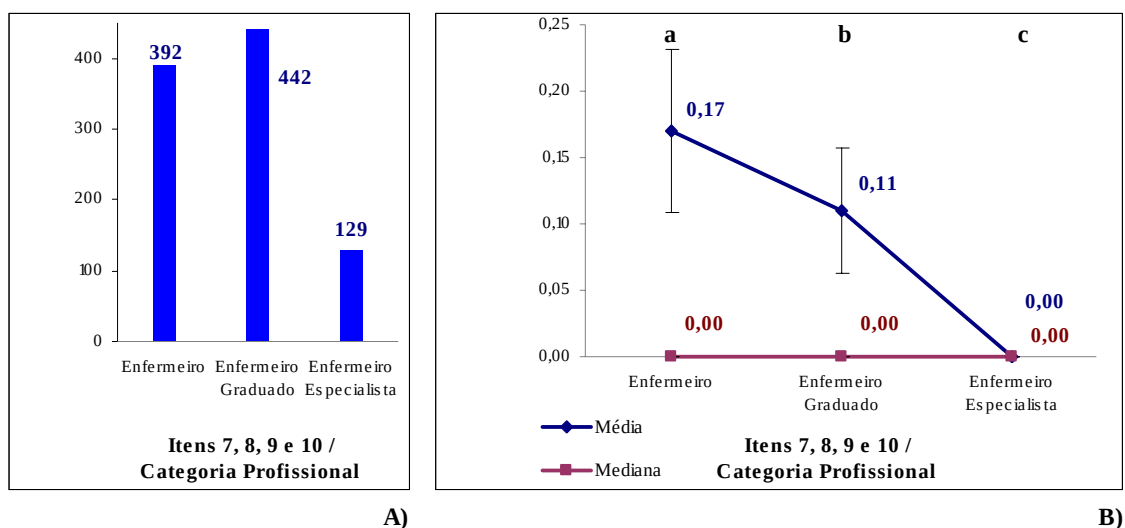
Gráfico 217 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / categoria profissional



Considerados os resultados obtidos pelos enfermeiros nas *questões 4, 5 e 6 do teste AUDIT* e a sua *categoria profissional*, com se pode ler no Gráfico 217 (e Quadro 284 do Apêndice 5), também não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,053$).

AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10

Gráfico 218 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / categoria profissional

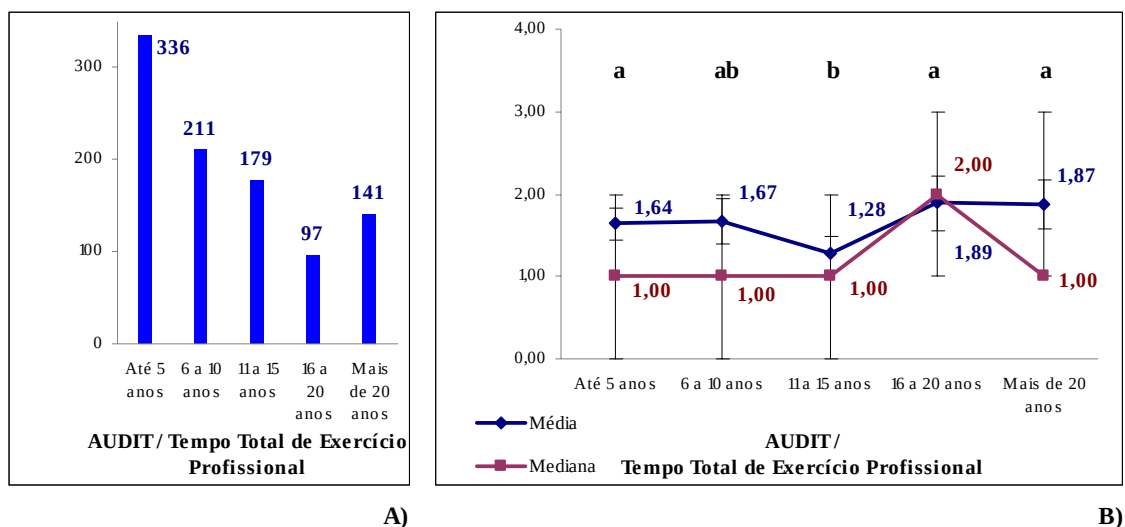


O mesmo não se passa, contudo, e conforme se pode ler no Gráfico 218 (e Quadros 285 e 286 do Apêndice 5), ao considerar-se os resultados encontrados nas respostas às questões 7 a 10 do teste *AUDIT* em função da variável *categoria profissional* ($p = 0,000$). Realizado o teste de Mann-Whitney a cada um dos pares formados pelas três categorias profissionais consideradas neste estudo, os resultados permitem concluir que há diferenças estatisticamente significativas quando se estuda qualquer dos pares: *enfermeiro – enfermeiro graduado* (0,17 – 0,11; $p = 0,030$) e *enfermeiro – enfermeiro especialista* (0,17 – 0,00; $p = 0,000$), com valores médios mais altos entre os primeiros; e *enfermeiro graduado – enfermeiro especialista* (0,11 – 0,00; $p = 0,007$), com valores médios significativamente mais altos também entre os primeiros.

3.3.8. AUDIT / Tempo de Exercício Profissional

Quanto ao *tempo de exercício profissional* e o modo com torna diferentes os resultados do *AUDIT*, veja-se os gráficos que seguem.

Gráfico 219 – AUDIT / tempo de exercício profissional



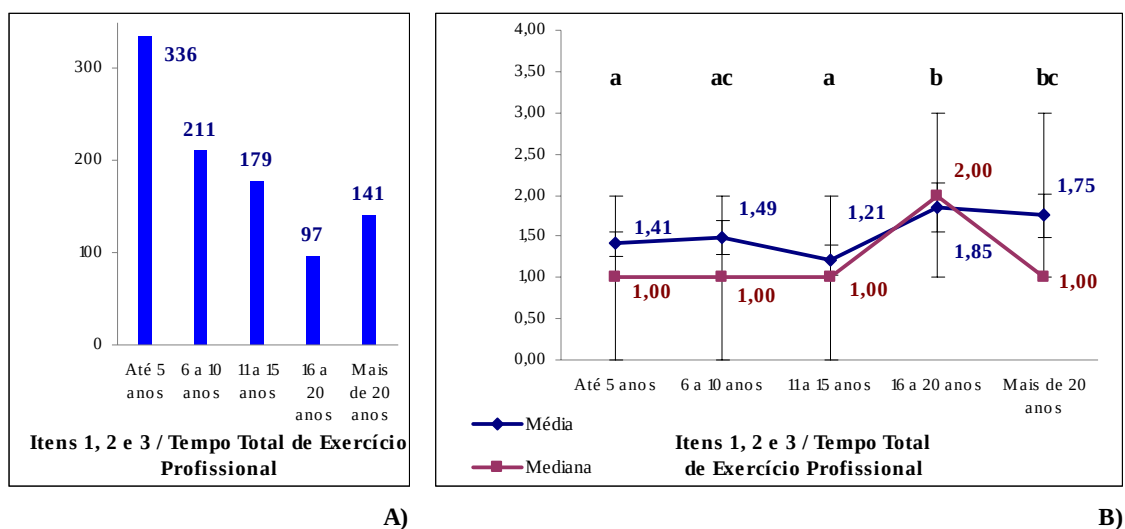
O Gráfico 219 (e Quadros 287 e 288 do Apêndice 5) mostra a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos resultados obtidos pelos enfermeiros no teste *AUDIT* e o *tempo de exercício profissional*, já que se encontra um valor de $p = 0,006$. Face a estes resultados, e com a utilização do teste de Mann-Whitney agora consideradas as classes de *tempo de exercício profissional* duas a duas, verifica-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos *até 5 anos* e *11 a 15 anos* de exercício profissional (1,64 – 1,28; $p = 0,043$), com valores mais altos no primeiro; e entre o grupo *11 a 15* e os grupos *16 a 20 anos* (1,28 – 1,89; $p = 0,001$) e *mais de 20 anos* de exercício profissional (1,28 – 1,87; $p = 0,002$), com valores médios sempre significativamente menores entre o primeiro grupo mencionado.

AUDIT: questões 1, 2 e 3

Também da aplicação do teste de Kruskal-Wallis considerados os resultados obtidos pelos enfermeiros nas *três primeiras questões do teste AUDIT* e o seu *tempo de exercício profissional*, conforme o Gráfico 220 (e Quadros 289 e 290 do Apêndice 5), encontram-se diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,001$). Essas diferenças

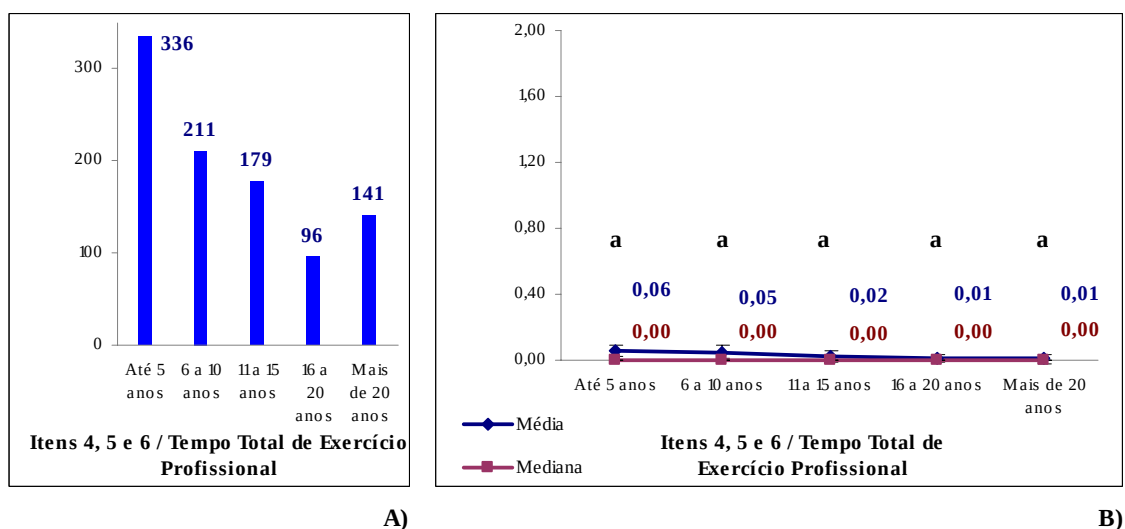
aparecem entre os pares *até 5 anos – 16 a 20 anos* ($1,41 - 1,85$; $p = 0,012$), *até 5 anos – mais de 20 anos* ($1,41 - 1,75$; $p = 0,034$), *6 a 10 anos – 16 a 20 anos* ($1,49 - 1,85$; $p = 0,026$), *11 a 15 anos – 16 a 20 anos* ($1,21 - 1,85$; $p = 0,001$) e *11 a 15 anos – mais de 20 anos* ($1,21 - 1,75$; $p = 0,001$).

Gráfico 220 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / tempo de exercício profissional



AUDIT: questões 4, 5 e 6

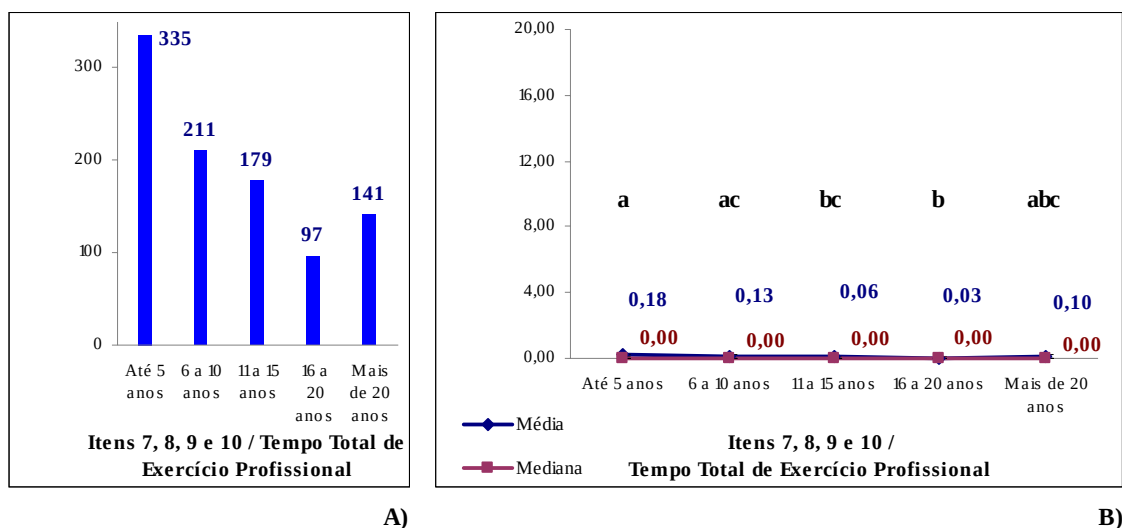
Gráfico 221 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / tempo de exercício profissional



Por outro lado, o teste de Kruskal-Wallis mostra, como se vê no Gráfico 221 (e Quadro 291 do Apêndice 5), não existirem diferenças estatisticamente significativas entre as médias das classificações obtidas pelos enfermeiros nas questões 4, 5 e 6 do teste *AUDIT* e o tempo de exercício profissional, já que se encontra um valor de $p = 0,088$.

AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10

Gráfico 222 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / tempo de exercício profissional



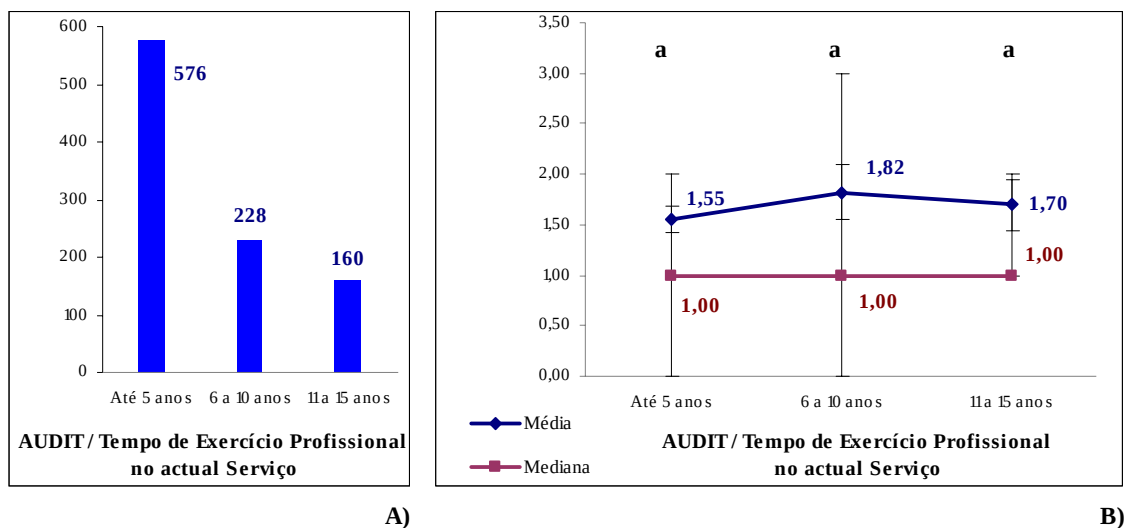
Da realização do teste de Kruskal-Wallis, considerando os resultados obtidos pelos enfermeiros nas questões 7 a 10 do teste *AUDIT* e o tempo de exercício profissional e conforme o Gráfico 222 (e Quadros 292 e 293 do Apêndice 5), conclui-se da existência de diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,003$). Os pares responsáveis pelas diferenças anteriormente assinaladas (teste de Mann-Whitney) são o grupo *até 5 anos* e os grupos *11 a 15 anos* (0,18 – 0,06; $p = 0,004$) e *16 a 20 anos* de exercício profissional (0,18 – 0,03; $p = 0,005$), com valores mais altos entre o primeiro, e *6 a 10* e *16 a 20* anos de exercício (0,13 – 0,03; $p = 0,027$), com valores significativamente mais baixos entre o primeiro grupo mencionado.

3.3.9. AUDIT / Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço

Também foi estudada a eventual influência do *tempo de exercício profissional no actual serviço* nos resultados obtidos com o *AUDIT*, fazendo com que estes sejam diferentes em função daquela variável.

AUDIT

Gráfico 223 – AUDIT / tempo de exercício profissional no actual serviço

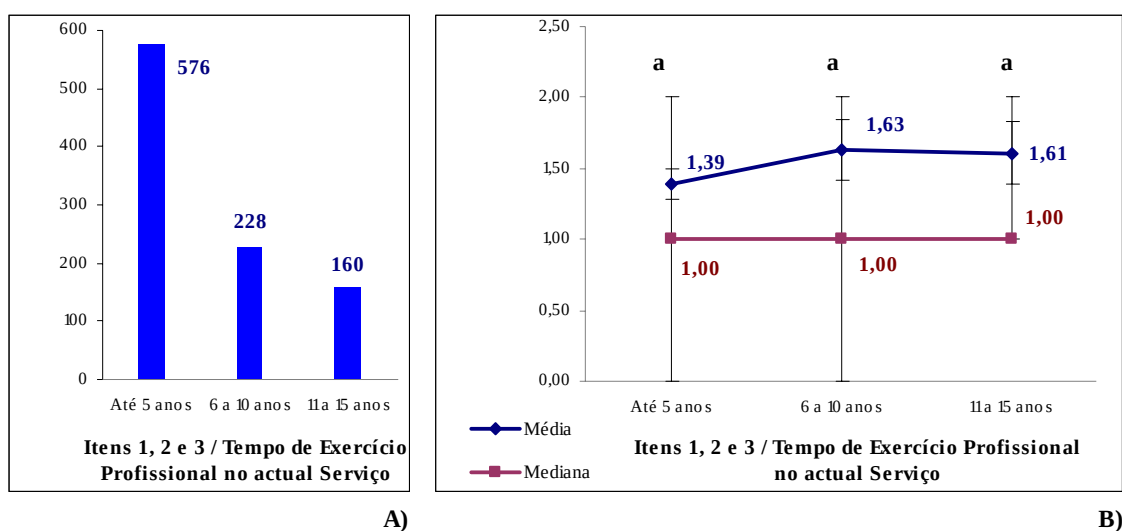


Do gráfico 223 (e Quadro 294 do Apêndice 5), que apresenta os resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis para estudo das diferenças entre os resultados obtidos pelos enfermeiros no teste *AUDIT* conforme o seu *tempo de exercício profissional no actual serviço*, pode concluir-se que não há diferenças significativas ($p = 0,286$).

AUDIT: questões 1, 2 e 3

Do Gráfico 224 (e Quadro 295 do Apêndice 5), que apresenta os resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis para estudo das diferenças entre as médias obtidas pelos enfermeiros nas *questões 1, 2 e 3 do teste AUDIT* conforme o seu *tempo de exercício profissional no actual serviço*, pode concluir-se também não existirem diferenças significativas ($p = 0,166$).

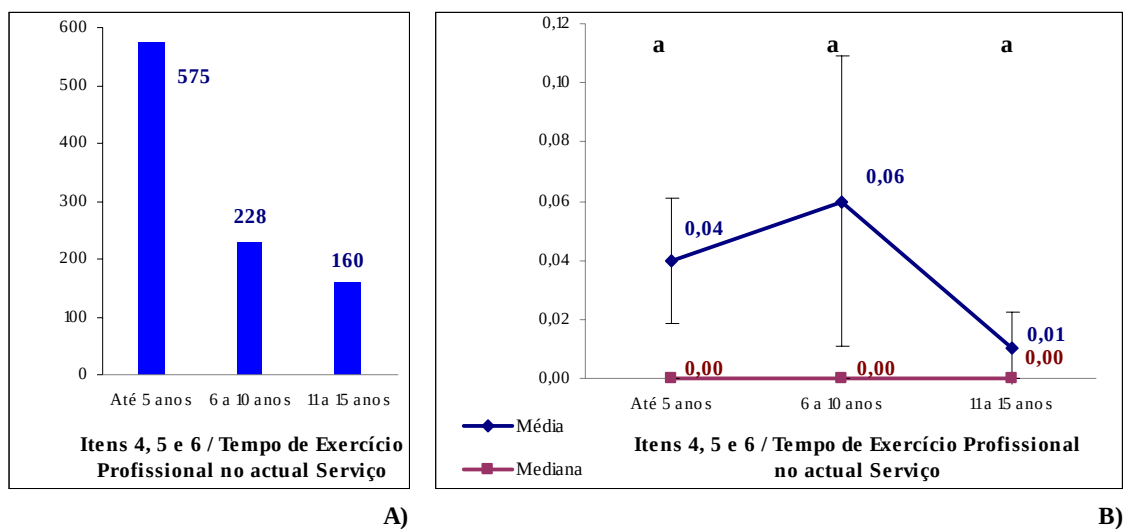
Gráfico 224 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / tempo de exercício profissional no actual serviço



AUDIT: questões 4, 5 e 6

Do mesmo modo, o Gráfico 225 (e Quadro 296 do Apêndice 5) permite verificar que, estudadas as diferenças entre os resultados obtidos pelos enfermeiros nas *questões 4, 5 e 6 do teste AUDIT* conforme o seu *tempo de exercício profissional no actual serviço*, estas não se apresentam como estatisticamente significativas ($p = 0,213$).

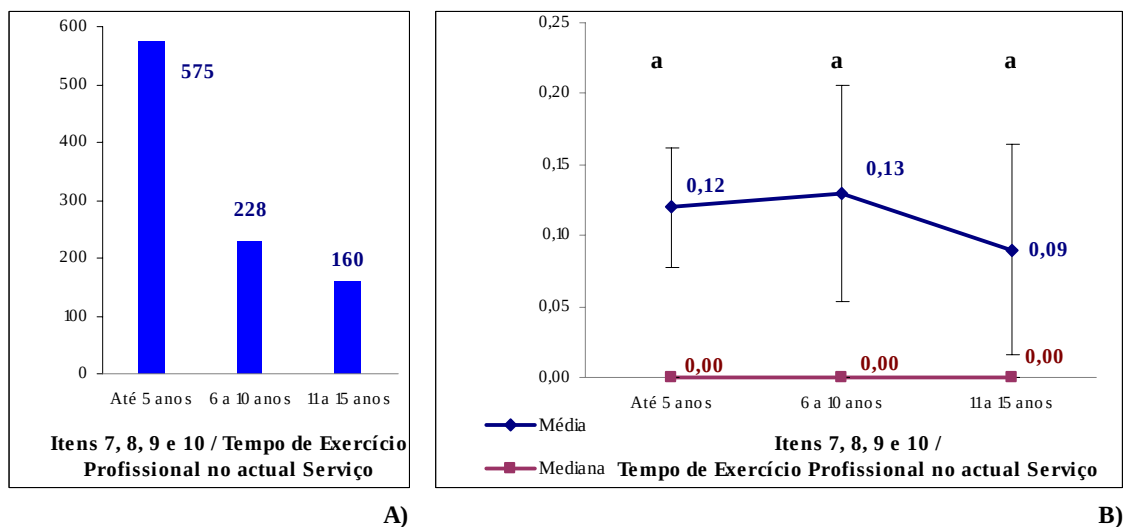
Gráfico 225 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / tempo de exercício profissional no actual serviço



AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10

No Gráfico 226 (e Quadro 297 do Apêndice 5) verifica-se ainda que as diferenças entre as médias dos resultados obtidos pelos enfermeiros nas *questões 7, 8, 9 e 10 do teste AUDIT* conforme o seu *tempo de exercício profissional no actual serviço* também não são estatisticamente significativas ($p = 0,271$).

Gráfico 226 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / tempo de exercício profissional no actual serviço



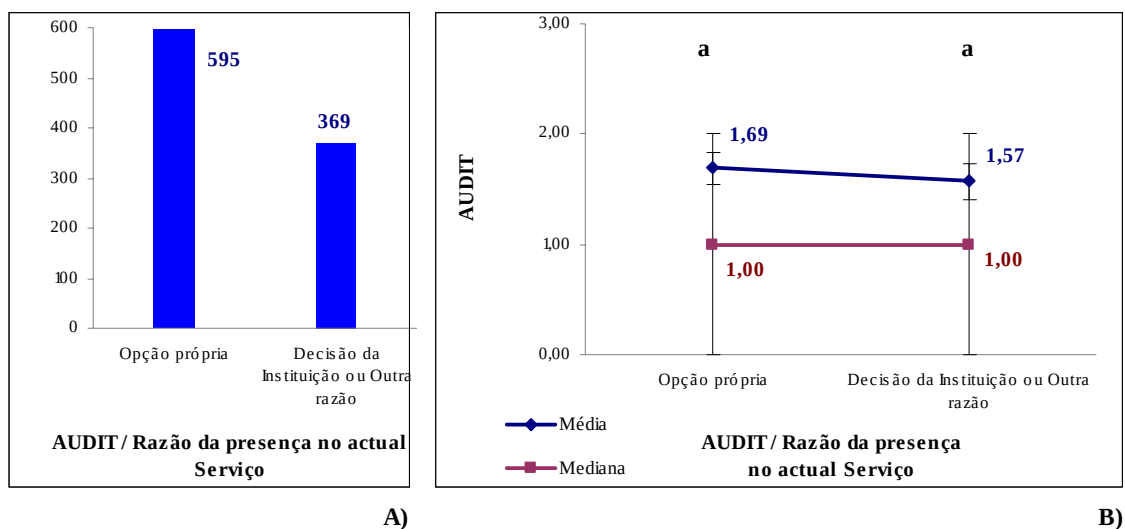
3.3.10. AUDIT / Razões do exercício no actual Serviço

Segue-se a apresentação dos dados referentes ao modo como a *razão da presença no actual serviço* torna ou não diferentes os resultados obtidos pelos enfermeiros questionados no teste *AUDIT*.

AUDIT

O Gráfico 227 (e Quadro 298 do Apêndice 5) mostra ser de aceitar a hipótese nula de não haver diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos pelos enfermeiros no teste *AUDIT*, tendo em conta a *razão do exercício no actual serviço* ($p = 0,286$), consideradas as situações *opção própria* e *decisão da instituição ou outra razão*.

Gráfico 227 – AUDIT / razão do exercício no actual serviço

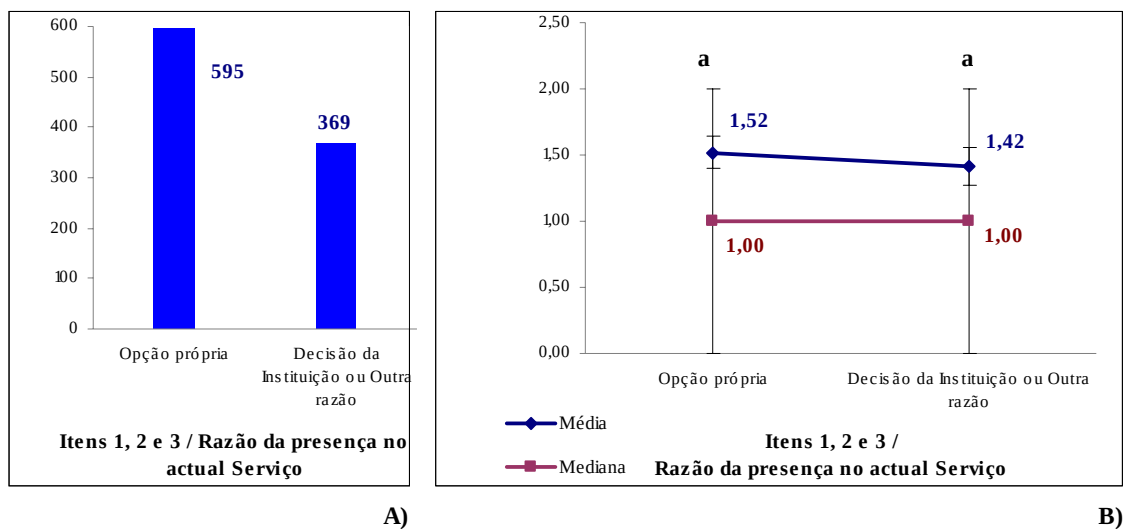


AUDIT: questões 1, 2 e 3

Do mesmo modo, o Gráfico 228 (e Quadro 299 do Apêndice 5) aponta para a não

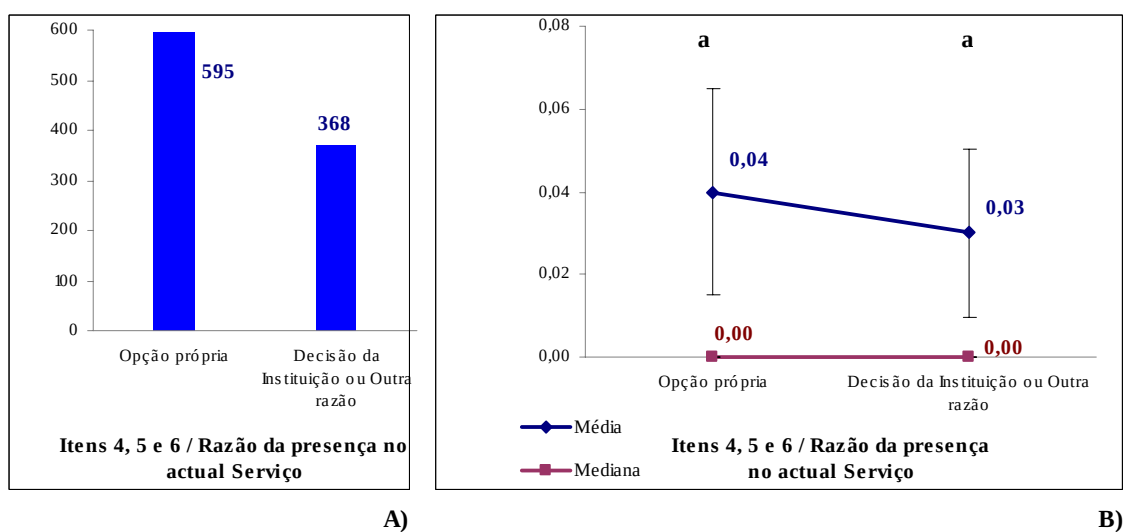
existência de diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos pelos enfermeiros nas *três primeiras questões do teste AUDIT*, tendo em conta ainda a *razão do exercício no actual serviço* ($p = 0,248$).

Gráfico 228 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / razão do exercício no actual serviço



AUDIT: questões 4, 5 e 6

Gráfico 229 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / razão do exercício no actual serviço

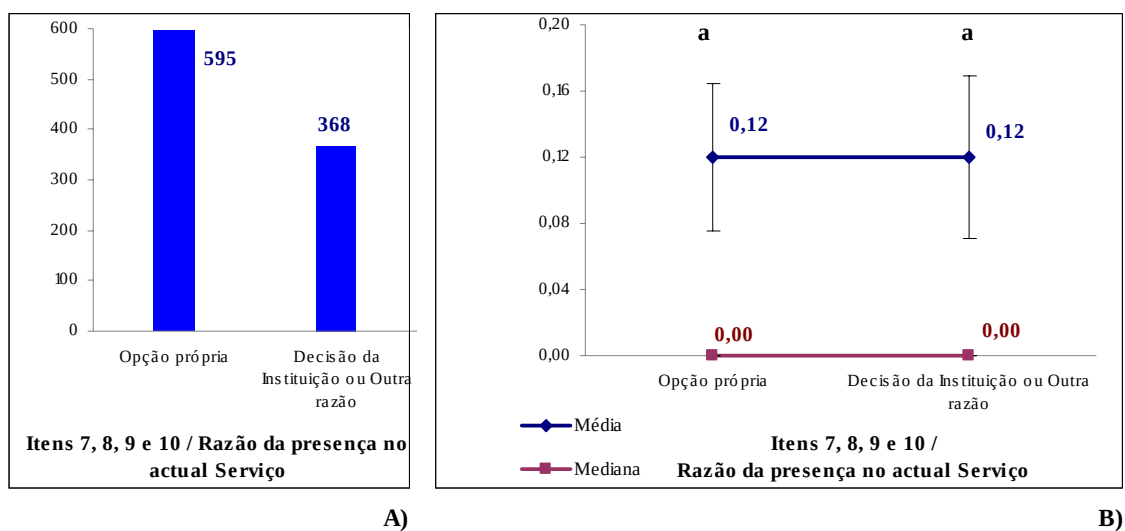


Também o Gráfico 229 (e Quadro 300 do Apêndice 5) aponta para que não se encontram diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos pelos enfermeiros nas questões 4, 5 e 6 do teste *AUDIT*, tendo em conta a *razão do exercício no actual serviço* ($p = 0,811$).

AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10

Finalmente, o Gráfico 230 (e Quadro 301 do Apêndice 5) mostra não se encontrar diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos pelos enfermeiros nas *questões 7 a 10 do teste AUDIT*, em função da *razão do exercício no actual serviço* ($p = 0,349$).

Gráfico 230 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / razão do exercício no actual serviço



3.3.11. AUDIT / Vínculo à Instituição

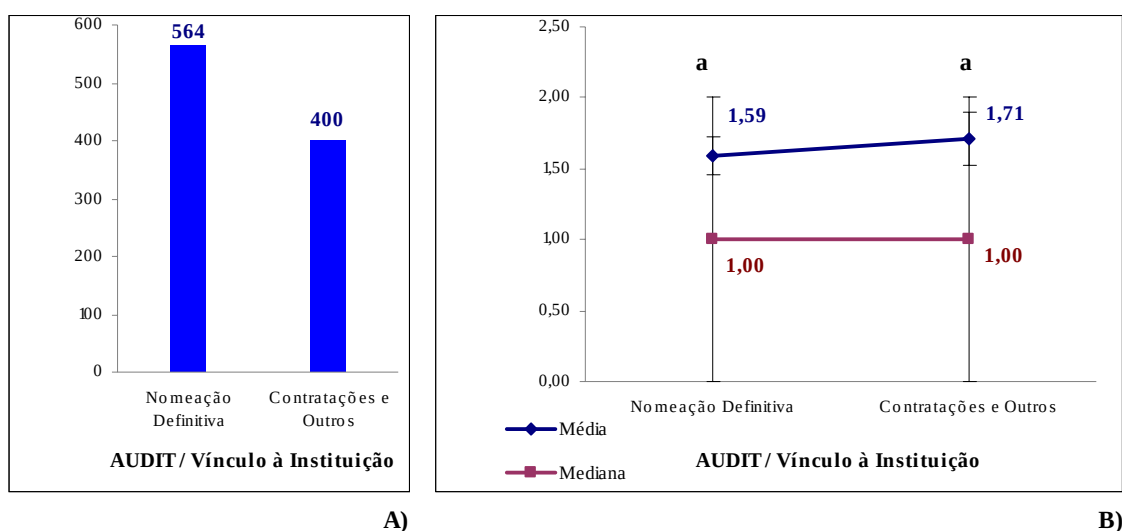
Seguem-se, no contexto do presente capítulo, os dados que permitem verificar a existência ou não de diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos

pelos enfermeiros no teste *AUDIT* em razão do seu *vínculo à instituição*.

AUDIT

Quanto a diferenças entre os resultados obtidos pelos enfermeiros no *teste AUDIT* em função do *vínculo à instituição* em que exercem funções, o Gráfico 231 (e Quadro 302 do Apêndice 5) mostra que estas não são estatisticamente significativas ($p = 0,796$).

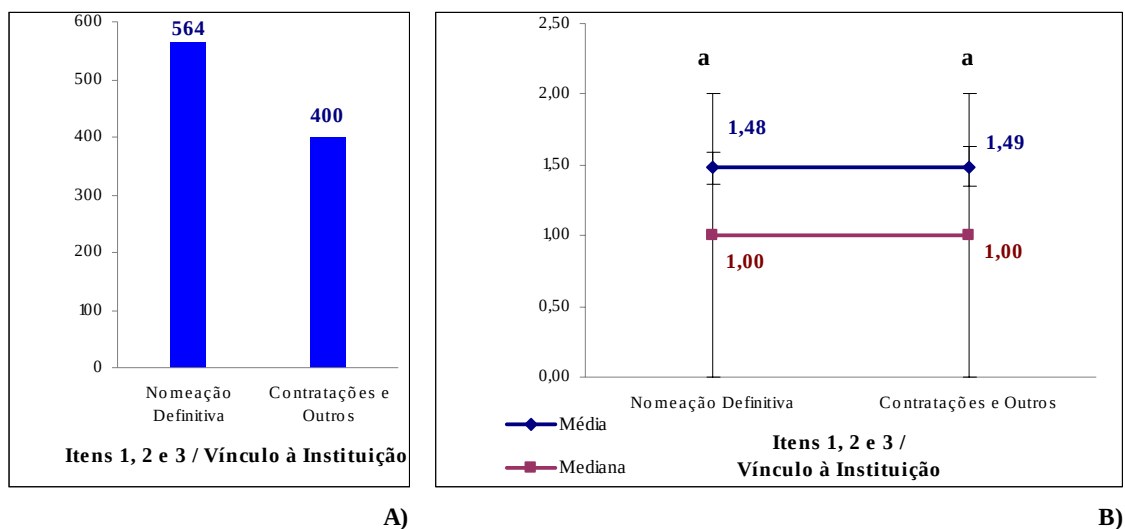
Gráfico 231 – AUDIT / vínculo à instituição



AUDIT: questões 1, 2 e 3

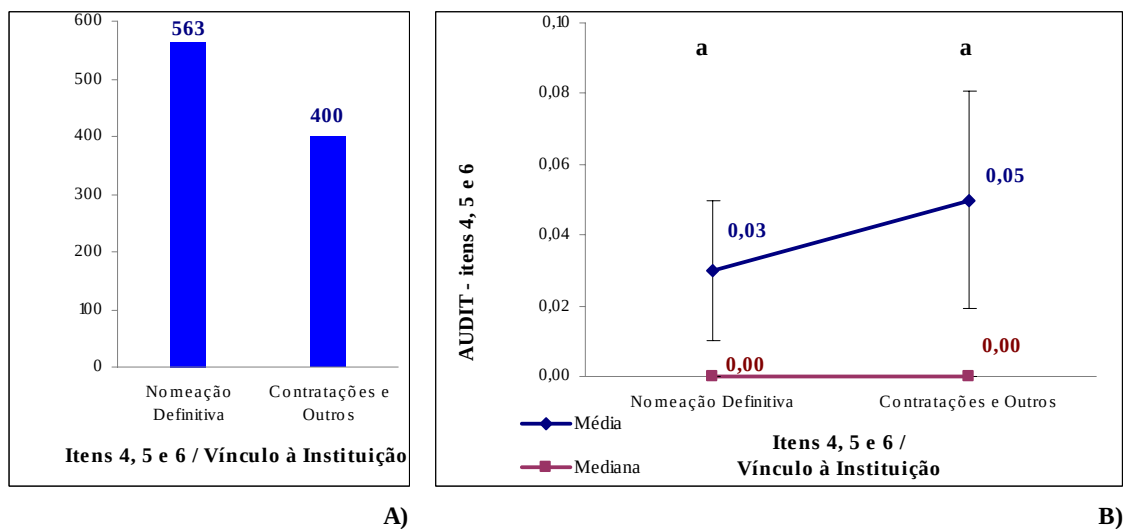
A mesma situação acontece no estudo das diferenças entre os resultados obtidos nas *questões 1, 2 e 3 do teste AUDIT* e o *vínculo à instituição*, ou seja, o valor de $p = 0,955$ indicia não haver diferenças estatisticamente significativas, conforme o Gráfico 232 (e Quadro 303 do Apêndice 5).

Gráfico 232 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / vínculo à instituição



AUDIT: questões 4, 5 e 6

Gráfico 233 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / vínculo à instituição.

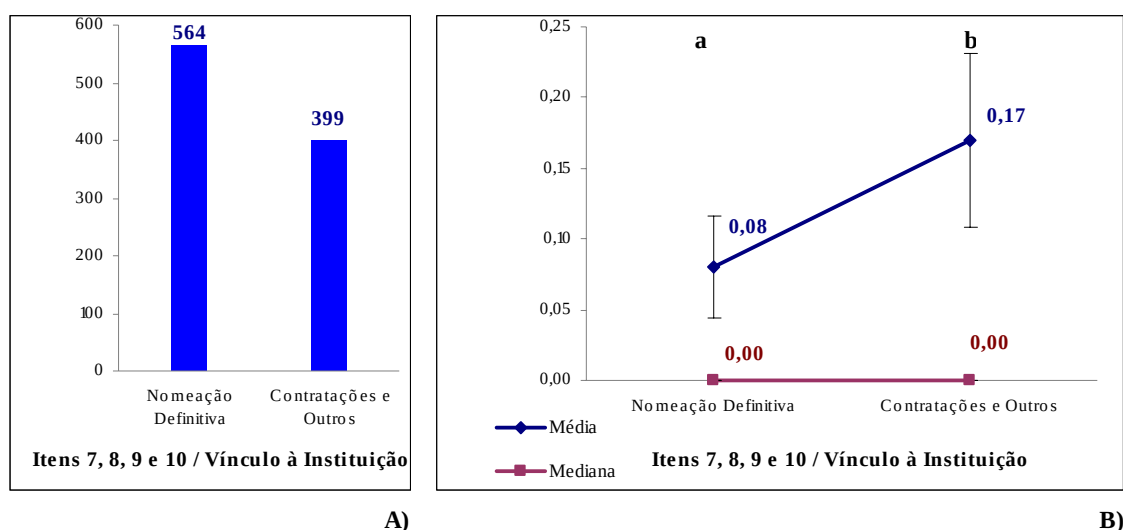


Também não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,139$) nos resultados obtidos nas *questões 4, 5 e 6 do teste AUDIT* em função do *vínculo à instituição* detido pelos enfermeiros, como se lê no Gráfico 233 (e Quadro 304 do Apêndice 5).

AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10

Finalmente, a leitura não é a mesma quando consideradas as médias das classificações obtidas pelos enfermeiros nas *questões 7 a 10 do teste AUDIT* em função do seu *vínculo à instituição* em que exercem funções, conforme o Gráfico 234 (e Quadro 305 do Apêndice 5). Na verdade, o valor encontrado com a estatística descritiva e com o teste de Mann-Whitney demonstra existirem diferenças estatisticamente significativas entre as referidas médias, com valores mais altos entre os que possuem *contratações e outros* (0,08 – 0,17; $p = 0,001$).

Gráfico 234 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / vínculo à instituição



3.4. Consumos em dias de semana / Características sócio-profissionais

A fim de se compreender mais aprofundadamente os dados recolhidos com a última parte do questionário, aplicou-se os testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney aos dados obtidos a propósito dos consumos de bebidas alcoólicas em diferentes momentos dos dias de semana, cruzando-os estatisticamente com as diferentes características

sócio-profissionais.

Mais uma vez, optou-se por fazer a apresentação dos resultados através de gráficos. Os gráficos A) são representativos do número de respostas obtidas em função das variáveis em análise. Os gráficos B) apresentam as médias e respectivos intervalos de confiança a 95%, bem como as medianas e as respectivas amplitudes inter-quartis. Nestes mesmos gráficos, letras diferentes indicam diferenças estatisticamente significativas de acordo com o teste de Mann-Whitney.

Todos os quadros correspondentes aos gráficos deste documento encontram-se em Apêndice. Neles, apresentam-se os valores das médias, das medianas e dos 1º e 3º quartis obtidas em cada grupo, para além do número de respostas obtidas.

Porque em muitas situações as medianas surgem com o mesmo valor apesar de reportarem diferenças estatisticamente significativas, optou-se por fazer a leitura dos resultados (que se segue) utilizando os valores das médias obtidos.

De acordo com os dados obtidos, nenhum enfermeiro consome bebidas alcoólicas ao pequeno-almoço ou a meio da manhã, logo, não tem cabimento a aplicação de qualquer teste para estudo.

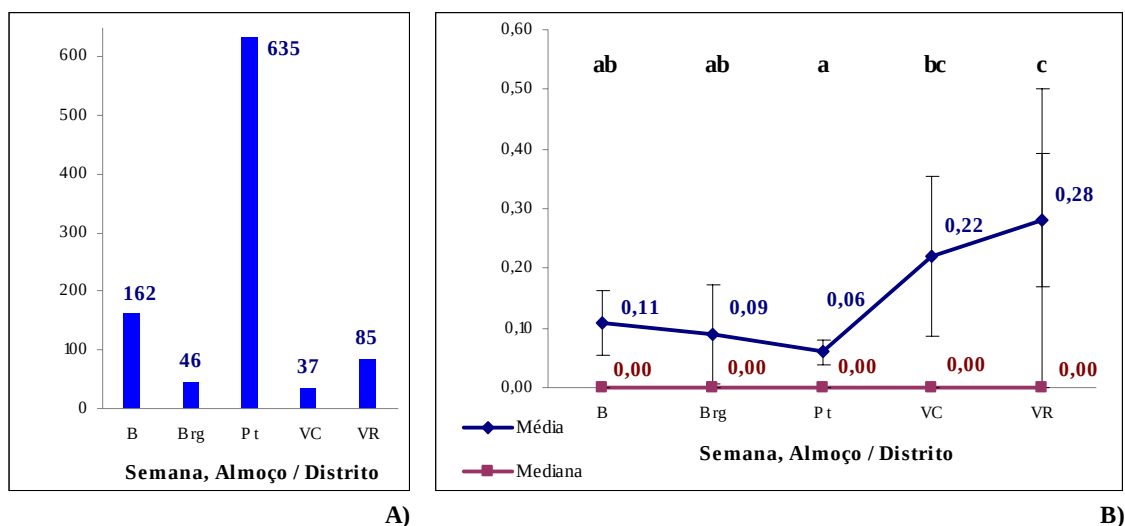
3.4.1. Dias de semana / Distrito

São os seguintes os resultados do estudo concomitante dos *consumos em dias de semana* em função do *distrito* em que se encontram as instituições onde os enfermeiros exercem as suas funções.

Consumos ao almoço

Pela leitura do Gráfico 235 (e Quadros 306 e 307 do Apêndice 5), que relaciona as unidades-padrão de álcool consumidas pelos enfermeiros ao *almoço dos dias de semana* e o *distrito* em que exercem funções, é possível verificar que o nível de significância é muito baixo ($p = 0,000$), o que permite rejeitar a hipótese nula, podendo assim afirmar-se haver diferenças estatisticamente significativas nas médias das classificações encontradas. Encontram-se diferenças estatisticamente significativas nos pares *Vila Real – Braga* ($0,28 - 0,11$; $p = 0,002$), *Vila Real – Bragança* ($0,28 - 0,09$; $p = 0,024$) e *Vila Real – Porto* ($0,28 - 0,06$; $p = 0,000$), sendo nos três casos as médias mais altas encontradas junto dos enfermeiros que exercem em instituições sediadas no *distrito de Vila Real*; e no par *Viana do Castelo – Porto* ($0,22 - 0,06$; $p = 0,000$), com médias mais altas em *Viana do Castelo*.

Gráfico 235 – Consumos: almoço em dias de semana / distrito

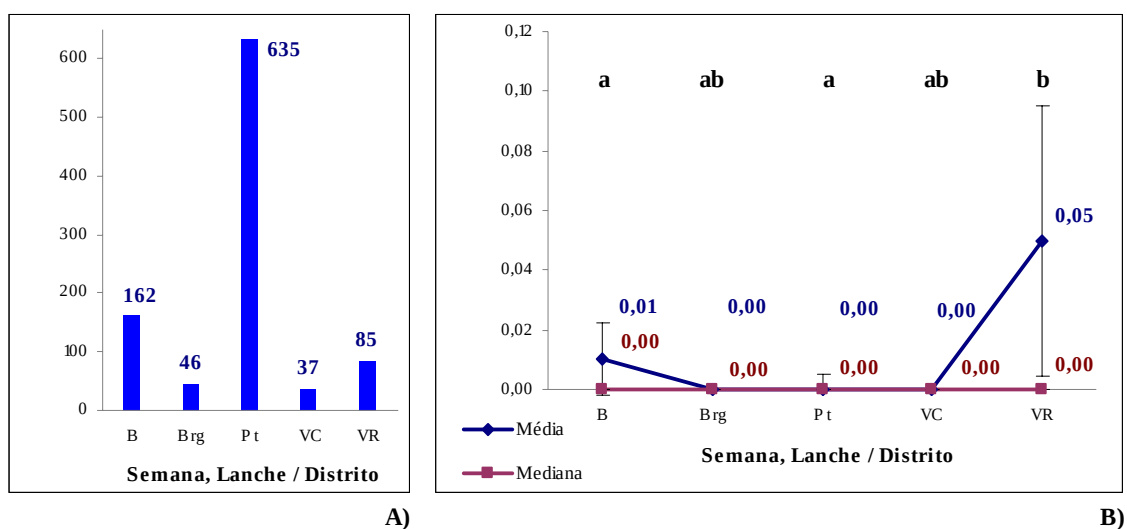


Consumos ao lanche

O Gráfico 236 (e Quadros 308 e 309 do Apêndice 5) mostra que, no que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas ao *lanche em dias de semana*, se encontram diferenças

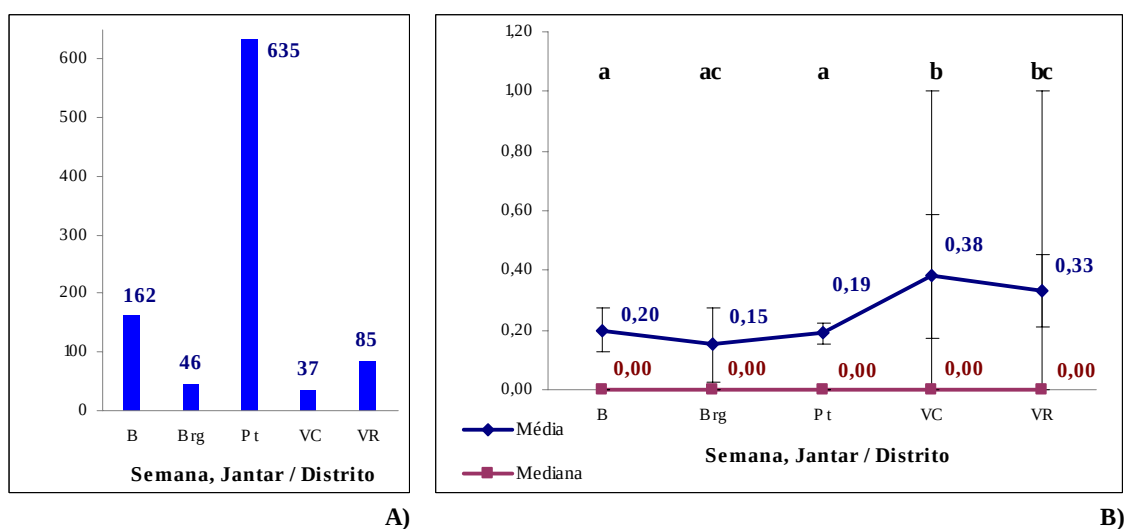
estatisticamente significativas ($p = 0,002$) em função do *distrito* em que os enfermeiros exercem funções. Essas diferenças assentam no facto de haver diferenças estatisticamente significativas nos pares *Vila Real – Braga* ($0,05 - 0,01$; $p = 0,031$) e *Vila Real – Porto* ($0,05 - 0,00$; $p = 0,000$), com valores mais altos em *Vila Real*.

Gráfico 236 – Consumos: lanche em dias de semana / distrito



Consumos ao jantar

Gráfico 237 – Consumos: jantar em dias de semana / distrito

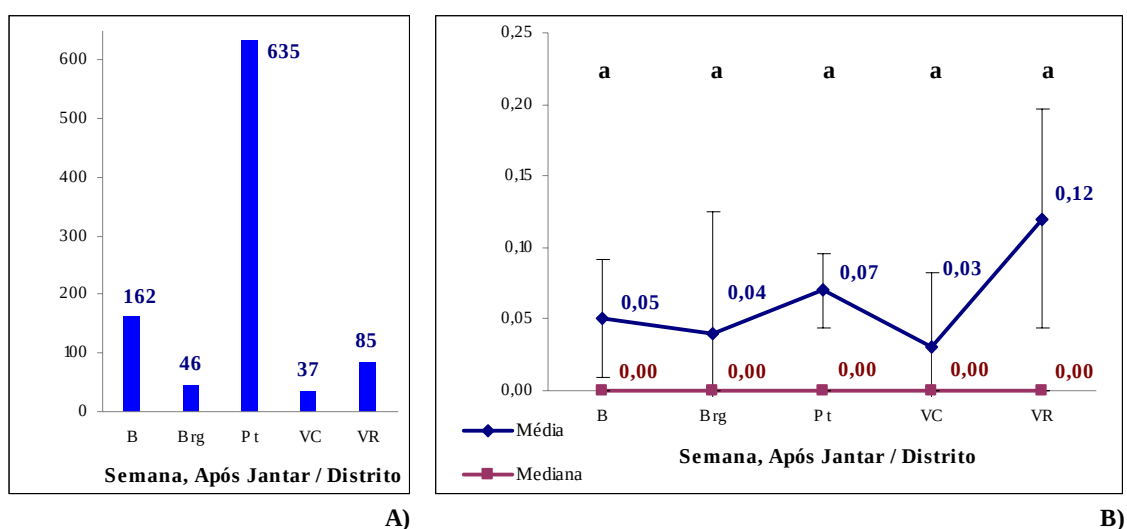


O Gráfico 237 (e Quadros 310 e 311 do Apêndice 5) mostra também que, no que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas ao *jantar em dias de semana*, se encontram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,014$) em função do *distrito* em que os enfermeiros exercem funções. Tais diferenças são estatisticamente significativas nos pares *Viana do Castelo – Braga* ($0,38 - 0,20$; $p = 0,045$), *Viana do Castelo – Porto* ($0,38 - 0,19$; $p = 0,016$) e *Viana do Castelo – Bragança* ($0,38 - 0,15$; $p = 0,038$), com valores mais altos no *distrito de Viana do Castelo*, e ainda nos pares *Vila Real – Braga* ($0,33 - 0,20$; $p = 0,047$) e *Vila Real – Porto* ($0,33 - 0,19$; $p = 0,009$), com médias mais altas em *Vila Real*.

Consumos após o jantar

No Gráfico 238 (e Quadro 312 do Apêndice 5) pode ver-se que, no que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas *após o jantar em dias de semana*, não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,155$) em função do *distrito* em que os enfermeiros exercem funções.

Gráfico 238 – Consumos: após o jantar em dias de semana / distrito



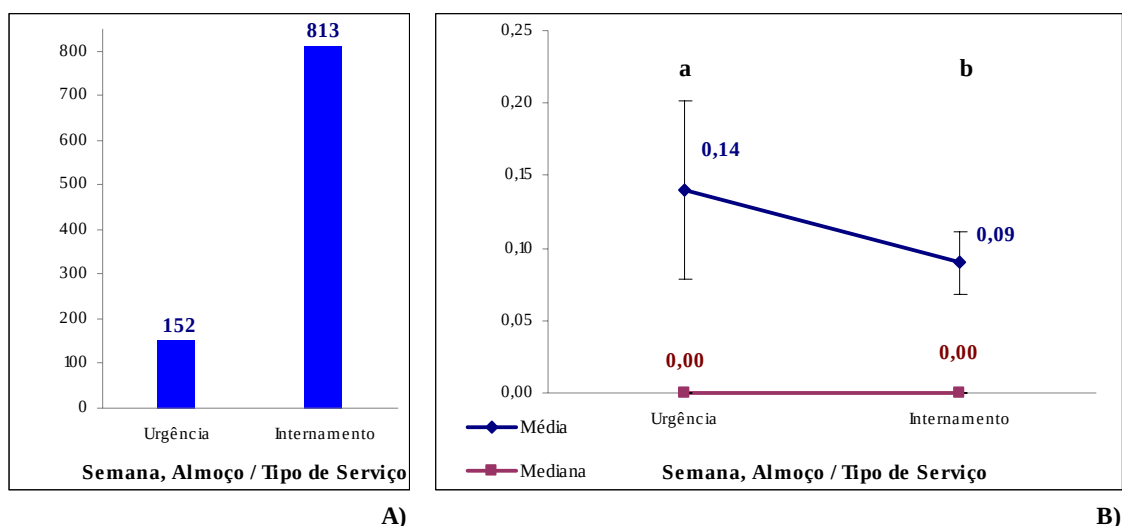
3.4.2. Dias de semana / Tipo de Serviço

Os dados seguintes são referentes ao *tipo de serviço* e aos *consumos de bebidas alcoólicas em dias de semana*.

Consumos ao almoço

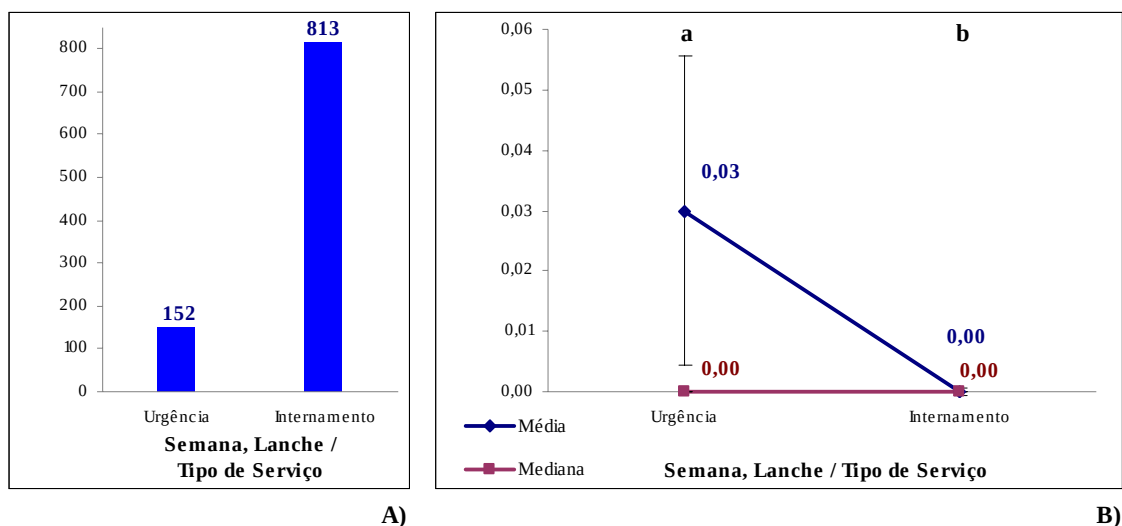
O Gráfico 239 (e Quadro 313 do Apêndice 5) dá a conhecer os valores obtidos com a aplicação do teste de Mann-Whitney ao número de unidades-padrão consumidas pelos enfermeiros ao *almoço dos dias de semana* e o *tipo de serviço* em que exercem funções. Pode concluir-se, então, que há diferenças estatisticamente significativas, já que se obtém um nível de significância de $p = 0,046$. Os valores mais altos encontram-se entre os enfermeiros que exercem em *serviço de urgência* (0,14 – 0,09).

Gráfico 239 – Consumos: almoço em dias de semana / tipo de serviço



Consumos ao lanche

Gráfico 240 – Consumos: lanche em dias de semana / tipo de serviço

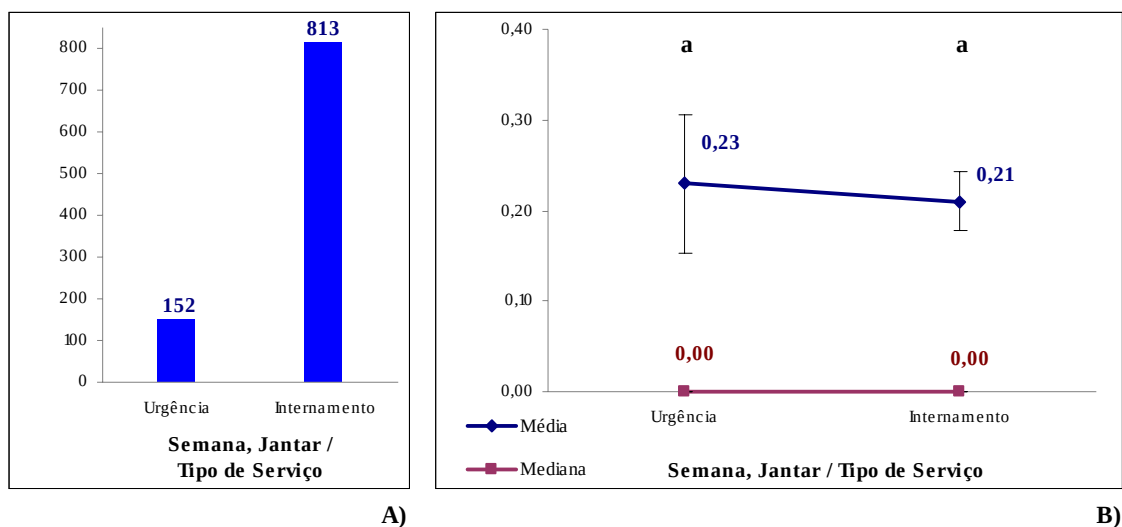


Quanto aos *consumos ao lanche durante a semana*, o Gráfico 240 (e Quadro 314 do Apêndice 5) permite concluir que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,008$), com valores mais altos entre os enfermeiros do *serviço de urgência* (0,03 – 0,00).

Consumos ao jantar

Contrariamente, o Gráfico 241 (e Quadro 315 do Apêndice 5) mostra não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os consumos dos enfermeiros de *serviços de urgência e de internamento ao jantar dos dias de semana* ($p = 0,466$).

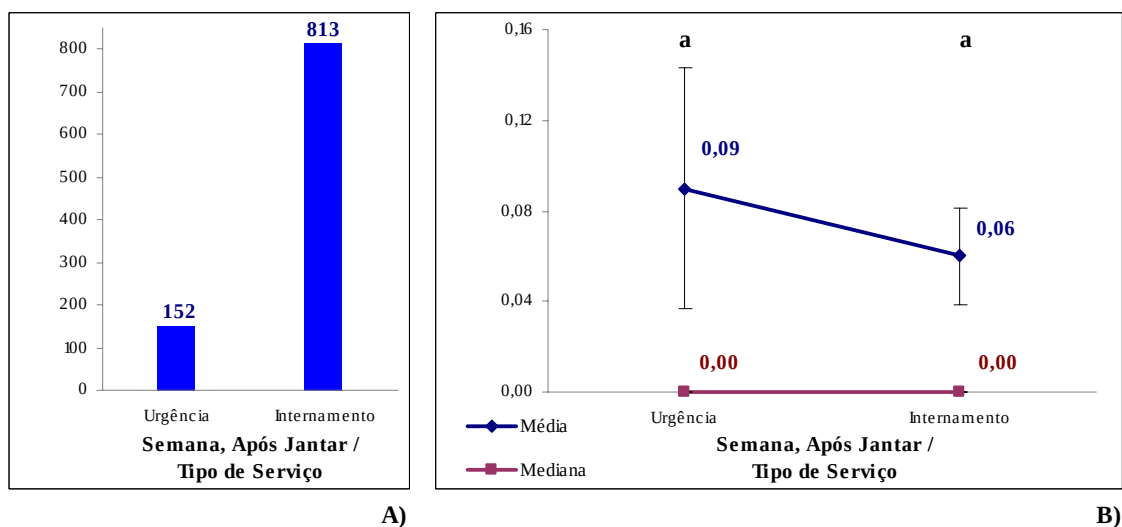
Gráfico 241 – Consumos: jantar em dias de semana / tipo de serviço



Consumos após o jantar

O Gráfico 242 (e o Quadro 316 do Apêndice 5) mostra que também não existem diferenças estatisticamente significativas nos consumos dos enfermeiros *após o jantar em dias de semana* ($p = 0,157$), tendo em conta o *tipo de serviço* em que exercem funções.

Gráfico 242 – Consumos: após o jantar em dias de semana / tipo de serviço



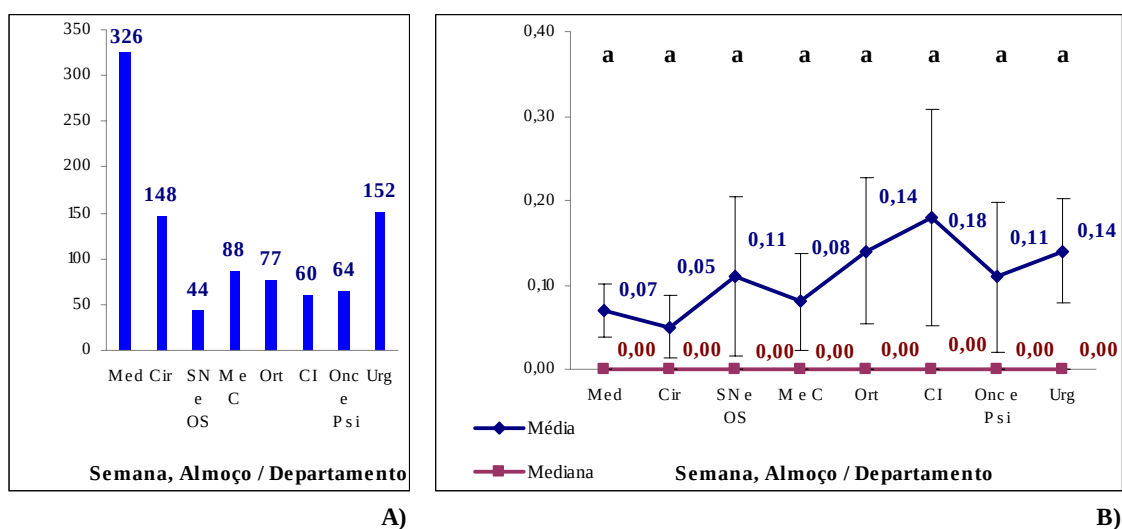
3.4.3. Dias de semana / Departamento

Veja-se agora se existem diferenças nos *consumos de bebidas alcoólicas em dias de semana* em função do *departamento* em que os enfermeiros exercem funções.

Consumos ao almoço

O Gráfico 243 (e Quadro 317 do Apêndice 5), permite verificar que não se encontram diferenças estatisticamente significativas nos consumos de bebidas alcoólicas ao *almoço em dias de semana* pelos enfermeiros, considerado o *departamento* em que exercem as suas funções profissionais ($p = 0,070$).

Gráfico 243 – Consumos: almoço em dias de semana / departamento

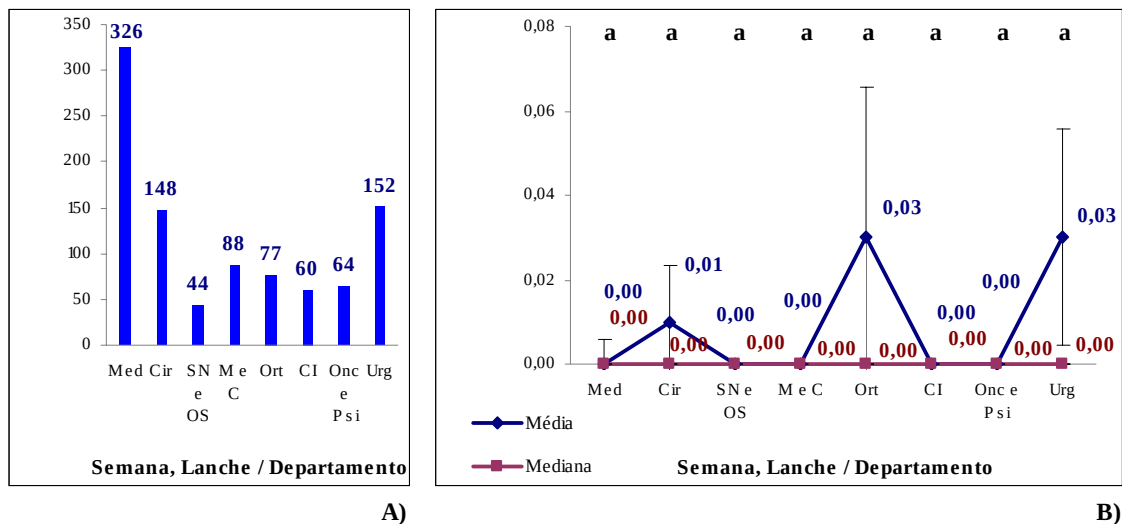


Consumos ao lanche

No que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas ao *lanche em dias de semana*, verifica-se no Gráfico 244 (e Quadro 318 do Apêndice 5) também não existirem

diferenças estatisticamente significativas quando considerados os *departamentos* em que os enfermeiros exercem funções ($p = 0,097$).

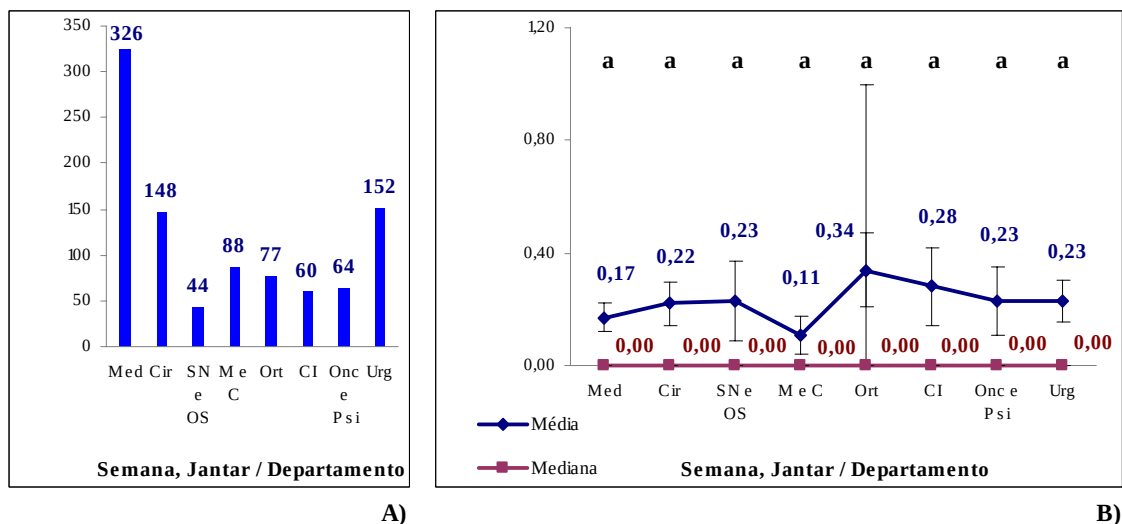
Gráfico 244 – Consumos: lanche em dias de semana / departamento



Consumos ao jantar

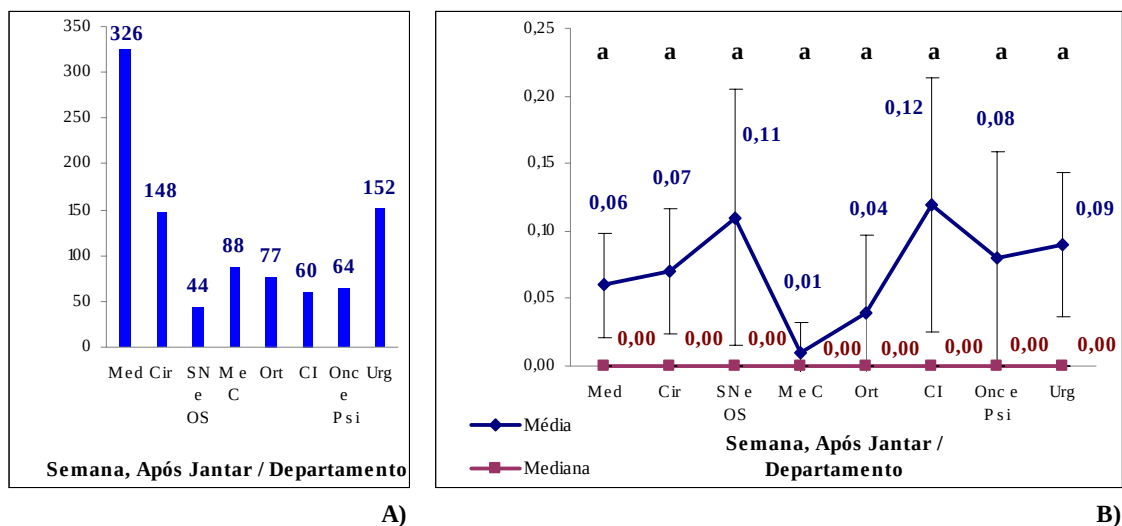
Do mesmo modo, quanto ao consumo de unidades-padrão de álcool ao *jantar dos dias de semana*, o Gráfico 245 (e Quadro 319 do Apêndice 5) permite concluir que não se encontram diferenças estatisticamente significativas, tendo em conta o *departamento* de exercício profissional ($p = 0,070$).

Gráfico 245 – Consumos: jantar em dias de semana / departamento



Consumos após o jantar

Gráfico 246 – Consumos: após o jantar em dias de semana / departamento



Finalmente, quanto ao consumo de bebidas alcoólicas após o *jantar*, em dias de semana, verifica-se no Gráfico 246 (e Quadro 320 do Apêndice 5) que também não existem diferenças estatisticamente significativas, tendo em conta o *departamento* em que os enfermeiros exercem ($p = 0,070$).

3.4.4. Dias de semana / Género

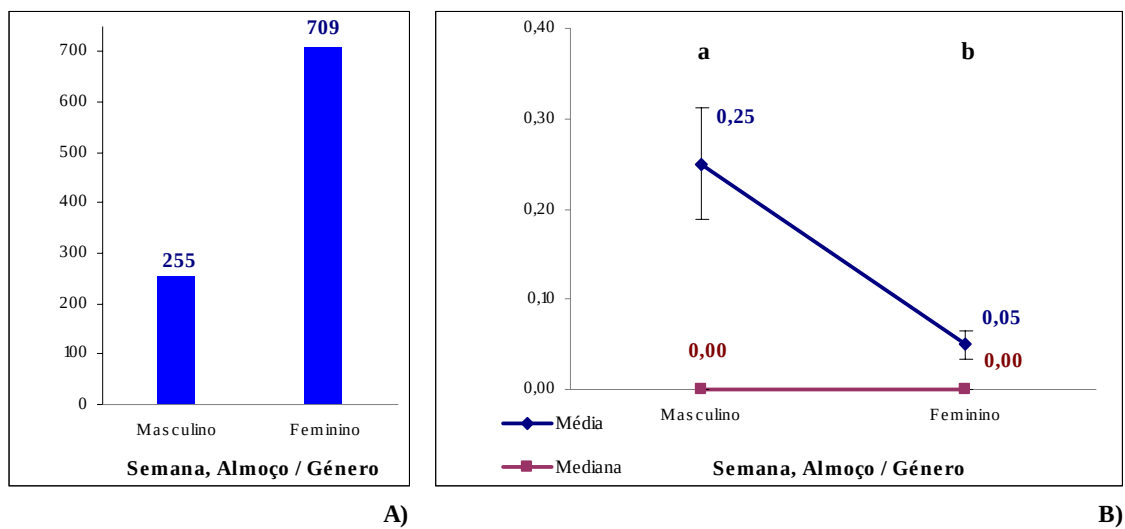
São os seguintes os resultados do estudo dos *consumos* em função do *género*.

Consumos ao almoço

A aplicação do teste de Mann-Whitney aos consumos de unidades-padrão de bebidas alcoólicas pelos enfermeiros ao *almoço dos dias de semana* em função do *género*

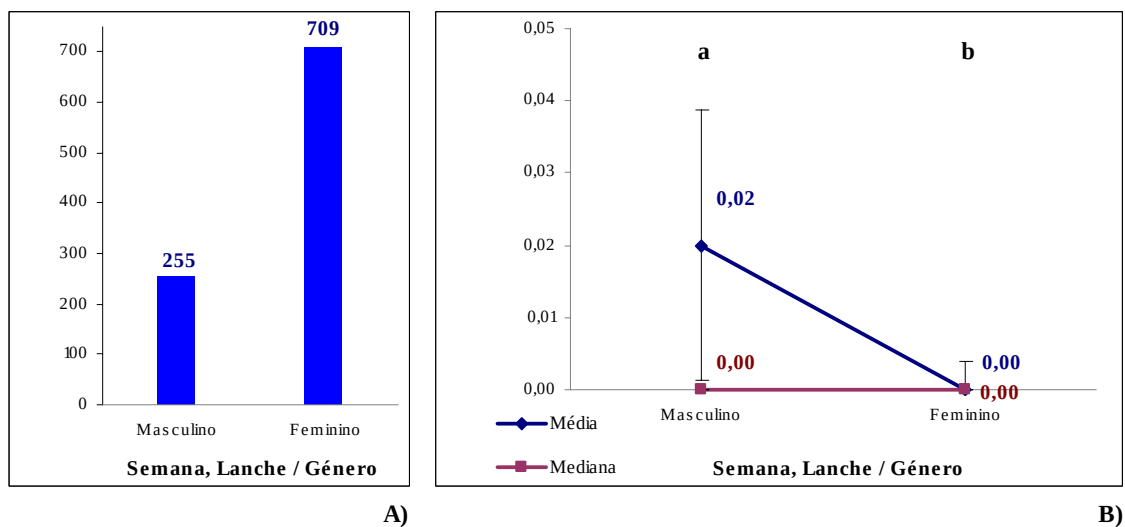
permite concluir, conforme o Gráfico 247 (e Quadro 321 do Apêndice 5) existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,000$), sendo as médias mais altas encontradas entre os enfermeiros do *género masculino* (0,25 – 0,05).

Gráfico 247 – Consumos: almoço em dias de semana / género



Consumos ao lanche

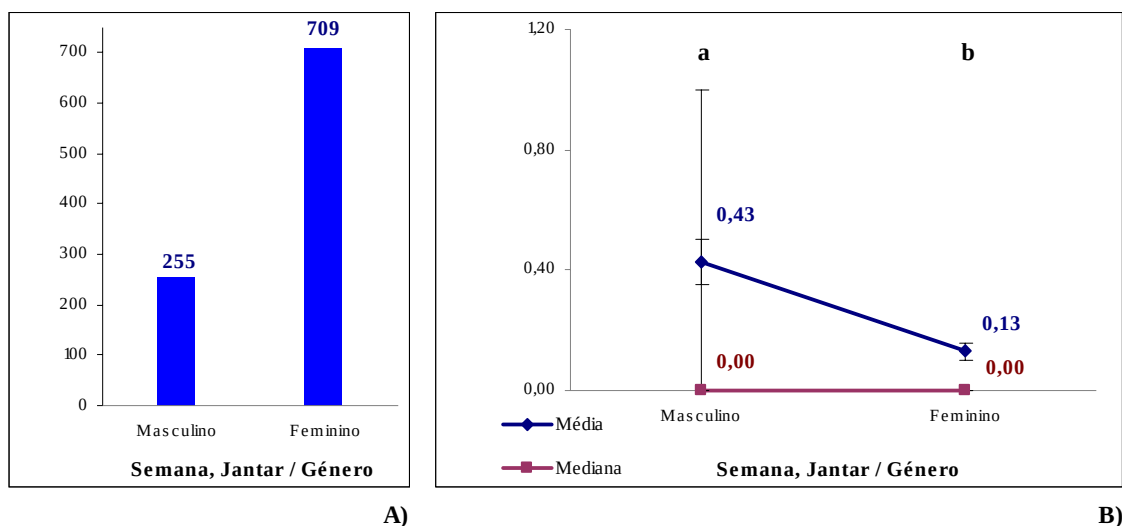
Gráfico 248 – Consumos: lanche em dias de semana / género



Quanto aos consumos ao *lanche*, *em dias de semana*, e conforme o Gráfico 248 (e Quadro 322 do Apêndice 5), também as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($p = 0,002$), com os maiores valores encontrados entre os *enfermeiros* (0,02 – 0,00).

Consumos ao jantar

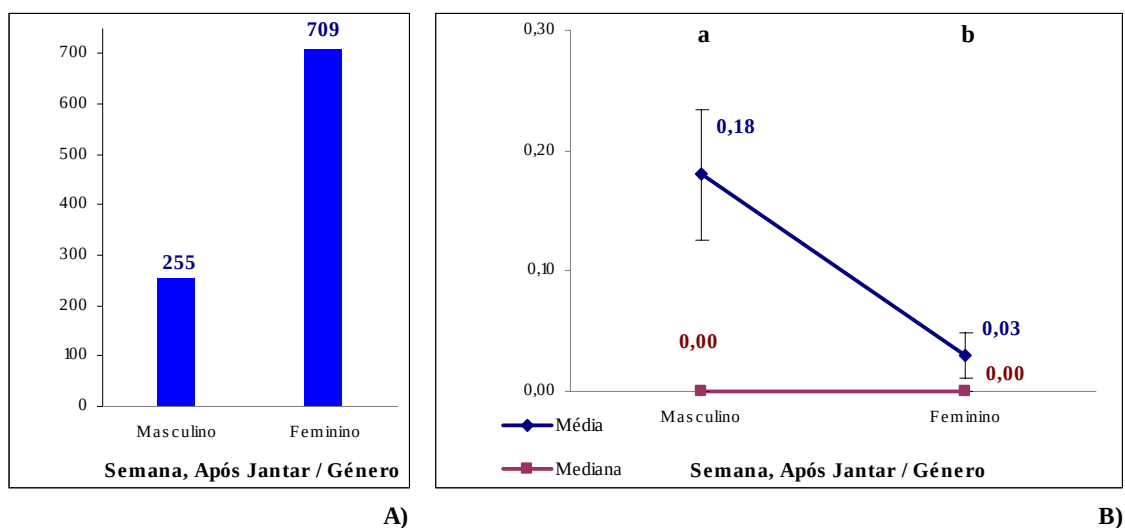
Gráfico 249 – Consumos: jantar em dias de semana / género



No que se refere aos consumos ao *jantar*, *em dias de semana*, como se pode ler no Gráfico 249 (e Quadro 323 do Apêndice 5), também as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($p = 0,000$), com os maiores valores encontrados entre os *enfermeiros* (0,43 – 0,13).

Consumos após o jantar

Gráfico 250 – Consumos: após o jantar em dias de semana / género



O mesmo acontece *após o jantar em dias de semana*, como apresenta o Gráfico 250 (e Quadro 324 do Apêndice 5), ou seja, os consumos são estatisticamente diferentes ($p = 0,000$), sendo mais altos entre os *enfermeiros* (0,18 – 0,03)

3.4.5. Dias de semana / Idade

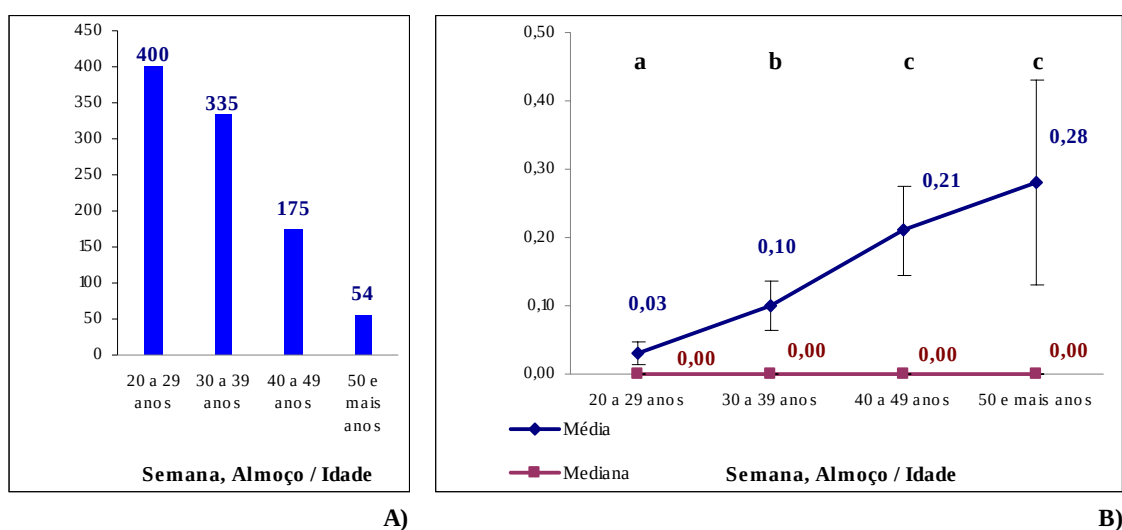
Estudou-se também os resultados obtidos a propósito dos *consumos de bebidas alcoólicas em dias de semana*, relacionando-os com a *idade* dos enfermeiros.

Consumos ao almoço

A leitura do Gráfico 251 (e Quadros 325 e 326 do Apêndice 5), mostra que se pode considerar existirem diferenças estatisticamente significativas nas médias obtidas pelos

enfermeiros no que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas ao *almoço em dias de semana* em função da sua *idade*. Na verdade, o teste de Kruskal-Wallis apresenta um valor de $p = 0,000$. A aplicação do teste de Mann-Whitney permite que se conclua que há diferenças estatisticamente significativas entre as médias em causa quando se estuda o grupo etário *20 a 29 anos* em relação aos grupos *30 a 39 anos* ($0,03 - 0,10$; $p = 0,001$), *40 a 49 anos* ($0,03 - 0,21$; $p = 0,000$) e *mais de 50 anos* ($0,03 - 0,28$; $p = 0,000$), com valores de média sempre mais baixos entre os mais jovens. Também surgem diferenças significativas quando se estuda o grupo *30 a 39 anos* em relação aos grupos *40 a 49 anos* ($0,10 - 0,21$; $p = 0,000$) e *mais de 50 anos* ($0,10 - 0,28$; $p = 0,000$), encontrando-se em ambas as situações os valores médios mais baixos no grupo etário *30 – 39 anos*.

Gráfico 251 – Consumos: almoço em dias de semana / idade

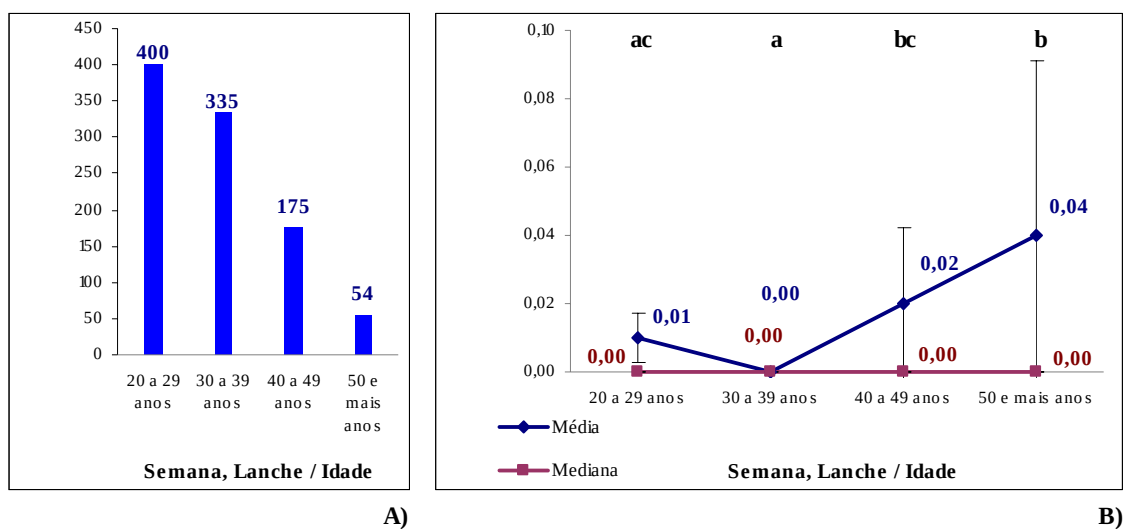


Consumos ao lanche

No que se refere aos consumos de álcool ao *lanche em dias de semana*, considerados os *grupos etários*, verifica-se no Gráfico 252 (e Quadros 327 e 328 do Apêndice 5) que há diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,004$), sendo que, aplicado o teste de Mann-Whitney aos pares possíveis de grupos etários definidos, verifica-se que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos *20 a 29 anos* e *mais de 50 anos* ($0,01 - 0,04$; $p = 0,018$), com valores mais altos entre os mais velhos, e entre o

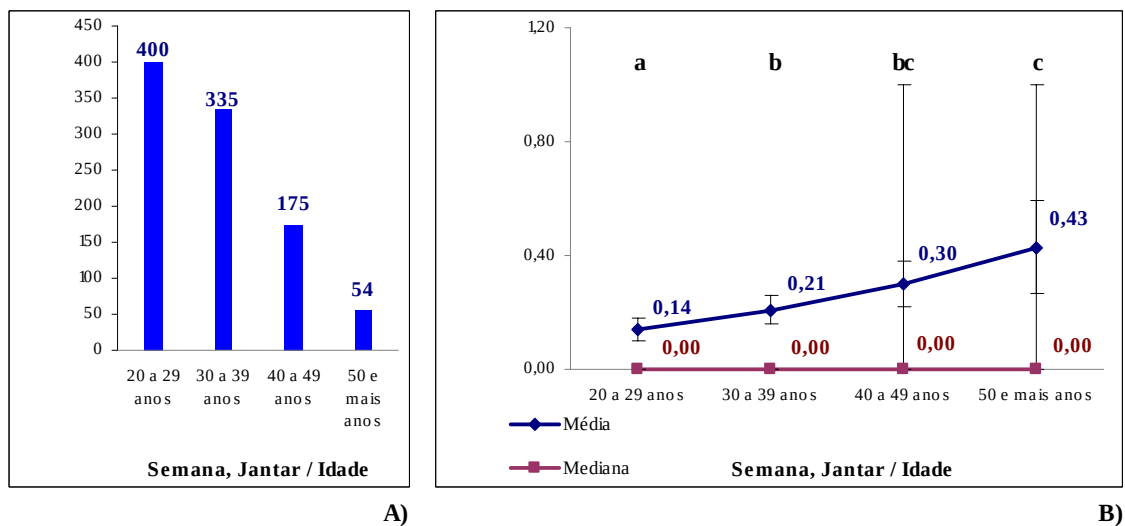
grupo 30 a 39 anos e os grupos 40 a 49 anos (0,00 – 0,02; $p = 0,006$) e mais de 50 anos (0,00 – 0,04; $p = 0,000$), também com valores mais altos entre os mais velhos.

Gráfico 252 – Consumos: lanche em dias de semana / idade



Consumos ao jantar

Gráfico 253 – Consumos: jantar em dias de semana / idade



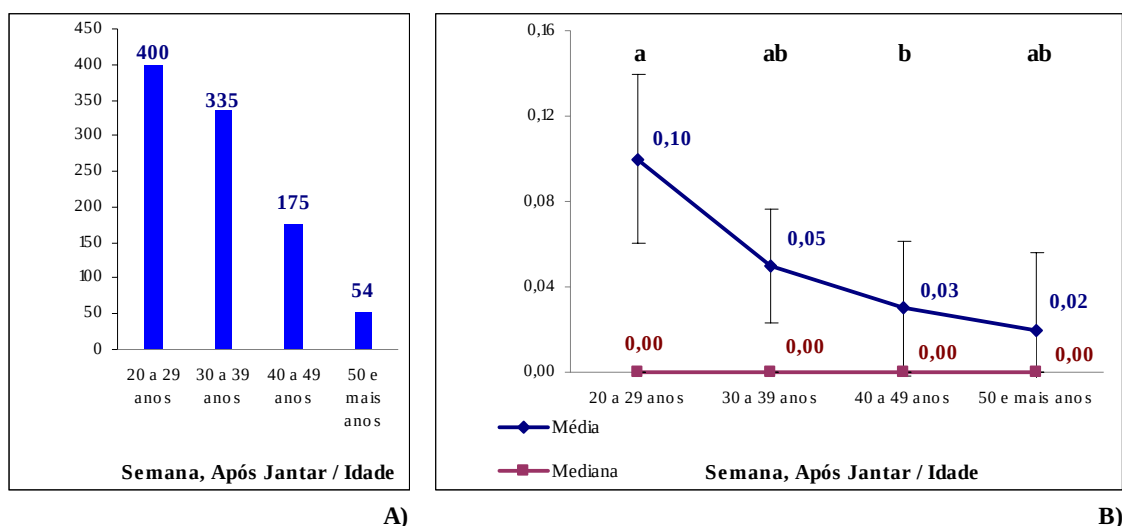
Estudados os consumos de bebidas alcoólicas dos enfermeiros ao *jantar em dias de*

semana em função da variável *idade*, conforme o Gráfico 253 (e Quadros 329 e 330 do Apêndice 5), verifica-se existir também uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,000$). Estudada essa diferença, conclui-se que ela se deve às diferenças estatisticamente significativas entre o grupo *20 a 29 anos* e os grupos *30 a 39 anos* ($0,14 - 0,21$; $p = 0,009$), *40 a 49 anos* ($0,14 - 0,30$; $p = 0,000$) e *mais de 50 anos* ($0,14 - 0,43$; $p = 0,000$), com valores mais baixos entre os mais jovens, e entre os grupos *30 a 39 anos* e *mais de 50 anos* ($0,21 - 0,43$; $p = 0,002$), também com menores valores de média entre os mais jovens.

Consumos após o jantar

Finalmente, neste estudo comparativo das diferenças entre consumos em função da *idade*, verifica-se pela leitura do Gráfico 254 (e Quadros 331 e 332 do Apêndice 5) também haver diferenças significativas entre os consumos *após o jantar em dias de semana* ($p = 0,046$). Esta diferença estatisticamente significativa assenta no facto de haver uma diferença significativa entre os consumos dos enfermeiros com idades entre *20 a 29 anos* e os que têm entre *40 a 49 anos* ($0,10 - 0,03$; $p = 0,026$), com valores médios mais altos encontrados entre os primeiros.

Gráfico 254 – Consumos: após o jantar em dias de semana / idade



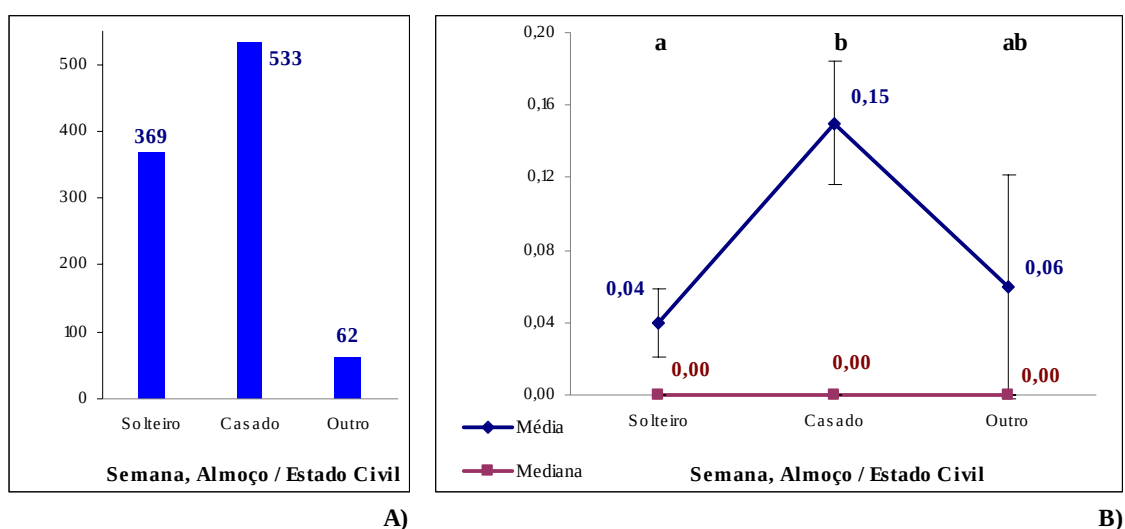
3.4.6. Dias de semana / Estado Civil

Foi também feito o estudo dos *consumos de bebidas alcoólicas* em relação ao *estado civil* dos questionados.

Consumos ao almoço

Procurou-se perceber se existiam diferenças estatisticamente significativas no consumo de bebidas alcoólicas ao *almoço em dias de semana* entre os enfermeiros, tendo em conta o seu *estado civil*, o que, conforme os dados do Gráfico 255 (e Quadros 333 e 334 do Apêndice 5), é um facto ($p = 0,000$). Estudada a diferença encontrada, conclui-se que a mesma assenta na existência de uma diferença estatisticamente significativa entre as unidades-padrão de bebidas alcoólicas consumidas pelos enfermeiros *solteiros* e pelos enfermeiros *casados* ($0,04 - 0,15$; $p = 0,000$), com valores mais altos entre os segundos.

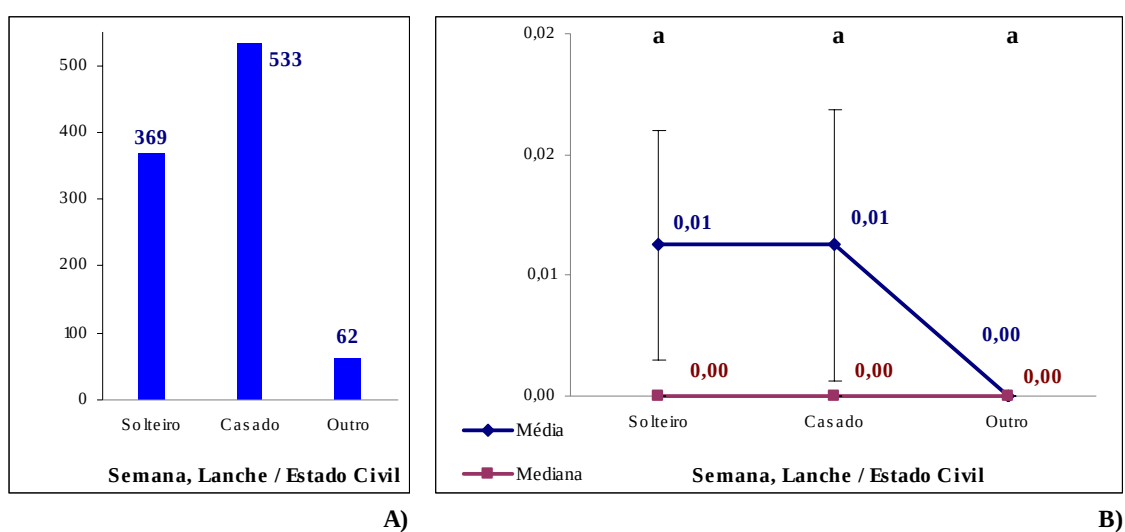
Gráfico 255 – Consumos: almoço em dias de semana / estado civil



Consumos ao lanche

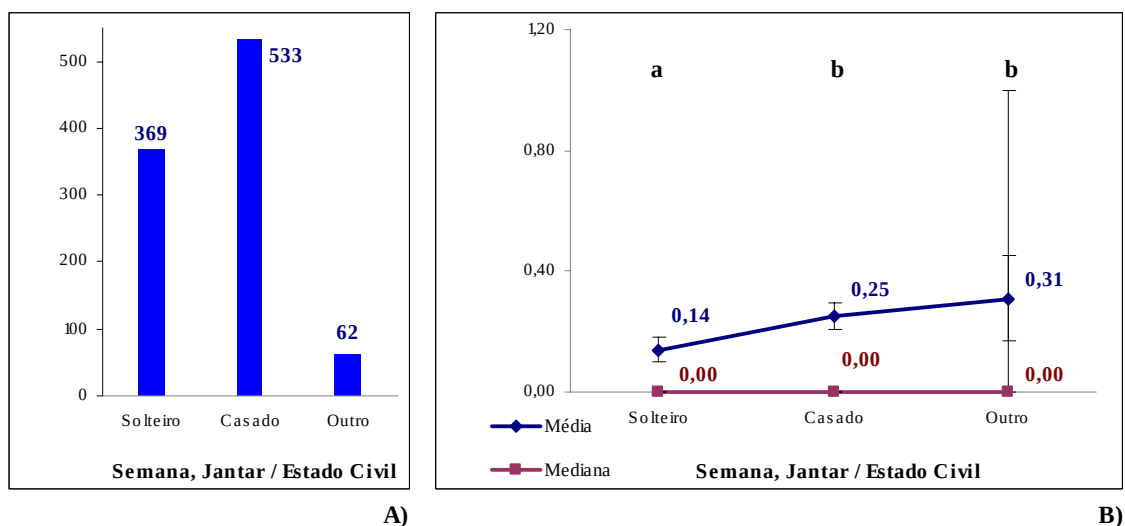
Estudados os consumos de bebidas alcoólicas ao *lanche em dias de semana*, conforme se pode ver no Gráfico 256 (e Quadro 335 do Apêndice 5), verifica-se que não há diferenças significativas nesses consumos em função do *estado civil* dos enfermeiros (0,483).

Gráfico 256 – Consumos: lanche em dias de semana / estado civil



Consumos ao jantar

Gráfico 257 – Consumos: jantar em dias de semana / estado civil

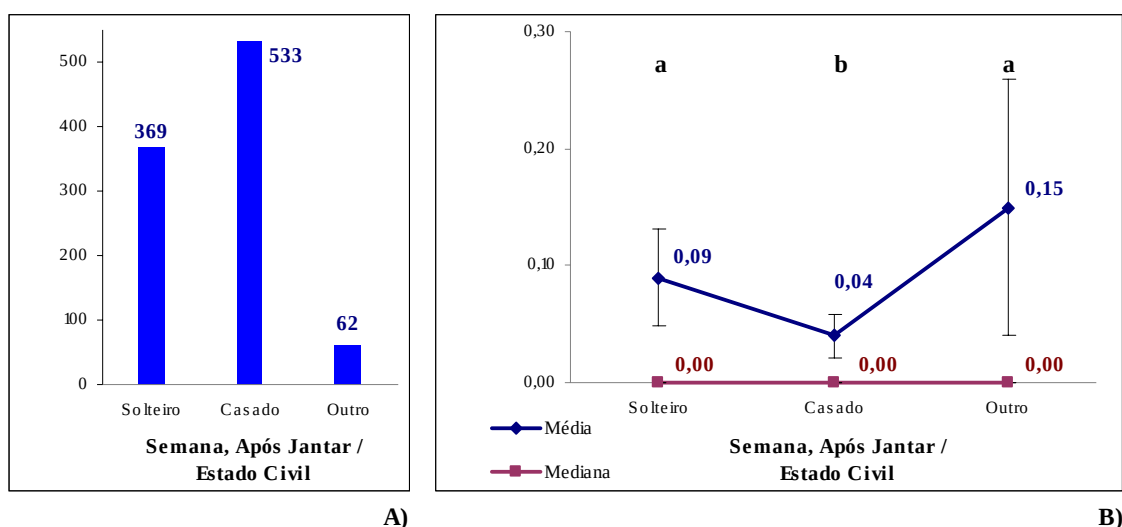


O estudo dos consumos *após o jantar em dias de semana*, considerado a variável *estado civil*, permite concluir que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,000$). Esta situação tem por base as diferenças estatisticamente significativas encontradas entre os *solteiros* e os *casados* ($0,14 - 0,25$; $p = 0,000$) e entre os *solteiros* e os que têm *outro* estado civil ($0,14 - 0,31$; $p = 0,003$), sempre com valores mais baixos entre os primeiros, conforme o Gráfico 257 (e Quadros 336 e 337 do Apêndice 5).

Consumos após o jantar

Estudados os consumos dos enfermeiros em *dias de semana após o jantar* em função do seu *estado civil*, e conforme se apresenta no Gráfico 258 (e Quadros 338 e 339 do Apêndice 5), conclui-se que existem entre esses consumos diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,011$), sendo estatisticamente significativas as diferenças nos consumos entre *solteiros* e *casados* ($0,09 - 0,04$; $p = 0,026$), com valores mais altos entre os primeiros, e entre *casados* e *outros* ($0,04 - 0,15$; $p = 0,006$), com valores mais altos entre os segundos.

Gráfico 258 – Consumos: após o jantar em dias de semana / estado civil



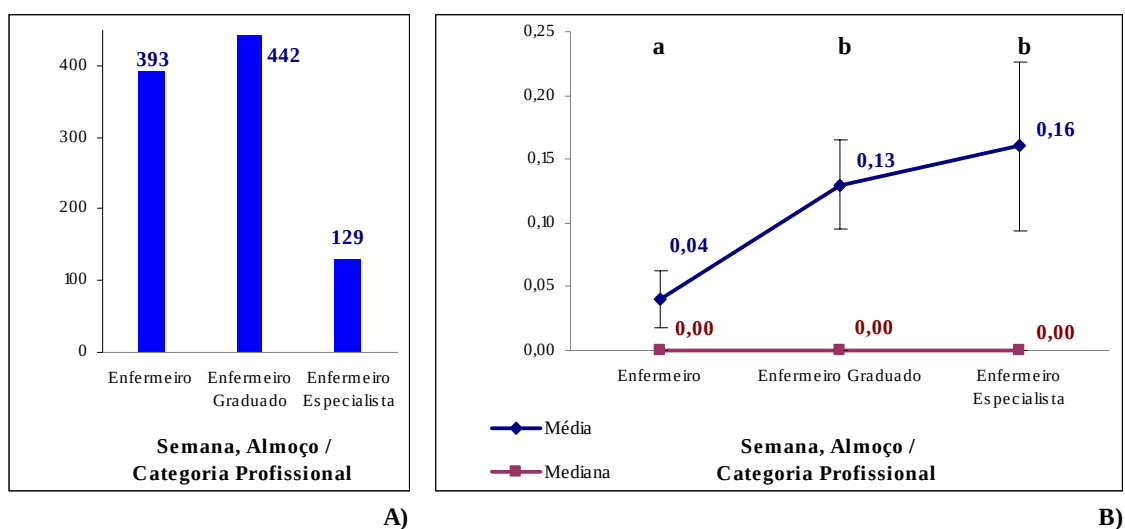
3.4.7. Dias de semana / Categoria Profissional

Segue-se a leitura dos dados que cruzam os *consumos de bebidas alcoólicas em dias de semana* e a *categoria profissional* dos enfermeiros.

Consumos ao almoço

A observação do Gráfico 259 (e Quadros 340 e 341 do Apêndice 5) mostra, após a aplicação do teste de Kruskal-Wallis, que se pode considerar existirem diferenças estatisticamente significativas quando se estuda as médias obtidas pelos enfermeiros no que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas ao *almoço em dias de semana*, em função da sua *categoria profissional*. Na verdade, o teste de Kruskal-Wallis resulta num valor de $p = 0,000$, sendo que a aplicação do teste de Mann-Whitney permite que se conclua existirem diferenças estatisticamente significativas entre as médias do grupo *enfermeiros* em relação ao grupo *enfermeiros graduados* ($0,04 - 0,13$; $p = 0,000$) e ao grupo *enfermeiros especialistas* ($0,04 - 0,16$; $p = 0,000$), com valores mais baixos entre os enfermeiros.

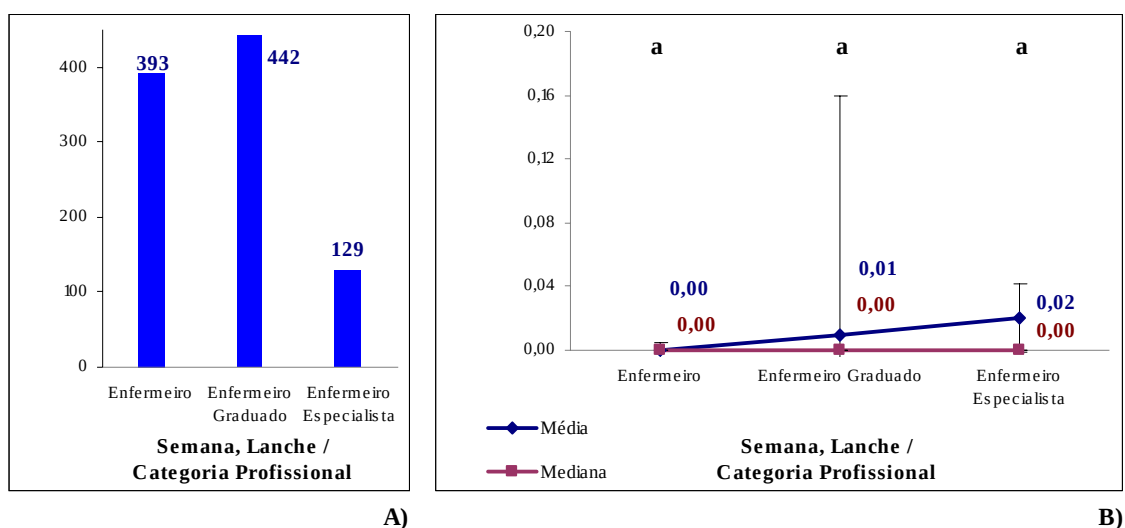
Gráfico 259 – Consumos: almoço em dias de semana / categoria profissional



Consumos ao lanche

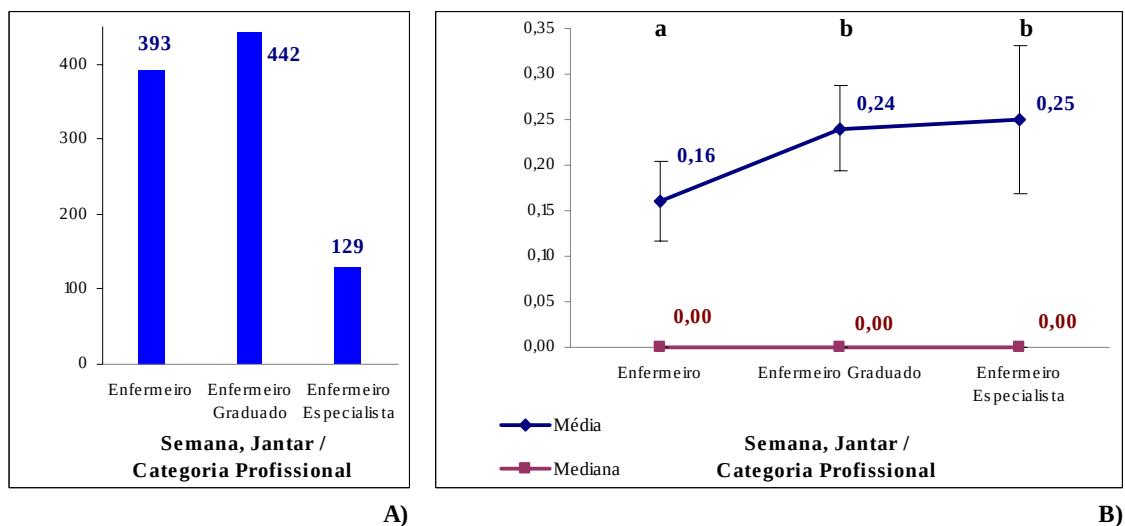
O estudo dos consumos de unidades-padrão de bebidas alcoólicas ao *lanche de dias de semana* em função da variável *categoria profissional* mostra, conforme o Gráfico 260 (e Quadro 342 do Apêndice 5) que não há diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,237$).

Gráfico 260 – Consumos: lanche em dias de semana / categoria profissional



Consumos ao jantar

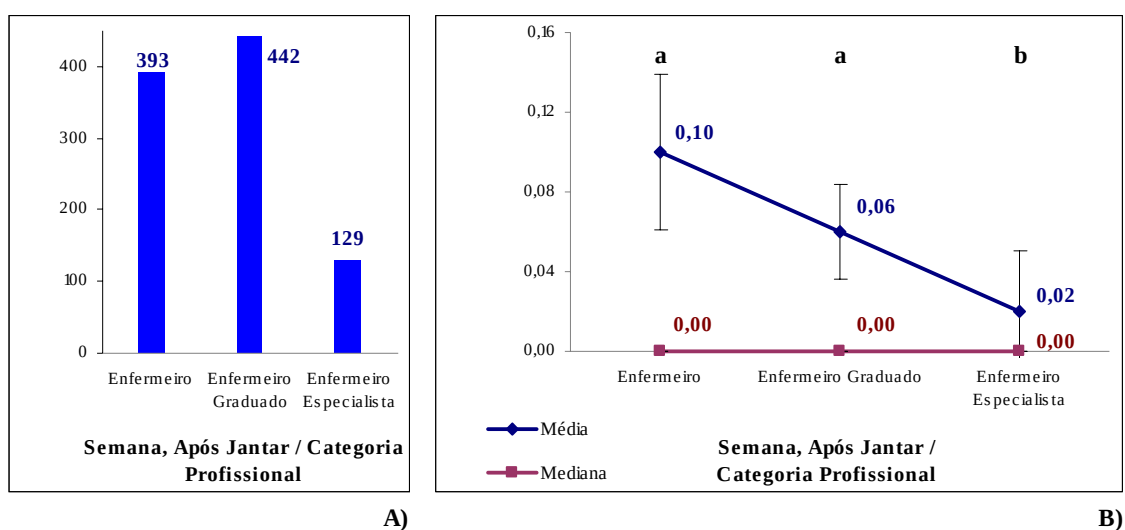
Gráfico 261 – Consumos: jantar em dias de semana / categoria profissional



Estudados os consumos ao *jantar em dias de semana*, continuando a considerar os mesmos em função da *categoria profissional*, verifica-se no Gráfico 261 (e Quadros 343 e 344 do Apêndice 5) que existem diferenças estatisticamente significativas nesses consumos ($p = 0,007$). Essas diferenças são devidas às diferenças encontradas entre os *enfermeiros* e *enfermeiros graduados* ($0,16 - 0,24$; $p = 0,005$) e entre aqueles e os *enfermeiros especialistas* ($0,16 - 0,25$; $p = 0,012$), com os valores da média mais baixos encontrados junto dos *enfermeiros*.

Consumos após o jantar

Gráfico 262 – Consumos: após o jantar em dias de semana / categoria profissional



Quanto aos consumos de bebidas alcoólicas *após o jantar, em dias de semana*, a leitura do Gráfico 262 (e Quadros 345 e 346 do Apêndice 5) permite verificar existirem diferenças estatisticamente significativas quando consideradas as diferentes *categorias profissionais* ($p = 0,010$). As diferenças baseiam-se no facto de haver diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos pelos *enfermeiros* e *enfermeiros especialistas* ($0,10 - 0,02$; $p = 0,005$), e pelos *enfermeiros graduados* e *enfermeiros especialistas* ($0,06 - 0,02$; $p = 0,034$), com valores mais altos, em ambos os casos, entre

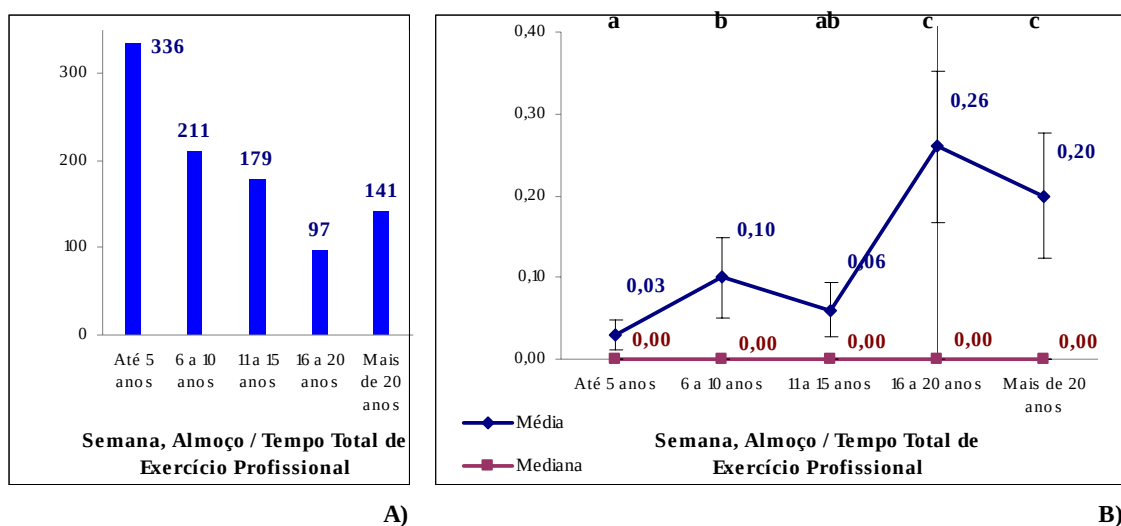
os primeiros.

3.4.8. Dias de semana / Tempo de Exercício Profissional

Veja-se em seguida as diferenças encontradas nos *consumos de bebidas alcoólicas em dias de semana* em função do *tempo de exercício profissional* dos enfermeiros.

Consumos ao almoço

Gráfico 263 – Consumos: almoço em dias de semana/ tempo de exercício profissional



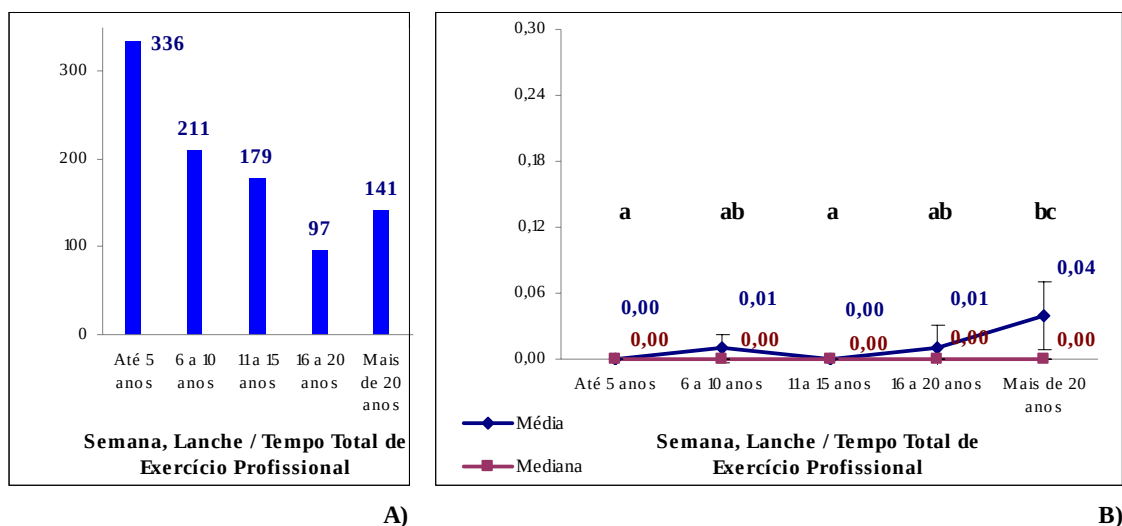
Estudados os consumos de bebidas alcoólicas pelos enfermeiros ao *almoço*, em dias de semana, em função do seu *tempo de exercício profissional*, verifica-se pela leitura do Gráfico 263 (e Quadros 347 e 348 do Apêndice 5) existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,000$), sendo que as diferenças estatisticamente significativas se encontram nos pares *até 5 anos – 6 a 10 anos* ($0,03 - 0,10$; $p = 0,004$), *até 5 anos – 16 a 20 anos* ($0,03 - 0,26$; $p = 0,000$), *até 5 anos – mais de 20 anos* ($0,03 - 0,20$; $p = 0,000$), *6 a 10 anos – 16 a 20 anos* ($0,10 - 0,26$; $p = 0,000$), *6 a 10 anos – mais de 20 anos* ($0,10 - 0,20$; $p = 0,017$), *11 a 15 anos – 16 a 20 anos* ($0,06 - 0,26$; $p = 0,000$) e *11 a 15*

anos – mais de 20 anos (0,06 – 0,20; $p = 0,001$), sempre com valores de médias mais baixos nos grupos com menor *tempo de exercício profissional*.

Consumos ao lanche

Quanto aos consumos de bebidas alcoólicas ao *lanche em dias de semana*, considerado o *tempo de exercício profissional*, verifica-se pela leitura do Gráfico 264 (e Quadros 349 e 350 do Apêndice 5) também haver diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,002$). Estas diferenças assentam nas diferenças estatisticamente significativas considerados os pares *até 5 anos – mais de 20 anos* (0,00 – 0,04; $p = 0,001$) e *11 a 15 anos – mais de 20 anos* (0,00 – 0,04; $p = 0,011$), com valores mais baixos entre os que têm menos *tempo de exercício profissional*.

Gráfico 264 – Consumos: lanche em dias de semana / tempo de exercício profissional

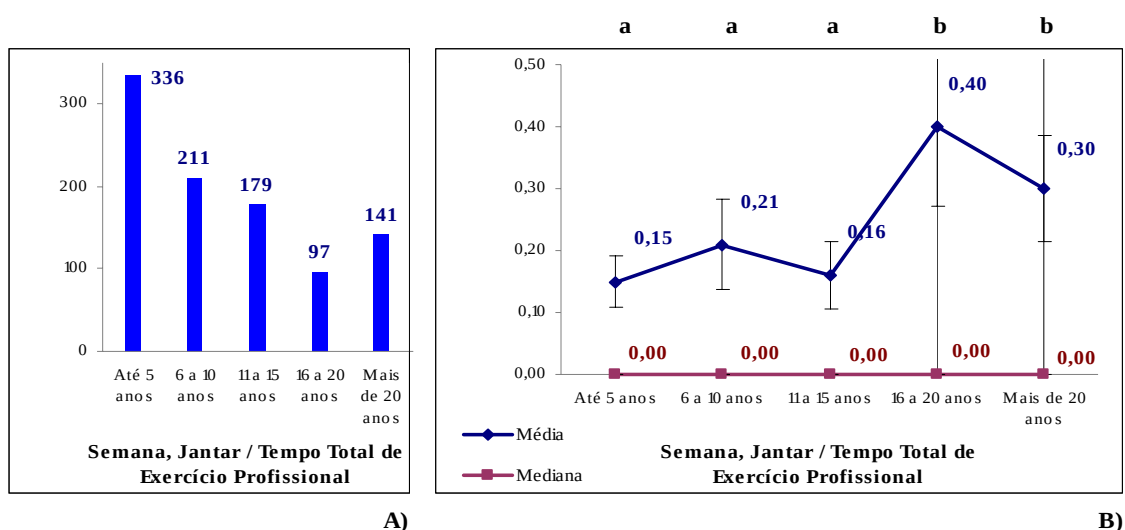


Consumos ao jantar

No que se refere aos consumos ao *jantar em dias de semana* e tendo em conta o *tempo*

de exercício profissional, o Gráfico 265 (e Quadros 351 e 352 do Apêndice 5) mostra que se encontram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,000$). As diferenças assentam nas diferenças também estaticamente significativas entre os pares *até 5 anos – 16 a 20 anos* ($0,15 - 0,40$; $p = 0,000$), *até 5 anos – mais de 20 anos* ($0,15 - 0,30$; $p = 0,000$), *6 a 10 anos – 16 a 20 anos* ($0,21 - 0,40$; $p = 0,001$), *6 a 10 anos – mais de 20 anos* ($0,21 - 0,30$; $p = 0,023$), *11 a 15 anos – 16 a 20 anos* ($0,16 - 0,40$; $p = 0,000$) e *11 a 15 anos – mais de 20 anos* ($0,16 - 0,30$; $p = 0,010$), mais uma vez com os valores médios mais baixos sempre encontrados entre os que têm menor *tempo de exercício profissional*.

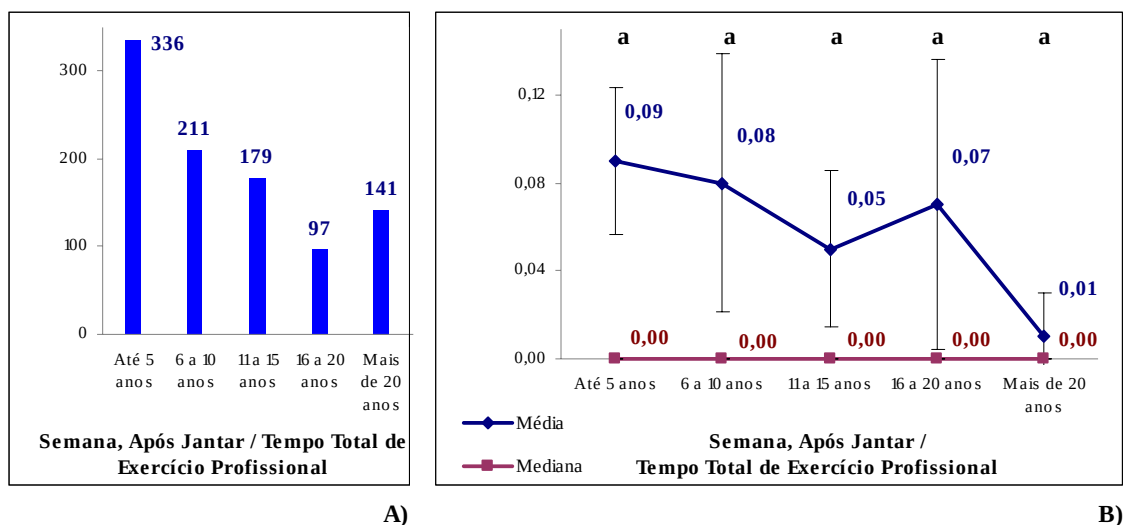
Gráfico 265 – Consumos: jantar em dias de semana / tempo de exercício profissional



Consumos após o jantar

Finalmente, no que se refere aos consumos de bebidas alcoólicas *após o jantar em dias de semana*, verifica-se pela leitura do Gráfico 266 (e Quadro 353 do Apêndice 5) não existirem diferenças estatisticamente significativas quando considerado o *tempo de exercício profissional* ($p = 0,061$).

Gráfico 266 – Consumos: após o jantar em dias de semana / tempo de exercício profissional



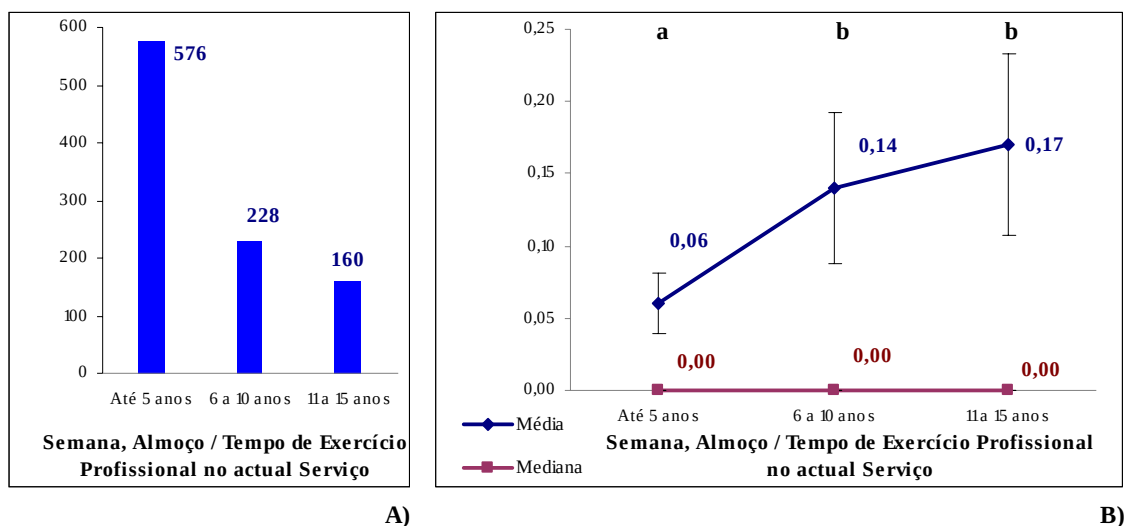
3.4.9. Dias de semana / Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço

Estudou-se também o *tempo de exercício profissional no actual serviço*, com intenção de descortinar diferenças estatisticamente significativas nos *consumos de bebidas alcoólicas em dias de semana*.

Consumos ao almoço

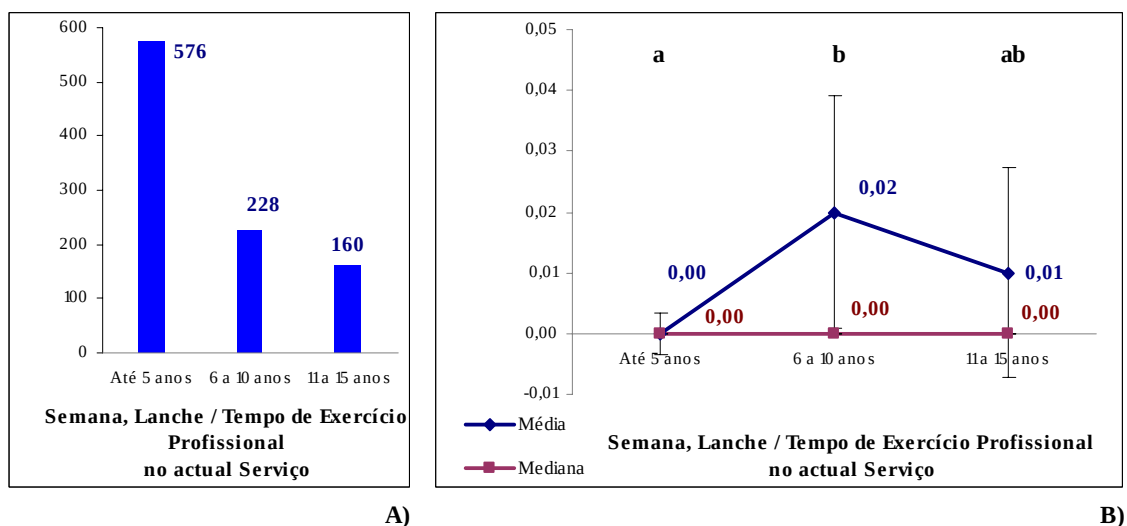
Considerando o *tempo de experiência profissional que os enfermeiros apresentam no actual serviço*, verifica-se que as diferenças entre os consumos de bebidas alcoólicas ao almoço, em dias de semana, conforme o Gráfico 267 (e Quadros 354 e 355 do Apêndice 5), são estatisticamente significativas ($p = 0,000$), sendo estatisticamente significativas as diferenças existentes entre os pares *até 5 anos – 6 a 10 anos* ($0,06 - 0,14$; $p = 0,004$) e *até 5 anos – 11 a 15 anos* ($0,06 - 0,17$; $p = 0,000$) com valores mais altos entre os que *exercem no actual serviço há mais tempo*.

Gráfico 267 – Consumos: almoço em dias de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço



Consumos ao lanche

Gráfico 268 – Consumos: lanche em dias de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço



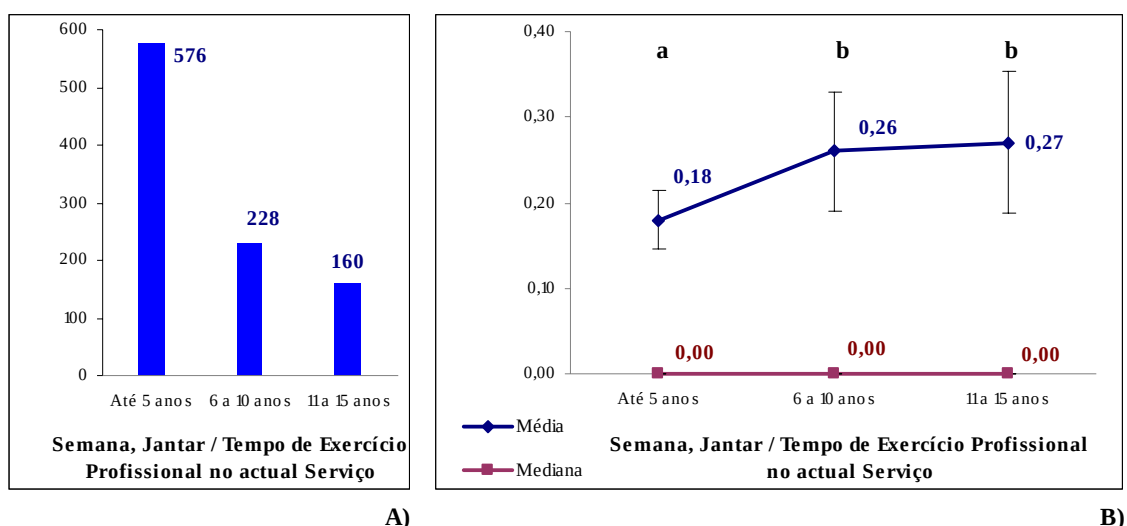
Fazendo a análise dos consumos de bebidas alcoólicas *ao lanche em dias de semana* em função do *tempo de exercício profissional no actual serviço*, verifica-se pela representação do Gráfico 268 (e Quadros 356 e 357 do Apêndice 5) também existirem

diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,014$). Essas diferenças estatisticamente significativas encontram-se nas médias dos grupos *até 5 anos* e *6 a 10 anos* ($0,00 - 0,02$; $p = 0,003$), com valores de média mais altos entre o segundo grupo.

Consumos ao jantar

Estudando os consumos dos enfermeiros ao *jantar em dias de semana*, e continuando a ter em conta a variável *tempo de exercício profissional no actual serviço*, verifica-se pela leitura do Gráfico 269 (e Quadros 358 e 359 do Apêndice 5) existirem de igual modo diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,030$). Estas diferenças assentam nos factos de entre os pares de grupos *até 5 anos* – *6 a 10 anos* ($0,18 - 0,26$; $p = 0,040$) e *até 5 anos* – *11 a 15 anos* ($0,18 - 0,27$; $p = 0,026$) existirem diferenças estatisticamente significativas, com valores mais altos de média entre os segundos.

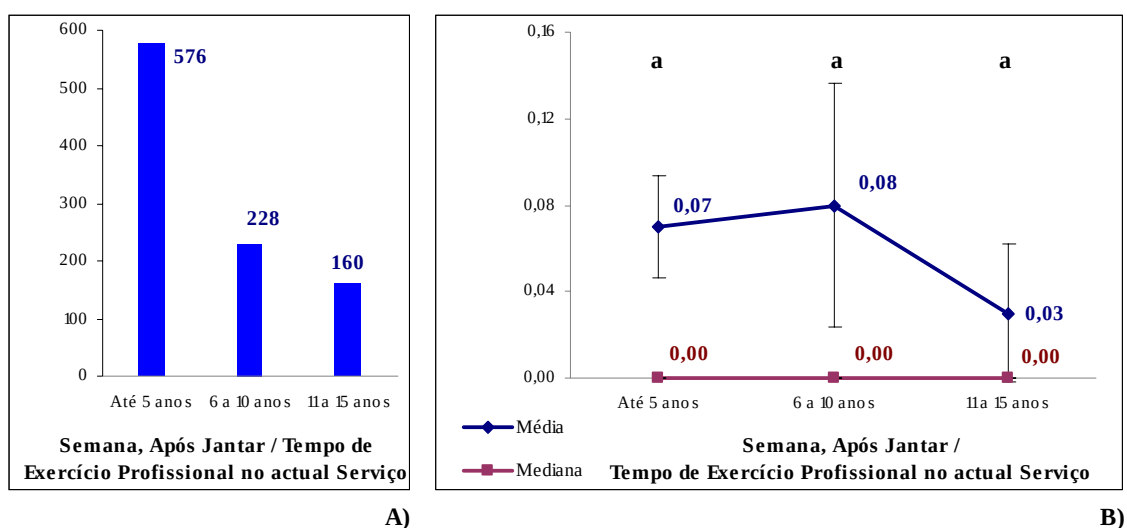
Gráfico 269 – Consumos: jantar em dias de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço



Consumos após o jantar

Finalmente, estudados os consumos *após o jantar em dias de semana*, verifica-se não haver diferenças estatisticamente significativas quando considerado o *tempo de exercício profissional no actual serviço* ($p = 0,123$), conforme é visível no Gráfico 270 (e Quadro 360 do Apêndice 5).

Gráfico 270 – Consumos: após o jantar em dias de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço



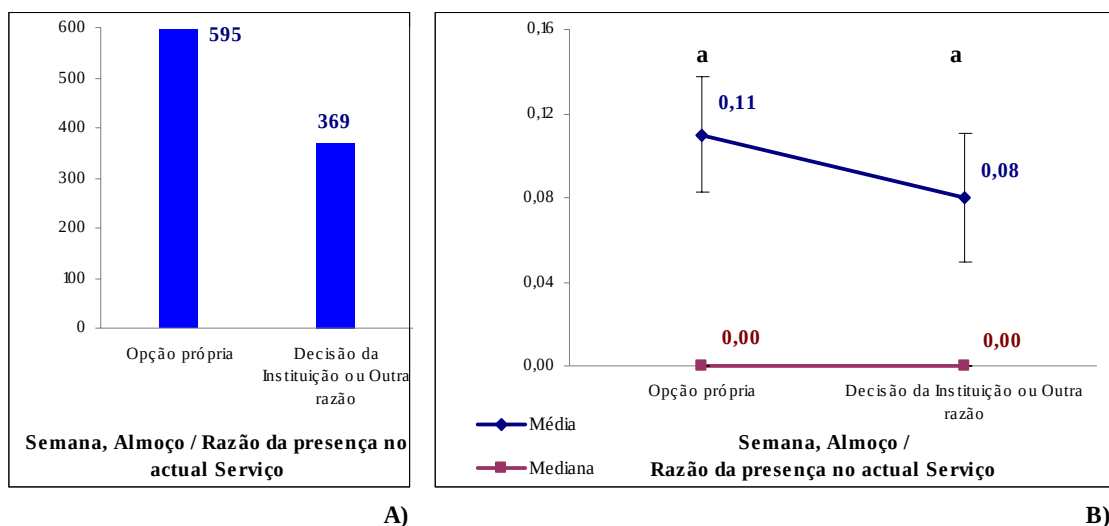
3.4.10. Dias de semana / Razão da presença no actual Serviço

Segue-se a apresentação dos dados referentes aos *consumos de bebidas alcoólicas em dias de semana*, tendo em conta a variável independente *razão da presença no actual serviço*.

Consumos ao almoço

Analisando os consumos dos enfermeiros ao *almoço em dias de semana* e tendo em conta a *razão que expressam para se encontrarem no actual serviço*, verifica-se pela leitura do Gráfico 271 (e Quadro 361 do Apêndice 5) que não há diferenças estatisticamente significativas, já que o teste de Mann-Whitney apresenta um valor de $p = 0,109$.

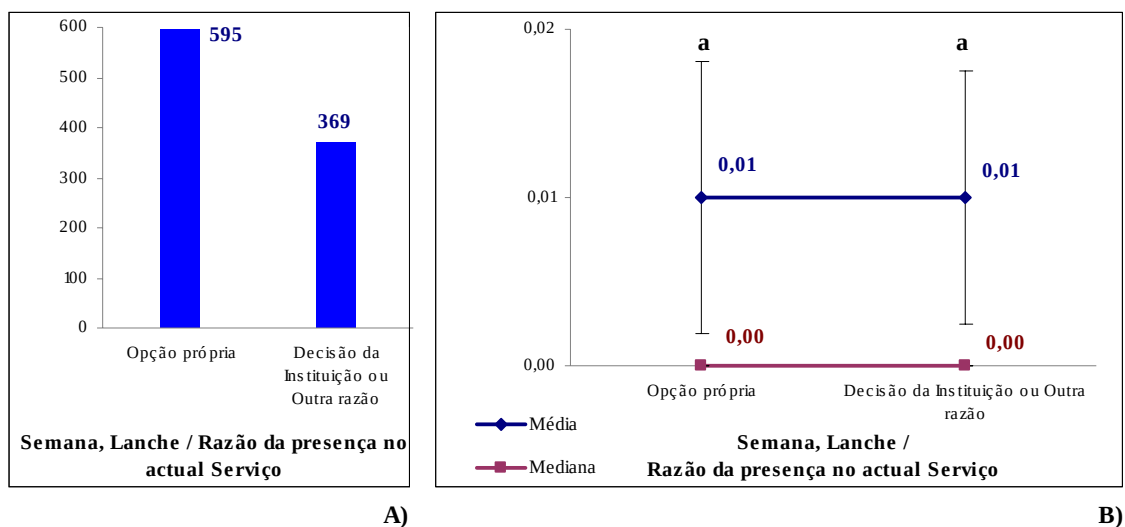
Gráfico 271 – Consumos: almoço em dias de semana / razão da presença no actual serviço



Consumos ao lanche

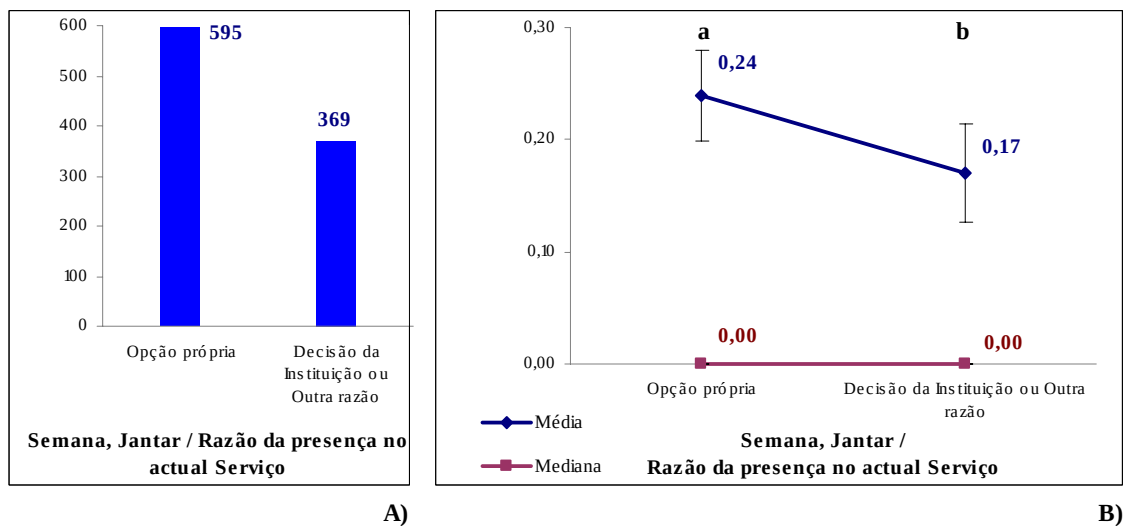
Quanto aos consumos ao *lanche em dias de semana*, o Gráfico 272 (e Quadro 362 do Apêndice 5) permite concluir que não há diferenças estatisticamente significativas em função da *razão da presença no actual serviço* ($p = 0,438$).

Gráfico 272 – Consumos: lanche em dias de semana / razão da presença no actual serviço



Consumos ao jantar

Gráfico 273 – Consumos: jantar em dias de semana / razão da presença no actual serviço

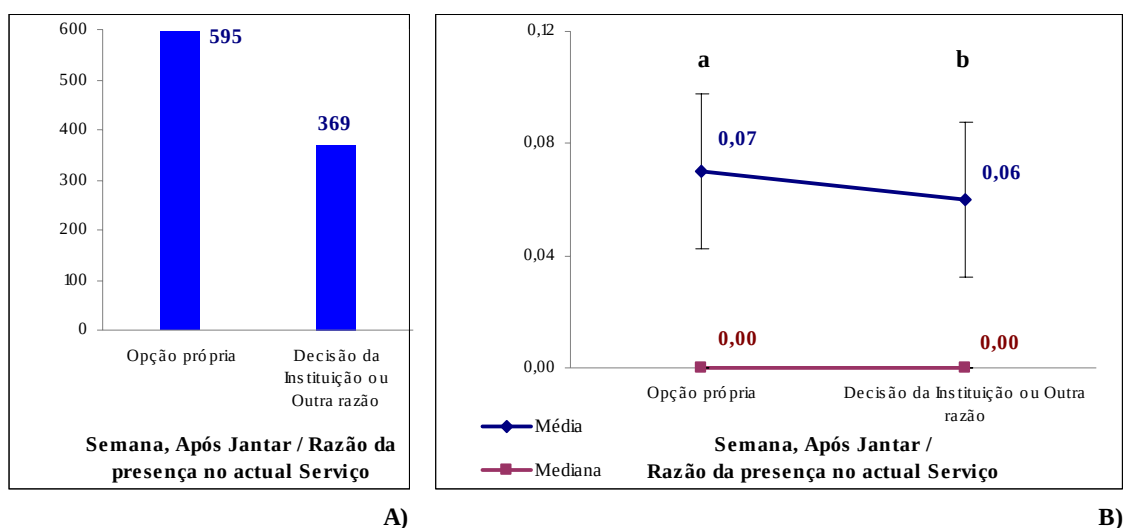


Contrariamente a outras situações, em *dias de semana ao jantar*, como é visível no Gráfico 273 (e Quadro 363 do Apêndice 5) os consumos de bebidas alcoólicas dos enfermeiros que estão por *opção própria no actual serviço* diferem estatisticamente dos consumos dos *restantes profissionais* ($p = 0,048$), sendo mais altos que os consumos destes últimos (0,24 – 0,17).

Consumos após o jantar

No que se refere aos consumos *após o jantar em dias de semana*, e conforme os dados representados no Gráfico 274 (e Quadro 364 do Apêndice 5), estes diferem significativamente em função da *razão da presença do actual Serviço* ($p = 0,705$), com valores mais altos entre os que estão no mesmo por *opção própria*.

Gráfico 274 – Consumos: após o jantar em dias de semana / razão da presença no actual serviço



3.4.11. Dias de semana / Vínculo à Instituição

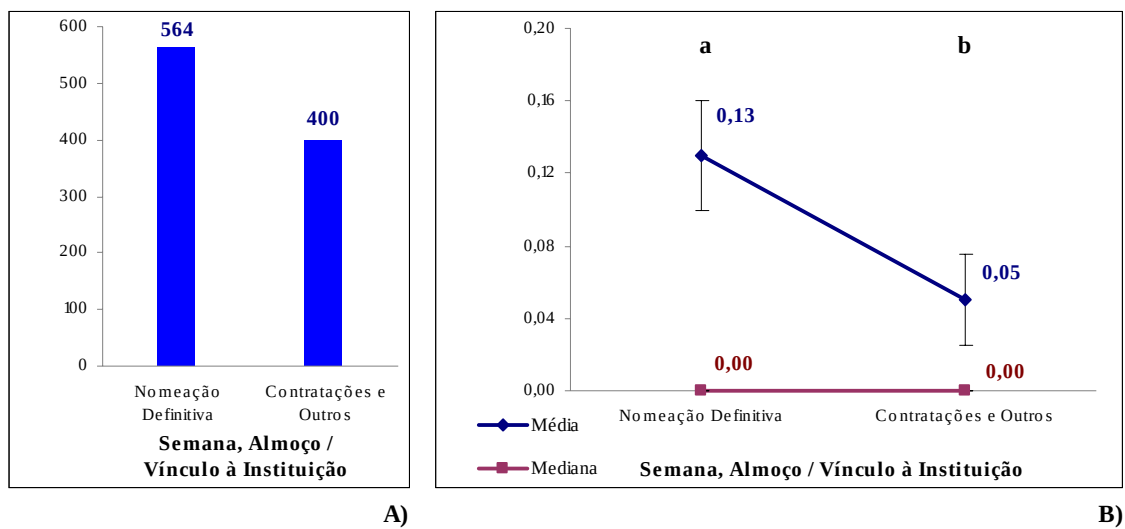
Finalmente, o mesmo tipo de estudo teve em consideração o *vínculo dos enfermeiros à instituição*.

Consumos ao almoço

O estudo dos consumos de bebidas alcoólicas pelos enfermeiros ao *almoço dos dias de semana* mostra, conforme o Gráfico 275 (e Quadro 365 do Apêndice 5), que estes

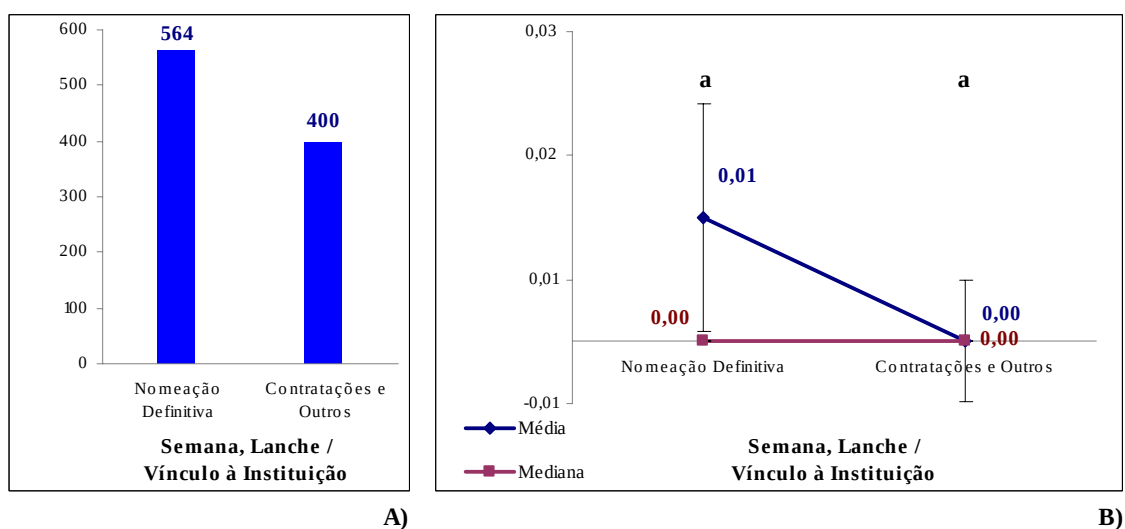
diferem significativamente em função do *vínculo à instituição* que os mesmos detêm ($p = 0,000$), com médias mais altas encontradas entre os enfermeiros com *nomeação definitiva* (0,13 – 0,05).

Gráfico 275 – Consumos: almoço em dias de semana / vínculo à instituição



Consumos ao lanche

Gráfico 276 – Consumos: lanche em dias de semana / vínculo à instituição

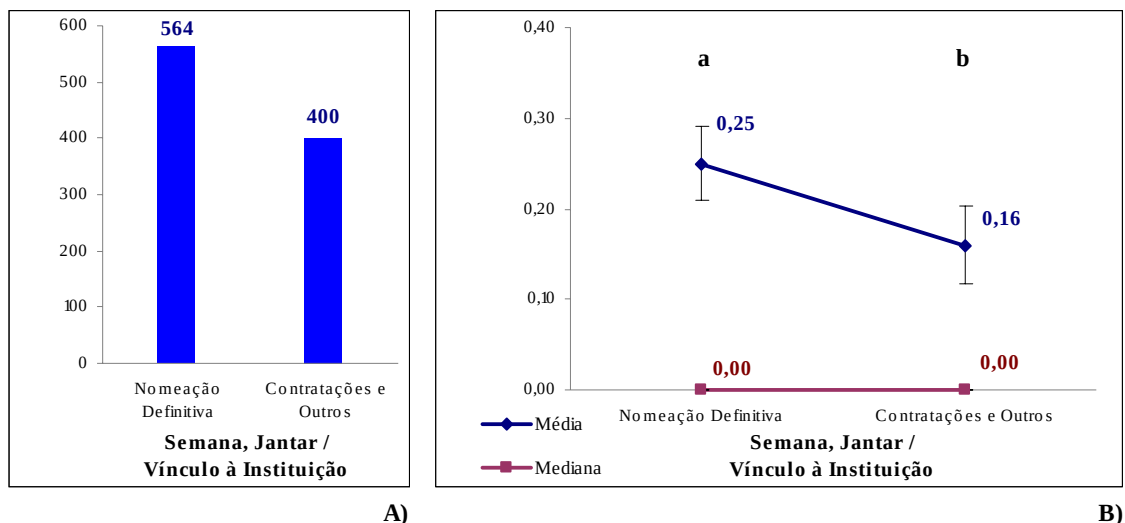


No que respeita aos consumos ao *lanche em dias de semana*, e conforme o Gráfico 276 (e Quadro 366 do Apêndice 5), eles não diferem significativamente entre os enfermeiros quando se tem em conta o seu *vínculo* ($p = 0,095$).

Consumos ao jantar

Quanto ao *jantar em dias de semana*, a aplicação do teste de Mann-Whitney volta a apontar, conforme o Gráfico 277 (e Quadro 367 do Apêndice 5) para a existência de diferenças significativas ($p = 0,000$), com valores mais altos entre os profissionais com *nomeação definitiva* (0,25 – 0,16).

Gráfico 277 – Consumos: jantar em dias de semana / vínculo à instituição

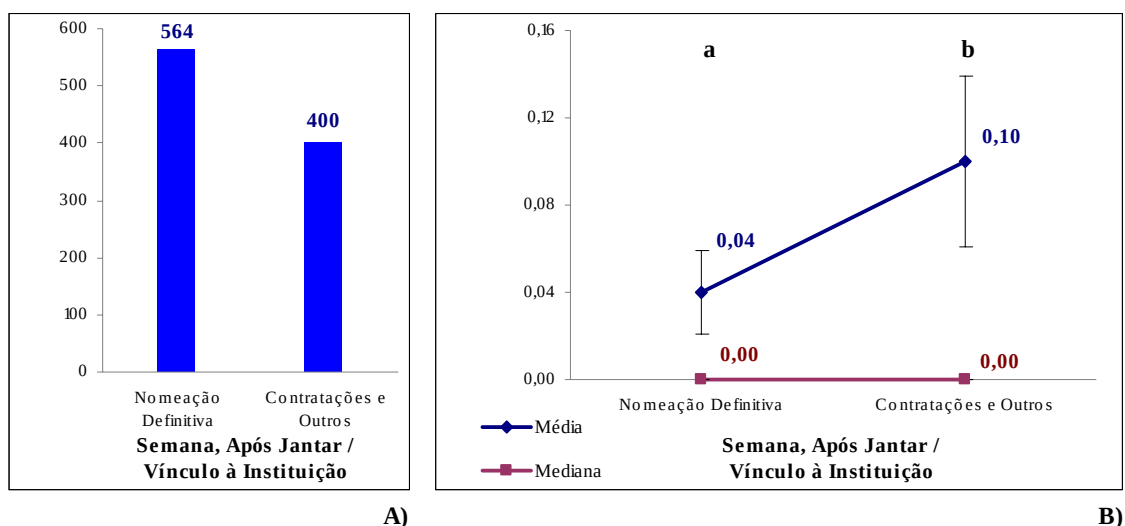


Consumos após o jantar

Em relação ao *pós-jantar em dias de semana*, a leitura do Gráfico 278 (e Quadro 368 do Apêndice 5) mostra que se encontram diferenças significativas ($p = 0,002$). Mas aqui, as médias mais altas estão entre os enfermeiros que têm como vínculo *contratações ou*

outras (0,04 – 0,10).

Gráfico 278 – Consumos: após o jantar em dias de semana / vínculo à instituição



3.5. Consumos em dias de fim-de-semana / Características sócio-profissionais

Os estudos que a seguir se apresentam têm por base os consumos de bebidas alcoólicas pelos enfermeiros em *dias de fim-de-semana*, mais uma vez considerados em função das diferentes variáveis independentes, as de âmbito sócio-profissional. Tal como aconteceu com os consumos em dias de semana, também aqui apenas são analisados os consumos do almoço, lanche, jantar e após o jantar, já que nenhum dos enfermeiros refere consumir bebidas alcoólicas ao pequeno-almoço e/ou a meio da manhã.

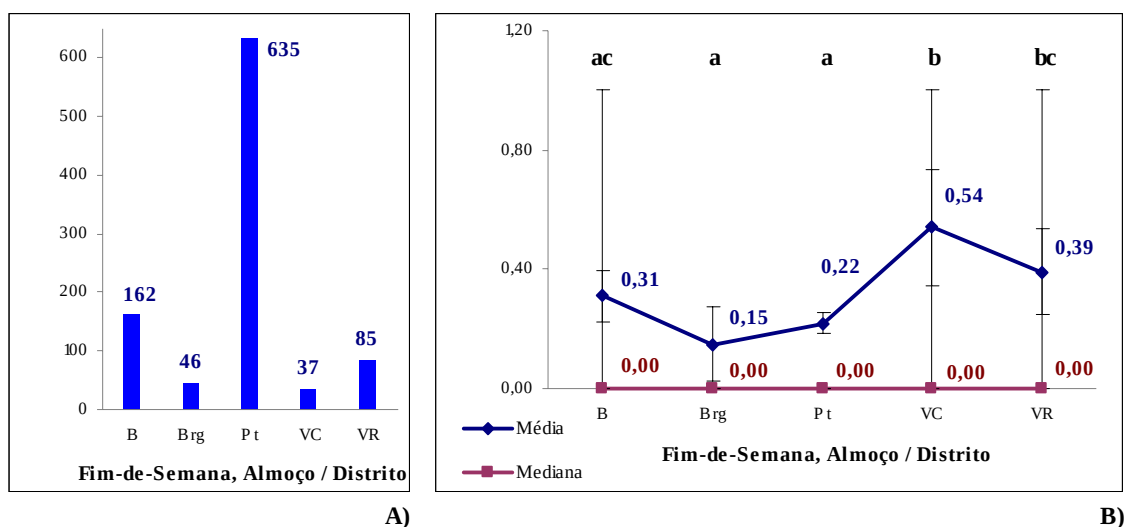
3.5.1. Dias de fim-de-semana / Distrito

Esta apresentação começa pelos dados estudados em função do *distrito* em que se insere a instituição onde os enfermeiros exercem as suas funções.

Consumos ao almoço

Os valores do Gráfico 279 (e Quadros 369 e 370 do Apêndice 5) permitem concluir existirem diferenças estatisticamente significativas nos consumos de bebidas alcoólicas pelos enfermeiros ao *almoço em dias de fim-de-semana*, conforme o *distrito* em que está sedeadada a instituição em que exercem funções ($p = 0,000$). Estas diferenças são visíveis, pela aplicação do teste de Mann-Whitney, nos pares *Viana do Castelo – Braga* (0,54 – 0,31; $p = 0,009$), *Viana do Castelo – Bragança* (0,54 – 0,15; $p = 0,001$) e *Viana do Castelo – Porto* (0,54 – 0,22; $p = 0,000$), com valores médios mais altos encontrados em *Viana do Castelo*; e *Vila Real – Bragança* (0,39 – 0,15; $p = 0,032$) e *Vila Real – Porto* (0,39 – 0,22; $p = 0,024$), com valores médios mais altos em *Vila Real*.

Gráfico 279 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / distrito

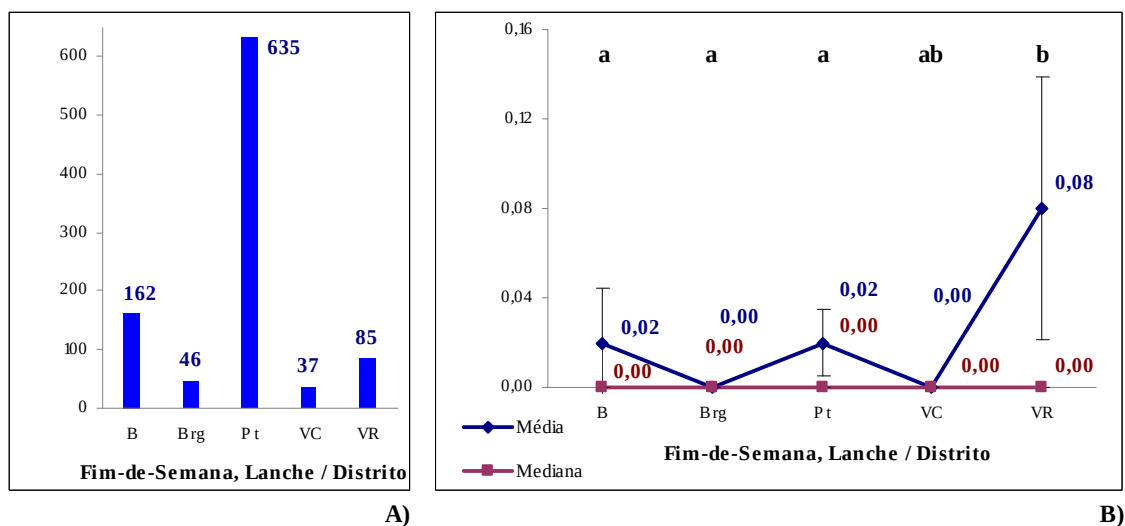


Consumos ao lanche

Quanto aos consumos ao *lanche em dias de fim-de-semana*, o Gráfico 280 (e Quadros 371 e 372 do Apêndice 5) mostra que também existem diferenças estatisticamente significativas em função dos *distritos* ($p = 0,002$). Estas diferenças assentam nas diferenças existentes entre os *distritos de Vila Real e Braga* (0,08 – 0,02; $p = 0,037$),

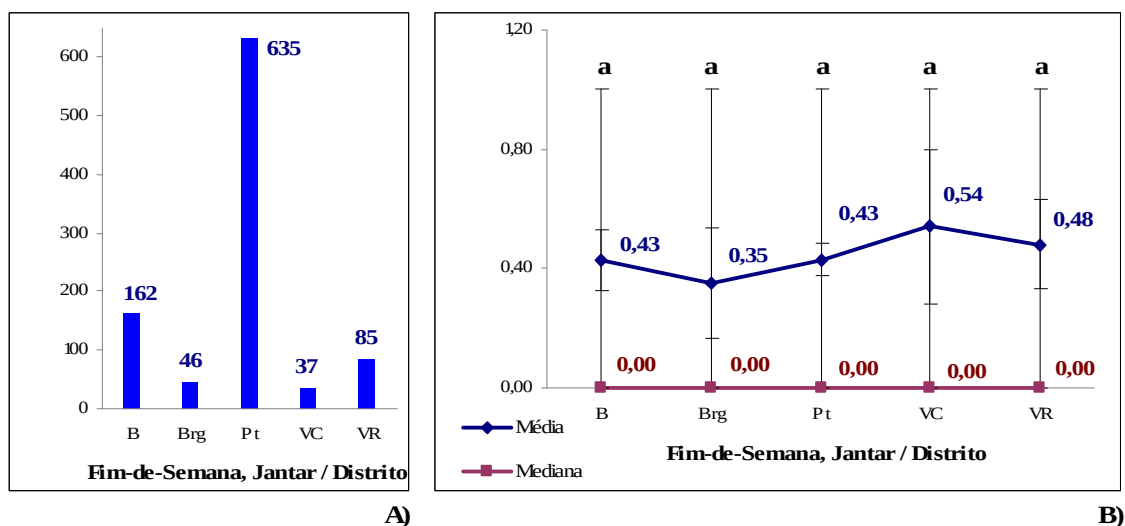
Vila Real e Bragança (0,08 – 0,00; $p = 0,046$) e *Vila Real e Porto* (0,08 – 0,02; $p = 0,000$), sempre com valores mais altos em *Vila Real*.

Gráfico 280 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / distrito



Consumos ao jantar

Gráfico 281 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / distrito



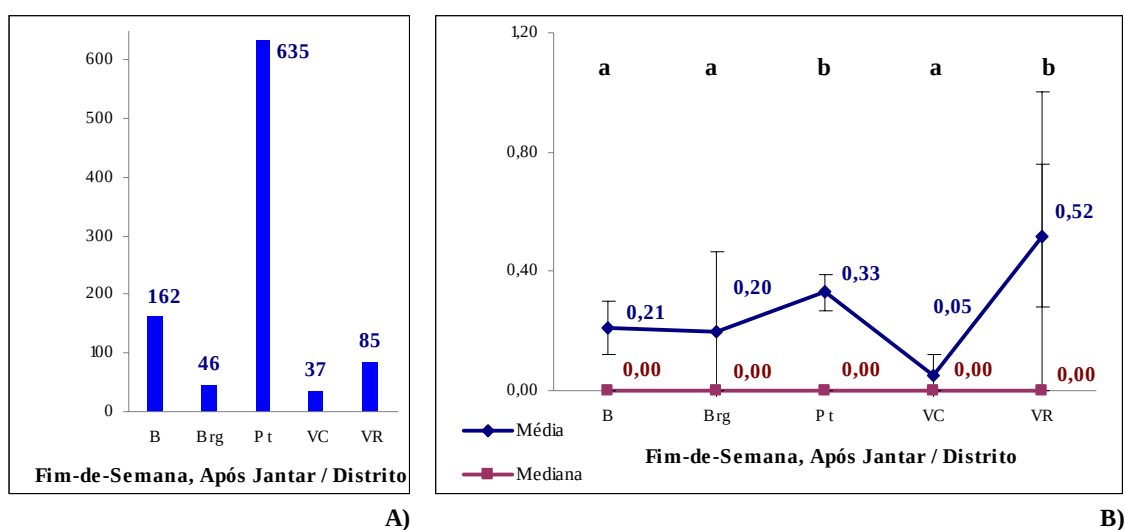
Ao jantar dos dias de fim-de-semana, conforme o Gráfico 281 (e Quadro 373 do

Apêndice 5) e contrariamente ao que acontece nos momentos analisados antes, os consumos não diferem estatisticamente em função do *distrito* em análise ($p = 0,718$).

Consumos após o jantar

Já no que se refere aos consumos de bebidas alcoólicas *após o jantar em dias de fim-de-semana*, e conforme o Gráfico 282 (e Quadros 374 e 375 do Apêndice 5), as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($p = 0,002$). Esta diferença estatisticamente significativa assenta no facto de existirem diferenças também significativas entre os consumos encontrados nos enfermeiros de *Porto e Braga* ($0,33 - 0,21$; $p = 0,030$), *Porto e Bragança* ($0,33 - 0,21$; $p = 0,048$) e *Porto e Viana do Castelo* ($0,33 - 0,05$; $p = 0,020$) com valores superiores no *Porto*; e entre *Vila Real e Braga* ($0,52 - 0,21$; $p = 0,004$), *Vila Real e Bragança* ($0,52 - 0,20$; $p = 0,009$), e *Vila Real e Viana do Castelo* ($0,52 - 0,05$; $p = 0,004$), com valores mais altos entre os enfermeiros que exercem no *distrito de Vila Real*.

Gráfico 282 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / distrito

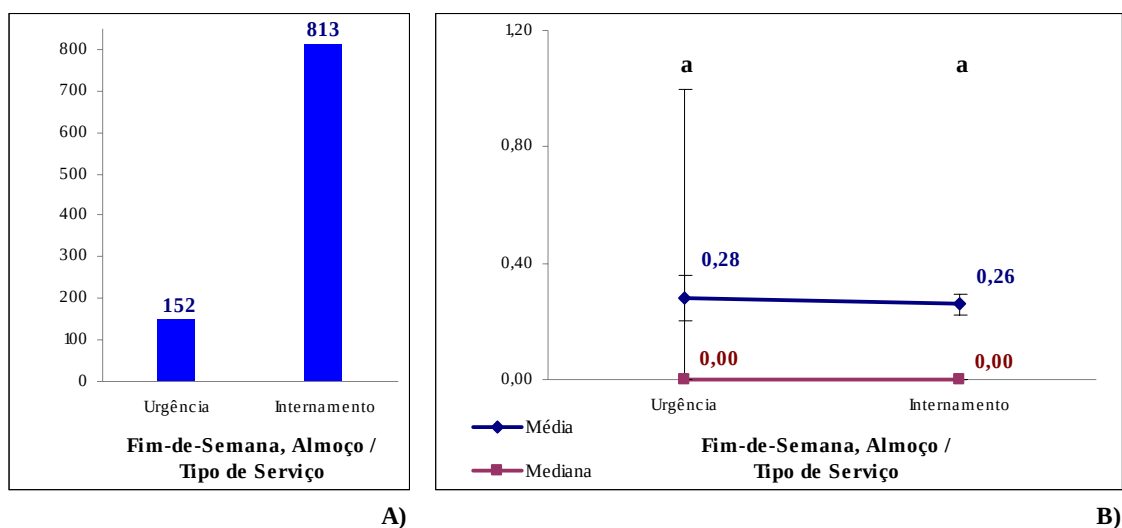


3.5.2. Dias de fim-de-semana / Tipo de Serviço

Passa-se agora ao estudo dos *consumos de bebidas alcoólicas dos enfermeiros nos diferentes momentos de dias de fim-de-semana*, em função do *tipo de serviço* em que exercem funções.

Consumos ao almoço

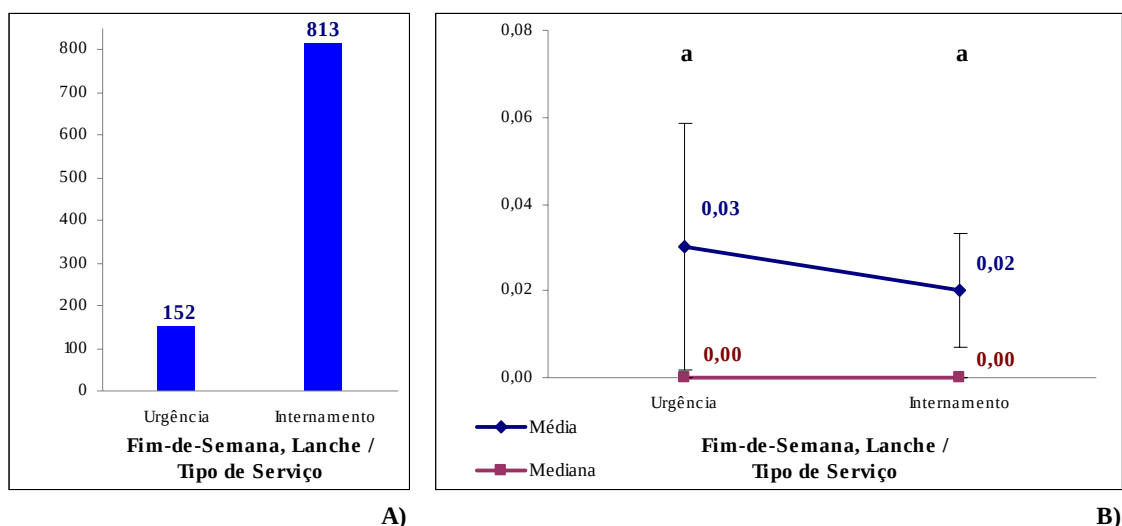
Gráfico 283 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / tipo de serviço



Como se pode ver no Gráfico 283 (e Quadro 376 do Apêndice 5), não há diferenças estatisticamente significativas entre os consumos ao *almoço em dias de fim-de-semana* em função do exercício de funções num *serviço de urgência ou de internamento* ($p = 0,326$).

Consumos ao lanche

Gráfico 284 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / tipo de serviço

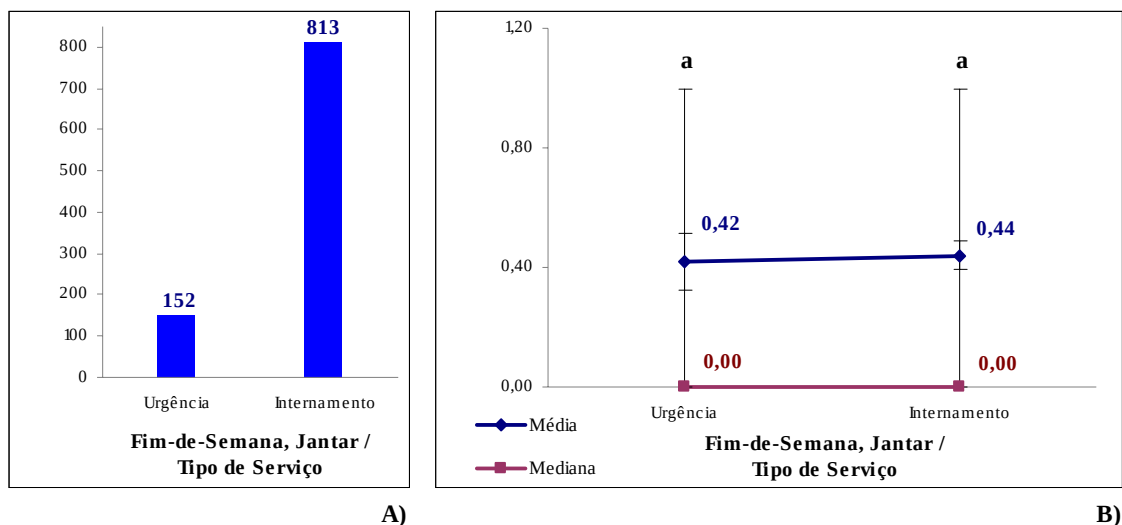


No que se refere aos consumos ao *lanche em dias de fim-de-semana*, e de acordo com a leitura do Gráfico 284 (e Quadro 377 do Apêndice 5), passa-se o mesmo, ou seja, o valor encontrado ($p = 0,310$) não indicia a existência de diferenças estatisticamente significativas nos consumos dos enfermeiros em relação ao *tipo de serviço* em que trabalham.

Consumos ao jantar

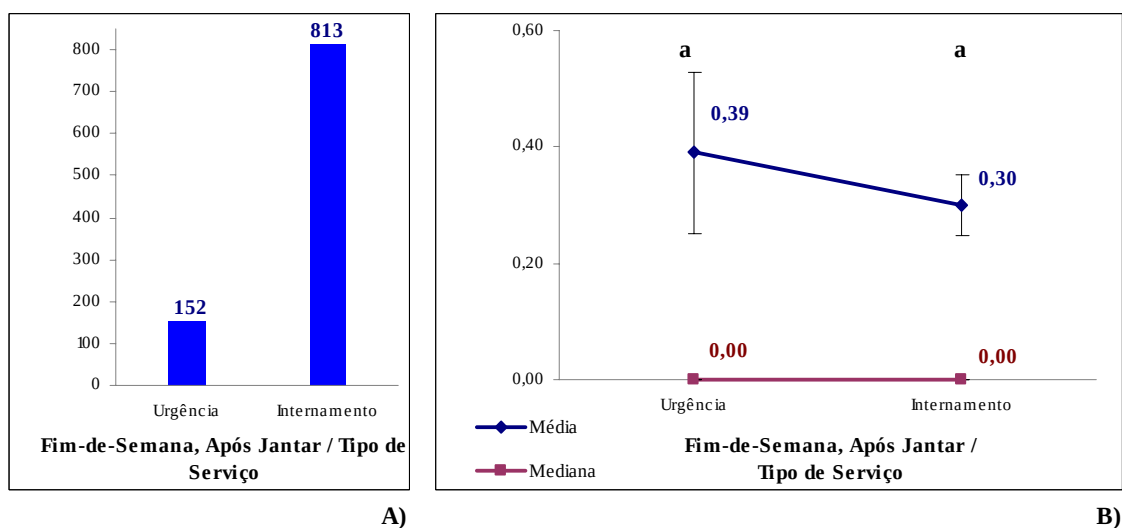
Os consumos ao *jantar em dias de fim-de-semana* seguem a tendência referida anteriormente, conforme o Gráfico 285 (e Quadro 378 do Apêndice 5), ou seja, o teste de Mann-Whitney apresenta um valor de $p = 0,706$, valor que permite aceitar a hipótese nula de não existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas quando considerados os consumos em função do *tipo de serviço*.

Gráfico 285 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / tipo de serviço



Consumos após o jantar

Gráfico 286 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / tipo de serviço



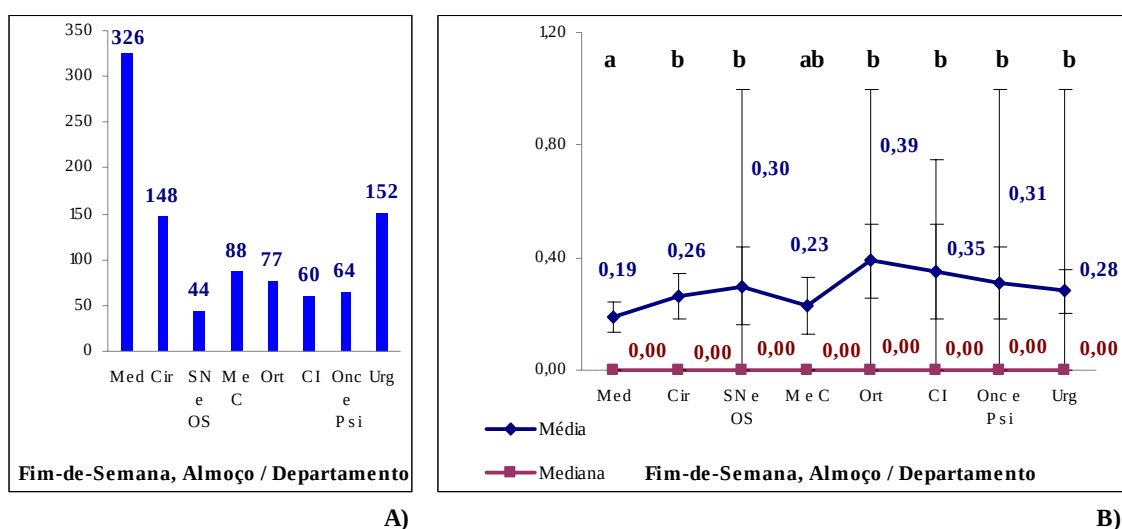
Finalmente, a análise dos consumos de bebidas *após o jantar em dias de fim-de-semana*, apresenta o mesmo tipo de resultados, tal como é possível visualizar com o Gráfico 286 (e Quadro 379 do Apêndice 5), ou seja, não há diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,200$).

3.5.3. Dias de fim-de-semana / Departamento

Veja-se de seguida os dados dos *consumos em dias de fim-de-semana* quando estudados à luz do *departamento* em que os enfermeiros exercem funções.

Consumos ao almoço

Gráfico 287 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / departamento

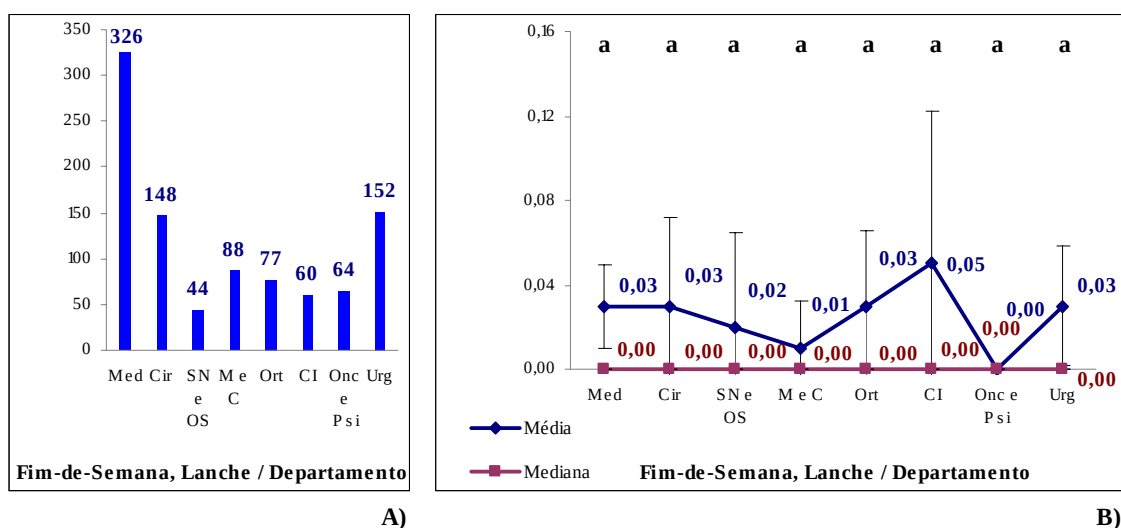


O Gráfico 287 (e Quadros 380 e 381 do Apêndice 5), permit conhecer os resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis tendo em conta os consumos de bebidas alcoólicas ao *almoço em dias de fim-de-semana* e o *departamento* em que os enfermeiros exercem funções. Assim, o valor obtido de $p = 0,009$ permite que se afirme existirem diferenças estatisticamente significativas nas médias obtidas. Face aos valores de p encontrados com o teste de Mann-Whitney aplicado aos consumos tendo em conta o *departamento*, existem diferenças estatisticamente significativas entre os consumos dos enfermeiros do *departamento de Cirurgia e do Departamento de Medicina* ($0,26 - 0,19$; $p = 0,031$), de *Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos e de Medicina* ($0,30 - 0,19$; $p = 0,025$), de *Ortopedia e de Medicina* ($0,39 - 0,19$; $p = 0,000$), de *Cuidados Intensivos e*

de Medicina (0,35 – 0,19; $p = 0,044$), de *Oncologia e Psiquiatria e Medicina* (0,31 – 0,19; $p = 0,015$) e de *Urgência e Medicina* (0,28 – 0,19; $p = 0,008$), sendo que em qualquer dos casos os valores médios mais baixos são encontrados nos enfermeiros que exercem em *departamentos de Medicina*.

Consumos ao lanche

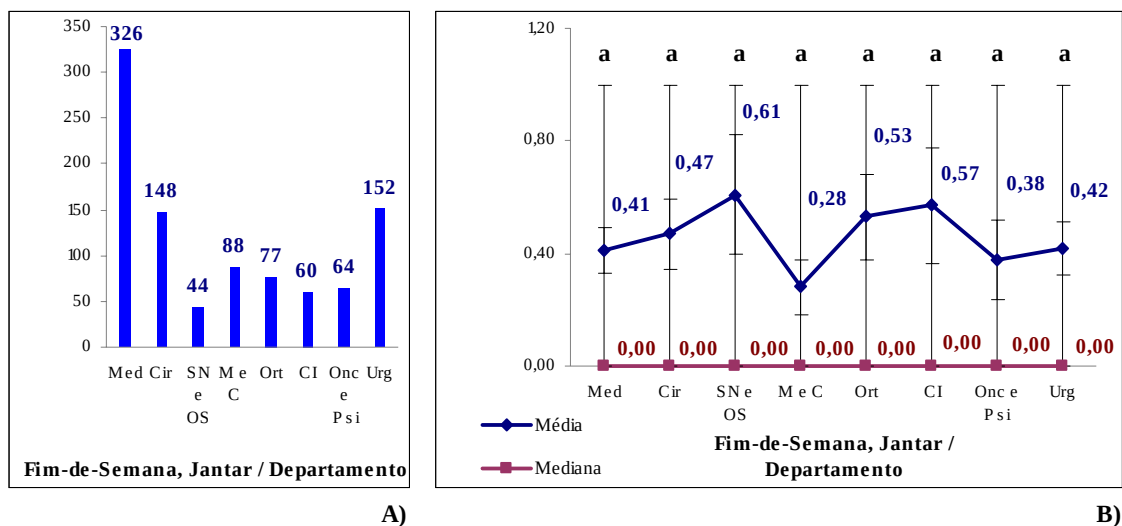
Gráfico 288 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / departamento



Contrariamente ao que acontece com os consumos ao almoço, a análise dos consumos em *dias de fim-de-semana ao lanche* não apresenta valores que representem diferenças estatisticamente significativas em função do *departamento* em que os enfermeiros exercem funções ($p = 0,808$), como se pode verificar no Gráfico 288 (e Quadro 382 do Apêndice 5).

Consumos ao jantar

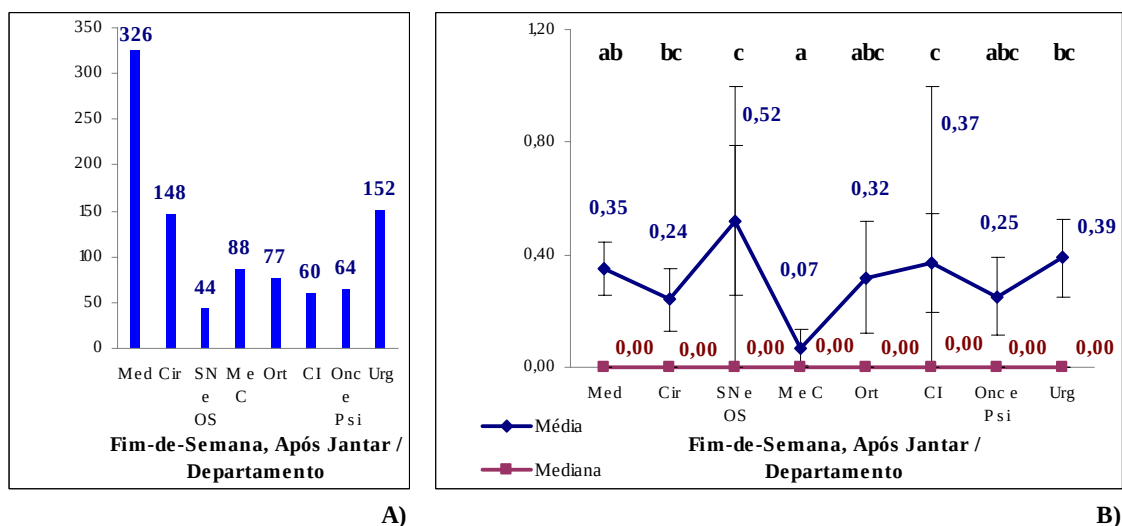
Gráfico 289 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / departamento



Também os consumos ao *jantar em dias de fim-de-semana*, como se vê no Gráfico 289 (e Quadro 383 do Apêndice 5), não são significativamente diferentes em função do *departamento* em que os enfermeiros exercem funções ($p = 0,084$).

Consumos após o jantar

Gráfico 290 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / departamento



Finalmente, os testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, utilizados no estudo da relação entre os consumos *após o jantar em dias de fim-de-semana* e o *departamento* onde as funções são exercidas, como se pode ver no Gráfico 290 (e Quadros 384 e 385 do Apêndice 5), mostram a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,003$) entre os referidos consumos. As diferenças estatisticamente significativas encontram-se nos pares formados pelos *departamentos de Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos e de Medicina* ($0,52 - 0,35$; $p = 0,036$) e de *Cuidados Intensivos e de Medicina* ($0,37 - 0,35$; $p = 0,049$), com valores mais baixos nos *departamentos de Medicina*; nos *departamentos de Cirurgia e da Mulher e Criança* ($0,24 - 0,07$; $p = 0,048$), de *Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos e da Mulher e Criança* ($0,52 - 0,07$; $p = 0,008$), de *Cuidados Intensivos e da Mulher e Criança* ($0,37 - 0,07$; $p = 0,013$) e de *Urgência e da Mulher e Criança* ($0,39 - 0,07$; $p = 0,026$), sempre com valores mais baixos entre os enfermeiros que exercem no *departamento da Mulher e da Criança*.

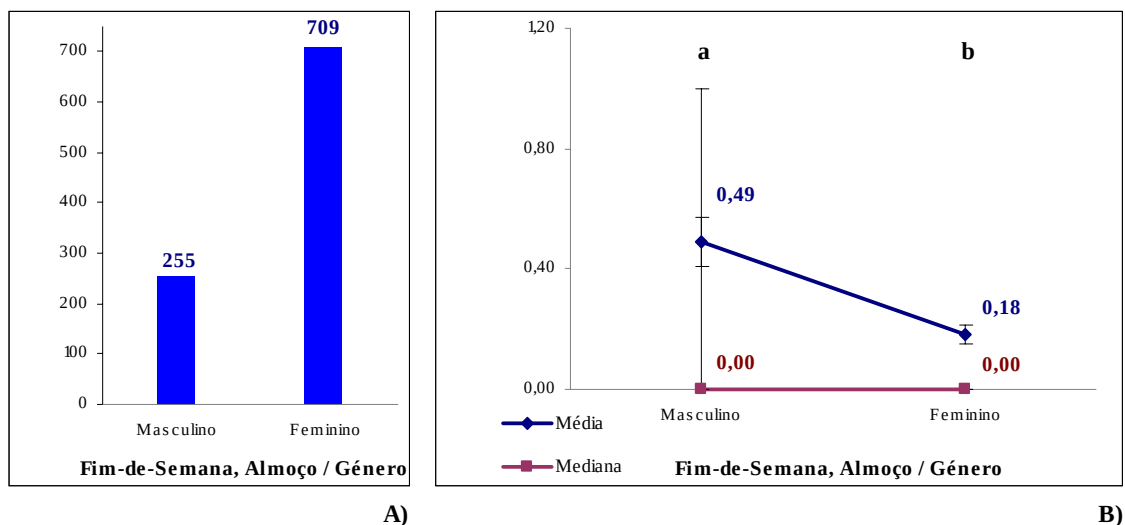
3.5.4. Dias de fim-de-semana / Género

Estudados em função do *género*, os *consumos de bebidas alcoólicas em dias de fim-de-semana* são como a seguir se mostra.

Consumos ao almoço

Aplicado o teste de Mann-Whitney aos consumos de unidades-padrão ao *almoço dos dias de fim-de-semana* em função do *género*, e conforme o Gráfico 291 (e Quadro 386 do Apêndice 5), é possível concluir existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,000$), com médias mais altas encontradas entre os *enfermeiros* ($0,49 - 0,18$).

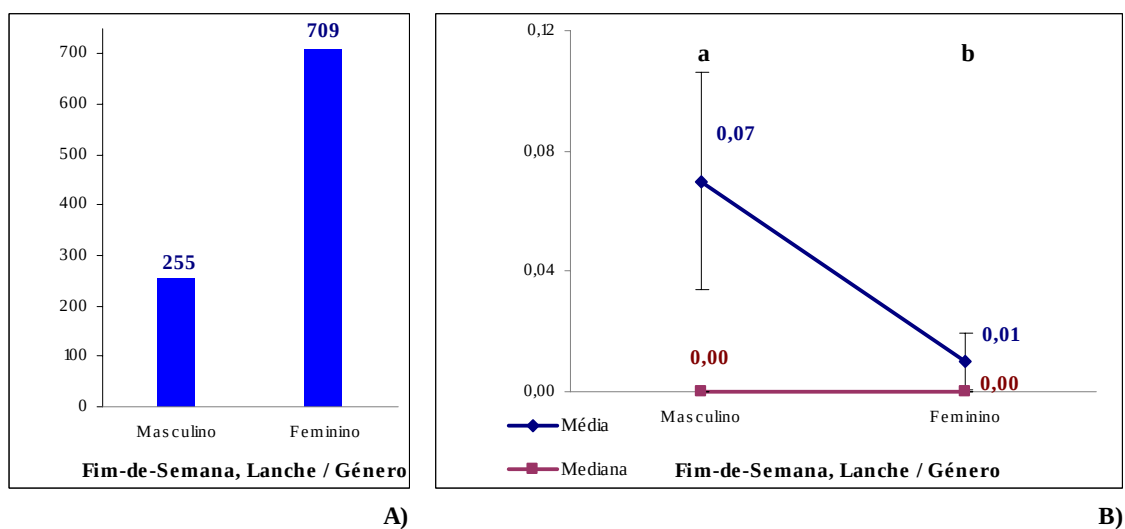
Gráfico 291 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / género



Consumos ao lanche

O mesmo se passa em relação aos consumos ao *lanche em dias de fim-de-semana*, como se pode ver no Gráfico 292 (e Quadro 387 do Apêndice 5). O valor de $p = 0,000$ mostra haver diferença estatisticamente significativa nos consumos, e os valores das médias mostram existirem maiores consumos entre os *enfermeiros* (0,07 – 0,01).

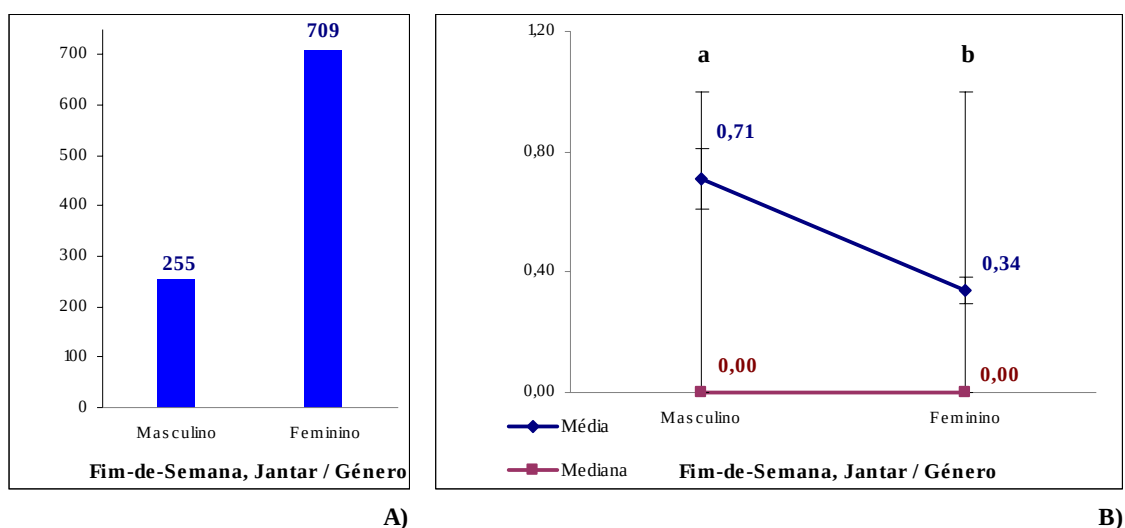
Gráfico 292 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / género



Consumos ao jantar

Estudados os consumos ao *jantar em dias de fim-de-semana* verifica-se situação idêntica às anteriores, ou seja, existência de diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,000$), mais uma vez com médias mais altas entre os *enfermeiros* (0,71 – 0,34), conforme o Gráfico 293 (e Quadro 388 do Apêndice 5).

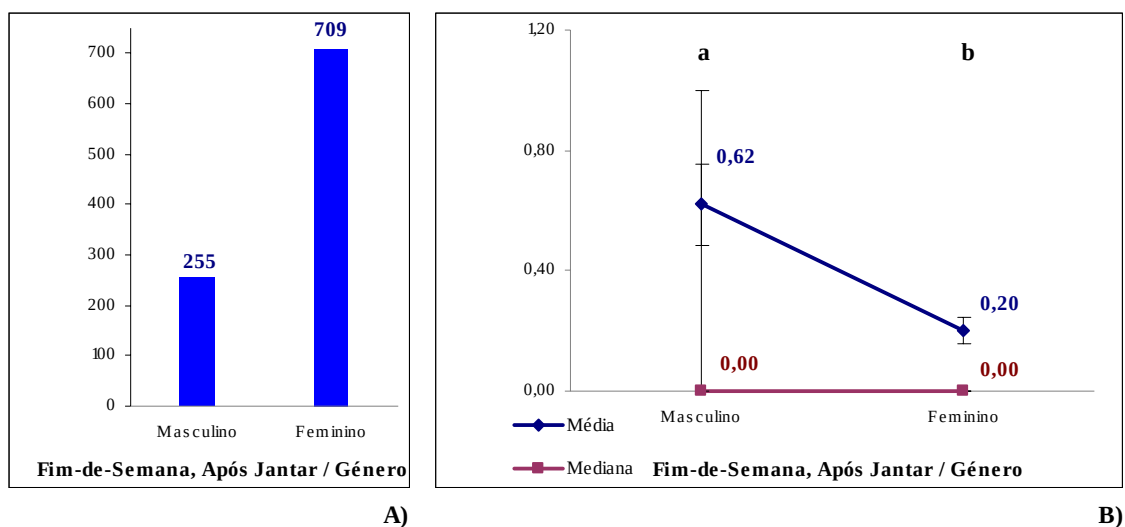
Gráfico 293 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / género



Consumos após o jantar

Ainda no que se refere aos consumos *após o jantar em dias de fim-de-semana* em função do *género*, o Gráfico 294 (e Quadro 389 do Apêndice 5) mostra diferenças estatisticamente significativas, com valores mais altos entre os *enfermeiros* (0,62 – 0,20; $p = 0,000$).

Gráfico 294 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / género

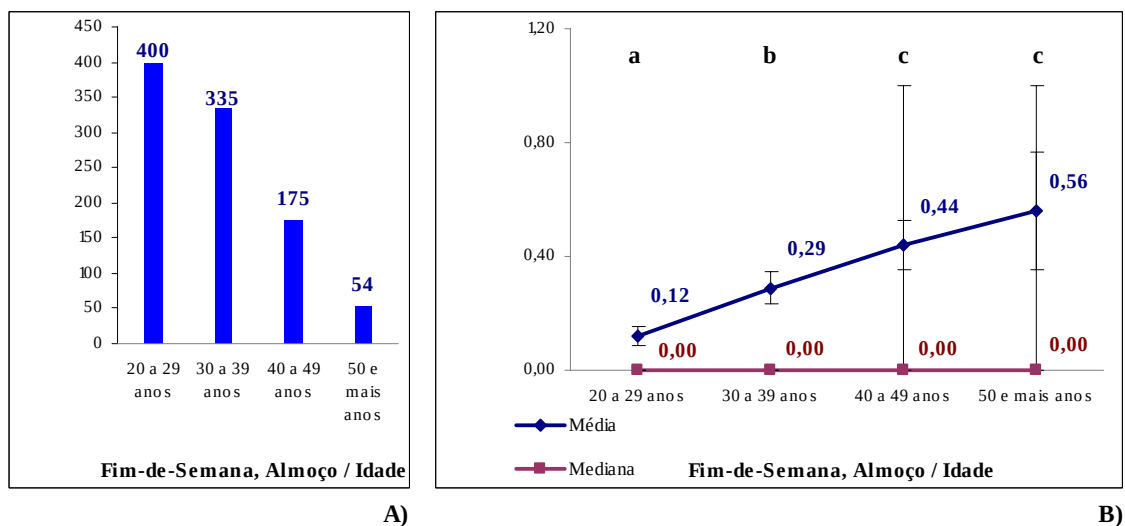


3.5.5. Dias de fim-de-semana / Idade

Em função da *idade*, os *consumos de bebidas alcoólicas em dias de fim-de-semana* são como segue.

Consumos ao almoço

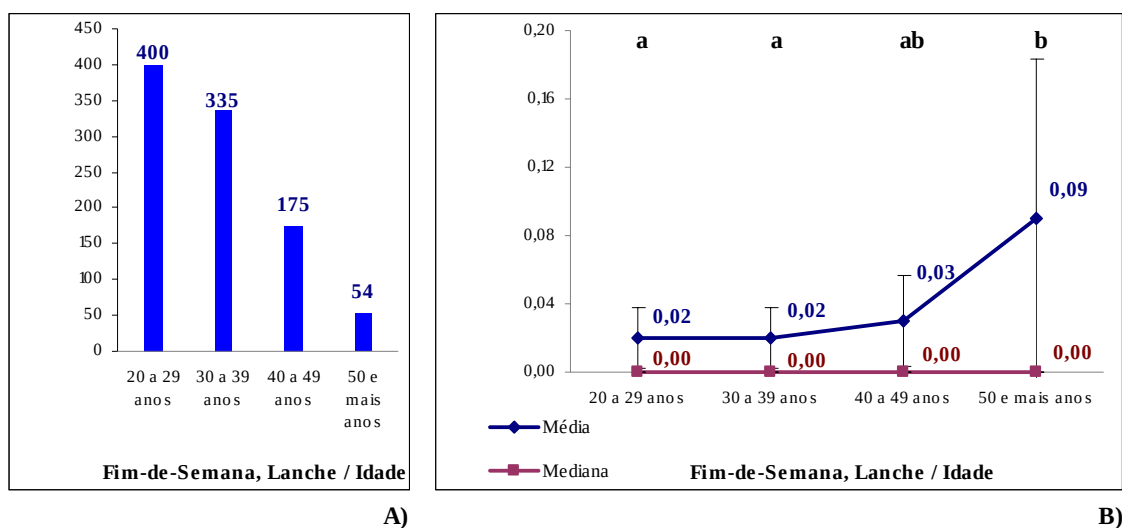
Gráfico 295 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / idade



Estudados os consumos de bebidas alcoólicas ao *almoço em dias de fim-de-semana* e tendo em conta a variável *idade*, verifica-se no Gráfico 295 (e Quadros 390 e 391 do Apêndice 5) que há diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,000$). A aplicação do teste de Mann-Whitney permite que se conclua que há diferenças estatisticamente significativas entre as médias das classificações em causa quando se estuda o grupo etário *20 a 29 anos* em relação aos grupos *30 a 39 anos* ($0,12 - 0,39$; $p = 0,000$), *40 a 49 anos* ($0,12 - 0,44$; $p = 0,000$) e *mais de 50 anos* ($0,12 - 0,56$; $p = 0,000$), com valores mais baixos entre os mais jovens. O mesmo acontece quando se estuda o grupo *30 a 39 anos* em relação aos grupos *40 a 49 anos* ($0,29 - 0,44$; $p = 0,001$) e *mais de 50 anos* ($0,29 - 0,56$; $p = 0,004$), mais uma vez com valores de médias mais baixos entre os enfermeiros com idades menores.

Consumos ao lanche

Gráfico 296 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / idade



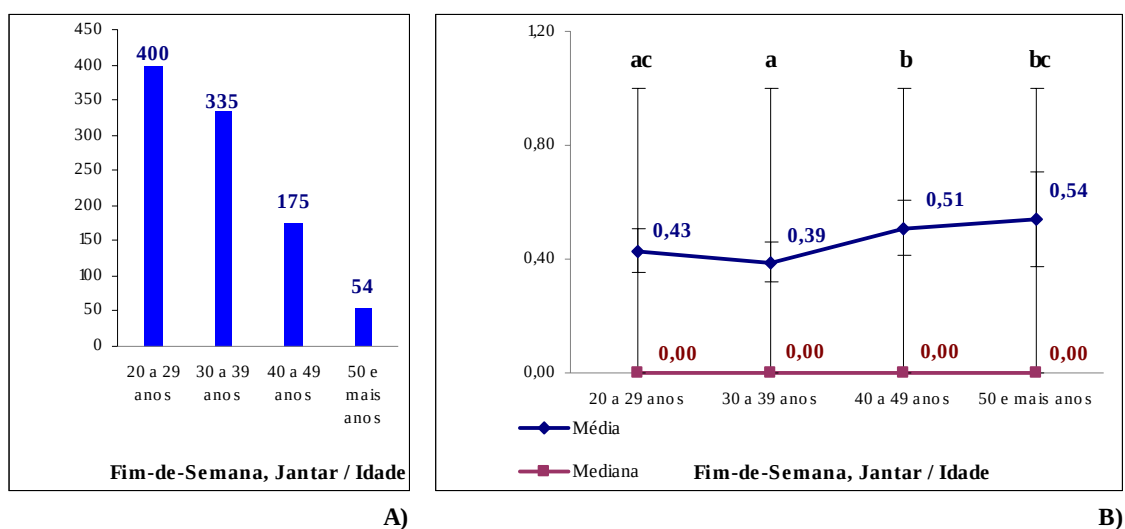
Estudados os consumos ao *lanche dos dias de fim-de-semana*, e continuando a considerar a variável *idade*, verifica-se a mesma tendência encontrada nos consumos do almoço. O Gráfico 296 (e Quadros 392 e 393 do Apêndice 5) mostra a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,018$), e que elas se baseiam nas

diferenças encontradas no grupo *20 a 29 anos* em relação ao grupo *mais de 50 anos* (0,02 – 0,09; $p = 0,002$), com valores mais altos neste último. O mesmo acontece quando se estuda o grupo *30 a 39 anos* em relação ao grupo *mais de 50 anos* (0,02 – 0,09; $p = 0,015$), com valores mais altos entre os mais velhos.

Consumos ao jantar

O estudo, agora, dos consumos ao *jantar em dias de fim-de-semana* em função da variável *idade*, conforme se pode ler no Gráfico 297 (e Quadros 394 e 395 do Apêndice 5), mostra que também aqui se encontram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,016$), com o teste de Mann-Whitney a mostrar existirem diferenças estatisticamente significativas entre os consumos dos enfermeiros com idades de *20 a 29 anos* e os de *40 a 49 anos* (0,43 – 0,51; $p = 0,014$), entre os de *30 a 39 anos* e os de *40 a 49 anos* (0,39 – 0,51; $p = 0,013$) e entre os que têm de *30 a 39 anos* e os de *mais de 50 anos* (0,39 – 0,54; $p = 0,048$), sempre com valores médios mais elevados entre os mais velhos.

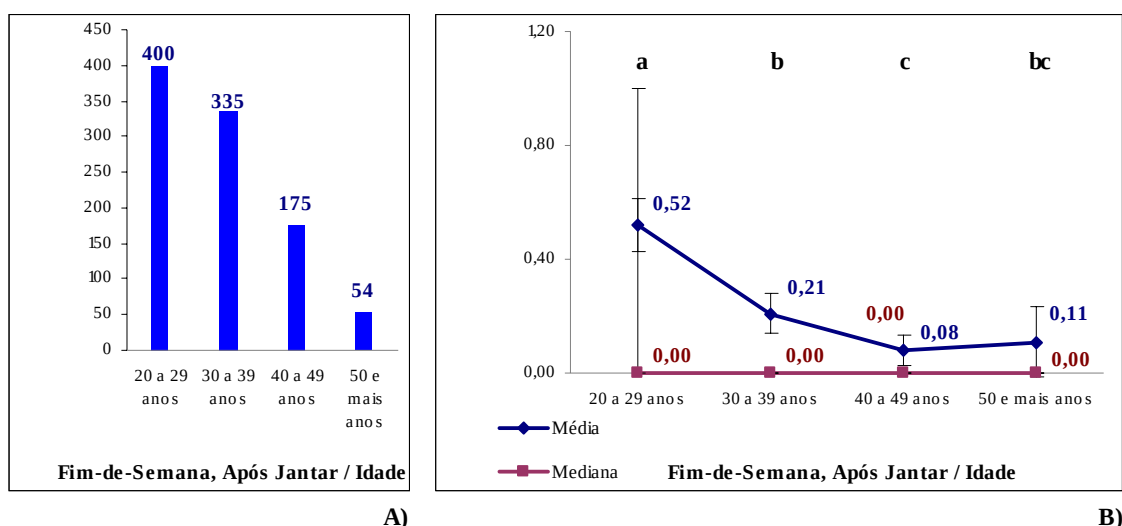
Gráfico 297 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / idade



Consumos após o jantar

Finalmente no contexto dos consumos *após o jantar em dias de fim-de-semana* em relação à *idade*, verifica-se com os dados representados no Gráfico 298 (e Quadros 396 e 397 do Apêndice 5) que os consumos são significativamente diferentes ($p = 0,000$). Estas diferenças são repercussão das diferenças encontradas entre a classe *20 a 29 anos* e as classes *30 a 39 anos* ($0,52 - 0,21$; $p = 0,000$), *40 a 49 anos* ($0,52 - 0,08$; $p = 0,000$) e *mais de 50 anos* ($0,52 - 0,11$; $p = 0,000$) e entre as classes *30 a 39 anos* e *40 a 49 anos* ($0,21 - 0,08$; $p = 0,016$), com valores mais elevados desta vez sempre entre os enfermeiros mais jovens.

Gráfico 298 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / idade



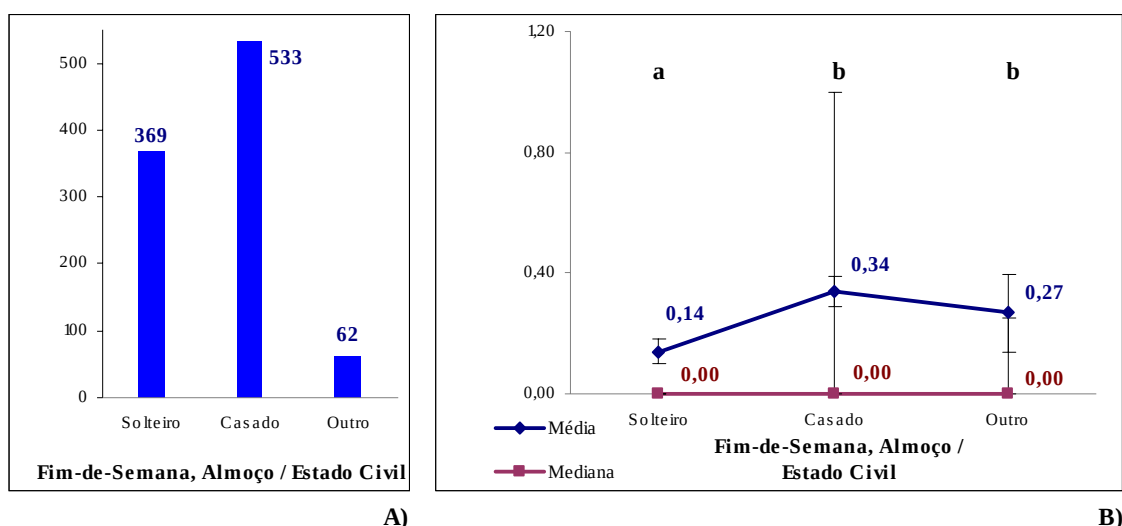
3.5.6. Dias de fim-de-semana / Estado Civil

Apresenta-se agora o estudo feito a propósito dos *consumos de bebidas alcoólicas por enfermeiros em dias de fim-de-semana*, tendo em conta o seu *estado civil*.

Consumos ao almoço

Estudados os consumos ao *almoço em dias de fim-de-semana*, e de acordo com a representação do Gráfico 299 (e Quadros 398 e 399 do Apêndice 5), a aplicação dos testes estatísticos de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney mostra existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,000$), e que essas diferenças surgem entre a média dos resultados obtidos pelos enfermeiros *solteiros* e pelos enfermeiros *casados* ($0,14 - 0,34$; $p = 0,000$), bem como pelos *solteiros* e os que têm *outro estado civil* ($0,14 - 0,27$; $p = 0,020$), com os enfermeiros *solteiros* a apresentarem valores médios mais baixos.

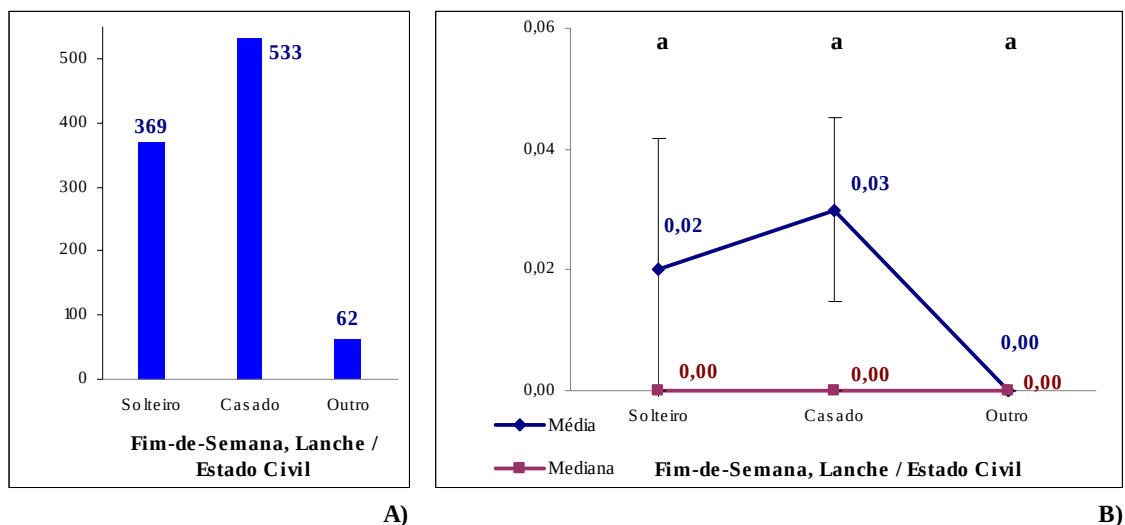
Gráfico 299 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / estado civil



Consumos ao lanche

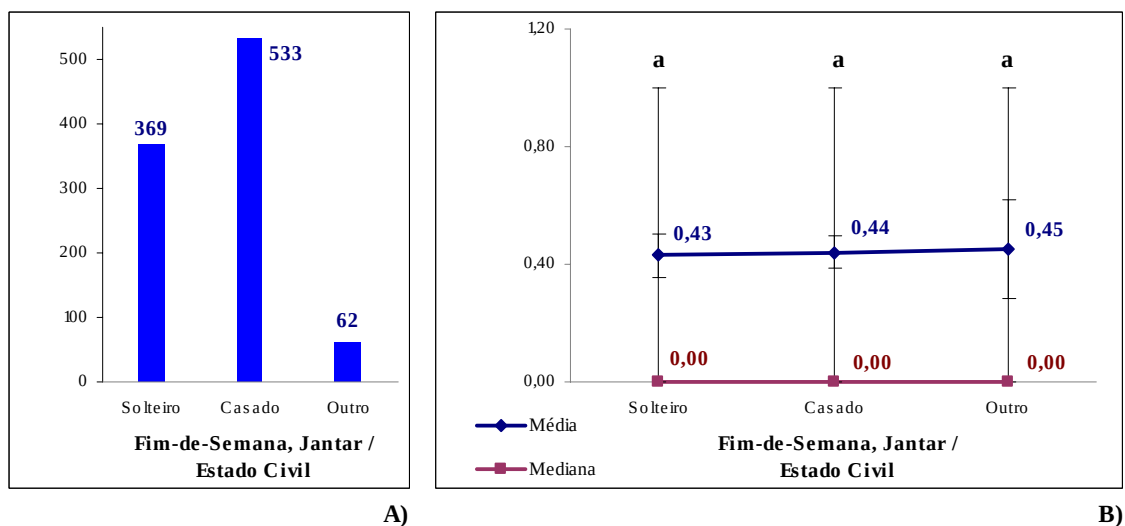
Feito o mesmo estudo em relação aos consumos ao *meio da tarde em dias de fim-de-semana*, conforme o Gráfico 300 (e Quadro 400 do Apêndice 5), verifica-se que não existem diferenças significativas nesses consumos ($p = 0,236$).

Gráfico 300 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / estado civil



Consumos ao jantar

Gráfico 301 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / estado civil

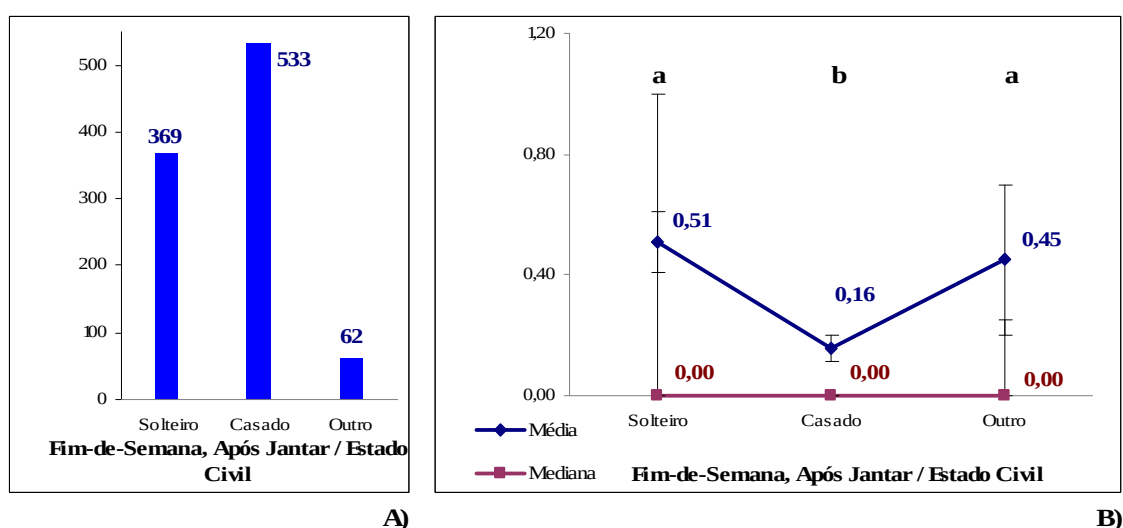


Estudados os consumos ao *jantar*, em dias de fim-de-semana, verifica-se pela aplicação do teste de Kruskal-Wallis e conforme o Gráfico 301 (e Quadro 401 do Apêndice 5) também não existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,461$).

Consumos após o jantar

Finalmente nesta área, estudados os consumos *após o jantar* como representados no Gráfico 302 (e Quadros 402 e 403 do Apêndice 5), conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os referidos consumos ($p = 0,000$) em função da variável *estado civil*. Estas diferenças consubstanciam-se nas comparações entre os consumos apresentados pelos enfermeiros *solteiros* e *casados* ($0,51 - 0,16$; $p = 0,000$) e entre *casados* e *outros* ($0,16 - 0,45$; $p = 0,002$), sendo em ambas as situações os enfermeiros *casados* os que apresentam valores médios de consumos de bebidas alcoólicas mais baixos.

Gráfico 302 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / estado civil

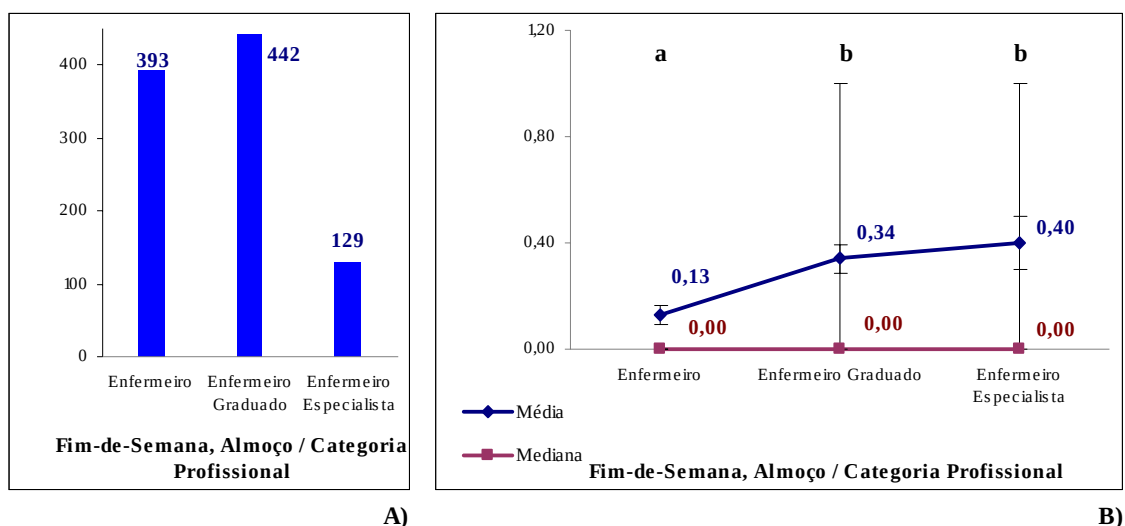


3.5.7. Dias de fim-de-semana / Categoria Profissional

Veja-se agora o estudo feito em função da *categoria profissional*.

Consumos ao almoço

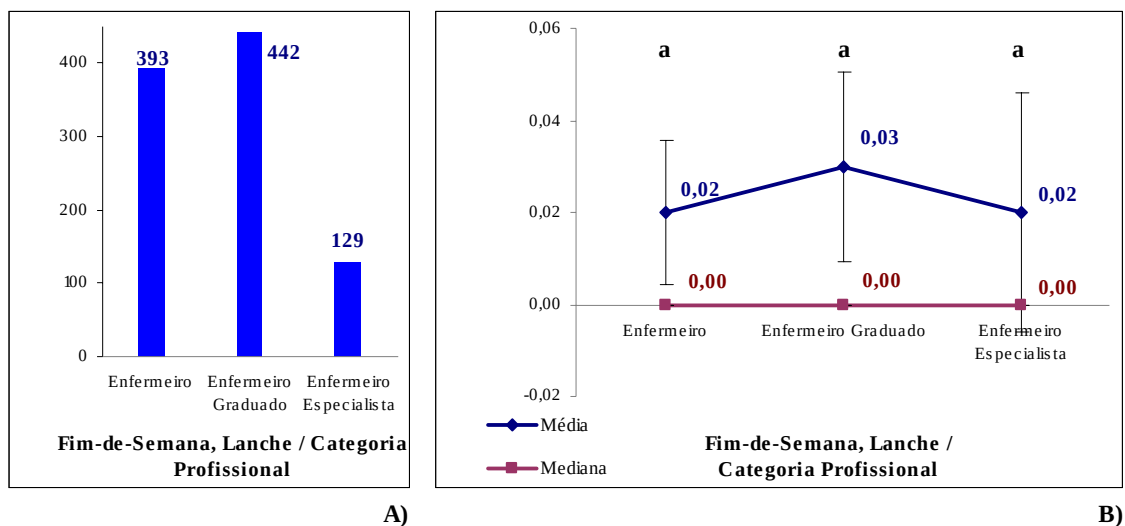
Gráfico 303 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / categoria profissional



A observação do Gráfico 303 (e Quadros 404 e 405 do Apêndice 5) mostra que os resultados dos testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney permitem afirmar existirem diferenças estatisticamente significativas quando se estuda as médias dos resultados obtidos pelos enfermeiros no que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas ao *almoço em dias de fim-de-semana*, em função da sua *categoria profissional*. Na verdade, o teste de Kruskal-Wallis resulta num valor de $p = 0,000$ e a aplicação do teste de Mann-Whitney permite que se conclua que há diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos resultados em causa quando se estuda o grupo *enfermeiros* em relação ao grupo *enfermeiros graduados* (0,13 – 0,34; $p = 0,000$) e ao grupo *enfermeiros especialistas* (0,13 – 0,40; $p = 0,000$), sendo que em ambas as situações os valores médios mais baixos são encontrados entre os *enfermeiros*.

Consumos ao lanche

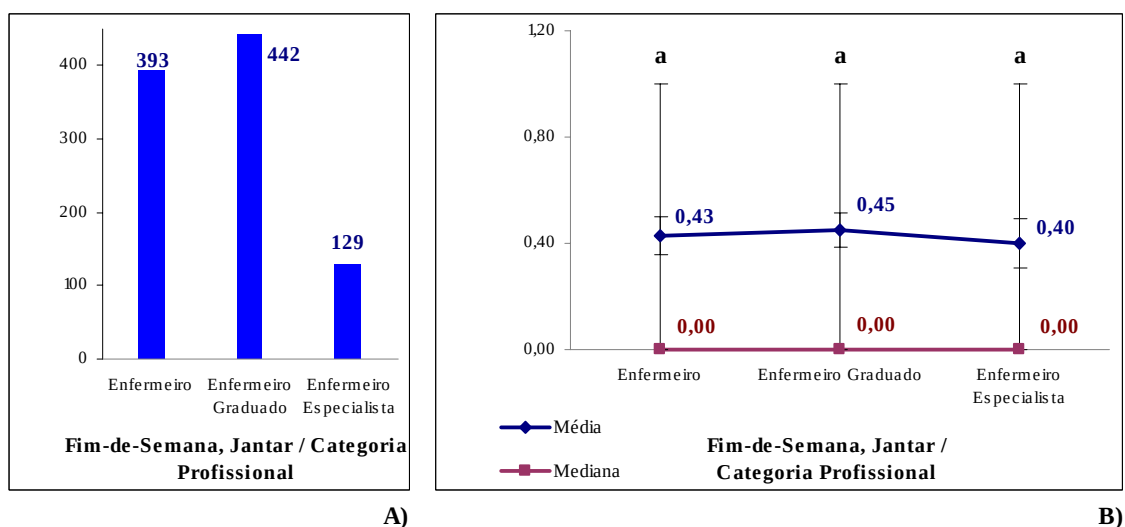
Gráfico 304 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / categoria profissional



O mesmo estudo, mas considerados os consumos ao *lanche dos dias de fim-de-semana*, conforme o Gráfico 304 (e Quadro 406 do Apêndice 5), mostra não existirem diferenças significativas ($p = 0,777$) em função da *categoria profissional*.

Consumos ao jantar

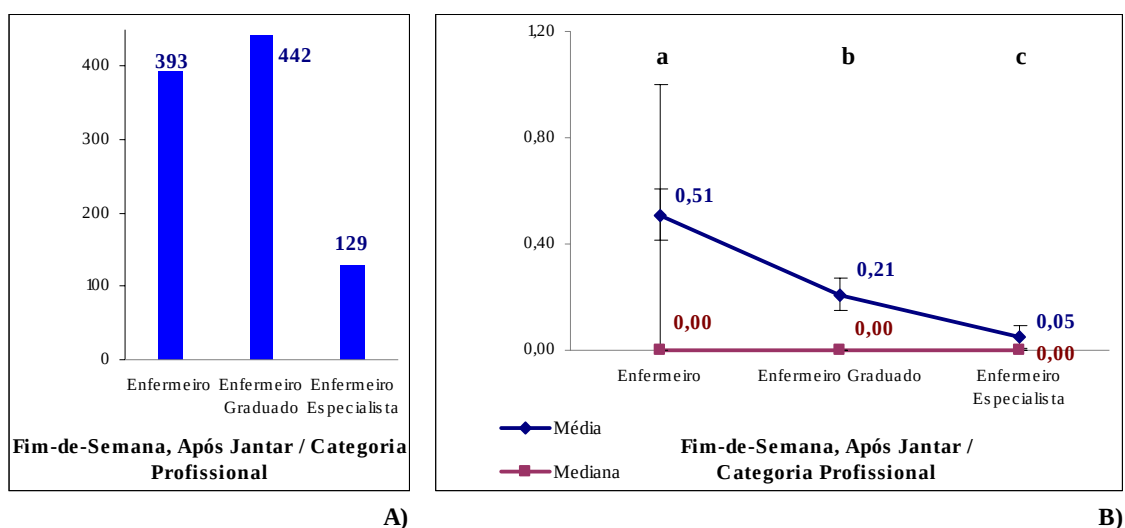
Gráfico 305 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / categoria profissional



Quanto aos consumos ao *jantar em dias de fim-de-semana*, o Gráfico 305 (e Quadro 407 do Apêndice 5) também permite considerar não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,458$).

Consumos após o jantar

Gráfico 306 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / categoria profissional



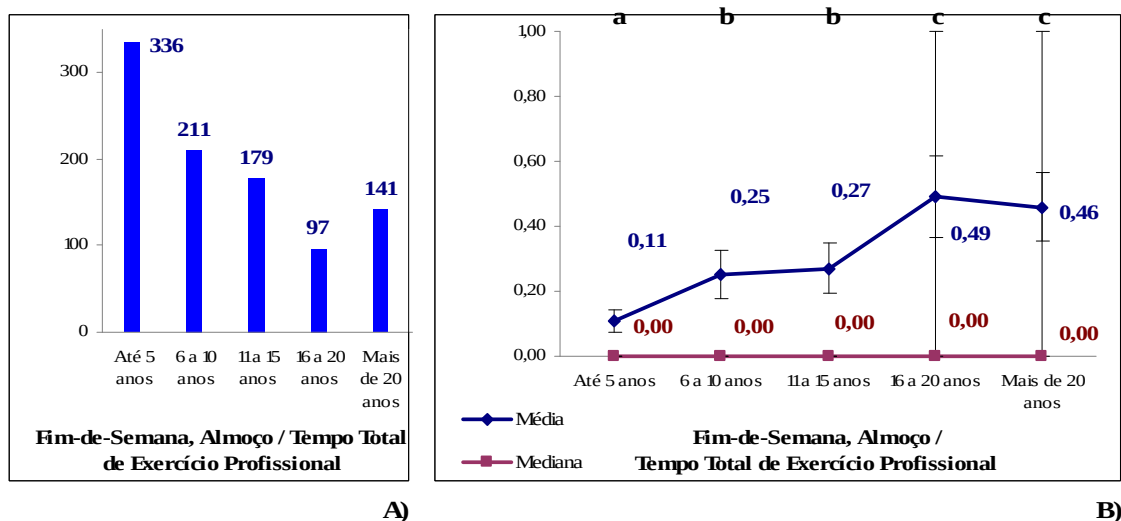
Finalmente, o Gráfico 306 (e Quadros 408 e 409 do Apêndice 5) mostra que os consumos de bebidas alcoólicas pelos enfermeiros *após o jantar em dias de fim-de-semana* diferem significativamente conforme a *categoria profissional* ($p = 0,000$). As diferenças significativas aparecem nos três “pares” estudados: *enfermeiro – enfermeiro graduado* (0,51 – 0,21; $p = 0,000$) e *enfermeiro – enfermeiro especialista* (0,51 – 0,05; $p = 0,000$), com valores mais elevados entre os *enfermeiros*; e *enfermeiro graduado – enfermeiro especialista* (0,21 – 0,05; $p = 0,006$), com valores mais elevados entre os *enfermeiros graduados*.

3.5.8. Dias de fim-de-semana / Tempo de Exercício profissional

Apresentam-se a seguir os dados dos consumos em dias de fim-de-semana, estudados tendo em conta o tempo de exercício profissional.

Consumos ao almoço

Gráfico 307 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional

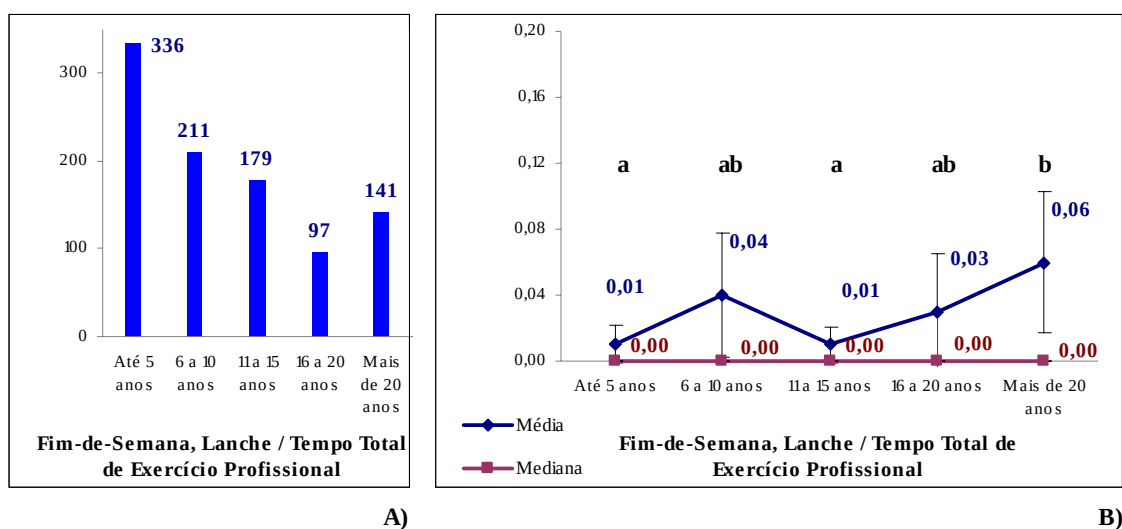


Estudados os consumos de bebidas alcoólicas pelos enfermeiros ao almoço, em dias de fim-de-semana, em função do seu tempo de experiência profissional, conclui-se como se lê no Gráfico 307 (e Quadros 410 e 411 do Apêndice 5) existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,000$). As diferenças estatisticamente significativas encontram-se nos pares até 5 anos – 6 a 10 anos ($0,11 - 0,25$; $p = 0,002$), até 5 anos – 11 a 15 anos ($0,11 - 0,27$; $p = 0,000$), até 5 anos – 16 a 20 anos ($0,11 - 0,49$; $p = 0,000$) e até 5 anos – mais de 20 anos ($0,11 - 0,46$; $p = 0,000$); 6 a 10 anos – 16 a 20 anos ($0,25 - 0,49$; $p = 0,000$) e 6 a 10 anos – mais de 20 anos ($0,25 - 0,46$; $p = 0,000$), 11 a 15 anos – 16 a 20 anos ($0,27 - 0,49$; $p = 0,002$) e 11 a 15 anos – mais de 20 anos ($0,27 - 0,46$; $p = 0,004$), em todos os casos com valores mais baixos entre os que apresentam

menor tempo de experiência profissional.

Consumos ao lanche

Gráfico 308 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional

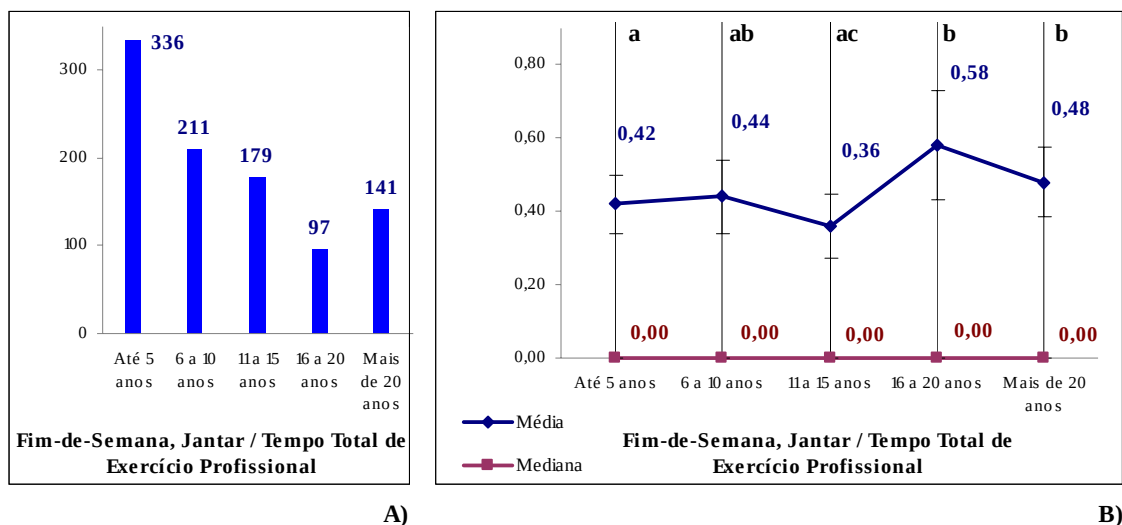


Também nos consumos ao *lanche*, em dias de *fim-de-semana*, e conforme o Gráfico 308 (e Quadros 412 e 413 do Apêndice 5), se encontram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,046$). Estudados estes resultados por pares de grupos, verifica-se que há diferenças significativas nos consumos apresentados pelos enfermeiros com *até 5 anos* e com *mais de 20 anos* de exercício ($0,01 - 0,06$; $p = 0,012$), e dos enfermeiros com *11 a 15 anos* e com *mais de 20 anos* ($0,01 - 0,06$; $p = 0,012$), sendo em ambas as situações os enfermeiros com *mais tempo de exercício profissional* os que apresentam valores de médias mais elevados.

Consumos ao jantar

O estudo dos consumos ao *jantar*, em dias de *fim-de-semana*, em função do *tempo de exercício profissional*, mostra que existem diferenças nesses consumos ($p = 0,023$). As diferenças estatisticamente significativas encontram-se nos pares *até 5 anos – 16 a 20 anos* ($0,42 - 0,58$; $p = 0,014$), *até 5 anos – mais de 20 anos* ($0,42 - 0,48$; $p = 0,022$), *11 a 15 anos – 16 a 20 anos* ($0,36 - 0,58$; $p = 0,014$) e *11 a 15 anos – mais de 20 anos* ($0,36 - 0,48$; $p = 0,022$), com valores mais elevados sempre encontrados entre os enfermeiros com *mais tempo de experiência profissional*, como se vê no Gráfico 309 (e Quadros 414 e 415 do Apêndice 5).

Gráfico 309 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional

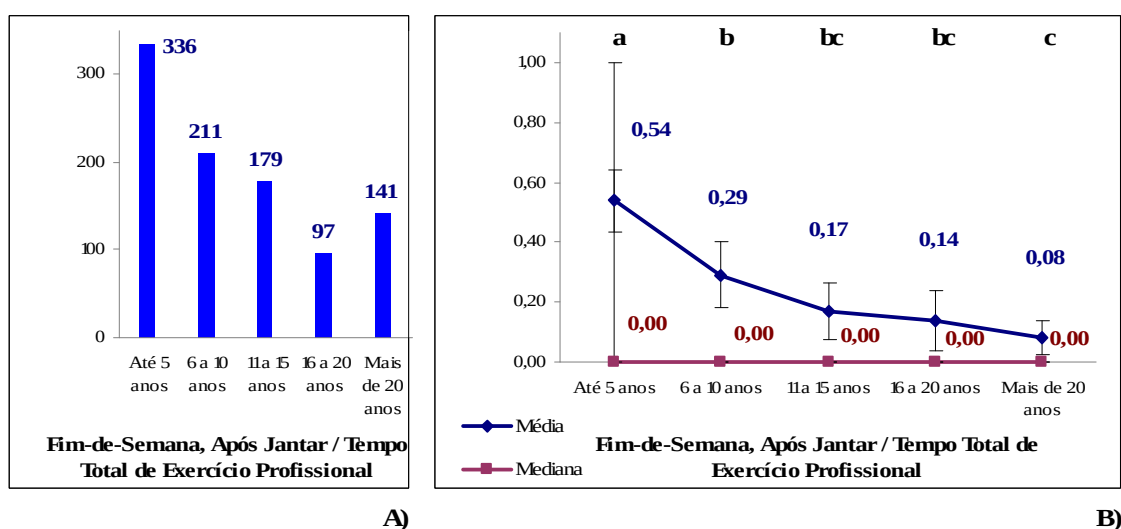


Consumos após o jantar

O estudo dos consumos dos enfermeiros *após o jantar dos dias de fim-de-semana*, considerado de igual modo o *tempo de experiência profissional*, de acordo com a representação do Gráfico 310 (e Quadros 416 e 417 do Apêndice 5), também mostra

existirem diferenças estatisticamente significativas. Elas assentam nas diferenças encontradas entre o grupo de enfermeiros com tempos de exercício profissional *até 5 anos* e os grupos *6 a 10 anos* ($0,54 - 0,29$; $p = 0,000$), *11 a 15 anos* ($0,54 - 0,17$; $p = 0,000$), *16 a 20 anos* ($0,54 - 0,14$; $p = 0,000$) e *mais de 20 anos* ($0,54 - 0,08$; $p = 0,000$); e ainda na diferença entre o grupo *6 a 10 anos* e *mais de 20 anos* ($0,29 - 0,08$; $p = 0,003$). Em todos os casos, os valores mais altos encontram-se entre os enfermeiros que apresentam *menor tempo de exercício profissional*.

Gráfico 310 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional



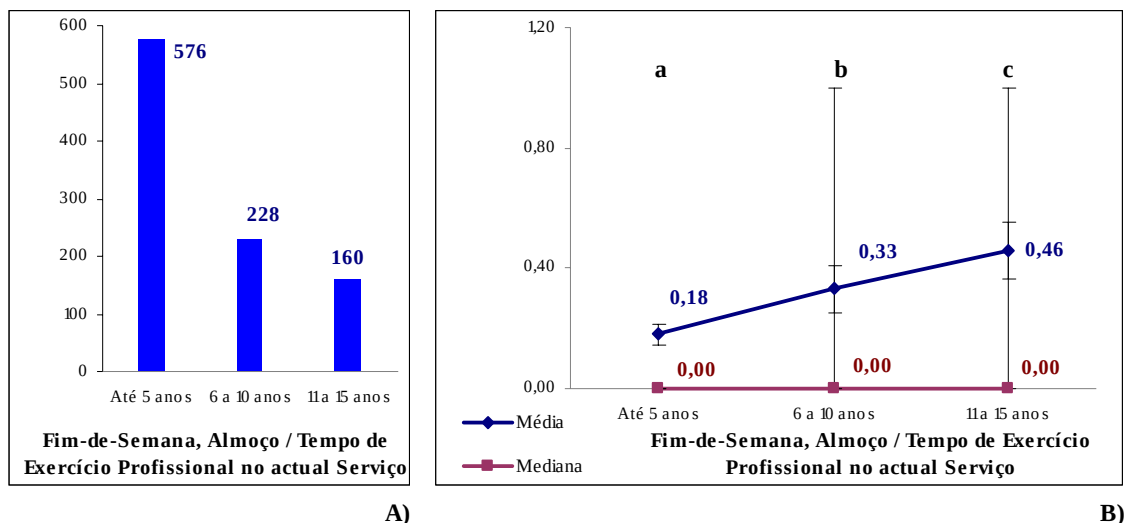
3.5.9. Dias de fim-de-semana / Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço

O estudo dos *consumos em dias de fim-de-semana* quando toma em consideração o *tempo de experiência profissional no actual serviço* revela os dados que seguem.

Consumos ao almoço

Considerando o *tempo de experiência profissional que os enfermeiros apresentam no actual serviço*, verifica-se que as diferenças entre os consumos de bebidas alcoólicas ao almoço, em dias de fim-de-semana, conforme o Gráfico 311 (e Quadros 418 e 419 do Apêndice 5) são estatisticamente significativas ($p = 0,000$). São diferenças estatisticamente significativas, de acordo com o teste de Mann-Whitney, as existentes entre cada um dos pares: *até 5 anos – 6 a 10 anos* ($0,18 - 0,33$; $p = 0,001$), *até 5 anos – 11 a 15 anos* ($0,18 - 0,46$; $p = 0,000$) e *6 a 10 anos – 11 a 15 anos* ($0,33 - 0,46$; $p = 0,009$), sendo o valores mais elevados sempre encontrados entre os enfermeiros que apresentam *maior tempo de experiência profissional no actual serviço*.

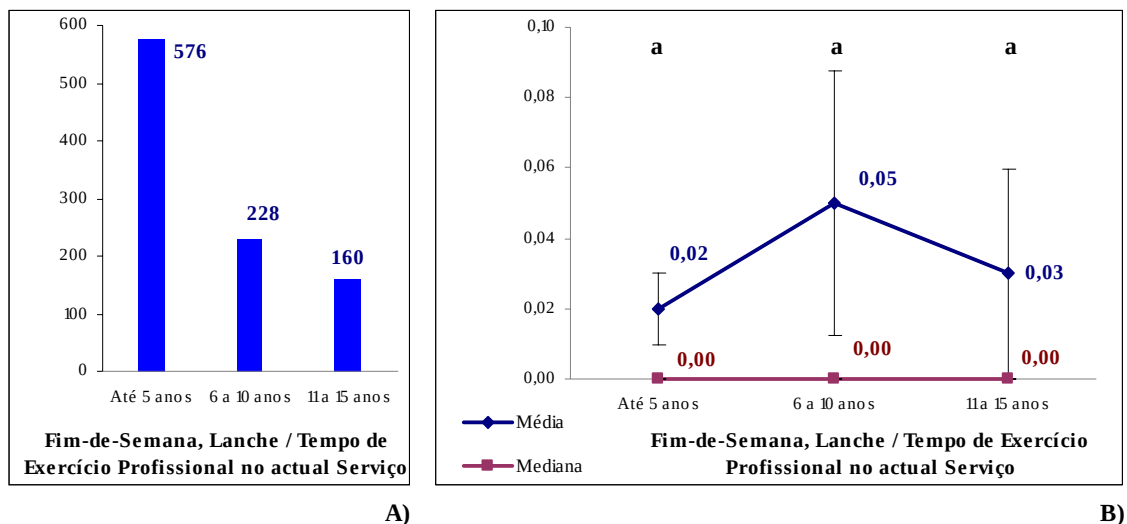
Gráfico 311 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço



Consumos ao lanche

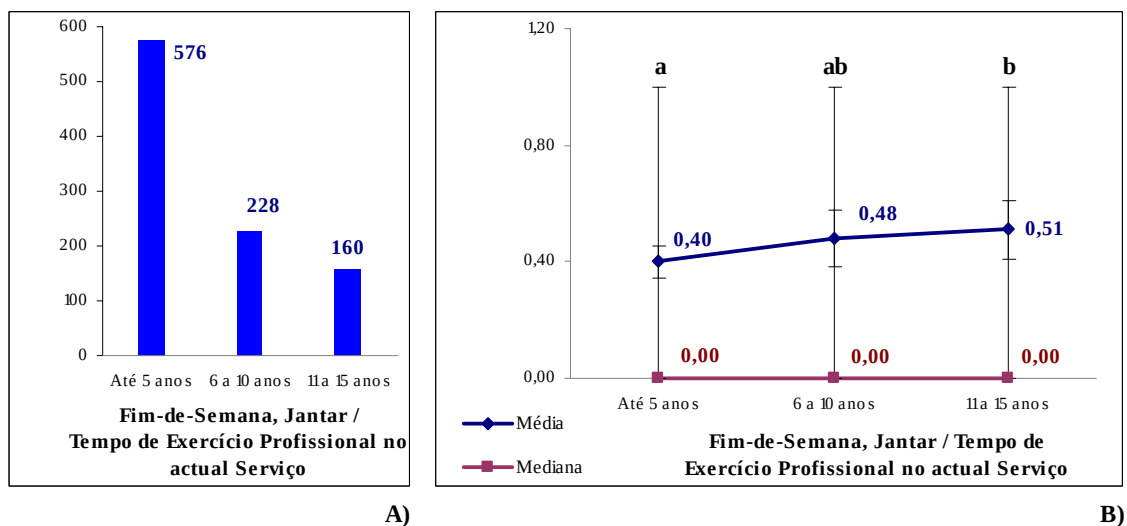
Quanto aos consumos ao *lanche em dias de fim-de-semana*, a aplicação do teste de Kruskal-Wallis permite verificar, como se representa no Gráfico 312 (e Quadro 420 do Apêndice 5) não se encontrarem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,107$).

Gráfico 312 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço



Consumos ao jantar

Gráfico 313 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço

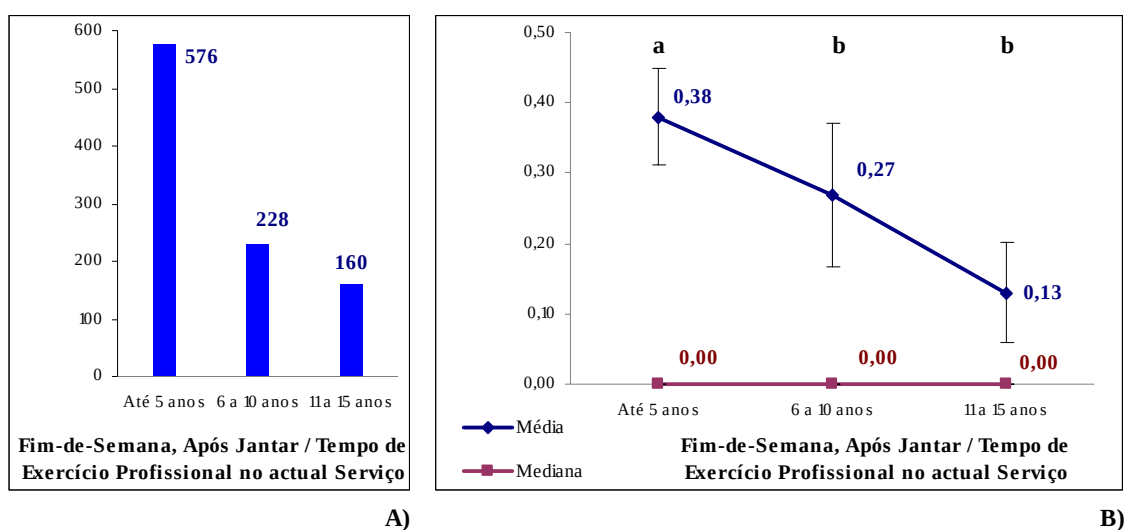


Procurou-se também a existência de diferenças significativas nos consumos ao *jantar em dias de fim-de-semana*, tendo em consideração o *tempo de exercício profissional no*

actual serviço. A aplicação do teste Kruskal-Wallis resulta num valor de $p = 0,016$, o que aponta para a existência de diferenças estatisticamente significativas. A aplicação do teste de Mann-Whitney mostra que a única diferença estatisticamente significativa acontece entre as classes *até 5 anos* e *11 a 15 anos* ($0,40 - 0,51$; $p = 0,007$), com valores mais elevados na segunda, como se pode ver no Gráfico 313 (e Quadros 421 e 422 do Apêndice 5).

Consumos após o jantar

Gráfico 314 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço



Finalmente, o Gráfico 314 (e Quadros 423 e 424 do Apêndice 5) permite verificar existirem diferenças estatisticamente significativas entre os consumos de bebidas alcoólicas *após o jantar em dias de fim-de-semana* em função do *tempo de exercício profissional no actual serviço* ($p = 0,000$). Esta diferença deve-se à existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos *até 5 anos* e *6 a 10 anos* de *tempo de exercício profissional no actual serviço* ($0,38 - 0,27$; $p = 0,027$) e entre os grupos *até 5 anos* e *11 a 15 anos* ($0,38 - 0,13$; $p = 0,000$), com valores médios

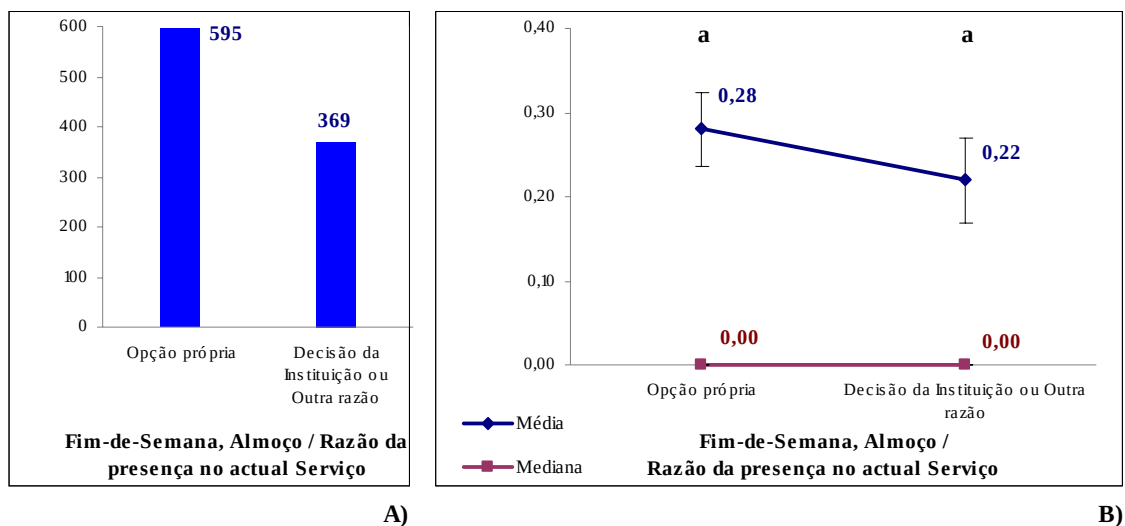
significativamente mais elevados entre os que se encontram há *menos tempo no actual serviço*.

3.5.10. Dias de fim-de-semana / Razão da presença no actual Serviço

Tendo em consideração a *razão da presença no actual serviço*, os consumos em dias de *fim-de-semana* encontrados são como segue.

Consumos ao almoço

Gráfico 315 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço



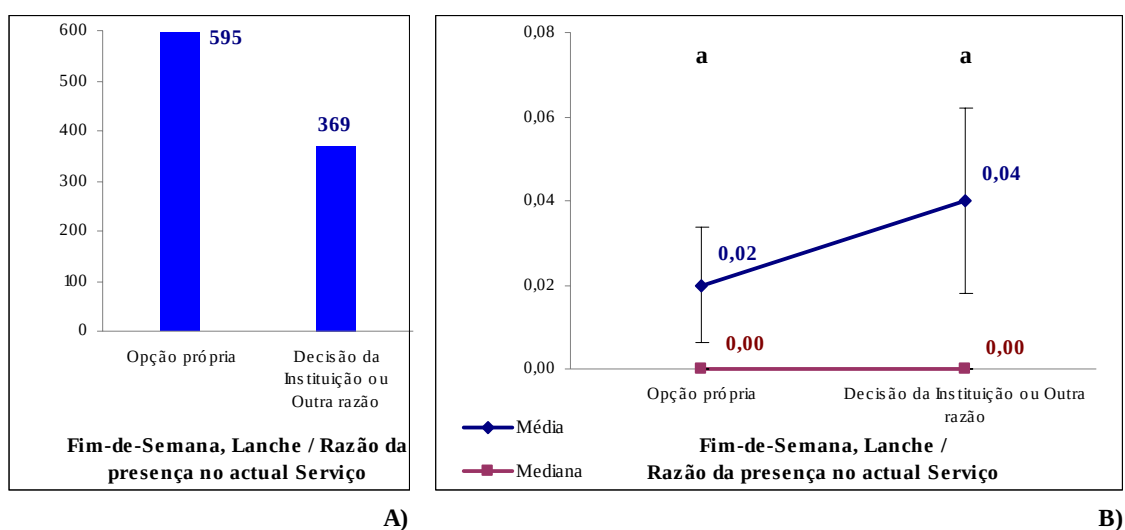
A análise dos consumos dos enfermeiros ao *almoço em dias de fim-de-semana*, tendo em conta a *razão que os mesmos expressam para se encontrarem no actual serviço*, mostra, conforme representado no Gráfico 315 (e Quadro 425 do Apêndice 5) que não há diferenças estatisticamente significativas, já que o teste de Mann-Whitney apresenta

um valor de $p = 0,051$.

Consumos ao lanche

Situação idêntica é encontrada quando a análise é feita aos consumos a *meio da tarde*. Na verdade, o Gráfico 316 (e Quadro 426 do Apêndice 5) mostra não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,072$).

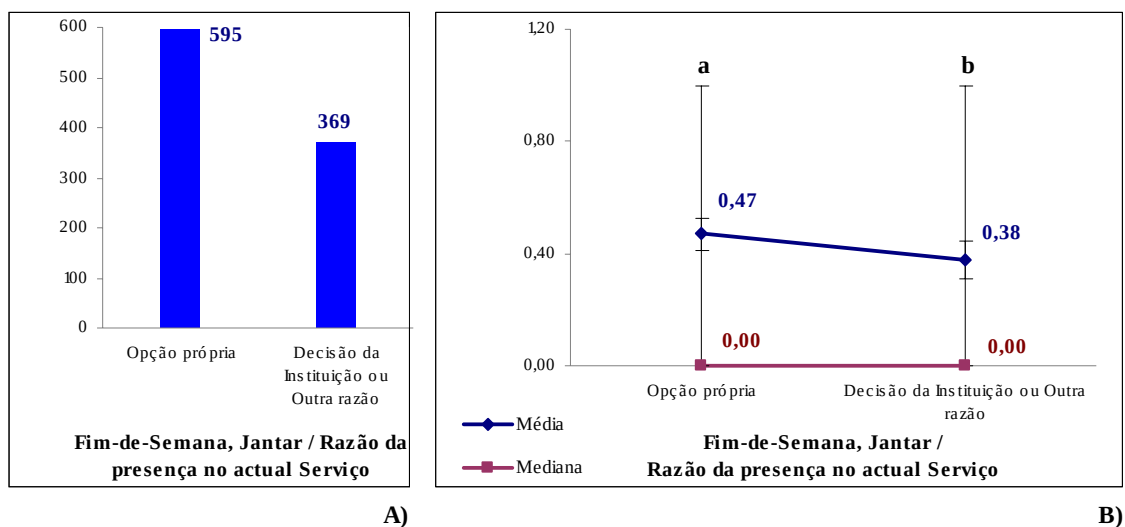
Gráfico 316 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço



Consumos ao jantar

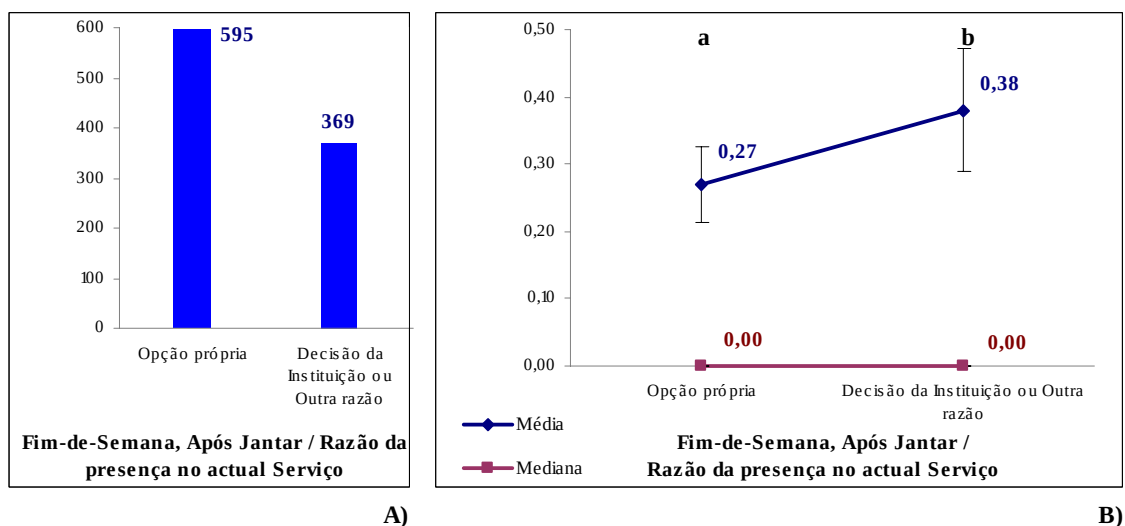
Quanto aos consumos ao *jantar em dias de fim-de-semana*, e como se pode ver no Gráfico 317 (e Quadro 427 do Apêndice 5), as diferenças encontradas são significativas ($0,47 - 0,38$; $p = 0,012$), com valores mais elevados entre os que se encontram no *actual serviço por opção própria*.

Gráfico 317 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço



Consumos após o jantar

Gráfico 318 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço



E finalmente nesta análise parcelar, verifica-se, como representado no Gráfico 318 (e Quadro 428 do Apêndice 5) que as diferenças entre os consumos *após o jantar em dias de fim-de-semana* são também estatisticamente significativas (0,27 – 0,38; $p = 0,029$),

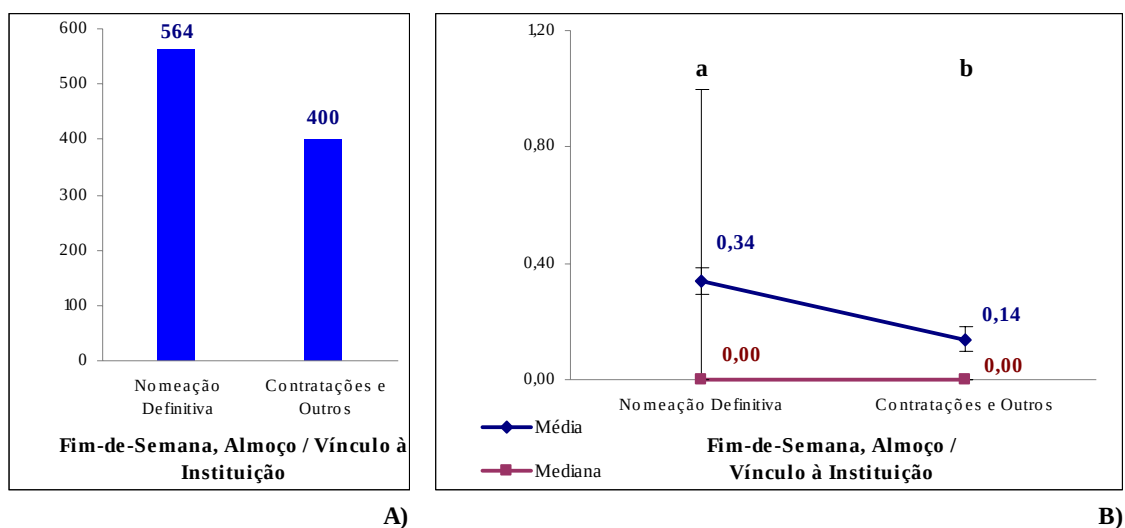
agora com valores mais elevados entre os que se encontram *no actual serviço por decisão da instituição ou outra razão*.

3.5.11. Dias de fim-de-semana / Vínculo à Instituição

E finalmente, os *consumos em dias de fim-de-semana* apresentam-se com os dados que se seguem, se estudados em função do *vínculo dos enfermeiros à instituição* em que exercem funções.

Consumos ao almoço

Gráfico 319 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / vínculo à instituição



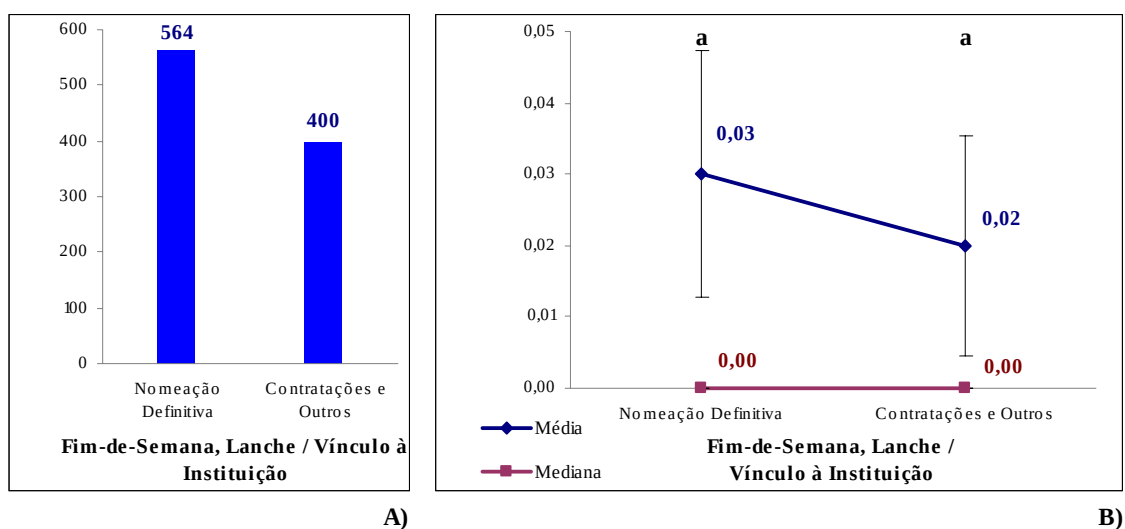
O estudo dos consumos de bebidas alcoólicas pelos enfermeiros ao *almoço dos dias de fim-de-semana*, de acordo com a leitura do Gráfico 319 (e Quadro 429 do Apêndice 5) mostra que estes diferem significativamente em função do *vínculo à instituição* que os mesmos detêm (0,34 – 0,14; $p = 0,000$), com valores mais elevados entre os que têm

nomeação definitiva.

Consumos ao lanche

Nos consumos ao *lanche*, e conforme o Gráfico 320 (e Quadro 430 do Apêndice 5), já não são encontradas diferenças estatisticamente significativas em função do *vínculo à instituição* ($p = 0,443$).

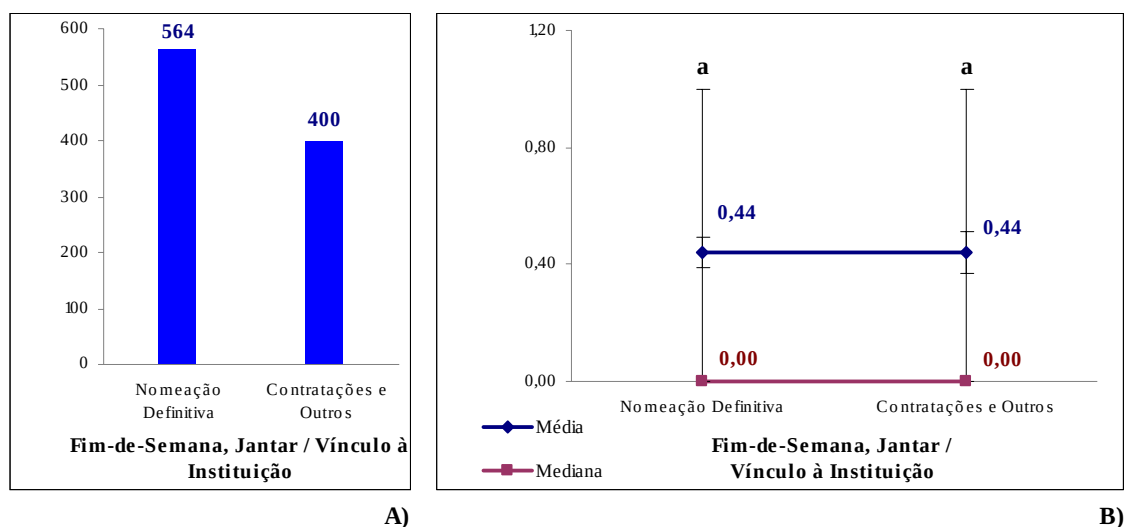
Gráfico 320 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / vínculo à instituição



Consumos ao jantar

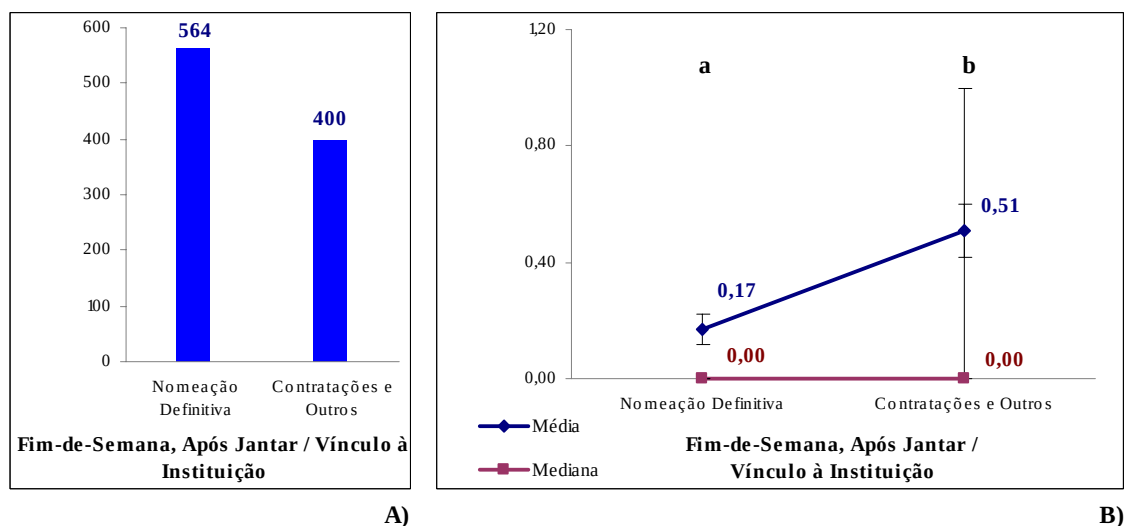
O estudo dos consumos ao *jantar* também mostra não haver consumos significativamente diferentes ($p = 0,310$), como se vê no Gráfico 321 (e Quadro 431 do Apêndice 5).

Gráfico 321 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / vínculo à instituição



Consumos após o jantar

Gráfico 322 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / vínculo à instituição



Quanto aos consumos após o jantar, em dias de fim-de-semana, em função do *vínculo*, verifica-se pela leitura do Gráfico 322 (e Quadro 432 do Apêndice 5) que os consumos dos enfermeiros com *contratos de trabalho* e *outros* são significativamente maiores do que os consumos dos que têm *nomeação definitiva* (0,17 – 0,51; $p = 0,000$).

4. Discussão dos resultados

Os dados obtidos com a parte D do instrumento de colheita de dados permitiram conhecer os padrões de consumo de bebidas alcoólicas no último ano pelos enfermeiros e saber se existe dependência alcoólica entre eles, dois dos objectivos traçados desde o início. Os que foram resultado da parte E do mesmo instrumento permitiram conhecer os padrões de consumo de bebidas alcoólicas pelos enfermeiros da amostra em diferentes momentos do dia. E da conjugação de todos esses dados com os obtidos com a parte A do questionário (sobre a qual já se escreveu no Estudo 2) foi possível saber se existem diferenças significativas nesses padrões de consumo em função de alguns dados sócio-demográficos e profissionais.

O manual de interpretação do AUDIT (Babor *et al.*, 2001) oferece diferentes linhas de análise, por exemplo, através do resultado total obtido (com proposta de pontos de corte) e através dos resultados encontrados em algumas das perguntas, em particular. Por outro lado, faz também sugestão de intervenções em face dos resultados obtidos. E aconselha a que tanto os níveis de consumo como os sinais de dependência, a presença de efeitos nocivos e o modo como o indivíduo valoriza a situação sejam considerados.

Tendo por base os resultados totais e os pontos de corte propostos, é possível identificar um *consumo de baixo risco* na esmagadora maioria dos enfermeiros da amostra. Contudo, um pouco mais de um por cento dos enfermeiros da amostra obtêm resultados que permitem pensar na existência de um *consumo de risco*, isto é, num padrão de consumo que pode implicar um alto risco de danos futuros para a saúde física ou mental, apesar de não se traduzir ainda em problemas médicos ou mentais actuais. Por outro lado, nada nos resultados obtidos aponta para *consumos nocivos* ou para *sintomas de dependência*.

Outra leitura, contudo, resulta da análise dos dados que leva em conta os resultados obtidos com cada uma das questões de *per si*. Se é verdade que, quanto à quantidade típica, não chega a dois por cento a percentagem de enfermeiros da amostra cujos resultados podem indiciar terem tido no último ano um *consumo de risco*, o mesmo já

não acontece quanto à *frequência do consumo elevado*; neste particular, são cerca de catorze por cento os enfermeiros da amostra que obtêm resultados que indiciam terem tido um consumo que pode ser considerado *de risco*, isto porque assumem ter bebido, uma vez por mês ou mais, seis copos de uma bebida alcoólica numa ocasião única. Já no que se refere a *sintomas de dependência* das bebidas alcoólicas (padrão de consumo constituído por um conjunto de aspectos clínicos e comportamentais que podem desenvolver-se após repetido uso de álcool, desejo intenso de consumir bebidas alcoólicas, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos apesar das consequências, uma grande importância dada aos consumos em desfavor de outras actividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado), a leitura dos dados aponta de novo para as percentagens referidas inicialmente: menos de dois por cento dos enfermeiros teve perda de controlo sobre o consumo, em cerca de um por cento dos enfermeiros o consumo assumiu relevância porque interferiu com a capacidade de cumprimento das actividades do quotidiano, e menos de meio por cento teve necessidade de consumir logo de manhã para se sentir bem. Quanto ao *consumo nocivo*, isto é, ao padrão de consumo que causa danos à saúde, quer físicos quer mentais, mas que, todavia, não satisfaz os critérios de dependência, os resultados permitem concluir que cerca de dois e meio por cento dos enfermeiros da amostra estão nesta situação, sendo ainda que um pouco menos de dois por cento dos enfermeiros dão evidência aos seus consumos ou já foram acerca deles chamados à atenção.

As variáveis independentes *tipo de serviço*, *tempo de experiência profissional no actual serviço* e *razão da presença no actual serviço* não condicionam quaisquer diferenças estatisticamente significativas tanto no resultado total obtido no *AUDIT* pelos enfermeiros da amostra como nos resultados obtidos pelos mesmos quando se estuda cada um dos três factores nele contidos (*consumo de risco*, *sintomas de dependência* e *consumo nocivo de álcool*).

Acontece o contrário, porém, quando se estudam as variáveis *género* e *idade*. O *género* é responsável pelo aparecimento de diferenças estatisticamente significativas tanto no resultado total obtido no *AUDIT* como nos resultados obtidos em relação ao *consumo de*

risco, a *sintomas de dependência* e a *consumo nocivo de álcool*, sendo que em todas as situações os *enfermeiros* obtêm resultados significativamente mais elevados do que as *enfermeiras*. No que se refere aos resultados em função da variável *idade*, os enfermeiros com *50 e mais anos* obtêm os mais altos resultados no *AUDIT*, resultados esses significativamente mais altos do que os obtidos pelos enfermeiros com idades compreendidas entre os *30 e os 39 anos*. Quanto aos resultados obtidos nos itens relativos ao *consumo de risco*, são também os enfermeiros com *50 anos e mais* que obtêm os valores mais altos, significativamente mais altos do que os dos enfermeiros na classe *30 a 39 anos*. De modo diferente, os resultados relativos aos *sintomas de dependência* são mais altos entre os enfermeiros mais jovens (*20 a 29 anos*), que obtêm valores significativamente mais altos do que os enfermeiros com *30 a 39 anos* e *40 a 49 anos*. Finalmente, no que se refere ao *consumo nocivo de álcool*, os enfermeiros mais jovens (*20 a 29 anos*) e os mais velhos (*50 anos e mais*) obtêm resultados praticamente iguais, significativamente mais altos do que os obtidos pelos restantes enfermeiros da amostra (*30 a 40 anos*).

Tendo em conta a variável *distrito*, pode concluir-se que os resultados obtidos no *AUDIT* são significativamente mais altos entre os enfermeiros de *Vila Real*, comparativamente com os resultados obtidos pelos enfermeiros dos *distritos do Porto*, de *Braga* e de *Bragança* (os que obtêm os resultados mais baixos). Quanto ao *consumo de risco*, a situação é exactamente a mesma: valores mais altos entre os enfermeiros em *Vila Real*, diferenças significativas em relação aos enfermeiros no *distrito do Porto*, de *Braga* e de *Bragança*, e valores mais baixos entre estes últimos. Os resultados relativos aos *sintomas de dependência* não diferem em função do *distrito*. Mas o mesmo não se passa em relação ao *consumo nocivo de álcool*. Os resultados apontam para valores mais altos entre os enfermeiros que exercem no *distrito de Viana do Castelo*, sendo que os resultados encontrados entre os enfermeiros do *distrito de Braga* são significativamente mais baixos do que os dos restantes enfermeiros.

Leitura idêntica é tida quando se considera a variável *tempo de exercício profissional*. Os que têm de *11 a 15 anos* apresentam resultados no *AUDIT* significativamente mais baixos do que os restantes, o mesmo acontecendo nas questões do *AUDIT* relacionadas

com o *consumo de risco* e com o *consumo nocivo de álcool*. Já quanto aos *sintomas de dependência*, não se encontram diferenças estatisticamente significativas.

Quando se estuda os resultados obtidos pelos enfermeiros da amostra no *AUDIT* em função da variável *departamento*, verifica-se existirem diferenças estatisticamente significativas. Os resultados mais altos são encontrados entre os enfermeiros que exercem a sua actividade no departamento de *Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos*, que são também os que obtêm resultados mais elevados quando estudados os *consumo de risco*. Esses valores são em ambas as situações significativamente mais altos do que os obtidos pelos enfermeiros dos *departamentos de Medicina* e da *Mulher e da Criança*. Tomando em linha de consideração o *estado civil*, a *categoria profissional* ou o *vínculo à instituição*, verifica-se em todas estas variáveis que a única diferença estatisticamente significativa se encontra nos itens do *AUDIT* relacionados com o *consumo nocivo* de álcool. Na verdade, os *enfermeiros casados* obtêm neste item valores significativamente mais baixos do que os *enfermeiros solteiros* e os que têm *outro estado civil*; os *enfermeiros* obtêm no mesmo item valores significativamente mais altos do que os que são encontrados entre os *enfermeiros graduados* e os *enfermeiros especialistas*; e os enfermeiros com *nomeação definitiva* apresentam resultados significativamente mais baixos do que os que estão em regime de *contratação e outros*.

Tome-se agora em consideração já não os resultados encontrados através da aplicação do *AUDIT*, mas as respostas dadas pelos enfermeiros da amostra a propósito dos seus *consumos em diferentes momentos do dia e da semana*.

Nenhuma resposta aponta para a existência de *consumos de bebidas alcoólicas* por parte dos enfermeiros da amostra quer ao *pequeno-almoço* como a *meio da manhã*, seja em *dias de semana* ou de *fim-de-semana*. Quanto ao almoço, cerca de 8% dos enfermeiros consomem *uma unidade-padrão à semana* e 1% consomem *duas unidades-padrão*; já ao *fim-de-semana*, são mais de 18% os que *consomem uma unidade-padrão*, cerca de 3,5% os que *consomem duas unidades-padrão*, e 0,2% os que *consomem 3 unidades-padrão*. Ao *lanche e à semana* são menos de 1% os que *consomem uma bebida*

alcoólica, sendo cerca de 2% os que consomem *uma bebida ao fim-de-semana a meio da tarde*; alguns, muito poucos, consomem *duas ou três unidades-padrão a meio da tarde*. Ao *jantar*, o consumo de bebidas alcoólica aumenta. À *semana*, mais de 15% consomem *uma bebida*, cerca de 2,5% consomem *duas bebidas* e alguns (poucos) consomem *três bebidas*; ao *fim-de-semana*, cerca de 27% consomem *uma bebida* e cerca de 8% consomem *entre 2 e 5 bebidas*. Quanto à *ceia (após o jantar)*, são cerca de 5% os que consomem *uma bebida alcoólica à semana*, sendo que ao *fim-de-semana* estes valores são consideravelmente maiores: mais de 11% a consumir *uma bebida*, perto de 7% a consumir *duas ou três bebidas*, e quase 1% a beber *entre 4 e 7 bebidas alcoólicas*.

Conclui-se ainda que cerca de 19% dos enfermeiros da amostra consomem *num dia de semana uma ou duas bebidas alcoólicas*, que quase 3% consomem *entre três e nove unidades-padrão num dia de semana*, que 33% consomem *uma ou duas unidades-padrão em dias de fim-de-semana* e que 11% consomem *entre três e quinze unidades-padrão num dia de fim-de-semana*. Também se conclui que cerca de 33% dos enfermeiros da amostra consomem *até dez unidades-padrão por semana* e que 13% consomem *entre 11 e 30 unidades-padrão por semana*, números que ultrapassam as indicações da OMS para o consumo de baixo risco.

Outra leitura permitiu concluir que em *dias de semana* mais de metade das unidades-padrão consumidas são-no ao *jantar*, sendo também ao *jantar dos dias de fim-de-semana* que a maioria das bebidas é consumida. À *semana*, os enfermeiros da amostra consomem mais ao *almoço do que após o jantar*, contrariamente ao que acontece ao *fim-de-semana*.

Ao *almoço dos dias de semana*, os consumos são significativamente mais altos entre os enfermeiros da amostra do *género masculino*, *casados*, que exercem nos *serviços de urgência* em instituições do *distrito de Vila Real*, com *idades acima dos 50 anos*, com a categoria de *enfermeiro especialista*, com *16 a 20 anos de exercício profissional*, com *mais de 11 anos de exercício no actual serviço* e com *vínculo de nomeação definitiva*. A variável *departamento* não condiciona os resultados relacionados com os consumos ao

almoço nos dias de semana.

A leitura para o *lanche* é idêntica em alguns aspectos, mas diferente noutros: os consumos são significativamente mais altos entre os enfermeiros da amostra do *género masculino*, que exercem nos *serviços de urgência* em instituições do *distrito de Vila Real*, com *idades acima dos 50 anos*, com *mais de 20 anos de exercício profissional* e com *6 a 10 anos de exercício no actual serviço*. As variáveis *departamento*, *estado civil*, *categoria profissional*, *razão da presença no actual serviço* e *vínculo de nomeação definitiva* não condicionam os valores encontrados relativamente a estes consumos.

Os consumos ao *jantar em dias de semana*, por seu lado, são condicionados de modo diferente pelas variáveis incluídas neste estudo. Assim, são os *enfermeiros especialistas*, do *género masculino*, com *outro estado civil*, a exercer funções no *distrito de Viana do Castelo*, com *50 e mais anos de idade*, com *16 a 20 anos de exercício profissional*, com *11 a 15 anos de exercício no actual serviço por opção própria* e com *vínculo definitivo* à instituição os que apresentam consumos significativamente mais altos. Aspectos como o *tipo de serviço* e o *departamento* não se apresentam como condicionadores dos consumos.

Quanto aos consumos *após o jantar em dias de semana*, eles não são condicionados pelas variáveis *distrito*, *tipo de serviço*, *departamento* e *tempo de exercício profissional (global ou no actual serviço)*. Pelo contrário, pode afirmar-se que os *enfermeiros*, do *género masculino*, com *idade entre os 20 e os 29 anos*, com *outro estado civil*, com *contratações ou outras* e a *exercer no serviço actual por opção própria*, apresentam consumos significativamente mais elevados do que os restantes enfermeiros da amostra.

Quando se estuda os resultados dos *consumos ao fim-de-semana*, as conclusões diferem em algumas situações. A variável *distrito* condiciona os consumos, com excepção dos que acontecem ao *jantar*; ao *almoço*, são os enfermeiros do *distrito de Viana do Castelo* os que têm consumos significativamente mais altos; ao *lanche* e *após o jantar*, são os do *distrito de Vila Real*. O *departamento* surge pela primeira vez como factor relevante

neste estudo, sendo os enfermeiros do *departamento de Ortopedia* os que mais consomem ao *almoço*, e os do *departamento de Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos* os que mais consomem *após o jantar*. Quanto ao *género*, os enfermeiros do *género masculino* consomem em todas as situações significativamente mais do que as *enfermeiras*. E no que se refere à *idade*, são os que têm *50 ou mais anos* os que mais consomem ao *almoço*, *ao lanche e ao jantar*, mas são os que têm entre *20 e 29 anos* os que mais consomem *após o jantar*. Os enfermeiros *casados* e os *enfermeiros especialistas* consomem significativamente mais do que os restantes ao *almoço*, mas são os *solteiros* e os que estão no início de carreira (*enfermeiros*) os que consomem significativamente mais *após o jantar*. Quanto ao *tempo de exercício profissional total e no actual serviço*, são os que têm *mais tempo* os que mais consomem ao *almoço*, *ao lanche e ao jantar*, mas são os que *exercem há menos tempo* os que mais consomem *após o jantar*. Finalmente, os que estão no *actual serviço por opção própria* são os que mais consomem ao *jantar* mas são os que estão por *decisão da instituição* que mais consomem *após o jantar*; e são os enfermeiros que têm *vínculos definitivos* os que consomem mais ao *almoço*, contrariamente ao que acontece ao *jantar*, momento no qual os consumos são significativamente mais altos entre os *contratados* ou com *outros vínculos*.

Quanto à distribuição dos consumos ao longo da semana, foi possível concluir que menos de meio por cento dos enfermeiros consomem *uma ou duas bebidas por dia em dias de semana* mas *não consomem em dias de fim-de-semana*, que cerca de 24% dos enfermeiros *consomem em dias de fim-de-semana* mas *não consomem à semana*, sendo que estes consumos vão desde *uma bebida até 15 bebidas por dia*, e que cerca de 12% dos enfermeiros *consomem todos os dias, de semana e de fim-de-semana* (alguns, *uma bebida por dia*, dois deles *mais de seis bebidas por dia*).

Do relatório da OMS referido em capítulo anterior (World Health Organization, 2004) decorrem várias constatações que importa rever à luz dos resultados obtidos neste estudo.

Tal como acontece na União Europeia dos 15, a maior parte dos *consumos* dos

enfermeiros da amostra acontecem maioritariamente *ao jantar*. Mas os consumos dos enfermeiros da amostra ao *almoço* são também elevados, em concordância com o que é referido para a generalidade dos países do sul da Europa. Ou seja, o comportamento de consumo de álcool pelos enfermeiros, a este nível, acompanha o comportamento da população europeia em geral.

O fenómeno do *binge drinking* é algo de valorizar na amostra em estudo. Andersen e Baumberg (2006) referem que os adultos da Europa bebem 5 ou mais bebidas numa mesma ocasião uma média de 17 vezes por ano; mas há 5 enfermeiros da amostra deste estudo que referem que, uma vez por semana (inferindo-se cerca de 52 vezes por ano), *bebem 6 ou mais copos de uma bebida alcoólica numa ocasião única*. A percentagem é pequena, mas o fenómeno pode ser preocupante, tendo em conta o que foi escrito sobre o *impairment*. E haverá uma relação com a baixa idade da maioria dos enfermeiros da amostra? Na verdade, são muitos os estudos que referem o crescimento do fenómeno do *binge drinking* na população jovem, se bem que esses estudos se refiram habitualmente a população em ambiente estudantil/universitário.

Os sintomas de *dependência alcoólica* são detectáveis em menos de 2% dos enfermeiros da amostra, valor consideravelmente inferior ao proposto pelos dados do relatório da OMS. No pressuposto de que os sintomas de dependência alcoólica se desenvolvem após repetido uso de álcool, com descontrolo sobre o seu uso, continuação de consumos apesar das consequências, etc., poder-se-á dizer que, a estes níveis, os comportamentos dos enfermeiros da amostra são diferentes dos da população em geral?

Quanto ao *género*, verifica-se na amostra em estudo coincidência de perspectivas com a OMS: em todas as culturas estudadas, os *homens consumidores fazem-no em maiores quantidades* do que as mulheres.

No que se refere a dados relacionados com o país, encontram-se alguns valores dissonantes.

Para a OMS (2004), em Portugal e reportando-se a dados colhidos no ano de 2001, 7%

dos homens e 24% das mulheres não consumiram álcool no último ano; mas de acordo com o 4º Inquérito Nacional de Saúde (ARS Norte, 2009), que reporta dados colhidos em 2005/2006, 34% dos homens e 57,7% das mulheres não consumiram bebidas alcoólicas no último ano (em Portugal Continental) e 31,7% dos homens e 48,4% das mulheres não consumiram álcool, no último ano, na Região Norte. Quanto aos enfermeiros da amostra, conforme dados colhidos com a parte E do questionário, 34% dos enfermeiros (género masculino) e 63% das enfermeiras referem que *não consomem álcool num dia típico, de semana ou de fim-de-semana*; mas considerados os dados obtidos com o AUDIT, verifica-se que apenas 11% dos enfermeiros (género masculino) e 33% das enfermeiras afirmam não consumir bebidas alcoólicas. Percebe-se, então, que são muitos os enfermeiros e as enfermeiras que, “tipicamente”, não consomem bebidas alcoólicas, não deixando contudo de o fazer fora dos “dias típicos”, ou seja, em situações excepcionais. Mas conclui-se também, em relação aos que não consumiram bebidas alcoólicas no último ano (em relação à data de recolha de dados), que os números obtidos junto dos enfermeiros da amostra são consideravelmente mais baixos, ou seja, *o número de enfermeiros que consumiram bebidas alcoólicas no último ano é superior ao da população da Região Norte*. Serão menores, contudo, os consumos? Será inferior a quantidade de bebidas alcoólicas consumidas, apesar de esses consumos acontecerem com outra frequência?

Talvez sim, até porque o valor médio diário de consumo de bebidas alcoólicas é consideravelmente menor na amostra em estudo: se for usada novamente a premissa, assumida já atrás, de que a semana é composta por “seis dias de semana e um dia de fim-de-semana”, conclui-se que os enfermeiros da amostra consomem em média 0,40 bebidas por enfermeiro da amostra e por dia, valor muito inferior às 1,96 bebidas diárias referidas no relatório da OMS com dados de 2003. Contudo, convém lembrar que se trata, neste estudo, de uma amostra em que mais de 25% dos enfermeiros não beberam bebidas alcoólicas no último ano, e que mais de 55% referem não consumir em dias típicos.

No Portal de Saúde Pública (www.saudepublica.pt), considera-se que o consumo de abuso é, para um homem adulto, consumir diariamente mais de 24 gramas de álcool, e

que uma mulher adulta não deve ultrapassar os 16 gramas. Também em relatório da OMS disponível no respectivo Portal (www.who.int) refere-se que os homens não devem ultrapassar o consumo de três doses diárias de álcool e as mulheres as duas doses diárias, sendo que tanto os homens quanto as mulheres se devem abster de beber pelo menos dois dias na semana. A análise dos dados recolhidos permite verificar que cerca de 18% dos enfermeiros (género masculino) *consomem mais do que 3 doses por dia*, sendo 3,2% a percentagem de enfermeiras que também o fazem. Permite ainda concluir que cerca de 44% dos enfermeiros (género masculino) e cerca de 13% das enfermeiras da amostra *consomem mais do que 5 dias por semana* (independentemente da quantidade que consomem em cada dia). Assim sendo, admite-se que são encontrados consumos, numa percentagem não subestimável de enfermeiros da amostra, acima das recomendações para um uso não abusivo do álcool.

Tendo em conta o fenómeno de consumo de bebidas alcoólicas entre os enfermeiros da amostra com base nos *distritos* em que os mesmos exercem funções, verifica-se que o aparecimento de *Vila Real* à cabeça, na maior parte das situações estudadas, não difere dos resultados apresentados por Pires e Valério (1999). Pelo contrário, os enfermeiros do distrito de *Bragança* obtêm quase sempre valores baixos neste estudo, o que não acontece nos resultados apresentados por aqueles autores, que afirmam que, no que se prende com a percentagem de bebedores excessivos, o distrito de Bragança aparece à frente do distrito de Vila Real.

Quando consideradas as *idades*, os consumos têm os seus pontos máximos nas classes extremas, e com características diferentes: tal como acontece na população em geral, os mais velhos bebem principalmente nas principais refeições (sendo os que mais consomem) e os mais novos bebem fundamentalmente após o jantar e de modo particular ao fim-de-semana (sendo aqui os que mais consomem). Esta conclusão não contraria as informações obtidas aos níveis nacional e regional, e enquadra concerteza uma série de outras variáveis, uma vez que os enfermeiros mais velhos são os que têm maior tempo de exercício profissional, os que têm categorias profissionais mais elevadas e quem tem horários mais estáveis, não sendo tantos os que trabalham à noite e ao fim-de-semana; e os mais novos são os que seguem a tendência da população mais

jovem de beber menos à semana e às refeições, mas beber mais nas saídas nocturnas de fim-de-semana, cada vez mais enraizadas nas faixas etárias menores.

CAPÍTULO 4 – ESTUDO 4: STRESSE PROFISSIONAL E CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

1. Introdução

É possível encontrar diversos artigos cuja temática se centra no papel do stresse no consumo de álcool. Investigação baseada em dados da *Health and Nutrition Examination Survey* indica um aumento do consumo de álcool relacionado com a ansiedade (Pohorecky, 1991). Por exemplo, e embora não esteja suficientemente documentado, o stresse não aparenta ter um papel significativo no consumo de álcool nas mulheres e nos mais idosos, mas pelo contrário, terá um papel significativo no consumo de álcool pelos adolescentes.

Segundo Mcquaid *et al.* (2000), homens em tratamento de dependência alcoólica reportam comumente elevados níveis de experiências de vida stressantes anteriores ao início do tratamento. E vários estudos, segundo os mesmos autores, apontam para que o treino dos doentes em mecanismos eficazes de *coping* (leia-se, estratégias desenvolvidas pela pessoa para lidar com situações de stresse e crise) é um dos aspectos mais importantes da terapia para os dependentes do álcool.

Com a realização deste Estudo 4, pretendia-se dar resposta ao objectivo inicialmente traçado, de saber se existe alguma relação estatisticamente significativa entre o stresse e o padrão/consumo de bebidas alcoólicas.

2. Metodologia

Este estudo foi concretizado com base nos dados recolhidos para os Estudos 2 e 3. Assim, aspectos metodológicos como o tipo de estudo, a população, a amostra, o

processo de amostragem, o instrumento de recolha de dados, entre outros, não serão aqui referidos, porque já assinalados anteriormente.

2.1. Variáveis em estudo

Foram consideradas as seguintes variáveis:

Variáveis independentes

- ESPE, operacionalizada pelo resultado total obtido na parte B do instrumento de colheita de dados (escala de Likert de quatro pontos)
- Percepção dos enfermeiros sobre o nível de stresse global da profissão, operacionalizada pela parte C do instrumento de colheita de dados (escala de Likert de cinco pontos)

Variáveis dependentes

- AUDIT, operacionalizado pelo resultado total obtido na parte D do instrumento de colheita de dados (escala de Likert de quatro pontos)
- Consumo semanal de unidades-padrão, operacionalizado pela parte E do instrumento de colheita de dados

2.2. Análise e apresentação dos resultados

Os dados foram tratados com recurso ao programa informático SPSS; a sua apresentação assenta num quadro preparado para o efeito.

3. Resultados

Apresenta-se a seguir os resultados obtidos neste Estudo. Para se encontrar os coeficientes de correlação e assim decidir sobre a existência ou não de relações entre as variáveis em estudo aplicou-se o teste não-paramétrico de Spearman (tendo em conta a não-normalidade das variáveis, cujo teste foi referido no Estudo 2). O Quadro 33 permite visualizar os diferentes resultados obtidos.

A conclusão a que se chega é que não foi encontrada nenhuma relação estatisticamente significativa (nenhum valor de p é inferior a 0,05, sendo os valores do coeficiente de correlação muito próximos de zero), independentemente das variáveis em estudo. Pode, portanto, afirmar-se, que não há relação entre os resultados obtidos na *ESPE* e os resultados obtidos no *AUDIT* ($p = 0,187$), o *consumo de risco de álcool* ($p = 0,147$), a existência de *sintomas de dependência* ($p = 0,823$), o *consumo nocivo de álcool* ($p = 0,578$), o *número de unidades-padrão de álcool consumidas num dia típico de semana* ($p = 0,232$), o *número de unidades-padrão de álcool consumidas num dia típico de fim-de-semana* ($p = 0,862$) ou o *número de unidades-padrão consumidas semanalmente* ($p = 0,770$). De igual modo, não existe nenhuma relação estatisticamente significativa entre o *nível de stresse global* e os resultados obtidos no *AUDIT* ($p = 0,982$), o *consumo de risco de álcool* ($p = 0,998$), a existência de *sintomas de dependência* ($p = 0,351$), o *consumo nocivo de álcool* ($p = 0,444$), o *número de unidades-padrão de álcool consumidas num dia típico de semana* ($p = 0,325$), o *número de unidades-padrão de álcool consumidas num dia típico de fim-de-semana* ($p = 0,378$) ou o *número de*

unidades-padrão consumidas semanalmente ($p = 0,759$).

Quadro 33 – Stresse / consumo de bebidas alcoólicas

	Coefficiente de correlação	<i>p</i>
Resultado total na ESPE / Resultado total no AUDIT	-0,044	0,187
Resultado total na ESPE / Resultado no conjunto das questões 1, 2 e 3 do AUDIT (consumo de risco de álcool)	-0,048	0,147
Resultado total na ESPE / Resultado no conjunto das questões 4, 5 e 6 do AUDIT (sintomas de dependência)	-0,007	0,823
Resultado total na ESPE / Resultado no conjunto das questões 7, 8, 9 e 10 do AUDIT (consumo nocivo de álcool)	0,019	0,578
Resultado total na ESPE / N° de unidades-padrão consumidas num dia típico de semana	-0,040	0,232
Resultado total na ESPE / N° de unidades-padrão consumidas num dia típico de fim-de-semana	0,006	0,862
Resultado total na ESPE / N° de unidades-padrão consumidas semanalmente	-0,010	0,770
Nível de stresse global / Resultado total no AUDIT	-0,001	0,982
Nível de stresse global / Resultado no conjunto das questões 1, 2 e 3 do AUDIT (consumo de risco de álcool)	0,000	0,998
Nível de stresse global / Resultado no conjunto das questões 4, 5 e 6 do AUDIT (sintomas de dependência)	0,030	0,351
Nível de stresse global / Resultado no conjunto das questões 7, 8, 9 e 10 do AUDIT (consumo nocivo de álcool)	0,025	0,444
Nível de stresse global / N° de unidades-padrão consumidas num dia típico de semana	-0,032	0,325
Nível de stresse global / N° de unidades-padrão consumidas num dia típico de fim-de-semana	0,029	0,378
Nível de stresse global / N° de unidades-padrão consumidas semanalmente	-0,010	0,759

4. Discussão dos resultados

Kathleen e Sonne (1999) referem que a adicção ao álcool é um problema complexo determinado por múltiplos factores, incluindo componentes psicológicas e fisiológicas, sendo que o stresse é considerado um factor *major* para a iniciação e continuação da adicção ao álcool. Mas escrevem também que muitos estudos que demonstraram uma

associação entre a adicção ao álcool e o stresse não foram capazes de estabelecer uma relação de causa-efeito entre as duas entidades.

Não contrariando mas incorporando, Frone (1999) refere factores vários como a história familiar, os “traços” de personalidade, a auto-estima, o controlo social, etc., como aspectos a considerar no estudo da adicção ao álcool. Na amostra de enfermeiros que colaborou neste estudo, como se viu, essa associação não pode ser estabelecida estatisticamente. Liu *et al.* (2009) referem que, do seu estudo realizado junto de trabalhadores chineses, concluíram que o stresse do trabalho diário estava significativamente relacionado com o desejo e o consumo diário de álcool. Mas acrescentam a verificação de diferenças individuais significativas nessa relação. E Chester *et al.* (2009) afirmam com base nos seus estudos terem encontrado diferentes efeitos do stresse no consumo de bebidas alcoólicas, nomeadamente, diferentes efeitos em homens e mulheres, sendo os homens mais sujeitos nos seus consumos à influência do stresse do que as mulheres.

Não sendo o objectivo primordial deste estudo perceber a existência ou não de relação entre as variáveis “stresse” e “álcool”, o que é possível afirmar é que, no contexto deste trabalho, não surgem evidências estatísticas de que o stresse se relacione com o consumo de bebidas alcoólicas, seja em que sentido for.

CONCLUSÃO

Na verdade, todo o problema – depois de resolvido – parece muito simples.

*A grande vitória, que hoje parece fácil, foi o resultado
de uma série de pequenas vitórias que passaram despercebidas.*

(Paulo Coelho, in Manual do Guerreiro da Luz)

Concluir qualquer trabalho pode gerar no seu autor uma dualidade de sentimentos. Por um lado, surge concerteza a agradável compensação de se ver materializado algo que durante tanto tempo pareceu tão distante quanto difícil de concretizar. Por outro lado, é o emergir de alguma inquietação provocada pela constatação de que o caminho a percorrer na prossecução dos objectivos é longo, e só academicamente termina com a conclusão de um estudo.

Chegada esta fase, impõe-se retirar algumas conclusões a propósito do trajecto trilhado.

É inegável que o stresse profissional aumenta o número de enfermeiros afastados das suas actividades, reflecte-se na vida das organizações e tem influência na diminuição da produtividade e da qualidade dos cuidados prestados. Do mesmo modo, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas pode levar a uma incapacitação do enfermeiro para a prática profissional, incapacitação essa que mais grave se tornará se o enfermeiro não a assumir, continuando a exercer a profissão com o risco inerente para os que necessitam dos seus cuidados.

Entende-se por isso que este estudo assume relevância, já que ao ser obtido conhecimento da realidade, ele poderá conduzir a medidas de prevenção e mesmo correctivas. Não era objectivo do estudo propor essas medidas, e tal não se fez. Mas ao divulgar essa realidade, mesmo que obtida junto de uma amostra de enfermeiros e sem

pretensão de generalização à população, espera-se contribuir para estudos mais amplos e com impacto individual e organizacional.

Os objectivos definidos no início do estudo eram, contudo, ambiciosos. Pretendia-se conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o stresse que vivem no exercício da sua profissão, não pela utilização de escalas que abordam esta temática de modo genérico, mas com um instrumento dedicado, ou seja, criado a pensar nas especificidades do quotidiano dos enfermeiros. Daí a necessidade, concretizada, de criação de uma escala, sendo que a opção recaiu sobre a adaptação transcultural de uma escala já testada internacionalmente, abrindo assim caminho a este e a futuros estudos com comparação de resultados obtidos noutros países junto de profissionais da mesma área de trabalho. E através dela e de questões complementares foi possível conhecer os enfermeiros no que a esta temática diz respeito. Era também proposta deste estudo conhecer os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas dos enfermeiros. Aqui, a opção recaiu sobre uma escala também já internacionalmente testada, que associada a outras questões complementares colocadas no instrumento de colheita de dados, revelou uma panorâmica interessante desta problemática (panorâmica essa não existente até aqui uma vez não haver quaisquer dados publicados a propósito), a estudar mais aprofundadamente em futuros trabalhos. A procura de eventuais relações entre os resultados obtidos sobre o stresse profissional e sobre os consumos de bebidas alcoólicas foi uma mera avaliação estatística da qual, fossem quais fossem as conclusões, pouco se poderia inferir, estabelecida como está a multicausalidade de ambas as entidades. Foi, contudo, uma abordagem cujos resultados podem abrir linhas de investigação futuras.

Felizmente que eventuais constrangimentos na recolha destes dados não aconteceram. A disponibilidade das instituições hospitalares através dos seus enfermeiros directores e de todos os que contribuíram respondendo ao instrumento de colheita de dados criado foram a pedra de toque para o êxito do estudo. Não se pode esquecer, contudo, que as temáticas em apreço não são de fácil conhecimento num estudo deste tipo, e que alguns estereótipos e preconceitos podem deduzir enviesamentos nos resultados. Se por um lado é de admitir que os resultados obtidos a propósito do stresse profissional sofram do erro de excesso, dada a aceitação generalizada de que a enfermagem é uma profissão

altamente sujeita a stresse e esse facto “valorizar aos olhos da opinião pública” (e porque não do investigador) o esforço, a motivação, a dedicação à profissão por parte dos enfermeiros, por outro lado, sendo claros os constrangimentos que o consumo de bebidas alcoólicas pode acarretar ao exercício profissional, poder-se-á admitir que as respostas dadas a este propósito sofram do erro de defeito.

Fica a sensação de que as opções metodológicas foram correctas, face aos objectivos traçados. A inexistência de dados publicados sobre as temáticas em estudo reclamava uma amostra tão extensa quanto possível, o que só seria alcançável numa abordagem do tipo quantitativo e com recurso a um instrumento de recolha de dados de fácil distribuição e recolha. Ao mesmo tempo, a “delicadeza” das matérias em estudo, e de modo particular no que se refere aos consumos de bebidas alcoólicas, implicava a salvaguarda da confidencialidade e do anonimato dos dados a obter, desiderato mais fácil de alcançar com uma abordagem deste tipo. Não fica descartada, contudo, a possibilidade de uma futura investigação destas temáticas inserida num paradigma qualitativo, com a utilização de estratégias como as entrevistas em profundidade, com base nas quais será possível privilegiar a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva livremente expressa e mais rica em pormenores de cada um dos sujeitos da investigação, que assim responderão de acordo com a sua óptica pessoal em vez de se terem de moldar a questões previamente elaboradas, como acontece com os questionários.

Entende-se que o estudo que agora se finaliza (mas que se pretende que continue em futuras investigações), ao experimentar aspectos ainda não estudados em Portugal mas já conhecidos noutros países, investigando áreas nunca antes analisadas e desenvolvendo conhecimento numa vertente ainda não explorada, pode ser um contributo para o conhecimento dos enfermeiros e da profissão de enfermagem em particular e das disciplinas da saúde em geral, e consequentemente, para a melhoria da qualidade quer da vida dos profissionais quer dos cuidados que estes prestam.

BIBLIOGRAFIA

- Abott, A. (2003). Meeting the challenges of substance misuse: making inroads one step at a time. *Health & Social Work*, 28 (2), 83 – 88.
- Administração Regional de Saúde do Norte (2009). *Perfil de Saúde da Região Norte, Edição 2009*. Obtido em 02/01/2010 em <http://portal.arsnorte.min-saude.pt>
- Aliane, P., Lourenço, L. e Ronzani, T. (2006). Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool. *Revista Psicologia em Estudo*, 11 (1), 83 – 88.
- Álvarez, F. e del Río, C. (2001). Farmacología del alcohol. In G. Rubio y J. Santo Domingo (coordenadores), *Curso de Especialización en alcoholismo* (Unidad 2, 1 – 24). Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Amaral, A. F. (2008). Editorial. *Revista Sinais Vitais*, 76, 4.
- Amaro, H. J. F. (2007). Comportamentos comunicacionais e assertivos e burnout nos profissionais de enfermagem. *Revista Nursing*, 221, 7 – 12.
- Andersen, P. e Baumberg, B. (2006). *El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública*. Reino Unido: Institute of Alcohol Studies.
- Angel, P. (2002). Prevenção. In Angel, P., Richard, D. e Valleur, M.. *Toxicomanias* (25 – 35). Lisboa: Climepsi Editores.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. e Monteiro, M. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care*. World Health Organization: Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Ballone, G. (1999). *Curso sobre estresse*. Obtido em 25/09/2006 em <http://www.psiqweb.med.br/cursos/stresse1.html>.
- Bandman, E. e Bandman, B. (2002). *Nursing ethics through the life*. New Jersey: Prentice Hall.
- Batista, K. e Bianchi, E. (2006). Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (4), 534 – 539.
- Batista, L. (2005). *Estresse ocupacional e enfermagem: abordagem em unidade de atenção a saúde mental*. Obtido em 22/09/2006 em http://www.unilestemg.br/revistaonline/volumes/02/downloads/artigo_17.pdf

- Beck, A. T., Wright, F. W., Newman, C. F. e Liese, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford.
- Becoña, E. e Vázquez, F. L. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.
- Bedford, D., O’Farell, A. e Howell, F. (2006). Blood alcohol levels in persons who died from accidents and suicide. *Irish Medical Journal*, 99 (3), 80 – 83.
- Beehr, T. A. (1981). Role ethics and attitudes towards co-workers. *Group and Organization Studies*, 6, 201 – 210.
- Benevides-Pereira, A. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Trabalhador.
- Bennet, J. B., Wayne, E. K. e Reynolds, G. S. (2000). Team awareness for workplace substance abuse prevention: the empirical and conceptual development of a training program. *Prevention Science*, 1 (3): 157-172.
- Bento, A. e Sinde, S. (2006). *Álcool e Nutrição*. Obtido em www.sociedadeportuguesaidealcoologia.pt
- Brady, K. T. e Sonne, S. C. (1999). The role of stress in Alcohol Use, Alcoholism Treatment, and Relapse. *Alcohol Research & Health*, 23 (4), 263 – 271.
- Bulhões, I. (1994). *Riscos do trabalho em enfermagem*. Rio de Janeiro: Edição Folha Carioca.
- Burns, S. (2004). *Your Stresse Scale*. Obtido em 03/11/2006 em <http://www.teachhealth.com/>
- Buunk, B. P. e Schaufeli, W. B. (1993). Burnout: perspective from social comparison theory. In Schaufeli W. B. , Maslach, C. e Mareck, T. (eds), *Professional burnout: recent developments in theory and research*, 53 – 69. London: Taylor e Francis
- Camanzi, V. L. F. M. (2007). *Morte, luto e gênero: a questão de gênero do profissional de saúde e do paciente frente às vivências do luto e da morte*. Obtido em 20/02/2010 em www.sotamig.com.br/Morteluto.pdf
- Camelo, S. e Angerami, E. (2004). Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde de família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (1), 14 – 21.
- Camí, J. e Farré, M. (2003). Drug addiction. *The New England Journal of Medicine*, 349, 975 – 986.
- Castro, L. A. e Baltieri, D. A. (2004). Tratamento farmacológico da dependência do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (1), 43 – 46.

- Chester, J. A., Barrenha, G. P., DeMaria, A. e Finegan, A. (2009). Different Effects of Stress on Alcohol Drinking Behaviour in Male and Female Mice Selectively Bred for High Alcohol Preference. *Alcohol & Alcoholism*, 18, 1 – 10.
- Collins, R. L., Gollnisch, G. e Morsheimer, E. T. (1999). Substance use among a regional sample of female nurses. *Drug and Alcohol Dependence*, 55, 145 – 155.
- Cordeiro, C. (2002). *Manual de Psiquiatria Clínica*. 2ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Costa, J. R. A., Lima, J. V. e Almeida, P. C. (2003). Stresse no trabalho do Enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 37 (3), 63 – 71.
- Cox, T., Griffiths, A., Cox, S. (1996). *Work-related stresse in nursing: Controlling the risk to health*. Obtido em 13/10/2006 em <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsast/i/fulltext/nurse/nurse.pdf>
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Deodato, S. (2004). A excelência do exercício. Perspectiva ética e deontológica. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 15, 26 – 30.
- Deus, A. A. (2002). *O alcoolismo: uma forma de desistência da vida*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Dietler, M. (2006). Alcohol: Anthropological / Archaeological Perspectives. *Annual Review of Anthropology*, 35, 229 – 249.
- Donahue, M. P. (1985). *História de la Enfermeira*. Barcelona: Doyma.
- Doran, R. e Parrot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dougall, Mc. (1998). A colleague's alcohol abuse. *American Journal of Nursing*, 98 (11), 66 – 68.
- Duailibi, S. e Laranjeira, R. (2007). Políticas Públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. *Revista de Saúde Pública*, 41 (5), 839 – 848.
- Dunn, D. (2005). Substance abuse among nurses – defining the issue. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 82 (4): 572 – 602.
- Echeburua, E. (2002). *Abuso de alcohol*. Madrid: Síntesis.
- Escribá, V., Más, R., Cárdenas, M. e Pérez, S. (1999). Validación de la escala de estresores ocupacionales en personal de enfermería: “the nursing stresse scale”. *Revista Graceta Sanitaria*, 13 (3), 191 – 200.

- Feijóo, N. (2004). Occupational stress. Job insecurity and stress level. *Interdisciplinaria, Número Especial*, 249 – 257.
- Ferreira-Borges, C. e Filho, H. C. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 2*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fleming, M., Mihic, J. e Harris, R. A. (2006). Ethanol. In Brunton, L. L., Lazo, J. S., Parker, K. L., *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, p. 591 – 606. 11th ed. McGraw-Hill: New York,.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontana, D. (1989). *Professional Life Stress Scale*. Obtido em 03/11/2006 em <http://honolulu.hawaii.edu/intranet/committees/FacDevCom/guidebk/teachtip/stress-t.htm>
- Formigoni, M. L. e Monteiro, M. G. (1997). A etiologia do Alcoolismo. In Ramos, S. P. e Bertolote, J. M. (orgs.) *Alcoolismo Hoje*. 3ª Edição. São Paulo: Editora Artes Médicas Sul, Lda.
- Fortin, M. (2003). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.
- Fowlie, D. (1999). The misuse of alcohol and other drugs by doctors: a UK report and one region's response. *Alcohol & Alcoholism*, 34 (5), 666 – 671.
- Frasquilho, A. (2005). Medicina, Médicos e Pessoas, compreender o stress para prevenir o burnout. *Acta Médica*, 18, 433 – 444.
- Froján, M. X. e Santacreu, J. (1993). *Guía de actuación para la prevención del consumo de drogas. Una perspectiva comunitária*. Valência: Promolibro.
- Frone, M. R. (1999). Work Stress and Alcohol Use. *Alcohol Research & Health*, 23 (4), 284 – 291.
- Gameiro, M. H. (1999). *Sofrimento e doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gigliotti, A e Bessa, M. (2004). Síndrome de Dependência Alcoólica: critérios de diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (1), 11 – 23.
- Gossop, M., Stephens, S., Stewart, D., Marshall, J., Bearn, J. e Strang, J (2001). Health Care Professionals Referred for Treatment of Alcohol and Drug Problems. *Alcohol & Alcoholism*, 36 (2), 160 – 164.
- Gray-Toft, P. e Anderson, J. (1981). The Nursing Stress Scale: Development of an Instrument. *Journal of Behavioral Assessment*, 3 (1), 11 – 23.

- Graziani, P. e Swendsen, J. (2007). *O stress*. Emoções e estratégias de adaptação. Lisboa: Climepsi.
- Guerri, C. (2006). Alcohol: bases biológicas. In Pèrez de los Cobos, J. C. *Tratado SET de Transtornos Adictivos*, 153 – 157. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Hanson, D. J. (2007). *History of Alcohol and Drinking around the World*. Obtido em 02/05/2008 em <http://www2.potsdam.edu/hansondj/controversies/1114796842.html>
- Hart, A. (2001). Mann-Whitney test is not just a test of medians: differences in spread can be important. *British Medical Journal*, 323, 391 – 393.
- Hespanhol, A. (2005). Burnout e Stresse Ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7 (1/2), 153 – 162.
- Hodgson, R., Alwyn, T., John, B., Thom, B. e Smith, A. (2002). The fast alcohol screening test. *Alcohol & Alcoholism*, 37 (1), 61 – 66.
- Hughes, T., Howard, M. J. e Henry, D. (2002). Nurses' use of alcohol and other drugs: findings from a national probability sample. *Substance Use & Misuse*, 11 (37), 1243 – 1440.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência (2010). *Prevenção – Perspectivas*. Obtido em 08/02/2010 em <http://www.idt.pt/PT/Prevencao/Paginas/Perspectivas.aspx>
- Internacional Council of Nurses (2000). *Le CII et le stresse: Le stresse professionnel, une menace pour la santé des personnels*. Obtido em 14/09/2006 em http://www.icn.ch/matters_stressef.htm.
- Kääriäinen, J., Sillanauke, P., Poutanen, P. e Seppä, K. (2001). Opinions on alcohol-related issues among professionals in primary, occupational, and specialized health care. *Alcohol & Alcoholism*, 36 (2), 141 – 146.
- Kalant, H. (1999). Stress-related effects of ethanol in mammals. *Critical Reviews in Biothechnology*, 9 (4), 265 – 272.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. e Grebb, J. A. (2003). *Compêndio de psiquiatria, ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. São Paulo: Artmed.
- Kathleen, B. e Sonne, S. (1999). The role of stresse in Alcohol use, Alcoholism treatment and Relapse. *Alcohol Research and Health*, 23 (4), 263 – 271.
- Kentucky Peer Assistance Program for Nurses, Inc (2006). *Information about substance abuse*. Obtido em 03/09/2008 em <http://www.kpapn.org/information.html>
- Labrador, F. J. (1992). *Stresse*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy, S. A.

- Lapham, S. C., McMillan, G. e Gregory, C. (2003). Impact of an Alcohol Misuse Intervention for Health Care Workers – 2: Employee Assistance Programme Utilization, On-The-Job Injuries, Job Loss and Health Services Utilization. *Alcohol & Alcoholism*, 38 (2), 183 – 188.
- Lautert, L., Chaves, E. e Moura, G. (1999). O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 6 (6), 415 – 425.
- Lima, F. D. (2004). *Características da incidência da síndrome de burnout em pediatras de uma organização pública*. Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC
- Lima, F. D., Buunk, A. P., Araujo, M., Chaves, J., Muniz, D., Queiroz, F. e Luana B. (2007). Síndrome de burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31 (2), 137 – 146.
- Lino, T. A. L. R. (2006). *Alcoolismo – da causa à doença*. Obtido em 03/05/2008 em <http://psicologia.com.pt>
- Litt, M. D., Babor, T. F., DelBoca, F. K., Kadden, R. M. e Cooney, N. L. (1992). Types of alcoholics, II. Application of an empirically derived typology to treatment matching. *Archives of General Psychiatry*, 49 (8), 609 – 614.
- Liu, S., Wang, M., Zhan, Y e Shi, J. (2009). Daily Work Stress and Alcohol Use: Testing the Cross-Level moderation effects of Neuroticism and Job Involvement. *Personnel Psychology*, 62 (3), 575 – 597.
- Loureiro, E. A. F. (2005). *Estudo da relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de Medicina*. Obtido em 07/06/2008 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6407>
- Maia, P. (2005). Contributos para a caracterização da actividade profissional dos enfermeiros com vista à justificação da idade e tempo de serviço para aposentação. *Revista Ecos da Enfermagem*, 243_244_245_246, 24 – 29.
- Malakoff, G. (2008). *The impaired healthcare professionals*. Obtido em 13/02/2008 em <http://www.nursinglink.com/training/articles/343-the-impaired-healthcare-professionals>
- Manita, C. (2002). Avaliação psicológica no domínio das toxicodependências: das estruturas aos processos. *Toxicodependências*, 8 (3), 11 – 25.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F. e Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25 (suplemento 1), 65 – 74.
- Marlatt, G. A. e Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention*. London: The Guilford Press.

- Más, R., Escribá, V. e Cárdenas, M. (1999). Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario: um estudio cualitativo. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 2 (4), 159 – 167.
- Maslach, C. e Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Mcquaid, J. R., Brown, S. A., Aarons, G. A., Smith, T. L., Patterson, T. L. e Schuckit, M. A. (2000). Correlates of life in na alcohol treatment sample. *Addictive Behaviors*, 25 (1), 131 – 137.
- McVicar, A. (2003). Workplace stresse in nursing: a literatura review. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (6), 633 – 642.
- Mello, M. L. M., Barrias, J. e Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Melo, R. (2007). Banalização do consumo de ecstasy. Consequências para uma abordagem preventiva. *Toxicodependências*, 13 (1), 29 – 42.
- Meloni, J. N. e Laranjeira, R. (2004). Custo social e de saúde do consumo do álcool. The Social and Health burden of alcohol abuse. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (supl. I), 7 – 10.
- Millikan, L. E. (1999). Alcoholism among health professionals: prevalence and special problems. *Clinics in Dermatology*, 17, 361 – 363.
- Morel, A., Boulanger, M., Hervé, F. e Tonnelet, G. (2001). *Prevenção das toxicomanias*. Lisboa: Climepsi.
- Murofuse, N. T., Abranches, S. S. e Napoleão, A. A. (2005). Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (2), 255 – 261.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2006). *Young adult drinking*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.
- Neves, M. C. P. e Pacheco, S. (2004). *Para uma ética da enfermagem. Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Nunes, L. (2004). Configurando a relação bioética e a ética da enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 13, 7 – 10.
- Nunes, L. M. e Jóluskin, G. (2007). *Drogas e comportamentos de adicção. Um manual para estudantes e profissionais de saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Nunes, L., Amaral, M. e Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro*:

dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Dentológico do Enfermeiro: anotações e comentários.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Estatuto. Nova redacção conferida pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Organização Mundial de Saúde (2000). *CID-10, V.1 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde.* S. Paulo: EDUSP.

Pafaro, R. e Martino, M. (2004). Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 38 (2), 152 – 160.

Paton, A. (2005). Alcohol in the body. *British Medical Journey*, 330, 85 – 87.

Peiró, J. M. (1993). *Desencadeantes del estrés laboral.* Salamanca: Endema.

Peiró, J.M., Gonzalez-Romá,V., Martí, C. e Gastaldi, C. (1992). Estrés de rol y desempeño de roles en organizaciones de servicios. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 2, 55 – 74.

Peneda, J., Fonseca, A., Ribeiro, C., Nogueira, T. S., Dias, M. C., Gomes, S. e Neto, D. (1998). A abstinência no alcoolismo. Comportamento da transferrina deficiente em carbo-hidratos (CDT). *Revista Medicina Interna*, 5 (4), 224 – 231.

Pereira, A. (2006). *SPSS. Guia Prático de Utilização. Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia.* Lisboa: Edições Silabo.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.* Lisboa: Lusociência.

Pikó, B. (1999). Work-related stress among nurses: a challenge for health care institutions. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 119 (3), 156 – 162.

Pina, A. P. B. (2009). *O álcool.* Obtido em 30/12/2009 em http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/action/2/cnt_id/731/?textpage=1

Pinto, J. R. C. (2006). *Bioética para todos.* Braga: Editorial A. O.

Pires, A. (2001). Cuidar em fim de vida: aspectos éticos. *Cadernos de Bioética*, 25, 86 – 89.

Pires, F. M. M. e Valério, M. A. F. M. (1999). *Alcoolismo no Distrito de Vila Real.* Obtido em 22/10/2008 em home.utad.pt/~mvalerio/9999ph/alcool_vr.PDF

- Plan Nacional sobre Drogas. *Alcohol*. Obtido em 30/12/2009 em <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf>
- Pocinho, M. e Figueiredo, J. (2004). *Métodos e Técnicas de Investigação Científica*. Obtido em 25/03/2007 em <http://www.estescoimbra.pt/>
- Pohorecky, L. A. (1991). Stress and Alcohol interaction: an update of human research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research – Journal Information*, 15 (3), 438 – 459.
- Polit, D. F., Beck, C. T. e Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Pons, R. e Agüir, V. (1998). La version castellana de la escala “The nursing stress scale”. Proceso de adaptación transcultural. *Revista Española de Salud Pública*, 72 (6), 529 – 538.
- Portal da Ordem dos Enfermeiros. *REPE*. Obtido em 20/04/2009 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168>
- Portal da World Health Organization. <http://www.who.int>
- Portal de Saúde do Ministério da Saúde de Portugal. <http://www.portaldasaude.pt>
- Portal de Saúde Pública. <http://www.saudepublica.web.pt>
- Portal do Instituto Nacional de Estatística. <http://www.ine.pt>
- Queirós, A. A. (1999). *Empatia e Respeito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ramos, S. P. e Woitowitz, A. B. (2004). Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (supl. 1), 18 – 22.
- Rankin, J. G. (1990). Responding to drug and alcohol problems in health professionals, with special reference to Ontario. *Drug and Alcohol Review*, 10, 253 – 261.
- Reichenheim, M. E.; Moraes, C. L.; Hasselmann, M. H. (2000). Equivalência semântica da versão em português do instrumento *Abuse assessment screen* para rastrear violência contra a mulher grávida. *Revista Saúde Pública/Journal of Public Health*, 34 (6), 610 – 616.
- Rodriguez, A. M. H. (2006). Satisfacción laboral y síndrome de Burnout en profesores de educación primaria y secundaria. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 81 – 89.
- Rodríguez-Martos, A. (1989). *Manual de alcoholismo para el médico de cabecera*. Barcelona: Salvat Editores, SA.

- Room, R., Babor, T. e Reh, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365, 519 – 530.
- Rossi, S. (2009). *The impaired nurses: it's everyone problem*. Obtido em 15/11/2009 em http://www.aacn.org/wd/nti2009/nti_cd/data/papers/main/32130.pdf
- Rossow, I. (2001). Alcohol and homicide: a cross-cultural comparison of the relationship in 14 European countries. *Addiction*. 96 (supl. 1), 77 – 92.
- Sagehomme, D. (1997). *Por um trabalho melhor, Guia de Análise das Condições de Trabalho em meio hospitalar*. Coimbra: Formasau.
- Salvage, J. (1990). The theory and practice of the new nursing. *Nursing Times*, 42 – 45.
- Sannibale, C. e Hall, W. (1998). An evaluation of Cloninger's typology of alcohol abuse. *Addiction*, 93 (8), 1241 – 1249.
- Santos, J. M. O. (2002a). *A Relação de Ajuda. Pinceladas daqui... e dali!* Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Santos, J. M. O. (2002b). *Parceria nos Cuidados. Uma metodologia de trabalho centrada no Doente*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Saraiva, D. M. R. F. (2009). *Atitude do Enfermeiro perante a morte*. Obtido em 23/02/2010 em http://www.forumenfermagem.org/index.php?view=article&catid=205%3Aabril-a-maio-2009&id=3505%3Aatitude-do-enfermeiro-perante-a-morte&tmpl=component&print=1&layout=default&page=&option=com_content
- Sayette, M. A. (1999) Does Drinking Reduce Stresse? *Alcohol Research & Health*, 23 (4), 250 – 255.
- Schuckit, M. A. (1998). *Abuso de álcool e drogas*. Lisboa: Climepsi.
- Secades, R. (2001). *Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Seibel, S. D. (2001). Álcool. In Seibel, S. D. e Toscano Jr, A. *Dependência de drogas*, 51 – 61. S. Paulo: Editora Atheneu.
- Seixas, P. C. e Pereira, P. (2005). *Relações e situações críticas na enfermagem*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Serra, A. V. (2007). *O stress na vida de todos os dias*. 3ª Edição. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Shaw, J., Hunt, I. M., Flynn, S., Amos, T., Meehan, J., Robinson, J., ..., Appleby, L. (2006). The role of alcohol and drugs in homicides in England and Wales.

Addiction, 101 (8), 117 – 124.

Silva, I. (2008). A propósito da recusa do profissional. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 29, 38 – 40.

Silva, J. A. S. (2001). As redes sociais e o percurso na toxicodependência. O tratamento como instrumento de reinserção. *Toxicodependências*, 7 (1), 17 – 22.

Silva, N. F. (2007). Dinâmica afectiva e dependência do álcool. *Toxicodependências*, 13 (1), 43 – 48.

Sivieri, H. L. (1994). *Saúde no Trabalho e mapeamento dos riscos. Saúde, Meio Ambiente e Condições de Trabalho*, cap. 8, 75 – 82. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Skog, O. J. (2003). Alcohol consumption and fatal accidents in Canada 1950 – 98. *Addiction*, 98 (7), 49 – 58.

Smith, D. R. (2007). Longitudinal trends of alcohol and tobacco consumption among Australian physicians and nurses, 1989-2005. *Journal of Substance Use*, 12 (4), 267 – 280.

Snow, D. e Hugues, T. (2003). Prevalence of Alcohol and Other Drug Use and Abuse Among Nurses. *Journal of Addictions Nursing*, 14, 165 – 167.

Sociedade Bíblica de Portugal (1999). *Bíblia Sagrada em português corrente*. Lisboa: Difusora Bíblica.

Sousa, M. M. O. (1989). Conceito de Enfermagem. *Boletim Sindical*, 10 (6), 20

Spencer, R. L. e Hutchison, K. E. (1999). Alcohol, Aging and the Stress Response. *Alcohol Research & Health*, 23 (4), 272 – 283.

Stacciarini, J. e Tróccoli, B. (2000). Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: inventário de estresse em Enfermeiros (IEE). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8 (6), 40 – 49.

Stacciarini, J. e Tróccoli, B. (2001). O stresse na actividade ocupacional do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (2), 17 – 25.

Statistics Solutions Inc. (2006). *Reliability Analysis*. Obtido em 22/01/2007 em <http://www.statisticssolutions.com/Reliability-Analysis.htm>

The Public Health Portal of European Union (Health – EU). *Report: Alcohol in Europe*. Obtido em 11/12/2009 em http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm

Trinkoff, A. M. e Storr, C. L. (1998). Substance use among Nurses: differences between Specialties. *American Journal of Public Health*, 4 (88), 581 – 585.

- Viala-Artigues, J. e Mechetti, C. (2003a). *Histoire de l'alcool les temps modernes partie 1*. Obtido em 22/10/2008 em http://www.alcoologie.org/documentation/article.php3?id_article=120
- Viala-Artigues, J. e Mechetti, C. (2003b). *Histoire de l'alcool les temps modernes partie 2*. Obtido em 22/10/2008 em http://www.alcoologie.org/documentation/article.php3?id_article=121
- Vieira, M. (2003). Direito ao cuidado – um compromisso profissional. In *1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros – Melhor Enfermagem, Melhor Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Vindel, A. (2002). *Evaluación psicológica del estrés ocupacional*. Obtido em 03/11/2006 em http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/evaluac.htm
- Visser, M. R. M., Smets, E. M. A., Oort, F. J. e Haes, H. C. J. M. (2003). Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association Journal*, 168 (3), 271 – 274.
- Wagner, F. A. e Anthony, J. C. (2007). Male-female differences in the risk of progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine, and alcohol. *Drug Alcohol Depend*, 86, 191 – 198.
- Waltman, C., Blevins Jr., L. S., Boyd, G. e Wand, G. S. (1993). The effects of mild ethanol intoxication on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in non-alcoholic men. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 77 (2), 518 – 522.
- Ward, A. M. V., Jones, A. e Phillips, D. I. W. (2003). Stress, disease and “joined-up” science. *QJM: An International Journal of Medicine*, 96, 463 – 464.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human Science and Human Care – A theory of Nursing*. New York.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- West, M. M. (2003). A Kaleidoscopic Review of Literature About Substance Abuse Impairment in Nursing: Progress Toward Identification of Early Risk Indicators? *Journal of Addictions Nursing*, 14, 139 – 144.
- Wijnand, H. e Velde, R. (2000). Mann-Whitney/Wilcoxon's nonparametric cumulative probability distribution. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 63, 21 – 28.
- World Health Organization (2002a). *The World Health Report 2002 – Reducing risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2002b). *World Report on Violence and Health*. Geneva:

World Health Organization.

World Health Organization (2004). *Global Status Report on Alcohol 2004*. Geneva:
World Health Organization.

José Manuel Oliveira dos Santos

Stresse Profissional. Consumo de Bebidas Alcoólicas.

Estudos numa Amostra de Enfermeiros.

Volume 2 - Anexos e Apêndices

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2010

José Manuel Oliveira dos Santos

Stresse Profissional. Consumo de Bebidas Alcoólicas.

Estudos numa Amostra de Enfermeiros.

Volume 2 - Anexos e Apêndices

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2010

ÍNDICE

ANEXOS	1
APÊNDICES	23

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – Journal of Behavioral Assessment, 3 (1), 11 – 23	3
Anexo 2 – Declaração de permissão de utilização da NSS.....	19

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice 1 - Questionário.....	25
Apêndice 2 – Quadros relativos ao Estudo 1.....	35
Quadro 1 – Tradução da <i>Nursing Stress Scale</i>	37
Quadro 2 – Retrotradução da Versão 1.0	41
Quadro 3 – ESPE: análise dos componentes principais	43
Apêndice 3 – Quadros relativos à Caracterização da Amostra	45
Quadro 4 – Instituição	47
Quadro 5 – Centros Hospitalares / Unidades Locais de Saúde	48
Quadro 6 – Amostra: distrito.....	48
Quadro 7 – Amostra: tipo de serviço.....	49
Quadro 8 – Serviço (Especialidade) / Departamento	49
Quadro 9 – Amostra: departamento	50
Quadro 10 – Amostra: género	50
Quadro 11 – Amostra: idade.....	50
Quadro 12 – Amostra: estado civil.....	51
Quadro 13 – Amostra: categoria profissional.....	51
Quadro 14 – Amostra: tempo de exercício profissional.....	51
Quadro 15 – Amostra: tempo de exercício profissional no actual serviço.....	52
Quadro 16 – Amostra: razão da presença no actual serviço.....	52
Quadro 17 – Amostra: vínculo à instituição.....	52
Apêndice 4 - Quadros relativos ao Estudo 2	53
Quadro 18 – ESPE: factores / médias.....	55

Quadro 19 – ESPE: factor I	55
Quadro 20 – ESPE: factor II.....	56
Quadro 21 – ESPE: factor III	56
Quadro 22 – ESPE: factor IV	57
Quadro 23 – ESPE: factor V	57
Quadro 24 – ESPE: factor VI	58
Quadro 25 – ESPE: factor VII.....	58
Quadro 26 – Stresse Profissional: global e em diferentes turnos de semana e de fim- de-semana.....	59
Quadro 27 – Stresse Profissional / médias : global e em diferentes turnos de semana e de fim-de-semana	59
Quadro 28 – ESPE: distrito. Estatística descritiva . Teste de Kruskal-Wallis.	59
Quadro 29 – ESPE: distrito. Testes de Mann-Whitney, valores de <i>p</i>	60
Quadro 30 – ESPE: factor I / distrito. Estatística descritiva . Teste de Kruskal-Wallis.....	60
Quadro 31 – ESPE: factor II / distrito. Estatística descritiva . Teste de Kruskal-Wallis.	60
Quadro 32 – ESPE: factor II / distrito. Testes de Mann-Whitney, valores de <i>p</i>	61
Quadro 33 – ESPE: factor III / distrito. Estatística descritiva . Teste de Kruskal- Wallis.	61
Quadro 34 – ESPE: factor III / distrito. Testes de Mann-Whitney, valores de <i>p</i>	61
Quadro 35 – ESPE: factor IV / distrito. Estatística descritiva . Teste de Kruskal- Wallis.	62
Quadro 36 – ESPE: factor V / distrito. Estatística descritiva . Teste de Kruskal-Wallis.	62
Quadro 37 – ESPE: factor V / distrito. Testes de Mann-Whitney, valores de <i>p</i>	62
Quadro 38 – ESPE: factor VI / distrito. Estatística descritiva . Teste de Kruskal- Wallis.	63
Quadro 39 – ESPE: factor VI / distrito. Testes de Mann-Whitney, valores de <i>p</i>	63
Quadro 40 – ESPE: factor VII / distrito. Estatística descritiva . Teste de Kruskal- Wallis.	63
Quadro 41 – ESPE: factor VII / distrito. Testes de Mann-Whitney, valores de <i>p</i>	64
Quadro 42 – ESPE: tipo de serviço. Estatística descritiva. Teste de Mann-Whitney.	64
Quadro 43 – ESPE: factor I / tipo de serviço. Estatística descritiva. Teste de Mann- Whitney.....	64

Quadro 44 – ESPE: factor II / tipo de serviço. Estatística descritiva. Teste de Mann-Whitney.....	65
Quadro 45 – ESPE: factor III / tipo de serviço. Estatística descritiva. Teste de Mann-Whitney.....	65
Quadro 46 – ESPE: factor IV / tipo de serviço. Estatística descritiva. Teste de Mann-Whitney.....	65
Quadro 47 – ESPE: factor V / tipo de serviço. Estatística descritiva. Teste de Mann-Whitney.....	66
Quadro 48 – ESPE: factor VI / tipo de serviço. Estatística descritiva. Teste de Mann-Whitney.....	66
Quadro 49 – ESPE: factor VII / tipo de serviço. Estatística descritiva. Teste de Mann-Whitney.....	66
Quadro 50 – ESPE: departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	67
Quadro 51 – ESPE: departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p	67
Quadro 52 – ESPE: factor I / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	68
Quadro 53 – ESPE: factor II / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	68
Quadro 54 – ESPE: factor II / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p	69
Quadro 55 – ESPE: factor III / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	69
Quadro 56 – ESPE: factor III / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p	70
Quadro 57 – ESPE: factor IV / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	70
Quadro 58 – ESPE: factor IV / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p	71
Quadro 59 – ESPE: factor V / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	71
Quadro 60 – ESPE: factor V / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p	72
Quadro 61 – ESPE: factor VI / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	72
Quadro 62 – ESPE: factor VII / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	73

Quadro 63 – ESPE: género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.....	73
Quadro 64 – ESPE: factor I / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.....	74
Quadro 65 – ESPE: factor II / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	74
Quadro 66 – ESPE: factor III / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.....	74
Quadro 67 – ESPE: factor IV / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.....	75
Quadro 68 – ESPE: factor V / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	75
Quadro 69 – ESPE: factor VI / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.....	75
Quadro 70 – ESPE: factor VII / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.....	76
Quadro 71 – ESPE: idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	76
Quadro 72 – ESPE: idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p	76
Quadro 73 – ESPE: factor I / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	77
Quadro 74 – ESPE: factor II / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	77
Quadro 75 – ESPE: factor II / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p	77
Quadro 76 – ESPE: factor III / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	78
Quadro 77 – ESPE: factor III / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p	78
Quadro 78 – ESPE: factor IV / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	78
Quadro 79 – ESPE: factor V / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	79
Quadro 80 – ESPE: factor V / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p	79
Quadro 81 – ESPE: factor VI / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	79
Quadro 82 – ESPE: factor VII / idade. Teste de Kruskal-Wallis.	80
Quadro 83 – ESPE: factor VII / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p	80
Quadro 84 – ESPE / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	80
Quadro 85 – ESPE / estado civil. Teste de Mann-Whitney, valor de p	81
Quadro 86 – ESPE: factor I / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	81
Quadro 87 – ESPE: factor II / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	81
Quadro 88 – ESPE: factor II / estado civil. Teste de Mann-Whitney, valor de p	81

Quadro 89 – ESPE: factor III / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	82
Quadro 90 – ESPE: factor III / estado civil. Teste de Mann-Whitney, valor de p	82
Quadro 91 – ESPE: factor IV / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	82
Quadro 92 – ESPE: factor V / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	83
Quadro 93 – ESPE: factor VI / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	83
Quadro 94 – ESPE: factor VII / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	83
Quadro 95 – ESPE: categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	84
Quadro 96 – ESPE: categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p	84
Quadro 97 – ESPE: factor I / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	84
Quadro 98 – ESPE: factor II / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	85
Quadro 99 – ESPE: factor II / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p	85
Quadro 100 – ESPE: factor III / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	85
Quadro 101 – ESPE: factor III / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p	86
Quadro 102 – ESPE: factor IV / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	86
Quadro 103 – ESPE: factor V / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	86
Quadro 104 – ESPE: factor V / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p	87
Quadro 105 – ESPE: factor VI / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	87

Quadro 106 – ESPE: factor VI / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p	87
Quadro 107 – ESPE: factor VII / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	88
Quadro 108 – ESPE: factor VII / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p	88
Quadro 109 – ESPE: tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	88
Quadro 110 – ESPE: tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p	89
Quadro 111 – ESPE: factor I / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	89
Quadro 112 – ESPE: factor II / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	90
Quadro 113 – ESPE: factor II / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p	90
Quadro 114 – ESPE: factor III / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	91
Quadro 115 – ESPE: factor III / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p	91
Quadro 116 – ESPE: factor IV / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	92
Quadro 117 – ESPE: factor V / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	92
Quadro 118 – ESPE: factor V / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p	93
Quadro 119 – ESPE: factor VI / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	93
Quadro 120 – ESPE: factor VII / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	94
Quadro 121 – ESPE: factor VII / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p	94

Quadro 122 – ESPE: tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	95
Quadro 123 – ESPE: factor I / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	95
Quadro 124 – ESPE: factor II / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	96
Quadro 125 – ESPE: factor II / tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de p	96
Quadro 126 – ESPE: factor III / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	97
Quadro 127 – ESPE: factor III / tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de p	97
Quadro 128 – ESPE: factor IV / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	97
Quadro 129 – ESPE: factor V / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	98
Quadro 130 – ESPE: factor V / tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de p	98
Quadro 131 – ESPE: factor VI / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	98
Quadro 132 – ESPE: factor VII / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	99
Quadro 133 – ESPE: razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	99
Quadro 134 – ESPE: factor I / razão de presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	100
Quadro 135 – ESPE: factor II / razão de presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	100
Quadro 136 – ESPE: factor III / razão de presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	100
Quadro 137 – ESPE: factor IV / razão de presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	101

Quadro 138 – ESPE: factor V / razão de presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	101
Quadro 139 – ESPE: factor VI / razão de presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	101
Quadro 140 – ESPE: factor VII / razão de presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	102
Quadro 141 – ESPE: vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	102
Quadro 142 – ESPE: factor I / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	102
Quadro 143 – ESPE: factor II / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	103
Quadro 144 – ESPE: factor III / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	103
Quadro 145 – ESPE: factor IV / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	103
Quadro 146 – ESPE: factor V / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	104
Quadro 147 – ESPE: factor VI / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	104
Quadro 148 – ESPE: factor VII / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	104
Quadro 149 – Stresse global / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis. ...	105
Quadro 150 – Stresse global: distrito. Testes de Mann-Whitney, valores de p	105
Quadro 151 – Stresse: turno diurno de semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	105
Quadro 152 – Stresse: turno diurno de semana / distrito. Testes de Mann-Whitney, valores de p	106
Quadro 153 – Stresse: turno nocturno de semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	106
Quadro 154 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	107

Quadro 155 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	107
Quadro 156 – Stresse global: tipo de serviço. Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney.	108
Quadro 157 – Stresse: turno diurno de semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney, ...	108
Quadro 158 – Stresse: turno nocturno de semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney, ...	108
Quadro 159 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney.	109
Quadro 160 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney.	109
Quadro 161 – Stresse global: departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	110
Quadro 162 – Stresse global: departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p	110
Quadro 163 – Stresse: turno diurno de semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	111
Quadro 164 – Stresse: turno diurno de semana / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p	111
Quadro 165 – Stresse: turno nocturno de semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	112
Quadro 166 – Stresse: turno nocturno de semana / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p	112
Quadro 167 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	113
Quadro 168 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p	113
Quadro 169 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	114
Quadro 170 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p	114
Quadro 171 – Stresse global: género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	115

Quadro 172 – Stresse: turno diurno de semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.....	115
Quadro 173 – Stresse: turno nocturno de semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.....	115
Quadro 174 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	116
Quadro 175 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.....	116
Quadro 176 – Stresse global: idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	116
Quadro 177 – Stresse global: idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p	117
Quadro 178 – Stresse: turno diurno de semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	117
Quadro 179 – Stresse: turno diurno de semana / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p	117
Quadro 180 – Stresse: turno nocturno de semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	118
Quadro 181 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	118
Quadro 182 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	119
Quadro 183 – Stresse global: estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	119
Quadro 184 – Stresse global: estado civil. Teste de Mann-Whitney, valor de p	119
Quadro 185 – Stresse: turno diurno de semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	120
Quadro 186 – Stresse: turno diurno de semana / estado civil. Teste de Mann-Whitney, valor de p	120
Quadro 187 – Stresse: turno nocturno de semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	120
Quadro 188 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	121

Quadro 189 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	121
Quadro 190 – Stresse global: categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	122
Quadro 191 – Stresse global: categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p	122
Quadro 192 – Stresse: turno diurno de semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	122
Quadro 193 – Stresse: turno diurno de semana / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p	123
Quadro 194 – Stresse: turno nocturno de semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	123
Quadro 195 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	123
Quadro 196 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	124
Quadro 197 – Stresse global: tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	124
Quadro 198 – Stresse global: tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p	125
Quadro 199 – Stresse: turno diurno de semana / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	125
Quadro 200 – Stresse: turno diurno de semana / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p	125
Quadro 201 – Stresse: turno nocturno de semana / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	126
Quadro 202 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	126
Quadro 203 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	127
Quadro 204 – Stresse global: tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	127

Quadro 205 – Stresse global: tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de p	128
Quadro 206 – Stresse: turno diurno de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	128
Quadro 207 – Stresse: turno diurno de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de p	128
Quadro 208 – Stresse: turno nocturno de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	129
Quadro 209 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	129
Quadro 210 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	130
Quadro 211 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de p	130
Quadro 212 – Stresse global: razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	130
Quadro 213 – Stresse: turno diurno de semana / razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	131
Quadro 214 – Stresse: turno nocturno de semana / razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	131
Quadro 215 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	131
Quadro 216 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	132
Quadro 217 – Stresse global: vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	132
Quadro 218 – Stresse: turno diurno de semana / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	132
Quadro 219 – Stresse: turno nocturno de semana / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	133
Quadro 220 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	133

Quadro 221 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	133
Apêndice 5 – Quadros relativos ao Estudo 3.....	135
Quadro 222 – AUDIT: pontos de corte	137
Quadro 223 – AUDIT: questão 1	137
Quadro 224 – AUDIT: questão 2	137
Quadro 225 – AUDIT: questão 3	138
Quadro 226 – AUDIT: questão 4	138
Quadro 227 – AUDIT: questão 5	138
Quadro 228 – AUDIT: questão 6	139
Quadro 229 – AUDIT: questão 7	139
Quadro 230 – AUDIT: questão 8	139
Quadro 231 – AUDIT: questão 9	140
Quadro 232 – AUDIT: questão 10	140
Quadro 233 – Unidades-padrão: pequeno-almoço / dia de semana	140
Quadro 234 – Unidades-padrão: meio da manhã / dia de semana.....	141
Quadro 235 – Unidades-padrão: almoço / dia de semana	141
Quadro 236 – Unidades-padrão: lanche / dia de semana	141
Quadro 237 – Unidades-padrão: jantar / dia de semana.....	142
Quadro 238 – Unidades-padrão: após o jantar / dia de semana.....	142
Quadro 239 – Unidades-padrão: total /dia de semana.....	142
Quadro 240 – Unidades-padrão: pequeno-almoço / dia de fim de semana	143
Quadro 241 – Unidades-padrão: meio da manhã / dia de fim de semana	143
Quadro 242 – Unidades-padrão: almoço / dia de fim de semana.....	143
Quadro 243 – Unidades-padrão: lanche / dia de fim de semana	144
Quadro 244 – Unidades-padrão: jantar / dia de fim de semana.....	144
Quadro 245 – Unidades-padrão: após o jantar / dia de fim de semana	145
Quadro 246 – Unidades-padrão: total / dia de fim de semana.....	145
Quadro 247 – Unidades-padrão: totais / semana	146
Quadro 248 – AUDIT / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	146
Quadro 249 – AUDIT / distrito. Teste de Mann-Whitney, valor de <i>p</i>	146

Quadro 250 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	147
Quadro 251 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / distrito. Teste de Mann-Whitney, valor de p	147
Quadro 252 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	147
Quadro 253 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	148
Quadro 254 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / distrito. Teste de Mann-Whitney, valor de p	148
Quadro 255 – AUDIT / tipo de serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	148
Quadro 256 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / tipo de serviço. Teste de Mann-Whitney.	149
Quadro 257 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / tipo de serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	149
Quadro 258 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / tipo de serviço. Teste de Mann-Whitney.	149
Quadro 259 – AUDIT / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	150
Quadro 260 – AUDIT / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p	150
Quadro 261 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	151
Quadro 262 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p	151
Quadro 263 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	152
Quadro 264 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	152
Quadro 265 – AUDIT / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	153
Quadro 266 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	153
Quadro 267 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	153

Quadro 268 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney..	154
Quadro 269 – AUDIT / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	154
Quadro 270 – AUDIT / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de <i>p</i>	154
Quadro 271 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	155
Quadro 272 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de <i>p</i>	155
Quadro 273 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	155
Quadro 274 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de <i>p</i>	156
Quadro 275 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	156
Quadro 276 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de <i>p</i>	156
Quadro 277 – AUDIT / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	157
Quadro 278 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	157
Quadro 279 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	157
Quadro 280 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	158
Quadro 281 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / estado civil. Teste de Mann-Whitney, valor de <i>p</i>	158
Quadro 282 – AUDIT / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	158
Quadro 283 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	159
Quadro 284 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	159
Quadro 285 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	159

Quadro 286 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .	160
Quadro 287 – AUDIT / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	160
Quadro 288 – AUDIT / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .	160
Quadro 289 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	161
Quadro 290 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .	161
Quadro 291 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	162
Quadro 292 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	162
Quadro 293 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .	163
Quadro 294 – AUDIT / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	163
Quadro 295 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	164
Quadro 296 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	164
Quadro 297 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	165
Quadro 298 – AUDIT / razão do exercício no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	165
Quadro 299 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / razão do exercício no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	165
Quadro 300 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / razão do exercício no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	166
Quadro 301 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / razão do exercício no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	166

Quadro 302 – AUDIT / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	166
Quadro 303 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	167
Quadro 304 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	167
Quadro 305 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	167
Quadro 306 – Consumos: almoço em dias de semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	168
Quadro 307 – Consumos: almoço em dias de semana / distrito. Teste de Mann-Whitney, valor de p	168
Quadro 308 – Consumos: lanche em dias de semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	169
Quadro 309 – Consumos: lanche em dias de semana / distrito. Teste de Mann-Whitney, valor de p	169
Quadro 310 – Consumos: jantar em dias de semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	170
Quadro 311 – Consumos: jantar em dias de semana / distrito. Teste de Mann-Whitney, valor de p	170
Quadro 312 – Consumos: após o jantar em dias de semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	171
Quadro 313 – Consumos: almoço em dias de semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	171
Quadro 314 – Consumos: lanche em dias de semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	172
Quadro 315 – Consumos: jantar em dias de semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	172
Quadro 316 – Consumos: após o jantar em dias de semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	172
Quadro 317 – Consumos: almoço em dias de semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	173

Quadro 318 – Consumos: lanche em dias de semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	173
Quadro 319 – Consumos: jantar em dias de semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	174
Quadro 320 – Consumos: após o jantar em dias de semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	174
Quadro 321 – Consumos: almoço em dias de semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	175
Quadro 322 – Consumos: lanche em dias de semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	175
Quadro 323 – Consumos: jantar em dias de semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	175
Quadro 324 – Consumos: após o jantar em dias de semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	176
Quadro 325 – Consumos: almoço em dias de semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	176
Quadro 326 – Consumos: almoço em dias de semana / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p	176
Quadro 327 – Consumos: lanche em dias de semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	177
Quadro 328 – Consumos: lanche em dias de semana / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p	177
Quadro 329 – Consumos: jantar em dias de semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	177
Quadro 330 – Consumos: jantar em dias de semana / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p	178
Quadro 331 – Consumos: após o jantar em dias de semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	178
Quadro 332 – Consumos: após o jantar em dias de semana / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p	178
Quadro 333 – Consumos: almoço em dias de semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	179

Quadro 334 – Consumos: almoço em dias de semana / estado civil. Teste de Mann-Whitney, valor de p .	179
Quadro 335 – Consumos: lanche em dias de semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	179
Quadro 336 – Consumos: jantar em dias de semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	180
Quadro 337 – Consumos: jantar em dias de semana / estado civil. Teste de Mann-Whitney, valor de p .	180
Quadro 338 – Consumos: após o jantar em dias de semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	180
Quadro 339 – Consumos: após o jantar em dias de semana / estado civil. Teste de Mann-Whitney, valor de p .	181
Quadro 340 – Consumos: almoço em dias de semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	181
Quadro 341 – Consumos: almoço em dias de semana / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .	181
Quadro 342 – Consumos: lanche em dias de semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	182
Quadro 343 – Consumos: jantar em dias de semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	182
Quadro 344 – Consumos: jantar em dias de semana / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .	182
Quadro 345 – Consumos: após o jantar em dias de semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	183
Quadro 346 – Consumos: após o jantar em dias de semana / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .	183
Quadro 347 – Consumos: almoço em dias de semana / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	183
Quadro 348 – Consumos: almoço em dias de semana / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .	184
Quadro 349 – Consumos: lanche em dias de semana / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	184

Quadro 350 – Consumos: lanche em dias de semana / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de <i>p</i>	184
Quadro 351 – Consumos: jantar em dias de semana / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	185
Quadro 352 – Consumos: jantar em dias de semana / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de <i>p</i>	185
Quadro 353 – Consumos: após o jantar em dias de semana / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	186
Quadro 354 – Consumos: almoço em dias de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	186
Quadro 355 – Consumos: almoço em dias de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de <i>p</i>	186
Quadro 356 – Consumos: lanche em dias de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	187
Quadro 357 – Consumos: lanche em dias de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de <i>p</i>	187
Quadro 358 – Consumos: jantar em dias de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	187
Quadro 359 – Consumos: jantar em dias de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de <i>p</i>	188
Quadro 360 – Consumos: após o jantar em dias de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	188
Quadro 361 – Consumos: almoço em dias de semana / razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.....	188
Quadro 362 – Consumos: lanche em dias de semana / razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.....	189
Quadro 363 – Consumos: jantar em dias de semana / razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.....	189
Quadro 364 – Consumos: após o jantar em em dias de semana / razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	189
Quadro 365 – Consumos: almoço em dias de semana / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	190

Quadro 366 – Consumos: lanche em dias de semana / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	190
Quadro 367 – Consumos: jantar em dias de semana / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	190
Quadro 368 – Consumos: após o jantar em dias de semana / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	191
Quadro 369 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	191
Quadro 370 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / distrito. Teste de Mann-Whitney, valor de p	192
Quadro 371 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	192
Quadro 372 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / distrito. Teste de Mann-Whitney, valor de p	192
Quadro 373 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	193
Quadro 374 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	193
Quadro 375 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / distrito. Teste de Mann-Whitney, valor de p	194
Quadro 376 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	194
Quadro 377 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	194
Quadro 378 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	195
Quadro 379 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	195
Quadro 380 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	196
Quadro 381 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p	196

Quadro 382 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	197
Quadro 383 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	197
Quadro 384 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	198
Quadro 385 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p	198
Quadro 386 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	199
Quadro 387 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	199
Quadro 388 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	199
Quadro 389 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	200
Quadro 390 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	200
Quadro 391 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / idade. Teste de Mann- Whitney, valor de p	200
Quadro 392 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	201
Quadro 393 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / idade. Teste de Mann- Whitney, valor de p	201
Quadro 394 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	201
Quadro 395 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / idade. Teste de Mann- Whitney, valor de p	202
Quadro 396 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	202
Quadro 397 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p	202

Quadro 398 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	203
Quadro 399 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / estado civil. Teste de Mann-Whitney, valor de p	203
Quadro 400 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	203
Quadro 401 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	204
Quadro 402 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	204
Quadro 403 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / estado civil. Teste de Mann-Whitney, valor de p	204
Quadro 404 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	205
Quadro 405 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p	205
Quadro 406 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	205
Quadro 407 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	206
Quadro 408 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	206
Quadro 409 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p	206
Quadro 410 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	207
Quadro 411 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p	207
Quadro 412 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	208
Quadro 413 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p	208

Quadro 414 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	209
Quadro 415 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p	209
Quadro 416 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.....	210
Quadro 417 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p	210
Quadro 418 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	211
Quadro 419 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de p	211
Quadro 420 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	211
Quadro 421 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	212
Quadro 422 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de p	212
Quadro 423 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.	212
Quadro 424 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de p	213
Quadro 425 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	213
Quadro 426 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	213
Quadro 427 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	214
Quadro 428 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	214

Quadro 429 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / vínculo à instituição.	
Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	214
Quadro 430 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / vínculo à instituição.	
Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	215
Quadro 431 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / vínculo à instituição.	
Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.	215
Quadro 432 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.....	215

ANEXOS

Anexo 1 – Journal of Behavioral Assessment, 3 (1), 11 – 23

The Nursing Stress Scale: Development of an Instrument

Pamela Gray-Toft¹ and James G. Anderson²

Accepted December 12, 1981

Despite increased recognition of the stress experienced by hospital nursing staffs and its effects on burnout, job satisfaction, turnover, and patient care, few instruments exist that can be used to measure stress. This paper describes the development of an instrument, the Nursing Stress Scale (NSS). It consists of 34 items that describe situations that have been identified as causing stress for nurses in the performance of their duties. It provides a total stress score as well as scores on each of seven subscales that measure the frequency of stress experienced by nurses in the hospital environment. The Nursing Stress Scale was administered to 122 nurses on five hospital units. Factor analysis indicated seven major sources of stress that closely paralleled the conceptual categories of stress on which the scale was based. Test-retest reliability as well as four measures of internal consistency indicated that the Nursing Stress Scale and its seven subscales are reliable. Validity was determined by correlating the total score from the Nursing Stress Scale with measures of trait anxiety, job satisfaction, and nursing turnover hypothesized to be related to stress. In addition, the ability of the scale to differentiate hospital units and groups of nurses known to experience high levels of stress resulting in staff turnover was examined.

KEY WORDS: nursing stress; staff burnout; anxiety; job satisfaction; turnover.

¹Department of Medical Research, Methodist Hospital of Indiana, Inc., Indianapolis, Indiana 46202.

²Department of Sociology and Anthropology, Purdue University, West Lafayette, Indiana 47907.

Address all correspondence to P. Gray-Toft, Department of Medical Research, Methodist Hospital of Indiana, Inc., Indianapolis, Indiana 46202.

INTRODUCTION

During the last decade there has been increasing recognition of the stress experienced by hospital nursing staff (Bates and Moore, 1975; Beszterczey, 1977; Cassem and Hackett, 1972; Hay and Oken, 1972; Kornfeld, 1971; Quinby and Bernstein, 1971; Wertzel *et al.*, 1977). Although some stressful situations are specific to a particular type of hospital unit, nurses are subject to more general stress which arises from the physical, psychological, and social aspects of the work environment (Edelstein, 1966; Hay and Oken, 1972; Kornfeld, 1971; Malone, 1964; Menzies, 1960; Price and Bergen, 1977; Schulz and Aderman, 1976; Vreeland and Ellis, 1969). High levels of stress result in staff burnout (Cartwright, 1979; Freudenberg, 1974; Maslach, 1976, 1979) and turnover (Kramer, 1974; National Commission on Nursing and Nursing Education, 1970; Nichols, 1971) and adversely affect patient care (Meyer, 1962; Meyer and Mendelson, 1961; Revans, 1959).

While awareness of nursing stress and its consequences has grown, there has been little effort to develop a reliable and theoretically valid instrument that can be used to measure frequency and sources of nursing stress. Cassem and Hackett (1972) reported an instrument developed to measure psychological stress in a coronary care unit. While they report summary scores for seven general areas of conflict, no empirical data are provided to justify their groupings of items and their report contains no evidence of the reliability and validity of the instrument.

The purpose of this study was to develop a nursing stress scale which would measure the frequency and the major sources of stress experienced by nurses on hospital units.

METHOD

Stress was defined as an internal cue in the physical, social, or psychological environment that threatens the equilibrium of an individual (Appley and Trumbull, 1967; Lazarus, 1966). The Nursing Stress Scale (NSS) that was developed was based on 34 potentially stressful situations that were identified from the literature and from interviews with nurses, physicians, and chaplains. These items are shown in Table I.

The scale was administered to a sample of 122 nurses on five units of a large, private, general hospital. The units were medicine, surgery, cardiovascular surgery, oncology, and hospice. These units were chosen because their patients represent a range of medical conditions requiring different types of nursing care and exposing nurses to various sources of stress. The sample represented 90% of the nursing staff on these units. Nurses not

Table I. Items and Item Statistics for the Nursing Stress Scale*

Item	Mean	SD	Item correlation with	
			Total scale score	Subscale score
Factor I: Death and dying				
3 Performing procedures that patients experience as painful	2.44	0.71	0.41	0.45
4 Feeling helpless in the case of a patient who fails to improve	2.41	0.69	0.42	0.51
6 Listening or talking to a patient about his/her approaching death	2.23	0.75	0.39	0.51
8 The death of a patient	2.26	0.62	0.25	0.60
12 The death of a patient with whom you developed a close relationship	2.26	0.73	0.37	0.48
13 Physician not being present when a patient dies	1.88	0.96	0.15	0.35
21 Watching a patient suffer	2.81	0.76	0.45	0.56
Factor II: Conflict with physicians				
2 Criticism by a physician	2.12	0.76	0.51	0.49
9 Conflict with a physician	1.75	0.70	0.55	0.54
10 Fear of making a mistake in treating a patient	2.03	0.69	0.28	0.33
14 Disagreement concerning the treatment of a patient	2.02	0.61	0.49	0.40
19 Making a decision concerning a patient when the physician is unavailable	1.84	0.80	0.42	0.44
Factor III: Inadequate preparation				
15 Feeling inadequately prepared to help with the emotional needs of a patient's family	2.25	0.70	0.47	0.57
18 Being asked a question by a patient for which I do not have a satisfactory answer	2.21	0.62	0.27	0.48
23 Feeling inadequately prepared to help with the emotional needs of a patient	2.22	0.58	0.48	0.70
Factor IV: Lack of support				
7 Lack of an opportunity to talk openly with other unit personnel about problems on the unit	2.13	0.86	0.44	0.42
11 Lack of an opportunity to share experiences and feelings with other personnel on the unit	1.83	0.68	0.29	0.58
16 Lack of an opportunity to express to other personnel on the unit my negative feelings toward patients	1.70	0.64	0.33	0.38
Factor V: Conflict with other nurses				
5 Conflict with a supervisor	1.66	0.64	0.41	0.43
20 Floating to other units that are short-staffed	2.44	1.07	0.29	0.39
22 Difficulty in working with a particular nurse (or nurses) outside the unit	1.77	0.68	0.42	0.48
24 Criticism by a supervisor	1.86	0.72	0.53	0.47
29 Difficulty in working with a particular nurse (or nurses) on the unit	2.03	0.75	0.40	0.50

Table I. Continued.

		Item correlation with			
		Mean	SD	Total scale score	Subscale score
Factor VI: Work load					
1	Breakdown of computer	3.23	0.86	0.30	0.38
25	Unpredictable staffing and scheduling	2.97	0.87	0.52	0.52
27	Too many nonnursing tasks required, such as clerical work	2.22	0.95	0.53	0.56
28	Not enough time to provide emotional support to a patient	2.83	0.80	0.39	0.53
30	Not enough time to complete all of my nursing tasks	2.52	0.80	0.47	0.58
34	Not enough staff to adequately cover the unit	3.20	0.81	0.39	0.55
Factor VII: Uncertainty concerning treatment					
17	Inadequate information from a physician regarding the medical condition of a patient	2.09	0.75	0.51	0.57
26	A physician ordering what appears to be inappropriate treatment for a patient	2.02	0.63	0.50	0.57
31	A physician not being present in a medical emergency	2.15	0.81	0.62	0.69
32	Not knowing what a patient or a patient's family ought to be told about the patient's condition and its treatment	2.31	0.81	0.41	0.58
33	Uncertainty regarding the operation and functioning of specialized equipment	2.06	0.64	0.39	0.49

*Item correlations with the total scale score and the subscale score are item-remainder correlations.

included in the sample were on leave during the period the scale was administered. A description of the sample is contained in Table II.

Nurses were given the following directions:

Below is a list of situations that commonly occur on a hospital unit. For each item indicate by means of a check (✓) how often on your present unit you have found the situations to be stressful. Your responses are strictly confidential.

Four response categories were provided for each item: never (0), occasionally (1), frequently (2), and very frequently (3).

2 3 4

RESULTS

Subscales

The scale items were factor analyzed using squared multiple correlations as initial estimates of communalities. Factors with eigenvalues greater

Table II. Sample for the Stress Study (N = 122)

Type of nurse	Hospital unit				
	Medicine	Surgery	Cardiovascular surgery	Oncology	Hospice
Registered nurse	10 (10)*	9 (10)	10 (10)	13 (13)	8 (8)
Licensed practical nurse	7 (7)	8 (8)	8 (9)	10 (10)	5 (5)
Nursing assistant	2 (6)	10 (16)	6 (8)	12 (12)	4 (4)
Total	19 (23)	27 (34)	24 (27)	35 (35)	17 (17)
Beds	27	51	42	54	11

*Actual number of nurses.

than one were rotated using a quartimax rotation. A quartimax rotation was used because it tends to result in high loadings on one factor and almost zero loadings on others. However, the same factor structure emerged when a varimax rotation was used (Rummel, 1970).

The analysis identified seven major sources of stress. Factor loadings are shown in Table III. Only loadings of 0.30 or higher are shown, since smaller loadings represent less than 10% of the variance (Nunnally, 1967, p. 357). One factor relates to the physical environment; four factors arise from the psychological environment and two from the social environment of the hospital.

The Physical Environment

Factor VI: Work Load. This factor includes stressful situations that arise from the nurse's work load, staffing and scheduling problems, and inadequate time to complete nursing tasks and to support patients emotionally.

The Psychological Environment

Factor I: Death and Dying. This factor appears largely to measure stressful situations resulting from the suffering and death of patients. Four of the seven items that load on this factor are related to the death of a patient. Two other items are associated with patients who fail to improve or who suffer. The performance of painful procedures on patients is also potentially stressful.

Factor III: Inadequate Preparation to Deal with the Emotional Needs of Patients and Their Families. The three items that load heavily on this

Table III. Quartimax Rotated Factor Matrix Factor Loadings*

Item	I	II	III	IV	V	VI	VII
1		0.37				0.36	
2		0.61					
3	0.49						
4	0.55						
5					0.45		
6	0.65						
7				0.35			
8	0.80						
9		0.63					
10		0.45					
11				0.86			
12	0.55						
13	0.43						
14		0.49					
15			0.64				
16				0.51			
17							0.39
18			0.66				
19		0.50					
20					0.54		
21	0.59						
22					0.60		
23			0.70				
24		0.35			0.42		
25						0.47	
26		0.38					0.50
27						0.61	
28						0.70	
29					0.40		
30						0.66	
31						0.34	0.64
32							0.59
33							0.67
34						0.61	
% Common variance	39.3	11.8	9.1	7.2	6.5	5.6	5.5

*Only factor loadings ≥ 0.30 are reported.

factor concern nurses' attempts to meet the emotional needs of patients and their families. Feeling inadequately prepared to deal with these psychological and emotional needs may lead to stress.

Factor IV: Lack of Staff Support. This fourth subscale measures the nurse's assessment of the extent to which opportunities are available to share experiences with other nurses and to vent negative feelings of anger and frustration. The lack of such opportunities may result in stress for nurses.

Factor VII: Uncertainty Concerning Treatment. Stressful situations also arise where there is uncertainty concerning the treatment of patients.

This may develop when the physician fails to adequately communicate to the nurse information concerning a patient's medical condition. When this occurs the nurse does not know what to tell a patient or the patient's family about the medical condition and its treatment. A third potentially stressful situation occurs when a physician is not present in a medical emergency.

The Social Environment

Factor II: Conflict with Physicians. Factor II consists of stressful situations that arise from the nurse's interactions with physicians. The two items that load highest on this factor are criticism by a physician and conflict with a physician. The other items pertain to the nurse's fear of making mistakes concerning treatment in the absence of a physician and disagreement concerning treatment.

Factor V: Conflict with Other Nurses and Supervisors. The items that load on this factor are associated with conflictual situations that arise between nurses and supervisors. Two of the items involve conflict with or criticism by a supervisor; the other three items have to do with conflict with nurses on the same or other hospital units.

Based on these seven factors, subscales were created by adding the individual nurse's scores on the items that loaded on each factor. Intercorrelations among the seven stress subscales are presented in Table IV. Factor analysis of these intercorrelations, using a quartimax rotation, revealed a common stress factor since all seven subscales loaded highly on a single factor. Factor loadings for each subscale are also presented in Table IV. As a result, a total score that measures the overall frequency of stress experienced by a nurse can be created by adding the individual's responses to all 34 items. Total scores range from 0 to 102, with higher scores indicating more frequent stress.

Reliability

Two estimates of the reliability of the Nursing Stress Scale were determined: test-retest and internal consistency. The scale was readministered to a sample of 31 nurses after 2 weeks. This sample was taken proportionately from the five units originally studied. The test-retest coefficient for the total scale was 0.81. Four measures of internal consistency were obtained: a Spearman-Brown coefficient of 0.79, a Guttman split-half coefficient of 0.79, a coefficient α of 0.89, and a standardized item α of 0.89. All four measures indicated a satisfactory level of consistency among items.

The factor analysis described earlier revealed seven subscales that measure different sources of stress. Test-retest reliability coefficients for

Table IV. Intercorrelations and Factor Loadings for Subscales of the Nursing Stress Scale

[illegible]

Table V. Reliability Measures for Subscales of the Nursing Stress Scale

Scale	No. of items	Test-retest reliability	Internal consistency reliability			
			Spearman-Brown	Guttman split half	α	Standardized item α
Total Stress	34	0.81	0.79	0.79	0.89	0.89
Subscale						
Death and dying	7	0.83	0.77	0.76	0.77	0.78
Conflict with physicians	5	0.72	0.71	0.68	0.68	0.68
Inadequate preparation	3	0.42	0.84	0.74	0.75	0.76
Lack of support	3	0.65	0.57	0.46	0.64	0.65
Conflict with other nurses	5	0.86	0.73	0.70	0.68	0.70
Work load	6	0.74	0.77	0.77	0.77	0.77
Uncertainty concerning treatment	5	0.68	0.78	0.74	0.80	0.80

four of the seven subscales exceeded 0.70. Internal consistency measures exceeded 0.70 for all components with the exception of two subscales (see Table V).

Validity

The validity of the Nursing Stress Scale was determined by empirically investigating its relationship to other important criteria to which stress is theoretically related, namely, trait anxiety, state anxiety, job satisfaction, and turnover. The ability of the scale to differentiate hospital units and groups of nurses known to experience high levels of stress and turnover was also investigated (Gray-Toft and Anderson, 1981).

It was hypothesized that nurses with high levels of anxiety would experience more frequent stress in the performance of their nursing duties than other nurses (Appley and Trumbull, 1967; Lazarus, 1966). In order to test this hypothesis, trait anxiety was measured with the IPAT Anxiety Scale Questionnaire (Krug *et al.*, 1976) and state anxiety with the potent negative affect component of the Affect Rating Scale (Sippelle *et al.*, 1976). The IPAT is a 40-item scale that includes indicators of worry, tension, low self-control, emotionality, and suspiciousness. The Affect Rating Scale consists of 30 bipolar adjectives designed to measure transitory changes in anxiety.

Furthermore, it was hypothesized that nurses who experienced high levels of stress in their work would report significantly less job satisfaction (Davis, 1974; Kramer, 1974). The Work Subscale of the Job Description Index was used to test this hypothesis (Smith *et al.*, 1969). Respondents indicated their degree of satisfaction with their work by responding to 18 adjectives that describe jobs in general.

Table VI. Correlations of the Nursing Stress Scale with Trait Anxiety, State Anxiety, and Job Satisfaction (N = 122)

Variable	Correlation with NSS
Trait anxiety (IPAT)	0.39*
State anxiety (ARS)	0.35*
Job satisfaction (JDI)	-0.15

* $P \leq 0.01$.

Table VI contains the product moment correlations of each of these measures with the total score from the Nursing Stress Scale. As hypothesized, two of the three correlations are significant.

Validity also was determined by examining turnover among the nursing staff of the five units included in this study. Turnover was considered to be an important indicator of staff burnout resulting from high levels of stress. Consequently, it was hypothesized that nurses in units experiencing high rates of turnover would score significantly higher on the Nursing Stress Scale.

Data in Table VII generally support this hypothesis. Mean scores on the Nursing Stress Scale are shown for each hospital unit as well as turnover rates for a 5-month period. As the level of stress among the nursing staff increased, the turnover increased correspondingly.

Finally, it was hypothesized that registered nurses (RNs) would score highest on the Nursing Stress Scale and nursing assistants (NAs) would score lowest. This hypothesis was based on the fact that registered nurses have the major responsibility for implementing physicians' orders and for supervising licensed practical nurses and nursing assistants. Nursing assistants' primary responsibility is bedside care. Moreover, hospitals are experiencing significant problems in recruiting and retaining registered

Table VII. Mean Scores on the Nursing Stress Scale and Nursing Turnover Rates by Hospital Unit, November 1978-March 1979

Hospital unit	Mean score (NSS)	Percentage turnover
Hospice	84.59	0
Surgery	85.07	6
Oncology	88.71	11
Cardiovascular surgery	91.21	15
Medicine	94.11	30

Table VIII. Mean Scores on the Nursing Stress Scale and Nursing Turnover Rates by Level of Training, November 1978-March 1979

Level of training	Mean score (NSS)	Percentage turnover
Registered nurses	92.46	16
Licensed practical nurses	88.16	13
Nursing assistants	83.65	9

nurses (Kramer, 1974; National Commission on Nursing and Nursing Education, 1970).

Table VIII contains turnover rates for RNs, LPNs, and NAs as well as mean scores on the Nursing Stress Scale for each group. As hypothesized, a two-way analysis of variance controlling for race found significant differences among the three groups of nurses [$F(2,114) = 3.65, P \leq 0.03$]. The highest stress scores and turnover rates were among registered nurses. Nursing assistants appeared to experience the least stress and evidenced the lowest turnover rates.

DISCUSSION

The Nursing Stress Scale developed in this study is self-administered, requiring less than 10 min of the nurse's time. It provides a total score that is indicative of the frequency with which nurses experience stress in the performance of nursing duties. It also provides seven subscales that can be used to identify specific sources of stress for the nurse. Scoring is simple. Individual item responses are added together for groups of items and for all 34 items in order to obtain subscale scores and the total score, respectively.

The results of this study indicate that the Nursing Stress Scale is reliable. Nurses's scores were consistent when the scale was readministered after a period of 2 weeks. The total scale and subscales appear to be internally consistent. Preliminary evidence suggests that the scale is valid. Nursing stress scores were found to be positively correlated with trait anxiety among hospital nursing staff and inversely correlated with job satisfaction. The scale differentiated hospital units and groups of nurses that appeared to be experiencing burnout, as evidenced by high turnover rates.

As presented here, the Nursing Stress Scale is an experimental scale which requires additional field testing and validation before its properties can be fully assessed. However, the initial results suggest that the scale has potential for personnel management and research. In its present form, it

could be utilized by hospital administrators in making decisions regarding the staffing of hospital units. For example, it could be used to identify particularly stressful units of the hospital so that in-service training and support programs could be designed and initiated in order to prevent staff burnout (Gray-Toft, 1980). It could also be used to identify individual nurses who are under excessive stress that may result in absenteeism and staff turnover and to assign nurses to units where they would experience less stress.

Findings from the field testing of the Nursing Stress Scale as well as results from other studies suggest that nursing stress affects job satisfaction, staff turnover, and patient care. This scale could be used in future research that examines these relationships.

The Nursing Stress Scale developed in this study was designed to measure the frequency with which certain nursing situations were perceived as stressful by nurses. It does not measure the intensity of stress experienced by the individual. Future research should be directed at modifying the Nursing Stress Scale to include an intensity dimension. Moreover, physiological measures of stress might be used to validate and extend the scale, especially as technology makes this more feasible.

REFERENCES

- Appley, M. H., and Trumbull, R. (Eds.) *Psychological Stress*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1967.
- Bates, E. M., and Moore, B. N. Stress in hospital personnel. *Medical Journal of Australia*, 1975, 2, 765-767.
- Beszterczey, A. Staff stress on a newly-developed palliative care service. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 1977, 22, 347-353.
- Cartwright, L. K. Sources and effects of stress in health careers. In G. C. Stone, F. Cohen, and N. E. Adler (Eds.), *Health Psychology*. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.
- Casson, N. H., and Hackett, T. P. Sources of tension for the CCU nurse. *American Journal of Nursing*, 1972, 72, 1426-1430.
- DeMeyer, J. The environment of the intensive care unit. *Nursing Forum*, 1967, 6, 262-272.
- Edelstein, R. R. Automation: Its effect on the nurse. *American Journal of Nursing*, 1966, 66, 2194-2198.
- Freudenberger, H. J. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 1974, 30, 159-165.
- Gray-Toft, P. A. Effectiveness of a counseling and consultation support program for hospice nurses. *Journal of Counseling Psychology*, 1980, 27, 346-354.
- Gray-Toft, P. A., and Anderson, J. G. Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects. *Social Science and Medicine*, 1981, 15 (in press).
- Hay, D., and Oken, D. The psychological stresses of intensive care unit nursing. *Psychosomatic Medicine*, 1972, 34, 109-118.
- Kornfeld, D. S. Psychiatric problems of an intensive care unit. *Medical Clinics of North America*, 1971, 55, 1353-1363.
- Kramer, M. *Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing*. St. Louis, Mo.: C. V. Mosby, 1974.
- Krug, S. E., Scheier, I. H., and Cattell, R. B. *Handbook for the IPAT Anxiety Scale*. Champaign, Ill.: Institute for Personality and Ability Testing, 1976.
- Lazarus, R. S. *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill, 1966.

- Maione, M. J. The dilemma of a professional in a bureaucracy. *Nursing Forum*, 1964, 3, 36-60.
- Masl, H. C. Burned-out. *Human Behavior*, 1976, 5, 16-22.
- Maslach, C. The burn-out syndrome and patient care. In C. A. Garfield (Ed.), *Stress and Survival*. St. Louis, Mo.: C. V. Mosby, 1979.
- Menzies, I. E. P. A case study in the functioning of social systems as a defense against anxiety. *Human Relations*, 1960, 13, 95-121.
- Meyer, E. Disturbed behavior on medical and surgical wards. In J. Masserman, (Ed.), *Science and Psychoanalysis, Vol. V*. New York: Grune & Stratton, 1962.
- Meyer, E., and Mendelson, M. Psychiatric consultation with patients on a medical and surgical ward: Patterns and processes. *Psychiatry*, 1961, 24, 197-220.
- National Commission on Nursing and Nursing Education. *An Abstract for Action*. New York: McGraw-Hill, 1970.
- Nichols, G. Job satisfaction and nurses' intentions to remain with or to leave an organization. *Nursing Research*, 1971, 20, 218-228.
- Nunnally, J. C. *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill, 1967.
- Price, T. R., and Bergen, B. J. The relationship to death as a source of stress for nurses on a coronary care unit. *Omega*, 1977, 8, 229-238.
- Quinby, S., and Bernstein, N. R. Identity problems and the adaptation of nurses to severely burned children. *American Journal of Psychiatry*, 1971, 128, 58-63.
- Revens, R. W. *The Hospital as an Organism: A Study in Communications and Morale*. New York: Pergamon Press, 1959.
- Rummel, R. J. *Applied Factor Analysis*. Evanston, Ill.: Northwestern University Press, 1970.
- Saleh, S., Lee, R. J., and Prien, E. P. Why nurses leave their jobs — An analysis of female turnover. *Personnel Administration*, 1965, 27, 25-28.
- Schulz, R., and Adelman, D. How the medical staff copes with dying patients: A critical review. *Omega*, 1976, 7, 11-21.
- Sippelle, R. C., Gilberg, F. S., and Ascough, J. C. The affect rating scale: Unipolar semantic space components of affective state. Lafayette, Ind.: Department of Psychological Sciences, Purdue University (submitted for publication), 1976.
- Smith, P. C., Kendall, L. M., and Hulin, C. L. *The Measurement of Satisfaction in Work and Retirement*. Chicago: Rand McNally, 1969.
- Vreeland, R., and Ellis, G. L. Stresses on the nurse in an intensive care unit. *Journal of American Medical Association*, 1969, 208, 332-334.
- Wertzel, H., Vollrath, P., Ritz, E., and Ferner, H. Analysis of patient-nurse interaction in hemodialysis units. *Journal of Psychosomatic Research*, 1977, 21, 359-366.

Anexo 2 – Declaração de permissão de utilização da *NSS*

January 24, 2007

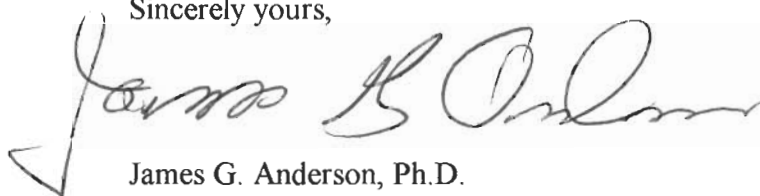
José Manuel Santos
Pct. José Fernandes Caldas, 162 - 9º F
S. Pedro da Afurada
4400-480 VILA NOVA DE GAIA
PORTUGAL

RE: Nursing Stress Scale

I have enclosed a copy of the Nursing Stress Scale. You have our permission to use the Nursing Stress Scale in your research. Please cite the original source in the Journal of Behavioral Assessment, Vol. 3, No. 1, 1981, pp. 11-23. Please note that six of the items were dropped on the basis of the factor analysis. I have checked the final 34 items that were included on the enclosed copy of the NSS.

Good luck. I would be most interested in receiving a copy of any of the publications that result from the research. Please call me at (765) 494-4703 if you have any questions.

Sincerely yours,



James G. Anderson, Ph.D.
Professor of Medical Sociology
Professor of Health Communication
(765) 494-4703
FAX: (765) 496-1476
e-mail: andersonj@.purdue.edu



College of Liberal Arts

APÊNDICES

Apêndice 1 - Questionário

Cara(o) Colega Enf^a(o)

Chamo-me José Manuel Santos, sou Enfermeiro, e frequento o Curso de Doutoramento em Ciências Sociais na Universidade Fernando Pessoa. A minha linha de investigação insere-se na temática “Alcoologia e Alcoolismo”, sendo assim neste âmbito que o presente questionário foi elaborado.

É objectivo deste trabalho, numa primeira fase, estudar os consumos habituais de álcool e os níveis de *stress* dos Enfermeiros no exercício profissional.

Venho então solicitar-lhe a sua colaboração, através da resposta às questões que compõem este questionário.

Algumas Instruções fundamentais:

1. **A veracidade das suas respostas é fundamental** para a credibilidade dos resultados que vierem a ser produzidos;
2. **Não deixe de ler com a máxima atenção as instruções** que se encontram no **início de cada uma das partes** que constituem este questionário;
3. Tanto quanto possível, **não deixe questões por responder**;
4. **Sinalize** as suas respostas **de maneira inequívoca**;
5. No sentido de manter intacto o seu **direito à confidencialidade**, **não deverá colocar qualquer marca que o possa identificar, nem no questionário nem no envelope** no qual ele lhe foi entregue, e que servirá para o devolver;
6. Após o preenchimento do questionário, **verifique que as respostas assinaladas são as que realmente pretende dar**;
7. Após a verificação das respostas:
 - a. **Coloque o questionário dentro do envelope** no qual o mesmo lhe foi entregue;
 - b. Feche o envelope;
 - c. **Faça-o chegar à pessoa que lhe foi indicada por quem lho entregou.**

Obviamente, o seu **direito à auto-determinação** é inviolável, pelo que lhe **fico do mesmo modo agradecido se entender não dever participar** neste estudo.

Obrigado.

Parte A

Esta Parte do questionário apresenta um conjunto de questões cujas respostas o caracterizam sucintamente nos aspectos mais relevantes para este estudo. Coloque, para cada uma delas, uma cruz (X) no quadrado correspondente à resposta que pretende dar.

1. Instituição:

☐ Amarante - H. S. Gonçalo	☐ Porto - H. Joaquim Urbano
☐ Barcelos - H. Stª Maria Maior	☐ Porto - H. Magalhães de Lemos
☐ Braga - H. S. Marcos	☐ Porto - H. Santo António
☐ Bragança - C. H. Nordeste	☐ Porto - H. São João
☐ Chaves - C. H. Trás Montes e Alto Douro	☐ Porto - Inst. Português Oncologia
☐ Espinho - C. H. Vila Nova Gaia / Espinho	☐ Porto - Maternidade Júlio Dinis
☐ Fafe - C. H. Alto Ave	☐ Póvoa de Varzim - C. H. Póvoa/V. Conde
☐ Famalicão - C. H. Médio Ave	☐ Régua - C. H. Trás Montes e Alto Douro
☐ Gaia - C. H. Vila Nova Gaia / Espinho	☐ Sto. Tirso - C. H. Médio Ave
☐ Guimarães - C. H. Alto Ave	☐ Valongo - H. N. Srª Conceição
☐ Lamego - C. H. Trás Montes e Alto Douro	☐ Viana do Castelo - C. H. Alto Minho
☐ Macedo Cavaleiros - C. H. Nordeste	☐ Vila do Conde - C. H. Póvoa/V. Conde
☐ Matosinhos - H. Pedro Hispano	☐ Vila Real - C. H. Trás Montes e Alto Douro
☐ Mirandela - C. H. Nordeste	☐ Feira - H. S. Sebastião
☐ Penafiel - H. Padre Américo - Vale do Sousa	☐ Oliveira Azeméis - H. Oliveira Azeméis
☐ Ponte de Lima - C. H. Alto Minho	☐ S. João Madeira - H. S. João Madeira
☐ Porto - H. Central Espec. Crianças Maria Pia	

2. Tipo de Serviço:

- ☐ Serviço de Urgência
- ☐ Serviço de Internamento

3. Se respondeu “Serviço de Internamento” na questão anterior, refira a Especialidade (principal) do Serviço:

☐ Cardiologia	☐ Oncologia
☐ Cirurgia Geral	☐ ORL
☐ Cirurgia Vascular	☐ Ortopedia
☐ Dermatologia	☐ Pediatria
☐ Doenças Infecciosas	☐ Pneumologia
☐ Gastroenterologia	☐ Psiquiatria
☐ Ginecologia	☐ Urologia
☐ Medicina Interna	☐ Outra Especialidade Cirúrgica
☐ Neurocirurgia	☐ Outra Especialidade Médica
☐ Neurologia	☐ Unidade de Cuidados Intensivos
☐ Obstetrícia	☐ Outra
☐ Oftalmologia	

Por favor, preencha o verso desta folha ----->

4. **Género:**

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

5. **Idade:**

_____ anos

6. **Estado Civil:**

- ☐ Solteira(o)
- ☐ Casada(o)
- ☐ Viúva(o)
- ☐ Divorciada(o)
- ☐ Outra situação

7. **Categoria Profissional:**

- ☐ Enfermeira(o)
- ☐ Enfermeira(o) Graduada(o)
- ☐ Enfermeira(o) Especialista

8. **Tempo total de exercício profissional:**

_____ anos

9. **Tempo de exercício profissional no actual Serviço:**

_____ anos

10. **Razão da presença no actual Serviço:**

- ☐ Opção própria
- ☐ Decisão da Instituição
- ☐ Outra

11. **Vínculo à Instituição:**

- ☐ ND - Nomeação definitiva (pertence ao Quadro de Pessoal da Instituição)
- ☐ CAP - Contrato Administrativo de Provimento
- ☐ CTTC - Contrato de Trabalho a Termo Certo
- ☐ CIT - Contrato Individual de Trabalho
- ☐ Outro

PARTE B

Esta Parte do questionário apresenta um conjunto de situações que, com alguma frequência, ocorrem numa unidade hospitalar. Coloque, para cada uma delas, um círculo (O) no ponto da escala que considerar mais de acordo com a resposta que pretende dar.

Note bem:

- Não lhe peço que me diga “com que frequência estas situações acontecem no seu Serviço”. O que lhe peço é que indique, para cada situação, “qual a frequência com que a sente (quando acontece) como *stressante*”.
- Se há alguma situação que nunca ocorra no seu Serviço, deixe a questão por responder.

Exemplo para a questão 1:

Não lhe estou a perguntar “Com que frequência há uma avaria informática no seu Serviço”. O que pretendo é que me responda se, **quando há uma avaria informática**,

1. **Nunca** sente a situação como *stressante*
2. **Ocasionalmente**, sente a situação como *stressante*
3. **Frequentemente**, sente a situação como *stressante*
4. **Muito frequentemente**, sente a situação como *stressante*

- Se nunca há avarias informáticas no seu Serviço, não sinalize qualquer ponto da escala

	Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito frequentemente
1. Avaria informática	1	2	3	4
2. Ser criticado por um médico	1	2	3	4
3. Executar procedimentos que os doentes sentem como dolorosos	1	2	3	4
4. Sentir-se impotente quando um doente não melhora com os tratamentos	1	2	3	4
5. Conflito com um superior hierárquico	1	2	3	4
6. Conversar com o doente sobre a proximidade da sua morte	1	2	3	4
7. Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço	1	2	3	4
8. A morte de um doente	1	2	3	4
9. Conflito com um médico	1	2	3	4
10. Receio de cometer erros ao tratar de um doente	1	2	3	4
11. Falta de oportunidade para partilhar experiências e sentimentos com outros membros da equipa do serviço	1	2	3	4
12. A morte de um doente com quem se desenvolveu uma relação de proximidade	1	2	3	4
13. Ausência do médico quando um doente morre	1	2	3	4

Por favor, preencha o verso desta folha ----->

	Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito frequentemente
14. Desacordo em relação ao tratamento de um doente	1	2	3	4
15. Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais	1	2	3	4
16. Falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa, os sentimentos negativos sobre o doente	1	2	3	4
17. Informação inadequada fornecida pelo médico em relação à situação clínica do doente	1	2	3	4
18. Não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo doente	1	2	3	4
19. Tomar uma decisão no que diz respeito ao tratamento do doente	1	2	3	4
20. Ser mobilizado para outro serviço para suprir falta de pessoal	1	2	3	4
21. Ver um doente em sofrimento	1	2	3	4
22. Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, de outro serviço	1	2	3	4
23. Sentir falta de preparação para dar apoio às necessidades emocionais do doente	1	2	3	4
24. Receber críticas de um superior hierárquico	1	2	3	4
25. Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho	1	2	3	4
26. Prescrições médicas aparentemente inapropriadas para o tratamento de um doente	1	2	3	4
27. Demasiadas tarefas fora do estrito âmbito profissional, tal como trabalho administrativo	1	2	3	4
28. Falta de tempo para dar apoio emocional ao doente	1	2	3	4
29. Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, do mesmo serviço	1	2	3	4
30. Falta de tempo para executar todas as actividades de enfermagem	1	2	3	4
31. Ausência de um médico durante uma situação de emergência médica	1	2	3	4
32. Não saber o que deve ser dito ao doente e à sua família acerca do seu estado e do tratamento	1	2	3	4
33. Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado	1	2	3	4
34. Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço	1	2	3	4

Parte C

Nesta Parte do questionário, peço-lhe que coloque um círculo (○) no ponto da escala que considerar mais de acordo com o nível de *stress* que vive em determinados turnos de trabalho, e na globalidade do exercício profissional.

Note bem:

Se alguma destas situações não se verificar, não responda.

Exemplo:

Se não fizer turnos nocturnos de semana, não responda à questão 3.

	Nenhum	Pouco	Algum	Bastante	Muito
1. Nível de <i>stress</i> global que experimenta no exercício da sua profissão	0	1	2	3	4
2. Nível de <i>stress</i> num turno diurno de semana típico	0	1	2	3	4
3. Nível de <i>stress</i> num turno nocturno de semana típico	0	1	2	3	4
4. Nível de <i>stress</i> num turno diurno de fim-de-semana típico	0	1	2	3	4
5. Nível de <i>stress</i> num turno nocturno de fim-de-semana típico	0	1	2	3	4

PARTE D

Esta Parte do questionário apresenta um conjunto de situações relacionadas com o seu consumo de bebidas alcoólicas. Coloque, para cada uma delas, uma cruz (X) no quadrado correspondente à resposta que pretende dar.

1. Quantas vezes bebe uma bebida alcoólica?	Nunca	1 vez por mês ou menos	2 a 4 vezes por mês	2 a 3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana
	☐	☐	☐	☐	☐
2. Num dia normal, quantos copos de uma bebida alcoólica bebe habitualmente?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 a 9	10 ou mais
	☐	☐	☐	☐	☐
3. Qual a frequência com que bebe 6 ou mais copos de uma bebida alcoólica numa única ocasião?	Nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos 1 vez por mês	Uma vez por semana	Todos os dias ou quase
	☐	☐	☐	☐	☐
4. Durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu ter começado a beber uma bebida alcoólica e não conseguir parar?	Nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos 1 vez por mês	Uma vez por semana	Todos os dias ou quase
	☐	☐	☐	☐	☐
5. Durante o último ano, quantas vezes não conseguiu fazer algo a que se tinha comprometido devido às bebidas alcoólicas?	Nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos 1 vez por mês	Uma vez por semana	Todos os dias ou quase
	☐	☐	☐	☐	☐

Por favor, preencha o verso desta folha ----->

6. Durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu ter necessidade de beber uma bebida alcoólica pela manhã, para se sentir bem, depois de beber muito no dia anterior?	Nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos 1 vez por mês	Uma vez por semana	Todos os dias ou quase
	☐	☐	☐	☐	☐
7. Durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu sentir-se culpado ou com remorsos depois de ter bebido?	Nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos 1 vez por mês	Uma vez por semana	Todos os dias ou quase
	☐	☐	☐	☐	☐
8. Durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu não se conseguir lembrar do que sucedeu na noite anterior por ter bebido?	Nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos 1 vez por mês	Uma vez por semana	Todos os dias ou quase
	☐	☐	☐	☐	☐
9. O facto de ter bebido já foi causa de ferimentos em si próprio ou noutras pessoas?	Nunca		Sim, mas não no último ano		Sim, durante o último ano
	☐		☐		☐
10. Alguma vez um familiar, amigo, médico ou outra pessoa ligada à saúde se preocupou com os seus hábitos de bebida ou lhe sugeriu que reduzisse a bebida?	Nunca		Sim, mas não no último ano		Sim, durante o último ano
	☐		☐		☐

PARTE E

Peço-lhe que coloque um círculo (○) no ponto da escala que considerar mais de acordo com o seu consumo típico de bebidas alcoólicas, em unidades-padrão, em dias de semana e de fim-de-semana.

Note bem:

1 unidade-padrão (u. p.) = 1 copo de Vinho = 1 garrafa de 33 cl de Cerveja = 1 caneca de Cerveja = 1 Shot = 1 Whisky = 1 Martini = 1 Bailey's = 1 Brandy = 1 Aguardente = 1 Bagaço = etc.

Exemplos:

Não bebo = **0 u. p.**

2 copos de Vinho = **2 u. p.**

1 Bailey's + 1 Cerveja = **2 u. p.**

1 Martini + 1 copo de Vinho = **2 u. p.**

1 copo de Vinho = **1 u. p.**

2 Cervejas + 1 Whisky = **3 u. p.**

	<u>Dia de semana típico</u> (u. padrão)									<u>Dia de fim-de-semana típico</u> (u. padrão)								
1. Pequeno-almoço	0	1	2	3	4	5	6	> 6		0	1	2	3	4	5	6	> 6	
2. Meio da manhã	0	1	2	3	4	5	6	> 6		0	1	2	3	4	5	6	> 6	
3. Almoço	0	1	2	3	4	5	6	> 6		0	1	2	3	4	5	6	> 6	
4. Lanche	0	1	2	3	4	5	6	> 6		0	1	2	3	4	5	6	> 6	
5. Jantar	0	1	2	3	4	5	6	> 6		0	1	2	3	4	5	6	> 6	
6. Pós-jantar	0	1	2	3	4	5	6	> 6		0	1	2	3	4	5	6	> 6	

Apêndice 2 – Quadros relativos ao Estudo 1

Quadro 1 – Tradução da *Nursing Stress Scale*

<i>“The Nursing Stress Scale”</i>	Trabalho das Tradutoras T1 e T2 e Versão 1.0, portuguesa, da <i>“The Nursing Stress Scale”</i>
Below is a list of situations that commonly occur on a hospital unit. For each item indicate by means of a check () often on your present unit you have found the situations to be stressful. Your responses are strictly confidential.	T1 – A seguir estão descritas uma lista de situações que ocorrem geralmente numa unidade hospitalar. Em cada item indique com um visto as situações que verifique causar stresse. As suas respostas são estritamente confidenciais. T2 – Abaixo, está uma lista de situações que ocorrem de forma comum numa unidade hospitalar. Para cada item indique por meio de 0, quão frequente na sua unidade encontra as situações geradoras de stresse. As suas respostas são estritamente confidenciais. V1.0 – Esta escala é constituída por uma lista de situações que ocorrem com alguma frequência numa unidade hospitalar. Considere a frequência com que cada uma delas é por si vivenciada como stressante, colocando uma cruz no ponto da escala mais adequado à sua realidade. As suas respostas são estritamente confidenciais.
Breakdown of computer	T1 – Avaria do sistema/programa informático T2 – Falha no sistema informático V1.0 – Falha no sistema informático
Criticism by a physician	T1 – Críticas feitas por um médico T2 – Criticas por um médico V1.0 – Ser criticado por um médico
Performing procedures that patients experience as painful	T1 – Executar procedimentos que foram confirmados pelos doentes como sendo dolorosos T2 – Desempenhar procedimentos que para o paciente são experimentados como dolorosos V1.0 – Executar procedimentos que o doente refere como dolorosos
Feeling helpless in the case of a patient who fails to improve	T1 – Sensação de impotência quando um doente não responde aos tratamentos T2 – Sentir-se impotente no caso de um paciente não melhorar V1.0 – Sentir-se impotente quando o doente não melhora com os tratamentos
Conflict with a supervisor	T1 – Conflito com um superior T2 – Conflito com um superior (chefe, responsável de serviço) V1.0 – Conflito com um superior hierárquico
Listening or talking to a patient about his/her approaching death	T1 – Ouvindo e conversando com um doente sobre a sua morte eminente T2 – Ouvir ou falar com um paciente sobre a aproximação da sua situação de morte V1.0 – Conversar com o doente sobre a proximidade da sua morte
Lack of an opportunity to talk openly with other unit personnel about problems on the unit	T1 – Falta de oportunidade para falar abertamente com o pessoal da unidade sobre os problemas existentes nesta T2 – Falta de oportunidade para falar abertamente com outro pessoal do serviço, acerca dos problemas do serviço V1.0 – Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço
The death of a patient	T1 – O falecimento de um doente T2 – A morte de um paciente V1.0 – A morte de um doente

Conflict with a physician	T1 – Conflitos com um médico T2 – Conflito com um médico V1.0 – Conflito com um médico
Fear of making a mistake in treating a patient	T1 – Medo de cometer erros no tratamento de um doente T2 – Receio de cometer um erro ao tratar um paciente V1.0 – Receio de cometer erros ao tratar de um doente
Lack of an opportunity to share experiences and feelings with other personnel on the unit	T1 – Falta de oportunidade de partilhar experiências /sentimentos com outro pessoal da unidade T2 – Falta de oportunidade para partilhar experiências e sentimentos com outros elementos do serviço V1.0 – Falta de oportunidade para partilhar experiências e sentimentos com outros membros da equipa do serviço
The death of a patient with whom you developed a close relationship	T1 – O falecimento de um doente com quem desenvolvemos uma relação pessoal T2 – A morte de um paciente com quem desenvolveu uma relação mais próxima V1.0 – A morte de um doente com quem se desenvolveu uma relação de proximidade
Physician not being present when a patient dies	T1 – Médico ausente numa situação de falecimento de um doente T2 – O médico não estar presente quando o paciente morre V1.0 – O médico não estar presente quando um doente morre
Disagreement concerning the treatment of a patient	T1 – Desacordo em relação ao tratamento de um doente T2 – Desacordo em relação ao tratamento de um paciente V1.0 – Desacordo em relação ao tratamento de um doente
Feeling inadequately prepared to help with the emotional needs of a patient's family	T1 – Sensação de impotência/falta de preparação em relação às necessidades emocionais da família do doente T2 – Sentir-se inadequadamente preparado para ajudar nas necessidades emocionais da família do paciente V1.0 – Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais
Lack of an opportunity to express to other personnel in the unit my negative feelings toward patients	T1 – Falta de oportunidade para exprimir os meus sentimentos negativos sobre os doentes, com outro pessoal da unidade T2 – Falta de oportunidade para expressar com outros elementos do serviço os meus sentimentos negativos em relação a um paciente V1.0 – Falta de oportunidade para exprimir junto de outros membros da equipa os sentimentos negativos sobre o doente
Inadequate information from a physician regarding the medical condition of a patient	T1 – Informação inadequada dada pelo um médico em relação à condição clínica de um doente T2 – Informação inadequada dada por um médico, em relação á condição clínica de um paciente V1.0 – Informação inadequada fornecida pelo médico em relação à situação clínica do doente
Being asked a question by a patient for which I do not have a satisfactory answer	T1 – Tendo que responder a uma pergunta efectuada pelo um doente, para a qual não tenho resposta satisfatória T2 – Um paciente fazer uma questão para a qual não tenho resposta satisfatória V1.0 – Não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo doente
Making a decision concerning the treatment of a patient	T1 – Efectuar uma decisão em relação a um tratamento de um doente T2 – Tomar uma decisão no que diz respeito ao tratamento de um paciente V1.0 – Tomar uma decisão no que diz respeito ao tratamento do doente

Floating to other units that are short-staffed	T1 – Dar apoio a outros serviços com falta de pessoal T2 – Rotação por outros serviços com falta de pessoal V1.0 – Ser mobilizado para outro serviço para suprir falta de pessoal
Watching a patient suffer	T1 – Observar o sofrimento de um doente T2 – Ver um paciente a sofrer V1.0 – Ver um doente em sofrimento
Difficulty in working with a particular nurse (or nurses) outside the unit	T1 – Dificuldade em trabalhar /relacionar profissionalmente com um dado enfermeiro/funcionário fora da unidade T2 – Dificuldade em trabalhar com um enfermeiro (s) em particular, fora da unidade V1.0 – Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, fora do serviço
Feeling inadequately prepared to help with the emotional needs of a patient	T1 – Sensação de inadequação/falta de preparação em relação às necessidades emocionais do doente T2 – Sentir-se inadequadamente preparado para ajudar com as necessidades emocionais de um paciente V1.0 – Sentir falta de preparação para dar apoio às necessidades emocionais do doente
Criticism by a supervisor	T1 – Críticas feitas por um supervisor T2 – Críticas de um superior (chefe, responsável de serviço) V1.0 – Receber críticas de um superior hierárquico
Unpredictable staffing and scheduling	T1 – Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho T2 – Imprevisibilidade dos turnos e da equipa com quem se trabalha V1.0 – Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho
A physician ordering what appears to be inappropriate treatment for a patient	T1 – Uma prescrição médica que se apresente como sendo inadequada/não apropriada para um doente T2 – Ordens médicas que aparentemente parecem ser inadequadas para o tratamento do paciente V1.0 – Prescrições médicas aparentemente inadequadas para o tratamento de um doente
Too many nonnursing tasks required, such as clerical work	T1 – Demasiadas tarefas fora do âmbito profissional, tais como as burocráticas T2 – Demasiadas tarefas exigidas sem serem do âmbito de enfermagem (assim como trabalho relacionado com a igreja, secretariado) V1.0 – Demasiadas tarefas fora do estrito âmbito profissional, tal como trabalho administrativo
Not enough time to provide emotional support to a patient	T1 – Falta de tempo para dar apoio emocional a um doente T2 – Falta de tempo para providenciar o suporte emocional necessário a um paciente V1.0 – Falta de tempo para dar apoio emocional ao doente
Difficulty in working with a particular nurse (or nurses) on the unit	T1 – Dificuldade em trabalhar/relacionar profissionalmente com um dado enfermeiro/funcionário dentro da unidade T2 – Dificuldade em trabalhar com um enfermeiro(s) do serviço V1.0 – Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, do mesmo serviço
Not enough time to complete all of my nursing tasks	T1 – Falta de tempo para terminar as minhas tarefas profissionais T2 – Falta de tempo para completar todas as minhas tarefas de enfermagem V1.0 – Falta de tempo para executar todas as actividades de enfermagem

A physician not being present in a medical emergency	T1 – Médico ausente durante uma emergência médica T2 – Um medico não estar presente numa situação de emergência V1.0 – Ausência de um médico durante uma situação de emergência médica
Not knowing what a patient or a patient's family ought to be told about the patient's condition and its treatment	T1 – Incerteza sobre que informações devem ser dadas à família sobre a condição clínica e o tratamento do doente T2 – Não saber o que comunicar ao paciente ou á sua família, acerca da sua condição e tratamento V1.0 – Não saber o que comunicar ao doente e à sua família acerca do seu estado e do tratamento
Uncertainty regarding the operation and functioning of specialized equipment	T1 – Falta de conhecimento/formação sobre o funcionamento e operacionalização de um equipamento especializado T2 – Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado V1.0 – Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado
Not enough staff to adequately cover the unit	T1 – Falta de pessoal para manter o ratio/funcionamento da unidade T2 – Falta de pessoal, de forma a cobrir de forma adequada as necessidades do serviço V1.0 – Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço

Quadro 2 – Retrotradução da Versão 1.0

Versão portuguesa 1.0 da “ <i>The Nursing Stress scale</i> ”	Trabalho das Retrotradutoras R1 e R2
Esta escala é constituída por uma lista de situações que ocorrem com alguma frequência numa unidade hospitalar. Considere a frequência com que cada uma delas é por si vivenciada como stressante, colocando uma cruz no ponto da escala mais adequado à sua realidade.	R1 – This scale is made up of a list of situations which happen with some frequency in a hospital unit. Consider how often you experience these stressful events and put a cross on the most appropriate of the scale. R2 – This scale consists of a list of situations which frequently happen in a hospital unit. Consider the frequency which you perceive each as stressful and place a cross on the most appropriate point of the scale.
Falha no sistema informático	R1 – Failure in the computer system R2 – Computing failure
Ser criticado por um médico	R1 – Being criticized by a doctor R2 – Being criticised by a physician / Criticism by a physician
Executar procedimentos que o doente refere como dolorosos	R1 – Carrying out procedures which the patient says are painful R2 – Performing procedures which the patient considers painful
Sentir-se impotente quando o doente não melhora com os tratamentos	R1 – Feeling helpless when a patient doesn’t improve with the treatments R2 – Feeling powerless when the patient does not improve with the treatments
Conflito com um superior hierárquico	R1 – Conflict with your superiors R2 – Conflict with a hierarchical superior
Conversar com o doente sobre a proximidade da sua morte	R1 – Talking to the patient about his/her eminent death R2 – Talking to a patient about his/her approaching death
Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço	R1 – Lack of opportunity to speak openly to other members of the team about professional problems R2 – Lack of opportunity to talk openly with other members of the team about problems occurring in the unit
A morte de um doente	R1 – The death of a patient R2 – The death of a patient
Conflito com um médico	R1 – Conflict with a doctor R2 – Conflict with a physician
Receio de cometer erros ao tratar de um doente	R1 – Fear of making mistakes while treating a patient R2 – Fear of making mistakes while treating a patient
Falta de oportunidade para partilhar experiências e sentimentos com outros membros da equipa do serviço	R1 – Lack of opportunity to share experiences and feelings with other members of the medical team R2 – Lack of opportunity to share experiences and feelings with other members of the medical team

Stresse profissional. Consumo de bebidas alcoólicas.
Estudos numa amostra de enfermeiros.

A morte de um doente com quem se desenvolveu uma relação de proximidade	R1 – The death of a patient with whom you have developed a close relationship R2 – The death of a patient with whom you have developed a close relationship
O médico não estar presente quando um doente morre	R1 – The lack of presence of a doctor when the patient dies R2 – Absence of the physician when a patient dies
Desacordo em relação ao tratamento de um doente	R1 – Disagreement about the treatment given to a patient R2 – Disagreement regarding the treatment of a patient
Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais	R1 – The feeling of being unprepared to help a patient's family and their emotional needs R2 – Feeling unprepared to help the patient's family in their emotional needs
Falta de oportunidade para exprimir junto de outros membros da equipa os sentimentos negativos sobre o doente	R1 – Lack of opportunity to express negative feelings about the patient to other members of the medical team R2 – Lack of opportunity to express negative feelings about the patient to other members of the medical team
Informação inadequada fornecida pelo médico em relação à situação clínica do doente	R1 – The supply of inadequate information by the doctor about the patient's clinical situation R2 – Inadequate information given by the physician regarding the patient's clinical condition
Não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo doente	R1 – Being unable to respond adequately to a patient's question R2 – Being unable to respond adequately to the patient's question
Tomar uma decisão no que diz respeito ao tratamento do doente	R1 – Taking a decision about a patient's treatment R2 – Making a decision about the patient's treatment
Ser mobilizado para outro serviço para suprir falta de pessoal	R1 – Being moved to another service to overcome the lack of personnel R2 – Being moved to a unit to overcome lack of personnel
Ver um doente em sofrimento	R1 – Seeing a patient suffering R2 – Seeing a patient in pain
Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, fora do serviço	R1 – Difficulty in working with one particular nurse (or nurses) outside the service R2 – Difficulty working with a particular nurse (or nurses) outside the unit
Sentir falta de preparação para dar apoio às necessidades emocionais do doente	R1 – Feeling lack of preparation to support the patient's emotional needs R2 – Feeling unprepared to help the patient in his/her emotional needs
Receber críticas de um superior hierárquico	R1 – Being criticized by a superior R2 – Being criticised by a hierarchical superior
Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho	R1 – Unexpected changes in your timetable and duty roster R2 – Unexpected changes in timetable and work schedule
Prescrições médicas aparentemente inapropriadas para o tratamento de um doente	R1 – Apparently inappropriate medical prescriptions on the treatment of a patient R2 – Apparently inappropriate medical prescriptions for the treatment of a patient

Demasiadas tarefas fora do estrito âmbito profissional, tal como trabalho administrativo	R1 – Too many tasks such as administrative work which is outside your professional area R2 – Too many tasks outside the professional area, such as administrative work
Falta de tempo para dar apoio emocional ao doente	R1 – Lack of time to support the patient emotionally R2 – Lack of time to provide emotional support to the patient
Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, do mesmo serviço	R1 – Difficulty in working with one particular nurse (or nurses) in the same roster R2 – Difficulty working with a particular nurse (or nurses) on the same unit
Falta de tempo para executar todas as actividades de enfermagem	R1 – Lack of time to carry out all your nursing duties R2 – Lack of time to perform all the nursing activities
Ausência de um médico durante uma situação de emergência médica	R1 – Absence of a doctor during a medical emergency R2 – Absence of a physician during a medical emergency
Não saber o que comunicar ao doente e à sua família acerca do seu estado e do tratamento	R1 – Not knowing what to tell the patients and their families about their health condition and treatments R2 – Not knowing what to tell the patient and his/her family about health condition and treatment
Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado	R1 – Doubts about how some specialized equipment works R2 – Doubts regarding the functioning of specialised equipment
Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço	R1 – Lack of personnel to adequately carry out the medical service R2 – Lack of staff to adequately cover the unit's needs

Quadro 3 – ESPE: análise dos componentes principais

Componentes	Total	% da Variância	% acumulada da Variância
1	10,285	30,251	30,251
2	2,050	6,030	36,281
3	1,751	5,150	41,431
4	1,513	4,449	45,881
5	1,234	3,630	49,511
6	1,139	3,350	52,861
7	1,011	2,974	55,835

Apêndice 3 – Quadros relativos à Caracterização da Amostra

Quadro 4 – Instituição

Instituição	F	%
Hospital de S. Gonçalo (Amarante)	13	1,35
Hospital de Santa Maria Maior (Barcelos)	21	2,18
Hospital de S. Marcos (Braga)	77	7,98
Hospital Distrital de Bragança (Bragança)	26	2,69
Hospital Distrital de Chaves (Chaves)	27	2,80
Hospital de Nossa Senhora da Ajuda (Espinho)	10	1,04
Hospital de S. José de Fafe (Fafe)	9	0,93
Hospital de S. João de Deus (Famalicão)	12	1,24
Centro Hospitalar de Gaia (Vila Nova de Gaia)	66	6,84
Hospital da Senhora da Oliveira (Guimarães)	43	4,46
Hospital Distrital de Lamego (Lamego)	13	1,35
Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros (Macedo de Cavaleiros)	9	0,93
Hospital de Pedro Hispano (Matosinhos)	53	5,49
Hospital Distrital de Mirandela (Mirandela)	11	1,14
Hospital do Padre Américo – Vale do Sousa (Penafiel)	51	5,28
Hospital do Conde de Bertandos (Ponte de Lima)	10	1,04
Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia (Porto)	19	1,97
Hospital de Joaquim Urbano (Porto)	11	1,14
Hospital de Magalhães de Lemos (Porto)	12	1,24
Hospital Geral de Santo António (Porto)	101	10,47
Hospital de S. João (Porto)	147	15,23
Instituto Português de Oncologia (Porto)	50	5,18
Maternidade de Júlio Dinis (Porto)	19	1,97
Hospital de S. Pedro Pescador (Póvoa de Varzim)	11	1,14
Hospital de D. Luiz I (Régua)	5	0,52
Hospital do Conde de S. Bento (Santo Tirso)	7	0,73
Hospital de Nossa Senhora da Conceição (Valongo)	9	0,93
Hospital de Santa Luzia (Viana do Castelo)	27	2,80
Hospital de S. Pedro (Vila Real)	40	4,15
Hospital Distrital de Vila do Conde (Vila do Conde)	4	0,41
Hospital de S. Sebastião (Santa Maria da Feira)	36	3,73
Hospital Distrital de S. João da Madeira (S. João da Madeira)	7	0,73
Hospital de S. Miguel (Oliveira de Azeméis)	9	0,93
Total	965	100,00

Quadro 5 – Centros Hospitalares / Unidades Locais de Saúde

Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde	Unidade
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa	Hospital de S. Gonçalo (Amarante)
	Hospital do Padre Américo – Vale do Sousa (Penafiel)
Centro Hospitalar do Nordeste	Hospital Distrital de Bragança (Bragança)
	Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros (Macedo de Cavaleiros)
	Hospital Distrital de Mirandela (Mirandela)
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro	Hospital Distrital de Chaves (Chaves)
	Hospital Distrital de Lamego (Lamego)
	Hospital de D. Luiz I (Régua)
	Hospital de S. Pedro (Vila Real)
Centro Hospitalar de Gaia / Espinho	Hospital de Nossa Senhora da Ajuda (Espinho)
	Centro Hospitalar de Gaia (Vila Nova de Gaia)
Centro Hospitalar do Alto Ave	Hospital de S. José de Fafe (Fafe)
	Hospital da Senhora da Oliveira (Guimarães)
Centro Hospitalar do Médio Ave	Hospital de S. João de Deus (Famalicão)
	Hospital do Conde de S. Bento (Santo Tirso)
Unidade Local de Saúde de Matosinhos	Hospital de Pedro Hispano (Matosinhos)
Unidade Local de Saúde do Alto Minho	Hospital do Conde de Bertiandos (Ponte de Lima)
	Hospital de Santa Luzia (Viana do Castelo)
Centro Hospitalar do Porto	Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia (Porto)
	Hospital Geral de Santo António (Porto)
	Maternidade de Júlio Dinis (Porto)
Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim / Vila do Conde	Hospital de S. Pedro Pescador (Póvoa de Varzim)
	Hospital Distrital de Vila do Conde (Vila do Conde)
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga	Hospital de S. Sebastião (Santa Maria da Feira)
	Hospital Distrital de S. João da Madeira (S. João da Madeira)
	Hospital de S. Miguel (Oliveira de Azeméis)

Quadro 6 – Amostra: distrito

Distrito	F	%
Braga	162	16,79
Bragança	46	4,77
Porto	635	65,80
Viana do Castelo	37	3,83
Vila Real	85	8,81
Total	965	100,00

Quadro 7 – Amostra: tipo de serviço

Tipo de Serviço	F	%
Urgência	152	15,75
Internamento	813	84,25
Total	965	100,00

Quadro 8 – Serviço (Especialidade) / Departamento

Serviços / Especialidades, de acordo com o questionário	Departamentos, após classificação dos Serviços
Cardiologia	Medicina
Medicina Interna	
Dermatologia	
Gastroenterologia	
Doenças Infecciosas	
Outra Especialidade Médica	
Pneumologia	
Cirurgia Geral	Cirurgia
Cirurgia Vascular	
Outra Especialidade Cirúrgica	
Urologia	
Neurologia	Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos
Neurocirurgia	
Oftalmologia	
ORL	
Pediatria	Mulher e Criança
Obstetrícia	
Ginecologia	
Ortopedia	Ortopedia
Unidade de Cuidados Intensivos	Cuidados Intensivos
Oncologia	Psiquiatria e Oncologia
Psiquiatria	

Quadro 9 – Amostra: departamento

Departamento	F	%
Medicina	326	33,78
Cirurgia	148	15,34
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	44	4,56
Mulher e Criança	88	9,12
Ortopedia	77	7,98
Cuidados Intensivos	60	6,22
Oncologia e Psiquiatria	64	6,63
Não aplicável	152	15,75
Não responde	6	0,62
Total	965	100,00

Quadro 10 – Amostra: género

Género	F	%
Masculino	255	26,42
Feminino	709	73,47
Não respondeu	1	0,10
Total	965	100,00

Quadro 11 – Amostra: idade

Idade	F	%
20 a 29 anos	400	41,45
30 a 39 anos	335	34,72
40 a 49 anos	175	18,13
50 anos e mais	54	5,60
Não responde	1	0,10
Total	965	100,00

Quadro 12 – Amostra: estado civil

Estado Civil	F	%
Solteiro	369	38,24
Casado	533	55,23
Outra situação	62	6,42
Não responde	1	0,10
Total	965	100,00

Quadro 13 – Amostra: categoria profissional

Categoria Profissional	F	%
Enfermeiro	393	40,73
Enfermeiro Graduado	442	45,80
Enfermeiro Especialista	129	13,37
Não responde	1	0,10
Total	965	100,00

Quadro 14 – Amostra: tempo de exercício profissional

Tempo de Exercício Profissional	F	%
Até 5 anos	336	34,82
6 a 10 anos	211	21,87
11 a 15 anos	179	18,55
16 a 20 anos	97	10,05
Mais de 20	141	14,61
Não responde	1	0,10
Total	965	100,00

Quadro 15 – Amostra: tempo de exercício profissional no actual serviço

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	F	%
Até 5 anos	576	59,69
6 a 10 anos	228	23,63
11 a 15 anos	160	16,58
Não responde	1	0,10
Total	965	100,00

Quadro 16 – Amostra: razão da presença no actual serviço

Razão da presença no actual Serviço	F	%
Opção própria	595	61,66
Decisão da Instituição ou Outra	369	38,24
Não responde	1	0,10
Total	965	100,00

Quadro 17 – Amostra: vínculo à instituição

Vínculo à Instituição	F	%
Nomeação Definitiva	564	58,45
Contratação e Outros	400	41,45
Não responde	1	0,10
Total	965	100,00

Apêndice 4 - Quadros relativos ao Estudo 2

Quadro 18 – ESPE: factores / médias

ESPE	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI	Factor VII
Média	2,53	2,17	2,20	1,98	2,09	2,44	2,37

Factor I – A morte e o morrer

Factor II – Conflitos com os médicos

Factor III – Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares

Factor IV – Falta de apoio dos colegas

Factor V – Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes

Factor VI – Carga de trabalho

Factor VII – Incerteza quanto aos tratamentos

Quadro 19 – ESPE: factor I

Itens componentes do Factor I A morte e o morrer	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito frequentemente		Média do item
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Item 3	45	4,70	468	48,50	378	39,10	74	7,70	2,50
Item 4	36	3,70	410	42,50	411	42,70	107	11,10	2,61
Item 6	133	14,00	447	46,90	251	26,30	122	12,80	2,38
Item 8	74	7,70	472	49,20	279	29,10	134	14,00	2,49
Item 12	93	9,70	414	43,30	302	31,50	148	15,50	2,53
Item 13	175	18,30	415	43,50	258	27,10	106	11,10	2,31
Item 21	19	2,00	254	26,30	453	47,00	238	24,70	2,94

Item 3 – Executar procedimentos que os doentes sentem como dolorosos

Item 4 – Sentir-se impotente quando um doente não melhora com os tratamentos

Item 6 – Conversar com o doente sobre a proximidade da sua morte

Item 8 – A morte de um doente

Item 12 – A morte de um doente com quem se desenvolveu uma relação de proximidade

Item 13 – Ausência do médico quando um doente morre

Item 21 – Ver um doente em sofrimento

Quadro 20 – ESPE: factor II

Itens componentes do Factor II Conflitos com os médicos	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito frequentemente		Média do item
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Item 2	197	20,50	531	55,10	168	17,40	67	7,00	2,11
Item 9	173	18,00	529	55,20	203	21,20	54	5,60	2,14
Item 10	130	13,50	567	58,90	190	19,80	75	7,80	2,22
Item 14	53	5,50	587	61,00	279	29,00	43	4,50	2,32
Item 19	160	16,60	582	60,50	195	20,20	26	2,70	2,09

Item 2 – Ser criticado por um médico

Item 9 – Conflito com um médico

Item 10 – Receio de cometer erros ao tratar de um doente

Item 14 – Desacordo em relação ao tratamento de um doente

Item 19 – Tomar uma decisão no que diz respeito ao tratamento do doente

Quadro 21 – ESPE: factor III

Itens componentes do Factor III Preparação inadequada para lidar com as necessidades	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito frequentemente		Média do item
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Item 15	97	10,10	551	57,30	273	28,40	40	4,20	2,27
Item 18	99	10,30	604	62,60	206	21,40	55	5,70	2,23
Item 23	139	14,40	595	61,80	206	21,40	23	2,40	2,12

Item 15 – Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais

Item 18 – Não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo doente

Item 23 – Sentir falta de preparação para dar apoio às necessidades emocionais do doente

Quadro 22 – ESPE: factor IV

Itens componentes do Factor IV Falta de apoio dos colegas	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito frequentemente		Média do item
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Item 7	220	22,90	499	52,10	196	20,40	44	4,60	2,07
Item 11	224	23,30	541	56,10	178	18,50	20	2,10	1,99
Item 16	257	26,70	556	57,90	137	14,30	11	1,10	1,90

Item 7 – Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço

Item 11 – Falta de oportunidade para partilhar experiências e sentimentos com outros membros da equipa do serviço

Item 16 – Falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa, os sentimentos negativos sobre o doente

Quadro 23 – ESPE: factor V

Itens componentes do Factor V Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito frequentemente		Média do item
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Item 5	161	16,80	428	44,60	247	25,80	123	12,80	2,35
Item 20	291	30,50	326	34,10	195	20,40	143	15,00	2,20
Item 22	386	40,30	424	44,30	128	13,40	19	2,00	1,77
Item 24	120	12,40	552	57,30	212	22,00	80	8,30	2,26
Item 29	364	36,00	446	46,50	124	12,90	44	4,60	1,86

Item 5 – Conflito com um superior hierárquico

Item 20 – Ser mobilizado para outro serviço para suprir falta de pessoal

Item 22 – Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, de outro serviço

Item 24 – Receber críticas de um superior hierárquico

Item 29 – Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, do mesmo serviço

Quadro 24 – ESPE: factor VI

Itens componentes do Factor VI Carga de trabalho	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito frequentemente		Média do item
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Item 1	135	14,00	603	62,60	201	20,80	25	2,60	2,12
Item 25	169	17,60	504	52,40	214	22,20	75	7,80	2,20
Item 27	112	11,70	388	40,40	327	34,00	134	13,90	2,50
Item 28	62	6,40	385	40,00	384	39,90	132	13,70	2,61
Item 30	49	5,10	396	41,00	368	38,10	152	15,80	2,65
Item 34	65	6,70	409	42,50	352	36,60	137	14,20	2,58

Item 1 – Avaria informática

Item 25 – Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho

Item 27 – Demasiadas tarefas fora do estrito âmbito profissional, tal como trabalho administrativo

Item 28 – Falta de tempo para dar apoio emocional ao doente

Item 30 – Falta de tempo para executar todas as actividades de enfermagem

Item 34 – Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço

Quadro 25 – ESPE: factor VII

Itens componentes do Factor VII Incerteza quanto aos tratamentos	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito frequentemente		Média do item
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Item 17	80	8,30	465	48,20	342	35,30	77	8,00	2,43
Item 26	86	8,90	512	53,10	294	30,50	73	7,60	2,37
Item 31	83	8,60	346	35,90	309	32,10	225	23,40	2,70
Item 32	116	12,00	570	59,10	230	23,90	48	5,00	2,22
Item 33	114	11,80	622	64,50	189	19,60	40	4,10	2,16

Item 17 – Informação inadequada fornecida pelo médico em relação à situação clínica do doente

Item 26 – Prescrições médicas aparentemente inapropriadas para o tratamento de um doente

Item 31 – Ausência de um médico durante uma situação de emergência médica

Item 32 – Não saber o que deve ser dito ao doente e à sua família acerca do seu estado e do tratamento

Item 33 – Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado

Quadro 26 – Stresse Profissional: global e em diferentes turnos de semana e de fim-de-semana

Nível de stresse	Global		Semana, dia		Semana, noite		Fim-de-semana, dia		Fim-de-semana, noite	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Nenhum	20	2,10	38	3,90	39	4,00	49	5,10	47	4,90
Pouco	138	14,30	214	22,20	179	18,50	319	33,10	247	25,60
Algum	473	49,00	402	41,70	404	41,90	367	38,00	366	37,90
Bastante	265	27,50	246	25,50	154	16,00	119	12,30	127	13,20
Muito	53	5,50	47	4,90	21	2,20	19	2,00	23	2,40
Total	949	98,30	947	98,10	797	82,60	873	90,50	810	83,90

Quadro 27 – Stresse Profissional / médias : global e em diferentes turnos de semana e de fim-de-semana

	Nível de stresse				
	Global	Turno diurno de semana	Turno nocturno de semana	Turno diurno de fim de semana	Turno nocturno de fim de semana
Média	2,20	2,05	1,92	1,70	1,79

Quadro 28 – ESPE: distrito. Estatística descritiva . Teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	147	78,72	79,00	13,391	70,00	88,00
Bragança	42	71,33	71,50	13,047	63,00	77,00
Porto	597	79,16	79,00	14,938	69,00	88,50
Viana do Castelo	37	76,22	77,00	12,234	67,00	84,50
Vila Real	80	75,31	75,00	13,316	67,00	82,75
Total	903					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 16,847; gl = 4; p = 0,002						

Quadro 29 – ESPE: distrito. Testes de Mann-Whitney, valores de p .

	Braga	Bragança	Porto	Viana do Castelo
Bragança	$p = 0,002$			
Porto	$p = 0,841$	$p = 0,001$		
Viana do Castelo	$p = 0,251$	$p = 0,102$	$p = 0,201$	
Vila Real	$p = 0,069$	$p = 0,101$	$p = 0,028$	$p = 0,740$

Quadro 30 – ESPE: factor I / distrito. Estatística descritiva . Teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	154	18,05	18,00	3,649	15,00	21,00
Bragança	45	16,98	17,00	3,381	15,00	19,00
Porto	616	17,86	18,00	3,901	18,00	20,00
Viana do Castelo	37	17,08	17,00	3,286	15,00	19,00
Vila Real	83	17,55	17,00	3,703	15,00	20,00
Total	935					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 5,560; gl = 4; $p = 0,235$						

Quadro 31 – ESPE: factor II / distrito. Estatística descritiva . Teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	158	10,68	11,00	2,335	9,00	12,00
Bragança	46	9,87	10,00	2,315	8,75	11,00
Porto	626	11,12	11,00	2,520	9,75	13,00
Viana do Castelo	37	10,41	11,00	2,555	8,00	12,00
Vila Real	84	10,37	10,00	2,166	9,00	11,00
Total	951					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 20,324; gl = 4; $p = 0,000$						

Quadro 32 – ESPE: factor II / distrito. Testes de Mann-Whitney, valores de p .

	Braga	Bragança	Porto	Viana do Castelo
Bragança	$p = 0,027$			
Porto	$p = 0,070$	$p = 0,001$		
Viana do Castelo	$p = 0,607$	$p = 0,269$	$p = 0,138$	
Vila Real	$p = 0,190$	$p = 0,222$	$p = 0,004$	$p = 0,796$

Quadro 33 – ESPE: factor III / distrito. Estatística descritiva . Teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	160	6,66	7,00	1,538	6,00	7,00
Bragança	46	6,00	6,00	1,317	6,00	7,00
Porto	633	6,68	6,00	1,753	6,00	8,00
Viana do Castelo	37	6,38	6,00	1,32	6,00	7,00
Vila Real	84	6,39	6,00	1,552	6,00	7,00
Total	960					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 10,884; gl = 4; $p = 0,028$						

Quadro 34 – ESPE: factor III / distrito. Testes de Mann-Whitney, valores de p .

	Braga	Bragança	Porto	Viana do Castelo
Bragança	$p = 0,008$			
Porto	$p = 0,934$	$p = 0,008$		
Viana do Castelo	$p = 0,232$	$p = 0,270$	$p = 0,255$	
Vila Real	$p = 0,097$	$p = 0,275$	$p = 0,085$	$p = 0,879$

Quadro 35 – ESPE: factor IV / distrito. Estatística descritiva . Teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	161	5,97	6,00	1,780	5,00	7,00
Bragança	43	5,88	6,00	1,776	5,00	7,00
Porto	629	6,01	6,00	1,754	5,00	7,00
Viana do Castelo	37	5,68	6,00	1,811	4,00	7,00
Vila Real	84	5,67	6,00	1,765	4,00	7,00
Total	954					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 3,798; gl = 4; $p = 0,434$						

Quadro 36 – ESPE: factor V / distrito. Estatística descritiva . Teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	155	10,54	10,00	2,937	8,00	12,00
Bragança	43	9,23	9,00	3,022	7,00	11,00
Porto	626	10,53	10,00	3,15	8,00	13,00
Viana do Castelo	37	10,81	10,00	2,923	9,00	13,00
Vila Real	84	9,88	10,00	2,735	8,00	12,00
Total	945					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 10,155; gl = 4; $p = 0,038$						

Quadro 37 – ESPE: factor V / distrito. Testes de Mann-Whitney, valores de p .

Teste de Mann-Whitney, valor de p				
	Braga	Bragança	Porto	Viana do Castelo
Bragança	$p = 0,009$			
Porto	$p = 0,872$	$p = 0,008$		
Viana do Castelo	$p = 0,618$	$p = 0,017$	$p = 0,544$	
Vila Real	$p = 0,142$	$p = 0,156$	$p = 0,127$	$p = 0,147$

Quadro 38 – ESPE: factor VI / distrito. Estatística descritiva . Teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	161	15,04	15,00	3,095	13,00	17,00
Bragança	45	13,27	13,00	3,048	11,00	15,50
Porto	630	14,75	15,00	3,262	12,00	17,00
Viana do Castelo	37	14,43	15,00	3,06	12,00	17,00
Vila Real	85	14,24	14,00	3,131	12,00	16,00
Total	958					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 11,941; gl = 4; $p = 0,018$						

Quadro 39 – ESPE: factor VI / distrito. Testes de Mann-Whitney, valores de p .

	Braga	Bragança	Porto	Viana do Castelo
Bragança	$p = 0,002$			
Porto	$p = 0,272$	$p = 0,006$		
Viana do Castelo	$p = 0,481$	$p = 0,069$	$p = 0,815$	
Vila Real	$p = 0,038$	$p = 0,157$	$p = 0,142$	$p = 0,479$

Quadro 40 – ESPE: factor VII / distrito. Estatística descritiva . Teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	161	11,98	12,00	2,554	10,00	14,00
Bragança	46	11,02	11,00	2,324	10,00	12,25
Porto	632	12,00	12,00	2,724	10,00	14,00
Viana do Castelo	37	11,43	11,00	2,23	10,00	13,00
Vila Real	85	11,46	11,00	2,438	10,00	13,00
Total	961					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 10,062; gl = 4; $p = 0,039$						

Quadro 41 – ESPE: factor VII / distrito. Testes de Mann-Whitney, valores de p .

	Braga	Bragança	Porto	Viana do Castelo
Bragança	$p = 0,013$			
Porto	$p = 0,710$	$p = 0,018$		
Viana do Castelo	$p = 0,195$	$p = 0,309$	$p = 0,291$	
Vila Real	$p = 0,049$	$p = 0,351$	$p = 0,075$	$p = 0,769$

Quadro 42 – ESPE: tipo de serviço. Estatística descritiva. Teste de Mann-Whitney.

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	143	76,61	74,00	14,360	68,00	85,00
Internamento	760	78,58	78,00	14,482	69,00	87,00
Total	903					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 49375,50; Z = -1,742; $p = 0,082$						

Quadro 43 – ESPE: factor I / tipo de serviço. Estatística descritiva. Teste de Mann-Whitney.

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	147	17,28	17,00	3,706	15,00	19,00
Internamento	788	17,89	18,00	3,811	15,00	20,00
Total	935					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 52450,50; Z = -1,825; $p = 0,068$						

Quadro 44 – ESPE: factor II / tipo de serviço. Estatística descritiva. Teste de Mann-Whitney.

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	151	10,95	11,00	2,488	9,00	13,00
Internamento	800	10,88	11,00	2,471	9,00	12,00
Total	951					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 59586,00; Z = -0,265; $p = 0,791$						

Quadro 45 – ESPE: factor III / tipo de serviço. Estatística descritiva. Teste de Mann-Whitney.

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	151	6,44	6,00	1,569	6,00	7,00
Internamento	809	6,64	6,00	1,692	6,00	8,00
Total	960					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 56388,50; Z = -1,547; $p = 0,122$						

Quadro 46 – ESPE: factor IV / tipo de serviço. Estatística descritiva. Teste de Mann-Whitney.

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	150	5,77	6,00	1,684	5,00	7,00
Internamento	804	5,99	6,00	1,776	5,00	7,00
Total	954					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 56828,00; Z = -1,144; $p = 0,253$						

Quadro 47 – ESPE: factor V / tipo de serviço. Estatística descritiva. Teste de Mann-Whitney.

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	150	10,13	10,00	3,133	8,00	12,00
Internamento	795	10,48	10,00	3,066	8,00	13,00
Total	945					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 55677,00; Z = -1,294; p = 0,196						

Quadro 48 – ESPE: factor VI / tipo de serviço. Estatística descritiva. Teste de Mann-Whitney.

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	152	14,54	14,00	3,003	12,25	16,00
Internamento	806	14,70	15,00	3,262	12,00	17,00
Total	958					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 59008,50; Z = -0,722; p = 0,471						

Quadro 49 – ESPE: factor VII / tipo de serviço. Estatística descritiva. Teste de Mann-Whitney.

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	152	11,57	11,00	2,732	10,00	13,00
Internamento	809	11,94	12,00	2,625	10,00	14,00
Total	961					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 56630,50; Z = -1,557; p = 0,119						

Quadro 50 – ESPE: departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	303	79,67	79,00	14,027	70,00	88,00
Cirurgia	141	79,01	78,00	13,966	70,00	88,00
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	41	72,56	72,00	13,111	66,00	78,50
Mulher e Criança	77	80,49	80,00	14,552	72,00	91,00
Ortopedia	74	75,86	74,00	14,854	65,00	85,00
Cuidados Intensivos	58	81,34	81,50	15,523	71,75	88,00
Oncologia e Psiquiatria	60	74,90	73,00	15,212	64,00	86,00
Urgência	143	76,61	74,00	14,360	68,00	85,00
Total	897					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 22,642; gl = 7; $p = 0,002$						

Quadro 51 – ESPE: departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Med	Cir	SN e OS	M e C	Ort	CI	Onc e Psi
Cir	$p = 0,657$						
SN e OS	$p = 0,002$	$p = 0,009$					
M e C	$p = 0,601$	$p = 0,362$	$p = 0,003$				
Ort	$p = 0,035$	$p = 0,098$	$p = 0,305$	$p = 0,035$			
CI	$p = 0,382$	$p = 0,294$	$p = 0,003$	$p = 0,759$	$p = 0,027$		
Onc e Psi	$p = 0,028$	$p = 0,072$	$p = 0,489$	$p = 0,027$	$p = 0,771$	$p = 0,031$	
Urg	$p = 0,021$	$p = 0,097$	$p = 0,156$	$p = 0,025$	$p = 0,733$	$p = 0,030$	$p = 0,533$

Med – Medicina ; Cir – Cirurgia; SN e OS – Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos;
M e C – Mulher e Criança; Ort – Ortopedia; CI – Cuidados Intensivos; Onc e Psi – Oncologia e Psiquiatria; Urg – Urgência

Quadro 52 – ESPE: factor I / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	316	18,07	18,00	3,700	15,00	21,00
Cirurgia	145	17,95	18,00	3,686	15,00	20,00
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	44	17,73	17,00	3,598	14,25	19,75
Mulher e Criança	80	18,34	18,00	4,476	15,00	21,75
Ortopedia	76	17,33	17,00	3,689	15,00	19,00
Cuidados Intensivos	59	18,34	18,00	3,817	15,00	21,00
Oncologia e Psiquiatria	62	16,97	17,00	3,892	14,00	20,00
Urgência	147	17,28	17,00	3,706	15,00	19,00
Total	929					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 11,042; gl = 7; $p = 0,137$						

Quadro 53 – ESPE: factor II / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	321	11,05	11,00	2,533	9,00	12,00
Cirurgia	146	10,92	11,00	2,161	9,00	12,00
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	42	9,76	10,00	2,356	8,75	11,00
Mulher e Criança	88	11,20	11,00	2,355	9,25	13,00
Ortopedia	76	10,38	10,00	2,703	9,00	11,75
Cuidados Intensivos	59	11,63	11,00	2,741	10,00	14,00
Oncologia e Psiquiatria	62	10,21	10,00	2,050	9,00	11,25
Urgência	151	10,95	11,00	2,488	9,00	13,00
Total	945					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 25,012; gl = 7; $p = 0,001$						

Quadro 54 – ESPE: factor II / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Med	Cir	SN e OS	M e C	Ort	CI	Onc e Psi
Cir	$p = 0,621$						
SN e OS	$p = 0,001$	$p = 0,002$					
M e C	$p = 0,776$	$p = 0,494$	$p = 0,002$				
Ort	$p = 0,021$	$p = 0,054$	$p = 0,224$	$p = 0,032$			
CI	$p = 0,164$	$p = 0,093$	$p = 0,000$	$p = 0,289$	$p = 0,007$		
Onc e Psi	$p = 0,022$	$p = 0,053$	$p = 0,185$	$p = 0,026$	$p = 0,976$	$p = 0,005$	
Urg	$p = 0,624$	$p = 0,966$	$p = 0,005$	$p = 0,477$	$p = 0,083$	$p = 0,106$	$p = 0,078$

Med – Medicina ; Cir – Cirurgia; SN e OS – Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos;
M e C – Mulher e Criança; Ort – Ortopedia; CI – Cuidados Intensivos; Onc e Psi – Oncologia e
Psiquiatria; Urg – Urgência

Quadro 55 – ESPE: factor III / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	323	6,85	7,00	1,613	6,00	8,00
Cirurgia	148	6,41	6,00	1,803	6,00	7,00
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	44	6,25	6,00	1,496	5,25	7,00
Mulher e Criança	88	6,73	7,00	1,645	6,00	8,00
Ortopedia	76	6,25	6,00	1,542	5,25	7,00
Cuidados Intensivos	60	7,12	7,00	2,018	6,00	9,00
Oncologia e Psiquiatria	64	6,22	6,00	1,588	6,00	7,00
Urgência	151	6,44	6,00	1,569	6,00	7,00
Total	954					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 28,829; gl = 7; $p = 0,000$						

Quadro 56 – ESPE: factor III / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Med	Cir	SN e OS	M e C	Ort	CI	Onc e Psi
Cir	$p = 0,006$						
SN e OS	$p = 0,006$	$p = 0,419$					
M e C	$p = 0,397$	$p = 0,200$	$p = 0,078$				
Ort	$p = 0,001$	$p = 0,344$	$p = 0,993$	$p = 0,047$			
CI	$p = 0,320$	$p = 0,017$	$p = 0,011$	$p = 0,183$	$p = 0,004$		
Onc e Psi	$p = 0,006$	$p = 0,535$	$p = 0,817$	$p = 0,091$	$p = 0,787$	$p = 0,010$	
Urg	$p = 0,003$	$p = 0,997$	$p = 0,349$	$p = 0,170$	$p = 0,266$	$p = 0,011$	$p = 0,501$

Med – Medicina ; Cir – Cirurgia; SN e OS – Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos;
M e C – Mulher e Criança; Ort – Ortopedia; CI – Cuidados Intensivos; Onc e Psi – Oncologia e Psiquiatria; Urg – Urgência

Quadro 57 – ESPE: factor IV / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	321	5,98	6,00	1,717	5,00	7,00
Cirurgia	146	6,12	6,00	1,718	5,00	7,00
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	44	5,82	6,00	1,769	4,00	7,00
Mulher e Criança	88	6,02	6,00	1,597	5,00	7,00
Ortopedia	76	5,49	5,50	1,851	4,00	7,00
Cuidados Intensivos	60	6,75	7,00	2,136	6,00	8,00
Oncologia e Psiquiatria	63	5,56	6,00	1,758	4,00	7,00
Urgência	150	5,77	6,00	1,684	5,00	7,00
Total	948					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 21,909; gl = 7; $p = 0,003$						

Quadro 58 – ESPE: factor IV / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Med	Cir	SN e OS	M e C	Ort	CI	Onc e Psi
Cir	$P = 0,368$						
SN e OS	$P = 0,465$	$p = 0,241$					
M e C	$P = 0,876$	$p = 0,584$	$p = 0,431$				
Ort	$P = 0,024$	$p = 0,011$	$p = 0,343$	$p = 0,041$			
CI	$P = 0,003$	$p = 0,029$	$p = 0,017$	$p = 0,014$	$p = 0,000$		
Onc e Psi	$P = 0,096$	$p = 0,041$	$p = 0,522$	$p = 0,118$	$p = 0,724$	$p = 0,001$	
Urg	$P = 0,297$	$p = 0,104$	$p = 0,938$	$p = 0,351$	$p = 0,183$	$p = 0,001$	$p = 0,408$

Med – Medicina ; Cir – Cirurgia; SN e OS – Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos;
M e C – Mulher e Criança; Ort – Ortopedia; CI – Cuidados Intensivos; Onc e Psi – Oncologia e Psiquiatria; Urg – Urgência

Quadro 59 – ESPE: factor V / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	313	10,72	10,00	3,232	8,00	13,00
Cirurgia	146	10,40	10,00	2,972	8,00	12,25
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	44	9,23	9,50	2,710	7,00	11,00
Mulher e Criança	86	10,93	11,00	2,524	9,00	12,00
Ortopedia	76	10,00	10,00	2,989	8,00	12,00
Cuidados Intensivos	60	11,00	11,00	3,146	9,00	13,00
Oncologia e Psiquiatria	64	9,97	9,50	3,044	8,00	12,00
Urgência	150	10,13	10,00	3,133	8,00	12,00
Total	939					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 18,417; gl = 7; $p = 0,010$						

Quadro 60 – ESPE: factor V / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Med	Cir	SN e OS	M e C	Ort	CI	Onc e Psi
Cir	$p = 0,226$						
SN e OS	$p = 0,005$	$p = 0,057$					
M e C	$p = 0,462$	$p = 0,030$	$p = 0,001$				
Ort	$p = 0,108$	$p = 0,563$	$p = 0,194$	$p = 0,035$			
CI	$p = 0,637$	$p = 0,132$	$p = 0,005$	$p = 0,939$	$p = 0,087$		
Onc e Psi	$p = 0,084$	$p = 0,395$	$p = 0,258$	$p = 0,026$	$p = 0,871$	$p = 0,065$	
Urg	$p = 0,063$	$p = 0,562$	$p = 0,117$	$p = 0,025$	$p = 0,874$	$p = 0,079$	$p = 0,709$

Med – Medicina ; Cir – Cirurgia; SN e OS – Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos;
M e C – Mulher e Criança; Ort – Ortopedia; CI – Cuidados Intensivos; Onc e Psi – Oncologia e Psiquiatria; Urg – Urgência

Quadro 61 – ESPE: factor VI / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	322	15,02	15,00	3,191	13,00	17,00
Cirurgia	148	14,89	15,00	3,220	12,25	17,00
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	43	13,26	13,00	3,274	11,00	16,00
Mulher e Criança	87	14,70	15,00	3,268	13,00	17,00
Ortopedia	77	14,47	15,00	3,455	12,00	16,00
Cuidados Intensivos	60	14,53	15,00	3,165	13,00	16,75
Oncologia e Psiquiatria	63	14,24	14,00	3,416	11,00	17,00
Urgência	152	14,54	14,00	3,003	12,25	16,00
Total	952					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 12,328; gl = 7; $p = 0,090$						

Quadro 62 – ESPE: factor VII / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	325	12,02	12,00	2,609	10,00	14,00
Cirurgia	147	11,95	12,00	2,589	10,00	14,00
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	43	10,95	11,00	2,439	9,00	12,00
Mulher e Criança	87	12,29	12,00	2,560	10,00	14,00
Ortopedia	77	11,91	11,00	2,525	10,00	13,00
Cuidados Intensivos	60	12,07	12,00	2,570	10,00	14,00
Oncologia e Psiquiatria	64	11,69	11,00	2,959	9,25	14,00
Urgência	152	11,57	11,00	2,732	10,00	13,00
Total	955					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 11,895; gl = 7; $p = 0,104$						

Quadro 63 – ESPE: género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	245	74,36	73,00	14,390	65,00	82,00
Feminino	657	79,74	79,00	14,240	70,00	89,00
Total	902					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 61727,50; Z = -5,390; $p = 0,000$						

Quadro 64 – ESPE: factor I / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	253	16,58	16,00	3,604	14,00	19,00
Feminino	681	18,25	18,00	3,772	16,00	21,00
Total	934					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 63655,50; Z = -6,159; $p = 0,000$						

Quadro 65 – ESPE: factor II / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	253	10,33	10,00	2,546	9,00	12,00
Feminino	697	11,10	11,00	2,416	10,00	12,00
Total	950					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 70452,50; Z = -4,784; $p = 0,000$						

Quadro 66 – ESPE: factor III / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	252	6,20	6,00	1,687	5,00	7,00
Feminino	707	6,75	7,00	1,647	6,00	8,00
Total	959					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 70974,00; Z = -4,946; $p = 0,000$						

Quadro 67 – ESPE: factor IV / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	254	5,63	6,00	1,827	4,00	7,00
Feminino	699	6,07	6,00	1,725	5,00	7,00
Total	953					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 75270,00; Z = -3,669; $p = 0,000$						

Quadro 68 – ESPE: factor V / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	250	10,01	10,00	3,037	8,00	12,00
Feminino	694	10,58	10,00	3,080	8,00	13,00
Total	944					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 76839,50; Z = -2,694; $p = 0,007$						

Quadro 69 – ESPE: factor VI / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	253	14,26	14,00	3,355	12,00	16,00
Feminino	704	14,83	15,00	3,163	13,00	17,00
Total	957					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 79414,50; Z = -2,568; $p = 0,010$						

Quadro 70 – ESPE: factor VII / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	254	11,32	11,00	2,681	10,00	13,00
Feminino	706	12,09	12,00	2,603	10,00	14,00
Total	960					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 74690,00; Z = -3,981; p = 0,000						

Quadro 71 – ESPE: idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	376	80,32	80,00	14,675	70,00	90,00
30 a 39 anos	318	77,28	77,00	14,178	69,00	87,00
40 a 49 anos	160	76,72	76,00	13,564	69,00	84,75
50 anos e mais	48	74,08	73,00	15,893	64,25	83,00
Total	902					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 12,998; gl = 3; p = 0,005						

Quadro 72 – ESPE: idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p.

Idade (classes)	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
30 a 39 anos	p = 0,008		
40 a 49 anos	p = 0,013	p = 0,805	
50 anos e mais	p = 0,013	p = 0,198	p = 0,293

Quadro 73 – ESPE: factor I / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	393	18,11	18,00	3,754	15,00	21,00
30 a 39 anos	326	17,53	17,00	3,788	15,00	20,00
40 a 49 anos	165	17,70	17,00	3,672	15,00	20,00
50 anos e mais	50	17,34	17,00	4,502	14,00	20,00
Total	934					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 5,446; gl = 3; $p = 0,142$						

Quadro 74 – ESPE: factor II / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	394	11,32	11,00	2,626	10,00	13,00
30 a 39 anos	329	10,76	11,00	2,375	9,00	12,00
40 a 49 anos	174	10,51	10,00	2,158	9,00	11,00
50 anos e mais	53	9,79	10,00	2,290	9,00	11,00
Total	950					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 26,688; gl = 3; $p = 0,000$						

Quadro 75 – ESPE: factor II / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Idade (classes)	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
30 a 39 anos	$p = 0,003$		
40 a 49 anos	$p = 0,000$	$p = 0,345$	
50 anos e mais	$p = 0,000$	$p = 0,008$	$p = 0,037$

Quadro 76 – ESPE: factor III / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	397	6,86	7,00	1,649	6,00	8,00
30 a 39 anos	333	6,59	6,00	1,687	6,00	7,00
40 a 49 anos	175	6,28	6,00	1,628	6,00	7,00
50 anos e mais	54	5,96	6,00	1,613	5,00	7,00
Total	959					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 22,158; gl = 3; $p = 0,000$						

Quadro 77 – ESPE: factor III / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Idade (classes)	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
30 a 39 anos	$p = 0,034$		
40 a 49 anos	$p = 0,000$	$p = 0,049$	
50 anos e mais	$p = 0,001$	$p = 0,015$	$p = 0,234$

Quadro 78 – ESPE: factor IV / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	397	5,87	6,00	1,754	5,00	7,00
30 a 39 anos	331	5,94	6,00	1,813	5,00	7,00
40 a 49 anos	172	6,08	6,00	1,701	5,00	7,00
50 anos e mais	53	6,30	6,00	1,682	5,00	7,00
Total	953					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 4,798; gl = 3; $p = 0,187$						

Quadro 79 – ESPE: factor V / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	389	10,95	11,00	3,225	9,00	13,00
30 a 39 anos	332	10,30	10,00	2,987	8,00	12,00
40 a 49 anos	172	9,96	10,00	2,802	8,00	12,00
50 anos e mais	51	8,88	8,00	2,558	7,00	10,00
Total	944					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 29,111; gl = 3; $p = 0,000$						

Quadro 80 – ESPE: factor V / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Idade (classes)	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
30 a 39 anos	$p = 0,007$		
40 a 49 anos	$p = 0,001$	$p = 0,253$	
50 anos e mais	$p = 0,000$	$p = 0,001$	$p = 0,007$

Quadro 81 – ESPE: factor VI / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	398	15,00	15,00	3,194	13,00	17,00
30 a 39 anos	332	14,51	14,00	3,209	12,00	17,00
40 a 49 anos	175	14,45	15,00	3,209	12,00	16,00
50 anos e mais	52	13,98	14,00	3,404	12,00	17,00
Total	957					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 6,628; gl = 3; $p = 0,085$						

Quadro 82 – ESPE: factor VII / idade. Teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	397	12,19	12,00	2,650	10,00	14,00
30 a 39 anos	335	11,75	12,00	2,631	10,00	14,00
40 a 49 anos	174	11,67	11,00	2,547	10,00	13,00
50 anos e mais	54	11,13	11,00	2,775	10,00	13,00
Total	960					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 10,424; gl = 3; $p = 0,015$						

Quadro 83 – ESPE: factor VII / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Idade (classes)	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
30 a 39 anos	$p = 0,037$		
40 a 49 anos	$p = 0,016$	$p = 0,511$	
50 anos e mais	$p = 0,019$	$p = 0,191$	$p = 0,429$

Quadro 84 – ESPE / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	349	79,98	79,00	14,398	70,00	89,50
Casado	501	77,32	77,00	14,589	69,00	86,00
Outro	52	76,12	77,00	12,873	67,00	84,00
Total	902					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 6,510; gl = 2; $p = 0,039$						

Quadro 85 – ESPE / estado civil. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Estado Civil	Solteiro	Casado
Casado	$p = 0,022$	
Outro	$p = 0,078$	$p = 0,551$

Quadro 86 – ESPE: factor I / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	361	18,11	18,00	3,689	15,00	21,00
Casado	516	17,63	17,00	3,858	15,00	20,00
Outro	57	17,30	17,00	3,873	15,00	20,00
Total	934					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 3,927; gl = 2; $p = 0,140$						

Quadro 87 – ESPE: factor II / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	367	11,22	11,00	2,522	10,00	13,00
Casado	524	10,67	11,00	2,410	9,00	12,00
Outro	59	10,83	11,00	2,554	9,00	12,00
Total	950					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 9,554; gl = 2; $p = 0,008$						

Quadro 88 – ESPE: factor II / estado civil. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Estado Civil	Solteiro	Casado
Casado	$p = 0,002$	
Outro	$p = 0,249$	$p = 0,744$

Quadro 89 – ESPE: factor III / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	366	6,86	7,00	1,691	6,00	8,00
Casado	531	6,46	6,00	1,638	6,00	7,00
Outro	62	6,42	6,00	1,773	6,00	8,00
Total	959					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 11,846; gl = 2; $p = 0,003$						

Quadro 90 – ESPE: factor III / estado civil. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Estado Civil	Solteiro	Casado
Casado	$p = 0,001$	
Outro	$p = 0,102$	$p = 0,995$

Quadro 91 – ESPE: factor IV / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	366	5,93	6,00	1,836	5,00	7,00
Casado	526	5,97	6,00	1,729	5,00	7,00
Outro	61	6,00	6,00	1,612	5,00	7,00
Total	953					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 0,543; gl = 2; $p = 0,762$						

Quadro 92 – ESPE: factor V / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	361	10,74	11,00	3,168	8,00	13,00
Casado	522	10,24	10,00	3,009	8,00	12,00
Outro	61	10,28	10,00	3,023	8,00	12,00
Total	944					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 5,075; gl = 2; $p = 0,079$						

Quadro 93 – ESPE: factor VI / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	368	14,82	15,00	3,141	12,25	17,00
Casado	527	14,60	15,00	3,313	12,00	17,00
Outro	62	14,42	14,00	2,912	12,00	16,00
Total	957					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 1,005; gl = 2; $p = 0,605$						

Quadro 94 – ESPE: factor VII / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	366	12,14	12,00	2,597	10,00	14,00
Casado	533	11,74	11,00	2,684	10,00	13,00
Outro	61	11,64	12,00	2,490	10,00	13,00
Total	960					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 4,248; gl = 2; $p = 0,120$						

Quadro 95 – ESPE: categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	370	80,19	80,00	14,403	70,00	90,00
Enfermeiro Graduado	417	77,11	77,00	14,056	69,00	86,00
Enfermeiro Especialista	115	76,37	74,00	15,572	68,00	86,00
Total	902					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 10,194; gl = 2; $p = 0,006$						

Quadro 96 – ESPE: categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Categoria profissional	Enfermeiro	Enfermeiro Graduado
Enfermeiro Graduado	$p = 0,005$	
Enfermeiro Especialista	$p = 0,019$	$p = 0,542$

Quadro 97 – ESPE: factor I / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	386	18,15	18,00	3,637	15,00	21,00
Enfermeiro Graduado	430	17,57	17,00	3,718	15,00	20,00
Enfermeiro Especialista	118	17,47	17,00	4,493	15,00	20,00
Total	934					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 4,921; gl = 2; $p = 0,085$						

Quadro 98 – ESPE: factor II / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	387	11,23	11,00	2,578	10,00	13,00
Enfermeiro Graduado	436	10,62	10,00	2,351	10,00	12,00
Enfermeiro Especialista	127	10,79	10,00	2,458	9,00	12,00
Total	950					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 14,107; gl = 2; $p = 0,001$						

Quadro 99 – ESPE: factor II / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Categoria profissional	Enfermeiro	Enfermeiro Graduado
Enfermeiro Graduado	$p = 0,000$	
Enfermeiro Especialista	$p = 0,035$	$p = 0,631$

Quadro 100 – ESPE: factor III / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	391	6,80	7,00	1,683	6,00	8,00
Enfermeiro Graduado	439	6,54	6,00	1,623	6,00	7,00
Enfermeiro Especialista	129	6,26	6,00	1,761	5,50	7,00
Total	959					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 12,822; gl = 2; $p = 0,002$						

Quadro 101 – ESPE: factor III / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Categoria profissional	Enfermeiro	Enfermeiro Graduado
Enfermeiro Graduado	$p = 0,033$	
Enfermeiro Especialista	$p = 0,001$	$p = 0,036$

Quadro 102 – ESPE: factor IV / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	390	5,86	6,00	1,800	5,00	7,00
Enfermeiro Graduado	436	5,98	6,00	1,685	5,00	7,00
Enfermeiro Especialista	127	6,15	6,00	1,899	5,00	7,00
Total	953					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 2,946; gl = 2; $p = 0,229$						

Quadro 103 – ESPE: factor V / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	385	10,94	11,00	3,240	9,00	13,00
Enfermeiro Graduado	432	10,14	10,00	2,914	8,00	12,00
Enfermeiro Especialista	127	9,87	9,00	2,910	8,00	12,00
Total	944					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 16,762; gl = 2; $p = 0,000$						

Quadro 104 – ESPE: factor V / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Categoria profissional	Enfermeiro	Enfermeiro Graduado
Enfermeiro Graduado	$p = 0,001$	
Enfermeiro Especialista	$p = 0,001$	$p = 0,326$

Quadro 105 – ESPE: factor VI / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	390	15,02	15,00	3,221	13,00	17,00
Enfermeiro Graduado	439	14,51	14,00	3,161	12,00	17,00
Enfermeiro Especialista	128	14,19	14,00	3,350	11,00	16,00
Total	957					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 7,087; gl = 2; $p = 0,029$						

Quadro 106 – ESPE: factor VI / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Categoria profissional	Enfermeiro	Enfermeiro Graduado
Enfermeiro Graduado	$p = 0,058$	
Enfermeiro Especialista	$p = 0,016$	$p = 0,238$

Quadro 107 – ESPE: factor VII / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	390	12,15	12,00	2,617	10,00	14,00
Enfermeiro Graduado	441	11,68	11,00	2,579	10,00	13,00
Enfermeiro Especialista	129	11,77	11,00	2,890	10,00	14,00
Total	960					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 6,323; gl = 2; $p = 0,042$						

Quadro 108 – ESPE: factor VII / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Categoria profissional	Enfermeiro	Enfermeiro Graduado
Enfermeiro Graduado	$p = 0,019$	
Enfermeiro Especialista	$p = 0,090$	$p = 0,788$

Quadro 109 – ESPE: tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	316	80,59	79,50	14,383	70,25	90,00
6 a 10 anos	202	77,49	78,00	14,962	67,00	88,00
11 a 15 anos	171	77,42	76,00	13,488	69,00	86,00
16 a 20 anos	85	77,16	77,00	13,595	69,50	84,50
Mais de 20 anos	128	75,72	75,00	15,169	67,25	84,50
Total	902					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 12,003; gl = 4; $p = 0,017$						

Quadro 110 – ESPE: tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos
6 a 10 anos	$p = 0,048$			
11 a 15 anos	$p = 0,026$	$p = 0,801$		
16 a 20 anos	$p = 0,095$	$p = 0,858$	$p = 0,849$	
Mais de 20 anos	$p = 0,002$	$p = 0,207$	$p = 0,262$	$p = 0,313$

Quadro 111 – ESPE: factor I / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	328	18,23	18,00	3,704	15,25	21,00
6 a 10 anos	209	17,53	17,00	3,729	15,00	20,00
11 a 15 anos	174	17,67	17,00	3,776	15,00	20,00
16 a 20 anos	92	17,90	18,00	3,886	15,00	20,75
Mais de 20 anos	131	17,22	17,00	4,056	15,00	20,00
Total	934					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 8,213; gl = 4; $p = 0,084$						

Quadro 112 – ESPE: factor II / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	332	11,31	11,00	2,603	10,00	13,00
6 a 10 anos	208	10,99	11,00	2,575	9,00	13,00
11 a 15 anos	175	10,56	10,00	2,240	9,00	12,00
16 a 20 anos	95	10,67	11,00	2,233	9,00	11,00
Mais de 20 anos	140	10,34	10,00	2,285	9,00	11,00
Total	950					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 19,678; gl = 4; $p = 0,001$						

Quadro 113 – ESPE: factor II / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos
6 a 10 anos	$p = 0,240$			
11 a 15 anos	$p = 0,001$	$p = 0,074$		
16 a 20 anos	$p = 0,027$	$p = 0,254$	$p = 0,591$	
Mais de 20 anos	$p = 0,000$	$p = 0,017$	$p = 0,560$	$p = 0,295$

Quadro 114 – ESPE: factor III / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	334	6,84	7,00	1,626	6,00	8,00
6 a 10 anos	210	6,63	6,00	1,679	6,00	8,00
11 a 15 anos	177	6,69	6,00	1,695	6,00	7,00
16 a 20 anos	97	6,26	6,00	1,529	5,50	7,00
Mais de 20 anos	141	6,18	6,00	1,754	5,00	7,00
Total	959					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 21,019; gl = 4; $p = 0,000$						

Quadro 115 – ESPE: factor III / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos
6 a 10 anos	$p = 0,131$			
11 a 15 anos	$p = 0,166$	$p = 0,953$		
16 a 20 anos	$p = 0,002$	$p = 0,071$	$p = 0,059$	
Mais de 20 anos	$p = 0,000$	$p = 0,012$	$p = 0,009$	$p = 0,624$

Quadro 116 – ESPE: factor IV / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	332	5,89	6,00	1,809	5,00	7,00
6 a 10 anos	211	5,82	6,00	1,758	5,00	7,00
11 a 15 anos	177	5,99	6,00	1,699	5,00	7,00
16 a 20 anos	93	6,08	6,00	1,819	5,00	7,00
Mais de 20 anos	140	6,19	6,00	1,692	5,00	7,00
Total	953					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 5,384; gl = 4; $p = 0,250$						

Quadro 117 – ESPE: factor V / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	328	10,95	11,00	3,246	9,00	13,00
6 a 10 anos	207	10,47	10,00	3,048	8,00	13,00
11 a 15 anos	176	10,10	10,00	2,848	8,00	12,00
16 a 20 anos	95	10,31	10,00	3,000	8,00	12,00
Mais de 20 anos	138	9,66	9,00	2,855	7,75	11,00
Total	944					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 20,364; gl = 4; $p = 0,000$						

Quadro 118 – ESPE: factor V / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos
6 a 10 anos	$p = 0,097$			
11 a 15 anos	$p = 0,005$	$p = 0,251$		
16 a 20 anos	$p = 0,088$	$p = 0,661$	$p = 0,603$	
Mais de 20 anos	$p = 0,000$	$p = 0,010$	$p = 0,117$	$p = 0,075$

Quadro 119 – ESPE: factor VI / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	334	15,07	15,00	3,176	13,00	17,00
6 a 10 anos	211	14,43	14,00	3,390	12,00	17,00
11 a 15 anos	177	14,69	15,00	3,151	13,00	17,00
16 a 20 anos	96	14,39	14,00	3,086	12,00	14,00
Mais de 20 anos	139	14,27	14,00	3,191	12,00	16,00
Total	957					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 6,909; gl = 4; $p = 0,141$						

Quadro 120 – ESPE: factor VII / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	333	12,24	12,00	2,584	10,00	14,00
6 a 10 anos	211	11,84	12,00	2,771	10,00	14,00
11 a 15 anos	179	11,70	11,00	2,490	10,00	14,00
16 a 20 anos	97	11,67	11,00	2,605	10,00	13,00
Mais de 20 anos	140	11,49	11,00	2,747	10,00	13,00
Total	960					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 10,191; gl = 4; $p = 0,037$						

Quadro 121 – ESPE: factor VII / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos
6 a 10 anos	$p = 0,113$			
11 a 15 anos	$p = 0,054$	$p = 0,728$		
16 a 20 anos	$p = 0,054$	$p = 0,496$	$p = 0,746$	
Mais de 20 anos	$p = 0,005$	$p = 0,206$	$p = 0,313$	$p = 0,611$

Quadro 122 – ESPE: tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfer- meiros	Média	Mediana	Desvio- Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	541	78,72	78,00	14,676	69,00	87,50
6 a 10 anos	214	78,90	80,00	14,392	70,00	87,00
11 a 15 anos	147	75,75	76,00	13,642	68,00	84,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	902					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 4,605; gl = 2; $p = 0,100$						

Quadro 123 – ESPE: factor I / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfer- meiros	Média	Mediana	Desvio- Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	559	17,77	18,00	3,770	15,00	20,00
6 a 10 anos	221	17,86	17,00	3,942	15,00	21,00
11 a 15 anos	154	17,79	18,00	3,718	15,00	20,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	934					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 0,058; gl = 2; $p = 0,971$						

Quadro 124 – ESPE: factor II / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfer- meiros	Média	Mediana	Desvio- Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	570	11,07	11,00	2,252	9,00	12,00
6 a 10 anos	224	10,90	11,00	2,442	9,00	12,00
11 a 15 anos	156	10,24	10,00	2,235	9,00	12,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	950					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 11,865; gl = 2; $p = 0,003$						

Quadro 125 – ESPE: factor II / tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos
6 a 10 anos	$p = 0,511$	
11 a 15 anos	$p = 0,001$	$p = 0,013$

Quadro 126 – ESPE: factor III / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	574	6,69	6,00	1,691	6,00	8,00
6 a 10 anos	227	6,61	6,00	1,745	6,00	7,00
11 a 15 anos	158	6,30	6,00	1,475	6,00	7,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	959					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 7,096; gl = 2; $p = 0,029$						

Quadro 127 – ESPE: factor III / tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos
6 a 10 anos	$p = 0,433$	
11 a 15 anos	$p = 0,008$	$p = 0,089$

Quadro 128 – ESPE: factor IV / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	571	5,94	6,00	1,769	5,00	7,00
6 a 10 anos	226	6,05	6,00	1,808	5,00	7,00
11 a 15 anos	156	5,88	6,00	1,673	5,00	7,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	953					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 0,902; gl = 2; $p = 0,637$						

Quadro 129 – ESPE: factor V / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	566	10,55	10,00	3,171	8,00	13,00
6 a 10 anos	222	10,68	10,00	2,954	9,00	13,00
11 a 15 anos	156	9,62	9,00	2,781	8,00	11,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	944					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 12,758; gl = 2; $p = 0,002$						

Quadro 130 – ESPE: factor V / tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos
6 a 10 anos	$p = 0,490$	
11 a 15 anos	$p = 0,001$	$p = 0,001$

Quadro 131 – ESPE: factor VI / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	574	14,73	15,00	3,191	12,00	17,00
6 a 10 anos	226	14,72	14,00	3,294	12,00	17,00
11 a 15 anos	157	14,42	15,00	3,241	12,00	17,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	957					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 0,460; gl = 2; $p = 0,794$						

Quadro 132 – ESPE: factor VII / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	572	11,95	12,00	2,637	10,00	14,00
6 a 10 anos	228	12,03	12,00	2,675	10,00	14,00
11 a 15 anos	160	11,44	11,00	2,538	10,00	13,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	960					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 5,195; gl = 2; $p = 0,074$						

Quadro 133 – ESPE: razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Razão da presença no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Opção própria	579	78,12	77,00	14,368	69,00	87,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	355	78,55	78,00	14,215	69,00	87,00
Total	934					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 93981,50; Z = -0,440; $p = 0,660$						

Quadro 134 – ESPE: factor I / razão de presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Razão da presença no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Opção própria	579	17,81	17,00	3,836	15,00	20,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	355	17,77	17,00	3,744	15,00	20,00
Total	934					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 101670,50; Z = -0,276; $p = 0,782$						

Quadro 135 – ESPE: factor II / razão de presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Razão da presença no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Opção própria	586	10,90	11,00	2,482	9,00	12,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	364	10,88	11,00	2,465	9,00	12,00
Total	950					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 106224,00; Z = -0,105; $p = 0,916$						

Quadro 136 – ESPE: factor III / razão de presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Razão da presença no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Opção própria	592	6,56	6,00	1,681	6,00	7,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	367	6,69	6,00	1,664	6,00	8,00
Total	959					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 102938,50; Z = -1,408; $p = 0,159$						

Quadro 137 – ESPE: factor IV / razão de presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Razão da presença no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Opção própria	589	5,98	6,00	1,759	5,00	7,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	364	5,91	6,00	1,769	5,00	7,00
Total	953					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 103631,50; Z = -0,882; $p = 0,378$						

Quadro 138 – ESPE: factor V / razão de presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Razão da presença no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Opção própria	581	10,36	10,00	3,017	8,00	12,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	363	10,54	10,00	3,174	8,00	13,00
Total	944					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 102373,50; Z = -0,759; $p = 0,448$						

Quadro 139 – ESPE: factor VI / razão de presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Razão da presença no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Opção própria	592	14,61	15,00	3,280	12,00	17,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	365	14,78	15,00	3,128	13,00	17,00
Total	957					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 105361,00; Z = -0,648; $p = 0,517$						

Quadro 140 – ESPE: factor VII / razão de presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Razão da presença no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Opção própria	595	11,82	12,00	2,701	10,00	14,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	365	11,99	12,00	2,550	10,00	14,00
Total	960					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 103879,00; Z = -1,138; p = 0,255						

Quadro 141 – ESPE: vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	526	76,99	76,00	14,275	69,00	86,00
Contratações e Outros	376	80,09	80,00	14,572	70,00	90,00
Total	902					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 87420,00; Z = -2,974; p = 0,003						

Quadro 142 – ESPE: factor I / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	541	17,62	17,00	3,886	15,00	20,00
Contratações e Outros	393	18,04	18,00	3,667	15,00	21,00
Total	934					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 100334,00; Z = -1,472; p = 0,141						

Quadro 143 – ESPE: factor II / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	556	10,64	10,00	2,34	9,00	12,00
Contratações e Outros	394	11,25	11,00	2,620	10,00	13,00
Total	950					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 93984,00; Z = -3,767; $p = 0,000$						

Quadro 144 – ESPE: factor III / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	562	6,44	6,00	1,667	6,00	7,00
Contratações e Outros	397	6,84	7,00	1,660	6,00	8,00
Total	959					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 97145,00; Z = -3,518; $p = 0,000$						

Quadro 145 – ESPE: factor IV / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	557	5,99	6,00	1,729	5,00	7,00
Contratações e Outros	396	5,91	6,00	1,810	5,00	7,00
Total	953					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 107361,00; Z = -0,713; $p = 0,476$						

Quadro 146 – ESPE: factor V / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	554	10,05	10,00	2,901	8,00	12,00
Contratações e Outros	390	10,97	11,00	3,239	9,00	13,00
Total	944					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 89862,50; Z = -4,426; $p = 0,000$						

Quadro 147 – ESPE: factor VI / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	559	14,48	14,00	3,214	12,00	17,00
Contratações e Outros	398	14,95	15,00	3,218	13,00	17,00
Total	957					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 102697,50; Z = -2,036; $p = 0,042$						

Quadro 148 – ESPE: factor VII / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	563	11,69	11,00	2,610	10,00	13,00
Contratações e Outros	397	12,17	12,00	2,671	10,00	14,00
Total	960					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 100891,00; Z = -2,587; $p = 0,010$						

Quadro 149 – Stresse global / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	161	2,16	2,00	0,724	2,00	3,00
Bragança	46	1,83	2,00	0,797	1,00	2,00
Porto	622	2,26	2,00	0,839	2,00	3,00
Viana do Castelo	37	2,05	2,00	0,815	2,00	2,00
Vila Real	83	2,14	2,00	0,939	1,00	3,00
Total	949					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 15,178; gl = 4; $p = 0,004$						

Quadro 150 – Stresse global: distrito. Testes de Mann-Whitney, valores de p .

	Braga	Bragança	Porto	Viana do Castelo
Bragança	$p = 0,014$			
Porto	$p = 0,133$	$p = 0,001$		
Viana do Castelo	$p = 0,369$	$p = 0,253$	$p = 0,099$	
Vila Real	$p = 0,625$	$p = 0,101$	$p = 0,137$	$p = 0,728$

Quadro 151 – Stresse: turno diurno de semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	160	2,00	2,00	0,861	1,00	3,00
Bragança	46	1,70	1,00	0,891	1,00	2,00
Porto	621	2,12	2,00	0,931	2,00	3,00
Viana do Castelo	37	1,84	2,00	0,834	1,00	2,00
Vila Real	83	1,98	2,00	0,924	1,00	3,00
Total	947					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 13,508; gl = 4; $p = 0,009$						

Quadro 152 – Stresse: turno diurno de semana / distrito. Testes de Mann-Whitney, valores de p .

	Braga	Bragança	Porto	Viana do Castelo
Bragança	$p = 0,064$			
Porto	$p = 0,109$	$p = 0,004$		
Viana do Castelo	$p = 0,291$	$p = 0,559$	$p = 0,049$	
Vila Real	$p = 0,824$	$p = 0,138$	$p = 0,152$	$p = 0,430$

Quadro 153 – Stresse: turno nocturno de semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	135	1,85	2,00	0,778	1,00	2,00
Bragança	36	1,75	2,00	0,841	1,00	2,00
Porto	522	1,96	2,00	0,856	1,00	2,00
Viana do Castelo	28	1,89	2,00	0,786	1,00	2,00
Vila Real	76	1,92	2,00	0,906	1,00	2,00
Total	797					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 3,300; gl = 4; $p = 0,509$						

Quadro 154 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	150	1,65	2,00	0,843	1,00	2,00
Bragança	42	1,69	2,00	0,780	1,00	2,00
Porto	567	1,72	2,00	0,862	1,00	2,00
Viana do Castelo	36	1,64	2,00	0,798	1,00	2,00
Vila Real	78	1,72	2,00	0,866	1,00	2,00
Total	873					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 1,500; gl = 4; $p = 0,827$						

Quadro 155 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	136	1,67	2,00	0,826	1,00	2,00
Bragança	37	1,73	2,00	0,902	1,00	2,00
Porto	530	1,82	2,00	0,889	1,00	2,00
Viana do Castelo	29	1,83	2,00	0,805	1,00	2,00
Vila Real	78	1,83	2,00	0,874	1,00	2,00
Total	810					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 3,456; gl = 4; $p = 0,485$						

Quadro 156 – Stresse global: tipo de serviço. Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney.

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	149	1,93	2,00	0,875	2,00	3,00
Internamento	800	2,19	2,00	0,823	2,00	3,00
Total	949					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 54778,50; Z = -1,701; $p = 0,089$						

Quadro 157 – Stresse: turno diurno de semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney,

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	149	1,93	2,00	0,871	1,50	2,00
Internamento	798	2,08	2,00	0,925	1,00	3,00
Total	647					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 54517,00; Z = -1,702; $p = 0,089$						

Quadro 158 – Stresse: turno nocturno de semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney,

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	131	2,06	2,00	0,901	2,00	3,00
Internamento	666	1,90	2,00	0,832	2,00	3,00
Total	797					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 39059,00; Z = -2,054; $p = 0,040$						

Quadro 159 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	140	1,99	2,00	0,929	1,25	3,00
Internamento	733	1,65	2,00	0,826	1,00	2,00
Total	873					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 39650,00; Z = -4,562; $p = 0,000$						

Quadro 160 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	136	2,04	2,00	0,922	2,00	3,00
Internamento	674	1,74	2,00	0,857	1,00	2,00
Total	810					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 36912,50; Z = -3,830; $p = 0,000$						

Quadro 161 – Stresse global: departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	322	2,23	2,00	0,810	2,00	2,00
Cirurgia	145	2,17	2,00	0,874	2,00	3,00
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	44	1,91	2,00	0,858	2,00	2,00
Mulher e Criança	88	2,09	2,00	0,672	2,00	2,00
Ortopedia	75	2,07	1,00	0,859	2,00	3,00
Cuidados Intensivos	60	2,52	2,00	0,873	2,00	3,00
Oncologia e Psiquiatria	61	2,18	2,00	0,785	2,00	3,00
Urgência	149	2,30	2,00	0,875	2,00	3,00
Total	944					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 18,781; gl = 7; $p = 0,009$						

Quadro 162 – Stresse global: departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Med	Cir	SN e OS	M e C	Ort	CI	Onc e Psi
Cir	$p = 0,433$						
SN e OS	$p = 0,042$	$p = 0,159$					
M e C	$p = 0,087$	$p = 0,386$	$p = 0,444$				
Ort	$p = 0,080$	$p = 0,297$	$p = 0,641$	$p = 0,696$			
CI	$p = 0,031$	$p = 0,016$	$p = 0,002$	$p = 0,002$	$p = 0,004$		
Onc e Psi	$p = 0,577$	$p = 0,971$	$p = 0,193$	$p = 0,426$	$p = 0,337$	$p = 0,037$	
Urg	$p = 0,358$	$p = 0,153$	$p = 0,017$	$p = 0,024$	$p = 0,030$	$p = 0,167$	$p = 0,261$

Quadro 163 – Stresse: turno diurno de semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	323	2,18	2,00	0,937	2,00	3,00
Cirurgia	145	2,04	2,00	0,897	1,00	3,00
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	44	1,84	2,00	0,805	1,00	2,00
Mulher e Criança	88	1,81	2,00	0,869	1,00	2,00
Ortopedia	74	2,07	2,00	0,859	1,00	3,00
Cuidados Intensivos	59	2,52	2,00	0,873	2,00	3,00
Oncologia e Psiquiatria	61	2,18	2,00	0,785	2,00	3,00
Urgência	149	2,30	2,00	0,875	2,00	3,00
Total	943					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 34,109; gl = 7; $p = 0,000$						

Quadro 164 – Stresse: turno diurno de semana / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Med	Cir	SN e OS	M e C	Ort	CI	Onc e Psi
Cir	$p = 0,091$						
SN e OS	$p = 0,019$	$p = 0,265$					
M e C	$p = 0,000$	$p = 0,052$	$p = 0,618$				
Ort	$p = 0,008$	$p = 0,198$	$p = 0,932$	$p = 0,647$			
CI	$p = 0,030$	$p = 0,002$	$p = 0,001$	$p = 0,000$	$p = 0,000$		
Onc e Psi	$p = 0,133$	$p = 0,727$	$p = 0,538$	$p = 0,241$	$p = 0,484$	$p = 0,007$	
Urg	$p = 0,003$	$p = 0,341$	$p = 0,628$	$p = 0,205$	$p = 0,506$	$p = 0,000$	$p = 0,770$

Quadro 165 – Stresse: turno nocturno de semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	277	1,84	2,00	0,852	1,00	2,00
Cirurgia	117	1,80	2,00	0,757	1,00	2,00
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	39	2,03	2,00	0,959	2,00	3,00
Mulher e Criança	72	1,88	2,00	0,786	1,00	2,00
Ortopedia	58	1,90	2,00	0,765	1,00	2,00
Cuidados Intensivos	53	2,17	2,00	0,826	2,00	3,00
Oncologia e Psiquiatria	47	2,04	2,00	0,884	1,00	3,00
Urgência	131	2,06	2,00	0,901	2,00	3,00
Total	794					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 15,397; gl = 7; $p = 0,031$						

Quadro 166 – Stresse: turno nocturno de semana / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Med	Cir	SN e OS	M e C	Ort	CI	Onc e Psi
Cir	$p = 0,506$						
SN e OS	$p = 0,210$	$p = 0,124$					
M e C	$p = 0,850$	$p = 0,488$	$p = 0,319$				
Ort	$p = 0,999$	$p = 0,620$	$p = 0,292$	$p = 0,865$			
CI	$p = 0,013$	$p = 0,007$	$p = 0,494$	$p = 0,046$	$p = 0,044$		
Onc e Psi	$p = 0,135$	$p = 0,078$	$p = 0,930$	$p = 0,246$	$p = 0,233$	$p = 0,528$	
Urg	$p = 0,021$	$p = 0,011$	$p = 0,914$	$p = 0,115$	$p = 0,100$	$p = 0,421$	$p = 0,966$

Quadro 167 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	304	1,61	2,00	0,825	1,00	2,00
Cirurgia	131	1,67	2,00	0,808	1,00	2,00
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	41	1,61	2,00	0,771	1,00	2,00
Mulher e Criança	79	1,53	1,00	0,782	1,00	2,00
Ortopedia	68	1,72	2,00	0,808	1,00	2,00
Cuidados Intensivos	56	1,98	2,00	0,904	1,00	2,00
Oncologia e Psiquiatria	50	1,60	1,50	0,857	1,50	2,00
Urgência	140	1,99	2,00	0,929	1,25	3,00
Total	869					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 30,077; gl = 7; $p = 0,000$						

Quadro 168 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Med	Cir	SN e OS	M e C	Ort	CI	Onc e Psi
Cir	$p = 0,596$						
SN e OS	$p = 0,870$	$p = 0,883$					
M e C	$p = 0,347$	$p = 0,209$	$p = 0,413$				
Ort	$p = 0,480$	$p = 0,791$	$p = 0,748$	$p = 0,179$			
CI	$p = 0,008$	$p = 0,034$	$p = 0,073$	$p = 0,003$	$p = 0,091$		
Onc e Psi	$p = 0,793$	$p = 0,558$	$p = 0,735$	$p = 0,677$	$p = 0,457$	$p = 0,029$	
Urg	$p = 0,000$	$p = 0,001$	$p = 0,013$	$p = 0,000$	$p = 0,013$	$p = 0,588$	$p = 0,004$

Quadro 169 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	283	1,66	2,00	0,874	1,00	2,00
Cirurgia	117	1,68	2,00	0,808	1,00	2,00
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	40	2,00	2,00	1,013	1,00	3,00
Mulher e Criança	72	1,71	2,00	0,813	1,00	2,00
Ortopedia	59	1,76	2,00	0,773	1,00	2,00
Cuidados Intensivos	53	2,08	2,00	0,851	2,00	3,00
Oncologia e Psiquiatria	47	1,85	2,00	0,834	1,00	2,00
Urgência	136	2,04	2,00	0,922	2,00	3,00
Total	807					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 29,834; gl = 7; $p = 0,000$						

Quadro 170 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Med	Cir	SN e OS	M e C	Ort	CI	Onc e Psi
Cir	$p = 0,951$						
SN e OS	$p = 0,027$	$p = 0,044$					
M e C	$p = 0,718$	$p = 0,775$	$p = 0,089$				
Ort	$p = 0,483$	$p = 0,531$	$p = 0,136$	$p = 0,755$			
CI	$p = 0,002$	$p = 0,005$	$p = 0,837$	$p = 0,017$	$p = 0,033$		
Onc e Psi	$p = 0,147$	$p = 0,186$	$p = 0,406$	$p = 0,316$	$p = 0,450$	$p = 0,215$	
Urg	$p = 0,000$	$p = 0,000$	$p = 0,866$	$p = 0,005$	$p = 0,013$	$p = 0,980$	$p = 0,162$

Quadro 171 – Stresse global: género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	254	2,06	2,00	0,885	2,00	3,00
Feminino	694	2,26	2,00	0,805	2,00	3,00
Total	948					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 76578,00; Z = -3,357; $p = 0,001$						

Quadro 172 – Stresse: turno diurno de semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	253	1,95	2,00	0,952	1,00	3,00
Feminino	693	2,09	2,00	0,903	2,00	3,00
Total	946					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 79240,50; Z = -2,395; $p = 0,017$						

Quadro 173 – Stresse: turno nocturno de semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	236	1,81	2,00	0,870	1,00	2,00
Feminino	560	1,97	2,00	0,830	2,00	2,00
Total	896					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 58846,50; Z = -2,647; $p = 0,008$						

Quadro 174 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	244	1,65	2,00	0,874	1,00	2,00
Feminino	628	1,72	2,00	0,843	1,00	2,00
Total	872					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 71729,00; Z = -1,565; p = 0,117						

Quadro 175 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	239	1,73	2,00	0,909	1,00	2,00
Feminino	570	1,82	2,00	0,860	1,00	2,00
Total	809					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 63765,00; Z = -1,533; p = 0,125						

Quadro 176 – Stresse global: idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	397	2,37	2,00	0,782	2,00	3,00
30 a 39 anos	326	2,15	2,00	0,837	2,00	3,00
40 a 49 anos	174	2,01	2,00	0,822	2,00	2,00
50 anos e mais	51	1,96	2,00	0,958	1,00	3,00
Total	948					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 31,688; gl = 3; p = 0,000						

Quadro 177 – Stresse global: idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Idade (classes)	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
30 a 39 anos	$p = 0,000$		
40 a 49 anos	$p = 0,000$	$p = 0,053$	
50 anos e mais	$p = 0,003$	$p = 0,224$	$p = 0,921$

Quadro 178 – Stresse: turno diurno de semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	397	2,29	2,00	0,858	2,00	3,00
30 a 39 anos	327	1,91	2,00	0,929	1,00	3,00
40 a 49 anos	171	1,84	2,00	0,890	1,00	2,00
50 anos e mais	51	1,84	2,00	1,007	1,00	2,00
Total	946					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 46,724; gl = 3; $p = 0,000$						

Quadro 179 – Stresse: turno diurno de semana / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Idade (classes)	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
30 a 39 anos	$p = 0,000$		
40 a 49 anos	$p = 0,000$	$p = 0,287$	
50 anos e mais	$p = 0,002$	$p = 0,670$	$p = 0,853$

Quadro 180 – Stresse: turno nocturno de semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	378	1,98	2,00	0,748	2,00	2,00
30 a 39 anos	278	1,89	2,00	0,928	1,00	2,25
40 a 49 anos	111	1,91	2,00	0,900	1,00	2,00
50 anos e mais	29	1,55	2,00	0,910	1,00	2,00
Total	796					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 6,192; gl = 3; $p = 0,103$						

Quadro 181 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	393	1,73	2,00	0,816	1,00	2,00
30 a 39 anos	304	1,70	2,00	0,922	1,00	2,00
40 a 49 anos	135	1,65	2,00	0,813	1,00	2,00
50 anos e mais	40	1,58	2,00	0,781	1,00	2,00
Total	872					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 0,969; gl = 3; $p = 0,809$						

Quadro 182 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	384	1,82	2,00	0,821	1,00	2,00
30 a 39 anos	279	1,77	2,00	0,931	1,00	2,00
40 a 49 anos	117	1,82	2,00	0,897	1,00	2,00
50 anos e mais	29	1,59	2,00	0,946	1,00	2,00
Total	809					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 1,217; gl = 3; $p = 0,749$						

Quadro 183 – Stresse global: estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	365	2,34	2,00	0,816	2,00	3,00
Casado	523	2,11	2,00	0,819	2,00	3,00
Outro	60	2,17	2,00	0,924	2,00	3,00
Total	948					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 17,275; gl = 2; $p = 0,000$						

Quadro 184 – Stresse global: estado civil. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Estado Civil	Solteiro	Casado
Casado	$p = 0,000$	
Outro	$p = 0,209$	$p = 0,511$

Quadro 185 – Stresse: turno diurno de semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	365	2,25	2,00	0,881	2,00	3,00
Casado	522	1,93	2,00	0,918	1,00	3,00
Outro	59	1,92	2,00	0,952	1,00	3,00
Total	946					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 26,990; gl = 2; $p = 0,000$						

Quadro 186 – Stresse: turno diurno de semana / estado civil. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Estado Civil	Solteiro	Casado
Casado	$p = 0,000$	
Outro	$p = 0,021$	$p = 0,890$

Quadro 187 – Stresse: turno nocturno de semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	339	1,95	2,00	0,767	1,00	2,00
Casado	408	1,91	2,00	0,889	1,00	2,00
Outro	49	1,90	2,00	0,984	1,00	3,00
Total	796					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 0,191; gl = 2; $p = 0,909$						

Quadro 188 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	351	1,73	2,00	0,836	1,00	2,00
Casado	468	1,68	2,00	0,855	1,00	2,00
Outro	53	1,70	2,00	0,932	1,00	2,00
Total	872					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 0,443; gl = 2; $p = 0,801$						

Quadro 189 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	343	1,77	2,00	0,810	1,00	2,00
Casado	418	1,79	2,00	0,911	1,00	2,00
Outro	48	1,94	2,00	0,998	1,00	3,00
Total	809					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 1,902; gl = 2; $p = 0,386$						

Quadro 190 – Stresse global: categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	391	2,39	2,00	0,767	2,00	3,00
Enfermeiro Graduado	428	2,05	2,00	0,835	2,00	3,00
Enfermeiro Especialista	129	2,15	2,00	0,894	2,00	3,00
Total	948					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 35,338; gl = 2; $p = 0,000$						

Quadro 191 – Stresse global: categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Categoria profissional	Enfermeiro	Enfermeiro Graduado
Enfermeiro Graduado	$p = 0,000$	
Enfermeiro Especialista	$p = 0,006$	$p = 0,199$

Quadro 192 – Stresse: turno diurno de semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	392	2,33	2,00	0,857	2,00	3,00
Enfermeiro Graduado	426	1,85	2,00	0,898	1,00	2,00
Enfermeiro Especialista	128	1,88	2,00	0,947	1,00	2,75
Total	946					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 65,236; gl = 2; $p = 0,000$						

Quadro 193 – Stresse: turno diurno de semana / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Categoria profissional	Enfermeiro	Enfermeiro Graduado
Enfermeiro Graduado	$p = 0,000$	
Enfermeiro Especialista	$p = 0,006$	$p = 0,785$

Quadro 194 – Stresse: turno nocturno de semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	370	2,00	2,00	0,756	2,00	2,00
Enfermeiro Graduado	366	1,86	2,00	0,894	2,00	2,00
Enfermeiro Especialista	60	1,87	2,00	1,016	1,00	2,75
Total	796					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 4,265; gl = 2; $p = 0,119$						

Quadro 195 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	388	1,74	2,00	0,818	2,00	2,00
Enfermeiro Graduado	390	1,67	2,00	0,866	2,00	2,00
Enfermeiro Especialista	94	1,68	2,00	0,930	1,00	2,00
Total	872					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 0,922; gl = 2; $p = 0,631$						

Quadro 196 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	376	1,81	2,00	0,819	1,00	2,00
Enfermeiro Graduado	368	1,79	2,00	0,908	1,00	2,00
Enfermeiro Especialista	65	1,71	2,00	0,996	1,00	2,00
Total	809					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 0,759; gl = 2; $p = 0,684$						

Quadro 197 – Stresse global: tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	333	2,42	2,00	0,786	2,00	3,00
6 a 10 anos	209	2,11	2,00	0,806	2,00	3,00
11 a 15 anos	173	2,19	2,00	0,865	2,00	3,00
16 a 20 anos	96	2,04	2,00	0,780	2,00	2,75
Mais de 20 anos	137	1,96	2,00	0,856	1,00	2,00
Total	948					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 38,939; gl = 4; $p = 0,000$						

Quadro 198 – Stresse global: tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos
6 a 10 anos	$p = 0,000$			
11 a 15 anos	$p = 0,002$	$p = 0,657$		
16 a 20 anos	$p = 0,000$	$p = 0,412$	$p = 0,264$	
Mais de 20 anos	$p = 0,000$	$p = 0,055$	$p = 0,028$	$p = 0,366$

Quadro 199 – Stresse: turno diurno de semana / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	334	2,33	2,00	0,869	2,00	3,00
6 a 10 anos	209	1,98	2,00	0,938	1,00	2,00
11 a 15 anos	172	1,97	2,00	0,908	1,00	2,00
16 a 20 anos	95	1,82	2,00	0,875	1,00	2,00
Mais de 20 anos	136	1,77	2,00	0,886	1,00	2,00
Total	946					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 53,128; gl = 4; $p = 0,000$						

Quadro 200 – Stresse: turno diurno de semana / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos
6 a 10 anos	$p = 0,000$			
11 a 15 anos	$p = 0,000$	$p = 0,660$		
16 a 20 anos	$p = 0,000$	$p = 0,125$	$p = 0,256$	
Mais de 20 anos	$p = 0,000$	$p = 0,023$	$p = 0,070$	$p = 0,629$

Quadro 201 – Stresse: turno nocturno de semana / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	319	1,99	2,00	0,746	2,00	2,00
6 a 10 anos	195	1,86	2,00	0,914	1,00	2,00
11 a 15 anos	138	1,94	2,00	0,910	1,00	3,00
16 a 20 anos	67	1,85	2,00	0,957	1,00	2,00
Mais de 20 anos	77	1,86	2,00	0,823	1,50	2,00
Total	796					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 3,274; gl = 4; $p = 0,513$						

Quadro 202 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	329	1,74	2,00	0,832	1,00	2,00
6 a 10 anos	205	1,65	2,00	0,914	1,00	2,00
11 a 15 anos	154	1,76	2,00	0,901	1,00	2,00
16 a 20 anos	80	1,60	2,00	0,789	1,00	2,00
Mais de 20 anos	104	1,67	2,00	0,756	1,00	2,00
Total	872					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 1,979; gl = 4; $p = 0,740$						

Quadro 203 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / tempo de exercício profissional.
Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	323	1,80	2,00	0,822	1,00	2,00
6 a 10 anos	196	1,71	2,00	0,906	1,00	2,00
11 a 15 anos	140	1,87	2,00	0,943	1,00	2,00
16 a 20 anos	70	1,81	2,00	0,921	1,00	2,00
Mais de 20 anos	80	1,80	2,00	0,848	1,00	2,00
Total	809					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 2,207; gl = 4; $p = 0,698$						

Quadro 204 – Stresse global: tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	571	2,28	2,00	0,802	2,00	3,00
6 a 10 anos	223	2,13	2,00	0,866	2,00	3,00
11 a 15 anos	154	2,05	2,00	0,858	2,00	3,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	948					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 10,826; gl = 2; $p = 0,004$						

Quadro 205 – Stresse global: tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos
6 a 10 anos	$p = 0,030$	
11 a 15 anos	$p = 0,003$	$p = 0,381$

Quadro 206 – Stresse: turno diurno de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	571	2,12	2,00	0,883	2,00	3,00
6 a 10 anos	222	2,02	2,00	0,998	1,00	2,00
11 a 15 anos	153	1,84	2,00	0,897	1,00	2,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	946					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 11,465; gl = 2; $p = 0,003$						

Quadro 207 – Stresse: turno diurno de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos
6 a 10 anos	$p = 0,135$	
11 a 15 anos	$p = 0,001$	$p = 0,108$

Quadro 208 – Stresse: turno nocturno de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	499	1,95	2,00	0,782	2,00	2,00
6 a 10 anos	189	1,86	2,00	0,949	1,00	2,00
11 a 15 anos	108	1,94	2,00	0,930	1,00	3,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	796					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 1,535; gl = 2; $p = 0,464$						

Quadro 209 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	534	1,72	2,00	0,841	1,00	2,00
6 a 10 anos	210	1,67	2,00	0,908	1,00	2,00
11 a 15 anos	128	1,66	2,00	0,806	1,00	2,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	872					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 0,553; gl = 2; $p = 0,758$						

Quadro 210 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	505	1,82	2,00	0,832	2,00	2,00
6 a 10 anos	195	1,67	2,00	0,934	1,00	2,00
11 a 15 anos	109	1,91	2,00	0,938	1,00	2,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	809					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 7,324; gl = 2; $p = 0,026$						

Quadro 211 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos
6 a 10 anos	$p = 0,038$	
11 a 15 anos	$p = 0,169$	$p = 0,017$

Quadro 212 – Stresse global: razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Razão da presença no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Opção própria	583	2,17	2,00	0,844	2,00	3,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	365	2,26	2,00	0,809	2,00	3,00
Total	948					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 101112,50; Z = -1,397; $p = 0,162$						

Quadro 213 – Stresse: turno diurno de semana / razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Razão da presença no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Opção própria	581	2,02	2,00	0,952	1,00	3,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	365	2,11	2,00	0,859	2,00	3,00
Total	946					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 99948,50; Z = -1,573; $p = 0,116$						

Quadro 214 – Stresse: turno nocturno de semana / razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Razão da presença no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Opção própria	493	1,90	2,00	0,861	1,00	2,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	303	1,97	2,00	0,817	2,00	2,00
Total	796					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 71670,00; Z = -1,039; $p = 0,299$						

Quadro 215 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Razão da presença no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Opção própria	539	1,71	2,00	0,879	2,00	2,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	333	1,70	2,00	0,807	1,00	2,00
Total	872					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 89197,50; Z = -0,162; $p = 0,872$						

Quadro 216 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço.
Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Razão da presença no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Opção própria	503	1,79	2,00	0,900	1,00	2,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	306	1,80	2,00	0,834	1,00	2,00
Total	809					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 76699,00; Z = -0,086; $p = 0,931$						

Quadro 217 – Stresse global: vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	551	2,09	2,00	0,856	2,00	2,00
Contratações e Outros	397	2,37	2,00	0,769	2,00	3,00
Total	948					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 90244,50; Z = -4,986; $p = 0,000$						

Quadro 218 – Stresse: turno diurno de semana / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	549	1,87	2,00	0,927	1,00	2,00
Contratações e Outros	397	2,30	2,00	0,844	2,00	3,00
Total	946					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 79973,50; Z = -7,396; $p = 0,000$						

Quadro 219 – Stresse: turno nocturno de semana / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	417	1,87	2,00	0,911	1,00	2,00
Contratações e Outros	379	1,98	2,00	0,763	2,00	2,00
Total	796					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 73957,50; Z = -1,695; $p = 0,090$						

Quadro 220 – Stresse: turno diurno de fim-de-semana / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	479	1,67	2,00	0,879	1,00	2,00
Contratações e Outros	393	1,74	2,00	0,818	1,00	2,00
Total	872					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 90374,50; Z = -1,083; $p = 0,279$						

Quadro 221 – Stresse: turno nocturno de fim-de-semana / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	425	1,79	2,00	0,918	1,00	2,00
Contratações e Outros	384	1,80	2,00	0,825	1,00	2,00
Total	809					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 81409,00; Z = -0,062; $p = 0,951$						

Apêndice 5 – Quadros relativos ao Estudo 3

Quadro 222 – AUDIT: pontos de corte

Pontuação total obtida no AUDIT	F	%
0 a 7	952	98,65
8 a 15	13	1,35
Total	965	100,00

Quadro 223 – AUDIT: questão 1

Quantas vezes bebe uma bebida alcoólica?	F	%
Nunca	268	27,78
1 vez por mês ou menos	334	34,61
2 a 4 vezes por mês	227	23,52
2 a 3 vezes por semana	85	8,81
4 ou mais vezes por semana	51	5,28
Total	965	100,00

Quadro 224 – AUDIT: questão 2

Num dia normal, quantos copos de uma bebida alcoólica bebe habitualmente?	F	%
1 ou 2	947	98,14
3 ou 4	17	1,76
7 a 9	1	0,10
Total	965	100,00

Quadro 225 – AUDIT: questão 3

Qual a frequência com que bebe 6 ou mais copos de uma bebida alcoólica numa única ocasião?	F	%
Nunca	833	86,32
Menos de 1 vez por mês	107	11,09
Pelo menos 1 vez por mês	20	2,07
Uma vez por semana	5	0,52
Total	965	100,00

Quadro 226 – AUDIT: questão 4

Durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu ter começado a beber uma bebida alcoólica e não conseguir parar?	F	%
Nunca	943	97,73
Menos de 1 vez por mês	17	1,76
Pelo menos 1 vez por mês	4	0,41
Não responde	1	0,10
Total	965	100,00

Quadro 227 – AUDIT: questão 5

Durante o último ano, quantas vezes não conseguiu fazer algo a que se tinha comprometido devido às bebidas alcoólicas?	F	%
Nunca	956	99,07
Menos de 1 vez por mês	8	0,83
Pelo menos 1 vez por mês	1	0,10
Total	965	100,00

Quadro 228 – AUDIT: questão 6

Durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu ter necessidade de beber uma bebida alcoólica pela manhã, para se sentir bem, depois de beber muito no dia anterior?	F	%
Nunca	963	99,79
Menos de 1 vez por mês	2	0,21
Total	965	100,00

Quadro 229 – AUDIT: questão 7

Durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu sentir-se culpado ou com remorsos depois de ter bebido?	F	%
Nunca	939	97,31
Menos de 1 vez por mês	25	2,59
Uma vez por semana	1	0,10
Total	965	100,00

Quadro 230 – AUDIT: questão 8

Durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu não se conseguir lembrar do que sucedeu na noite anterior por ter bebido?	F	%
Nunca	941	97,51
Menos de 1 vez por mês	24	2,49
Total	965	100,00

Quadro 231 – AUDIT: questão 9

O facto de ter bebido já foi causa de ferimentos em si próprio ou noutras pessoas?	F	%
Nunca	950	98,44
Sim, mas não no último ano	13	1,35
Sim, durante o último ano	2	0,21
Total	965	100,00

Quadro 232 – AUDIT: questão 10

Alguma vez um familiar, amigo, médico ou outra pessoa ligada à saúde se preocupou com os seus hábitos de bebida ou lhe sugeriu que reduzisse a bebida?	F	%
Nunca	952	98,65
Sim, mas não no último ano	10	1,04
Sim, durante o último ano	2	0,21
Não responde	1	0,10
Total	965	100,00

Quadro 233 – Unidades-padrão: pequeno-almoço / dia de semana

Unidades-padrão consumidas ao pequeno almoço de um dia de semana	F	%
0	965	100,00
Total	965	100,00

Quadro 234 – Unidades-padrão: meio da manhã / dia de semana

Unidades-padrão consumidas a meio da manhã de um dia de semana	F	%
0	965	100,00
Total	965	100,00

Quadro 235 – Unidades-padrão: almoço / dia de semana

Unidades-padrão consumidas ao almoço de um dia de semana	F	%
0	879	91,09
1	77	7,98
2	9	0,93
Total	965	100,00

Quadro 236 – Unidades-padrão: lanche / dia de semana

Unidades-padrão consumidas ao lanche de um dia de semana	F	%
0	957	99,17
1	8	0,83
Total	965	100,00

Quadro 237 – Unidades-padrão: jantar / dia de semana

Unidades-padrão consumidas ao jantar de um dia de semana	F	%
0	789	81,76
1	151	15,65
2	23	2,38
3	2	0,21
Total	965	100,00

Quadro 238 – Unidades-padrão: após o jantar / dia de semana

Unidades-padrão consumidas após o jantar de um dia de semana	F	%
0	912	94,51
1	44	4,56
2	8	0,83
5	1	0,10
Total	965	100,00

Quadro 239 – Unidades-padrão: total /dia de semana

Total de unidades-padrão consumidas num dia de semana	F	%
0	759	78,65
1	92	9,53
2	89	9,23
3	9	0,94
4	11	1,14
5	3	0,31
6	1	0,10
9	1	0,10
Total	965	100,00

Quadro 240 – Unidades-padrão: pequeno-almoço / dia de fim de semana

Unidades-padrão consumidas ao pequeno almoço de um dia de fim de semana	F	%
0	965	100,00
Total	965	100,00

Quadro 241 – Unidades-padrão: meio da manhã / dia de fim de semana

Unidades-padrão consumidas a meio da manhã de um dia de fim de semana típico	F	%
0	965	100,00
Total	965	100,00

Quadro 242 – Unidades-padrão: almoço / dia de fim de semana

Unidades-padrão consumidas ao almoço de um dia de fim de semana	F	%
0	750	77,72
1	181	18,76
2	32	3,32
3	2	0,20
Total	965	100,00

Quadro 243 – Unidades-padrão: lanche / dia de fim de semana

Unidades-padrão consumidas ao lanche de um dia de fim de semana	F	%
0	944	97,82
1	18	1,87
2	2	0,21
3	1	0,10
Total	965	100,00

Quadro 244 – Unidades-padrão: jantar / dia de fim de semana

Unidades-padrão consumidas ao jantar de um dia de fim de semana	F	%
0	633	65,60
1	258	26,74
2	62	6,42
3	9	0,93
4	2	0,21
5	1	0,10
Total	965	100,00

Quadro 245 – Unidades-padrão: após o jantar / dia de fim de semana

Unidades-padrão consumidas após o jantar de um dia de fim de semana	F	%
0	782	81,04
1	109	11,30
2	49	5,08
3	18	1,87
4	1	0,10
5	2	0,20
6	3	0,31
7	1	0,10
Total	965	100,00

Quadro 246 – Unidades-padrão: total / dia de fim de semana

Total de unidades-padrão consumidas num dia de fim de semana	F	%
0	537	55,65
1	127	13,16
2	190	19,69
3	42	4,35
4	40	4,15
5	15	1,55
6	4	0,41
7	3	0,31
8	1	0,10
9	4	0,41
12	1	0,10
15	1	0,10
Total	965	100,00

Quadro 247 – Unidades-padrão: totais / semana

Total de unidades-padrão consumidas em uma semana	F	%
0	534	55,34
1 a 5	218	22,59
6 a 10	92	9,53
11 a 15	80	8,29
16 a 20	15	1,55
21 a 25	9	0,93
26 a 30	10	1,04
Mais de 30	7	0,73
Total	965	100,00

Quadro 248 – AUDIT / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	162	1,46	1,00	1,450	0,00	2,00
Bragança	46	1,35	1,00	2,013	0,00	2,00
Porto	635	1,62	1,00	1,757	0,00	2,00
Viana do Castelo	37	1,86	1,00	2,136	0,00	2,50
Vila Real	85	2,21	1,00	1,890	1,00	3,50
Total	965					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 14,239; gl = 4; $p = 0,007$						

Quadro 249 – AUDIT / distrito. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Braga	Bragança	Porto	Viana do Castelo
Bragança	$p = 0,129$			
Porto	$p = 0,481$	$p = 0,041$		
Viana do Castelo	$p = 0,486$	$p = 0,117$	$p = 0,694$	
Vila Real	$p = 0,004$	$p = 0,002$	$p = 0,004$	$p = 0,215$

Quadro 250 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	162	1,44	1,00	1,436	0,00	2,00
Bragança	46	1,07	1,00	1,323	0,00	2,00
Porto	635	1,44	1,00	1,360	0,00	2,00
Viana do Castelo	37	1,68	1,00	1,651	0,00	2,50
Vila Real	85	2,05	1,00	1,738	1,00	3,00
Total	965					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 14,814; gl = 4; $p = 0,005$						

Quadro 251 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / distrito. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Braga	Bragança	Porto	Viana do Castelo
Bragança	$p = 0,071$			
Porto	$p = 0,717$	$p = 0,027$		
Viana do Castelo	$p = 0,509$	$p = 0,074$	$p = 0,564$	
Vila Real	$p = 0,010$	$p = 0,001$	$p = 0,003$	$p = 0,259$

Quadro 252 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	161	0,01	0,00	0,111	0,00	0,00
Bragança	46	0,13	0,00	0,542	0,00	0,00
Porto	635	0,04	0,00	0,286	0,00	0,00
Viana do Castelo	37	0,03	0,00	0,164	0,00	0,00
Vila Real	85	0,04	0,00	0,186	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 4,635; gl = 4; $p = 0,359$						

Quadro 253 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	162	0,01	0,00	0,079	0,00	0,00
Bragança	46	0,15	0,00	0,729	0,00	0,00
Porto	634	0,14	0,00	0,571	0,00	0,00
Viana do Castelo	37	0,16	0,00	0,688	0,00	0,00
Vila Real	85	0,13	0,00	0,431	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 12,107; gl = 4; $p = 0,017$						

Quadro 254 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / distrito. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Braga	Bragança	Porto	Viana do Castelo
Bragança	$p = 0,060$			
Porto	$p = 0,001$	$p = 0,457$		
Viana do Castelo	$p = 0,030$	$p = 0,843$	$p = 0,672$	
Vila Real	$p = 0,000$	$p = 0,340$	$p = 0,586$	$p = 0,520$

Quadro 255 – AUDIT / tipo de serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	152	1,71	1,00	1,893	0,00	3,00
Internamento	813	1,63	1,00	1,734	0,00	2,00
Total	965					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 61403,00; Z = -126; $p = 0,900$						

Quadro 256 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / tipo de serviço. Teste de Mann-Whitney.

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	152	1,56	1,00	1,581	0,00	2,00
Internamento	813	1,47	1,00	1,401	0,00	2,00
Total	965					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 61233,50; Z = -182; $p = 0,856$						

Quadro 257 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / tipo de serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	152	0,03	0,00	0,268	0,00	0,00
Internamento	812	0,04	0,00	0,274	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 61261,00; Z = -520; $p = 0,603$						

Quadro 258 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / tipo de serviço. Teste de Mann-Whitney.

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	152	0,12	0,00	0,445	0,00	0,00
Internamento	812	0,12	0,00	0,540	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 61054,00; Z = -495; $p = 0,621$						

Quadro 259 – AUDIT / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	326	1,55	1,00	1,895	0,00	2,00
Cirurgia	148	1,65	1,00	1,741	0,00	2,75
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	44	2,05	2,00	1,725	1,00	3,00
Mulher e Criança	88	1,15	1,00	1,120	0,00	2,00
Ortopedia	77	1,84	1,00	1,857	0,00	3,00
Cuidados Intensivos	60	1,90	2,00	1,548	1,00	2,00
Oncologia e Psiquiatria	64	1,88	2,00	1,496	1,00	3,00
Urgência	152	1,71	1,00	1,893	0,00	3,00
Total	959					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 22,195; gl = 7; $p = 0,002$						

Quadro 260 – AUDIT / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Med	Cir	SN e OS	M e C	Ort	CI	Onc e Psi
Cir	$p = 0,181$						
SN e OS	$p = 0,010$	$p = 0,102$					
M e C	$p = 0,374$	$p = 0,053$	$p = 0,002$				
Ort	$p = 0,075$	$p = 0,468$	$p = 0,373$	$p = 0,021$			
CI	$p = 0,008$	$p = 0,124$	$p = 0,753$	$p = 0,001$	$p = 0,486$		
Onc e Psi	$p = 0,009$	$p = 0,134$	$p = 0,776$	$p = 0,002$	$p = 0,512$	$p = 0,961$	
Urg	$p = 0,223$	$p = 0,929$	$p = 0,097$	$p = 0,073$	$p = 0,440$	$p = 0,116$	$p = 0,124$

Med – Medicina ; Cir – Cirurgia; SN e OS – Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos
M e C – Mulher e Criança; Ort – Ortopedia; CI – Cuidados Intensivos; Onc e Psi – Oncologia e Psiquiatria; Urg – Urgência

Quadro 261 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	326	1,34	1,00	1,439	0,00	2,00
Cirurgia	148	1,51	1,00	1,378	0,00	2,00
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	44	1,84	2,00	1,380	1,00	3,00
Mulher e Criança	88	1,14	1,00	1,106	0,00	2,00
Ortopedia	77	1,73	1,00	1,619	0,00	2,00
Cuidados Intensivos	60	1,77	2,00	1,395	1,00	2,00
Oncologia e Psiquiatria	64	1,69	2,00	1,271	1,00	2,00
Urgência	152	1,56	1,00	1,581	0,00	2,00
Total	959					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 22,531; gl = 7; $p = 0,002$						

Quadro 262 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Med	Cir	SN e OS	M e C	Ort	CI	Onc e Psi
Cir	$p = 0,112$						
SN e OS	$p = 0,006$	$p = 0,111$					
M e C	$p = 0,530$	$p = 0,068$	$p = 0,003$				
Ort	$p = 0,046$	$p = 0,460$	$p = 0,411$	$p = 0,029$			
CI	$p = 0,005$	$p = 0,152$	$p = 0,698$	$p = 0,002$	$p = 0,517$		
Onc e Psi	$p = 0,008$	$p = 0,209$	$p = 0,636$	$p = 0,004$	$p = 0,653$	$p = 0,969$	
Urg	$p = 0,161$	$p = 0,891$	$p = 0,093$	$p = 0,100$	$p = 0,415$	$p = 0,120$	$p = 0,166$

Med – Medicina ; Cir – Cirurgia; SN e OS – Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos;
M e C – Mulher e Criança; Ort – Ortopedia; CI – Cuidados Intensivos; Onc e Psi – Oncologia e Psiquiatria; Urg – Urgência

Quadro 263 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	326	0,06	0,00	0,337	0,00	0,00
Cirurgia	148	0,05	0,00	0,316	0,00	0,00
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	44	0,05	0,00	0,211	0,00	0,00
Mulher e Criança	87	0,00	0,00	0,000	0,00	0,00
Ortopedia	77	0,03	0,00	0,160	0,00	0,00
Cuidados Intensivos	60	0,05	0,00	0,287	0,00	0,00
Oncologia e Psiquiatria	64	0,00	0,00	0,000	0,00	0,00
Urgência	152	0,00	0,00	0,268	0,00	0,00
Total	958					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 6,507; gl = 7; $p = 0,482$						

Quadro 264 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	326	0,15	0,00	0,623	0,00	0,00
Cirurgia	148	0,09	0,00	0,486	0,00	0,00
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	43	0,16	0,00	0,531	0,00	0,00
Mulher e Criança	88	0,01	0,00	0,107	0,00	0,00
Ortopedia	77	0,09	0,00	0,435	0,00	0,00
Cuidados Intensivos	60	0,08	0,00	0,424	0,00	0,00
Oncologia e Psiquiatria	64	0,19	0,00	0,753	0,00	0,00
Urgência	152	0,12	0,00	0,445	0,00	0,00
Total	958					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 28,351; gl = 7; $p = 0,303$						

Quadro 265 – AUDIT / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	255	2,82	3,00	2,107	1,00	4,00
Feminino	709	1,22	1,00	1,392	0,00	2,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 45358,00; Z = -12,174; $p = 0,000$						

Quadro 266 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	255	2,48	2,00	1,657	1,00	4,00
Feminino	709	1,12	1,00	1,146	0,00	2,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 45671,50; Z = -12,127; $p = 0,000$						

Quadro 267 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	255	0,08	0,00	0,373	0,00	0,00
Feminino	708	0,02	0,00	0,225	0,00	0,00
Total	963					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 86239,50; Z = -3,842; $p = 0,000$						

Quadro 268 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney..

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	254	0,26	0,00	0,745	0,00	0,00
Feminino	709	0,07	0,00	0,411	0,00	0,00
Total	963					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 80941,50; Z = -5,668; $p = 0,000$						

Quadro 269 – AUDIT / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	400	1,70	1,00	1,933	0,00	2,00
30 a 39 anos	335	1,43	1,00	1,508	0,00	2,00
40 a 49 anos	175	1,76	1,00	1,671	1,00	3,00
50 anos e mais	54	2,11	1,50	2,006	0,00	4,00
Total	964				0,00	2,00
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 8,765; gl = 3; $p = 0,033$						

Quadro 270 – AUDIT / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Idade (classes)	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
30 a 39 anos anos	$p = 0,163$		
40 a 49 anos	$p = 0,182$	$p = 0,014$	
50 anos e mais	$p = 0,145$	$p = 0,029$	$p = 0,425$

Quadro 271 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	400	1,45	1,00	1,420	0,00	2,00
30 a 39 anos	335	1,35	1,00	1,338	0,00	2,00
40 a 49 anos	175	1,69	1,00	1,492	1,00	2,00
50 anos e mais	54	1,89	1,50	1,734	0,00	3,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 9,464; gl = 3; $p = 0,024$						

Quadro 272 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Idade (classes)	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
30 a 39 anos	$p = 0,325$		
40 a 49 anos	$p = 0,054$	$p = 0,009$	
50 anos e mais	$p = 0,109$	$p = 0,043$	$p = 0,626$

Quadro 273 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	400	0,07	0,00	0,365	0,00	0,00
30 a 39 anos	334	0,02	0,00	0,196	0,00	0,00
40 a 49 anos	175	0,02	0,00	0,076	0,00	0,00
50 anos e mais	54	0,04	0,00	0,272	0,00	0,00
Total	963					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 10,285; gl = 3; $p = 0,016$						

Quadro 274 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Idade (classes)	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
30 a 39 anos	$p = 0,020$		
40 a 49 anos	$p = 0,015$	$p = 0,358$	
50 anos e mais	$p = 0,371$	$p = 0,838$	$p = 0,374$

Quadro 275 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	399	0,18	0,00	0,637	0,00	0,00
30 a 39 anos	335	0,06	0,00	0,382	0,00	0,00
40 a 49 anos	175	0,06	0,00	0,431	0,00	0,00
50 anos e mais	54	0,19	0,00	0,617	0,00	0,00
Total	963					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 20,992; gl = 3; $p = 0,000$						

Quadro 276 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Idade (classes)	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
30 a 39 anos	$p = 0,000$		
40 a 49 anos	$p = 0,001$	$p = 0,544$	
50 anos e mais	$p = 0,860$	$p = 0,038$	$p = 0,023$

Quadro 277 – AUDIT / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	369	1,71	1,00	1,886	1,00	2,00
Casado	533	1,55	1,00	1,627	0,00	2,00
Outro	62	2,00	1,00	2,033	0,75	3,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 3,022; gl = 2; $p = 0,221$						

Quadro 278 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	369	1,49	1,00	1,391	1,00	2,00
Casado	533	1,46	1,00	1,443	0,00	2,00
Outro	62	1,68	1,00	1,556	0,75	2,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 1,484; gl = 2; $p = 0,476$						

Quadro 279 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	368	0,07	0,00	0,371	0,00	0,00
Casado	533	0,02	0,00	0,143	0,00	0,00
Outro	62	0,06	0,00	0,400	0,00	0,00
Total	963					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 5,871; gl = 2; $p = 0,053$						

Quadro 280 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	368	0,15	0,00	0,609	0,00	0,00
Casado	533	0,08	0,00	0,402	0,00	0,00
Outro	62	0,26	0,00	0,828	0,00	0,00
Total	963					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 9,010; gl = 2; $p = 0,011$						

Quadro 281 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / estado civil. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Estado Civil	Solteiro	Casado
Casado	$p = 0,011$	
Outro	$p = 0,427$	$p = 0,016$

Quadro 282 – AUDIT / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	393	1,70	1,00	1,847	0,00	2,00
Enfermeiro Graduado	442	1,60	1,00	1,769	0,00	2,00
Enfermeiro Especialista	129	1,58	1,00	1,434	1,00	2,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 0,870; gl = 2; $p = 0,647$						

Quadro 283 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	393	1,48	1,00	1,416	0,00	2,00
Enfermeiro Graduado	442	1,46	1,00	1,446	0,00	2,00
Enfermeiro Especialista	129	1,58	1,00	1,434	1,00	2,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 1,193; gl = 2; $p = 0,551$						

Quadro 284 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	393	0,05	0,00	0,319	0,00	0,00
Enfermeiro Graduado	442	0,04	0,00	0,267	0,00	0,00
Enfermeiro Especialista	128	0,00	0,00	0,000	0,00	0,00
Total	963					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 5,882; gl = 2; $p = 0,053$						

Quadro 285 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	392	0,17	0,00	0,617	0,00	0,00
Enfermeiro Graduado	442	0,11	0,00	0,510	0,00	0,00
Enfermeiro Especialista	129	0,00	0,00	0,000	0,00	0,00
Total	963					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 15,474; gl = 2; $p = 0,000$						

Quadro 286 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Categoria profissional	Enfermeiro	Enfermeiro Graduado
Enfermeiro Graduado	$p = 0,030$	
Enfermeiro Especialista	$p = 0,000$	$p = 0,007$

Quadro 287 – AUDIT / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	336	1,64	1,00	1,771	0,00	2,00
6 a 10 anos	211	1,67	1,00	1,984	0,00	2,00
11 a 15 anos	179	1,28	1,00	1,419	0,00	2,00
16 a 20 anos	97	1,89	2,00	1,701	1,00	3,00
Mais de 20 anos	141	1,87	1,00	1,758	1,00	3,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 14,524; gl = 4; $p = 0,006$						

Quadro 288 – AUDIT / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos
6 a 10 anos	$p = 0,839$			
11 a 15 anos	$p = 0,043$	$p = 0,099$		
16 a 20 anos	$p = 0,064$	$p = 0,062$	$p = 0,001$	
Mais de 20 anos	$p = 0,102$	$p = 0,094$	$p = 0,002$	$p = 0,720$

Quadro 289 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	336	1,41	1,00	1,335	0,00	2,00
6 a 10 anos	211	1,49	1,00	1,532	0,00	2,00
11 a 15 anos	179	1,21	1,00	1,253	0,00	2,00
16 a 20 anos	97	1,85	2,00	1,543	1,00	3,00
Mais de 20 anos	141	1,75	1,00	1,550	1,00	3,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 17,631; gl = 4; $p = 0,001$						

Quadro 290 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos
6 a 10 anos	$p = 0,960$			
11 a 15 anos	$p = 0,079$	$p = 0,108$		
16 a 20 anos	$p = 0,012$	$p = 0,026$	$p = 0,001$	
Mais de 20 anos	$p = 0,034$	$p = 0,063$	$p = 0,001$	$p = 0,560$

Quadro 291 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	336	0,06	0,00	0,318	0,00	0,00
6 a 10 anos	211	0,05	0,00	0,327	0,00	0,00
11 a 15 anos	179	0,02	0,00	0,236	0,00	0,00
16 a 20 anos	96	0,01	0,00	0,102	0,00	0,00
Mais de 20 anos	141	0,01	0,00	0,168	0,00	0,00
Total	963					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 8,095; gl = 4; $p = 0,088$						

Quadro 292 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	335	0,18	0,00	0,635	0,00	0,00
6 a 10 anos	211	0,13	0,00	0,562	0,00	0,00
11 a 15 anos	179	0,06	0,00	0,378	0,00	0,00
16 a 20 anos	97	0,03	0,00	0,305	0,00	0,00
Mais de 20 anos	141	0,10	0,00	0,452	0,00	0,00
Total	963					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 15, 678; gl = 4; $p = 0,003$						

Quadro 293 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos
6 a 10 anos	$p = 0,276$			
11 a 15 anos	$p = 0,004$	$p = 0,056$		
16 a 20 anos	$p = 0,005$	$P = 0,027$	$p = 0,343$	
Mais de 20 anos	$p = 0,089$	$p = 0,433$	$p = 0,307$	$p = 0,103$

Quadro 294 – AUDIT / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	576	1,55	1,00	1,634	0,00	2,00
6 a 10 anos	228	1,82	1,00	2,121	0,00	3,00
11 a 15 anos	160	1,70	1,00	1,613	1,00	2,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 2,503; gl = 2; $p = 0,286$						

Quadro 295 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / tempo de exercício profissional no actual serviço.
Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfer- meiros	Média	Mediana	Desvio- Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	576	1,39	1,00	1,329	0,00	2,00
6 a 10 anos	228	1,63	1,00	1,649	0,00	2,00
11 a 15 anos	160	1,61	1,00	1,437	1,00	2,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 3,597; gl = 2; $p = 0,166$						

Quadro 296 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / tempo de exercício profissional no actual serviço.
Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfer- meiros	Média	Mediana	Desvio- Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	575	0,04	0,00	0,258	0,00	0,00
6 a 10 anos	228	0,06	0,00	0,377	0,00	0,00
11 a 15 anos	160	0,01	0,00	0,079	0,00	0,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	963					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 3,096; gl = 2; $p = 0,213$						

Quadro 297 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / tempo de exercício profissional no actual serviço.
Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfer- meiros	Média	Mediana	Desvio- Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	575	0,12	0,00	0,514	0,00	0,00
6 a 10 anos	228	0,13	0,00	0,586	0,00	0,00
11 a 15 anos	160	0,09	0,00	0,481	0,00	0,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	963					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 2,613; gl = 2; $p = 0,271$						

Quadro 298 – AUDIT / razão do exercício no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Razão da presença no actual Serviço	Enfer- meiros	Média	Mediana	Desvio- Padrão	Q1	Q3
Opção própria	595	1,69	1,00	1,816	0,00	2,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	369	1,57	1,00	1,665	0,00	2,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 105431,00; Z = -1,067; $p = 0,286$						

Quadro 299 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / razão do exercício no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Razão da presença no actual Serviço	Enfer- meiros	Média	Mediana	Desvio- Padrão	Q1	Q3
Opção própria	595	1,52	1,00	1,449	0,00	2,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	369	1,42	1,00	1,403	0,00	2,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 105084,50; Z = -1,155; $p = 0,248$						

Quadro 300 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / razão do exercício no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Razão da presença no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Opção própria	595	0,04	0,00	0,309	0,00	0,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	368	0,03	0,00	0,200	0,00	0,00
Total	963					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 109203,00; Z = -0,240; $p = 0,811$						

Quadro 301 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / razão do exercício no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Razão da presença no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Opção própria	595	0,12	0,00	0,554	0,00	0,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	368	0,12	0,00	0,478	0,00	0,00
Total	963					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 107822,00; Z = -0,936; $p = 0,349$						

Quadro 302 – AUDIT / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	564	1,59	1,00	1,656	0,00	2,00
Contratações e Outros	400	1,71	1,00	1,896	0,00	2,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 111733,00; Z = -0,258; $p = 0,796$						

Quadro 303 – AUDIT: questões 1, 2 e 3 / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	564	1,48	1,00	1,421	0,00	2,00
Contratações e Outros	400	1,49	1,00	1,447	0,00	2,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 112569,50; Z = -0,056; $p = 0,955$						

Quadro 304 – AUDIT: questões 4, 5 e 6 / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	563	0,03	0,00	0,240	0,00	0,00
Contratações e Outros	400	0,05	0,00	0,313	0,00	0,00
Total	963					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 110868,50; Z = -1,478; $p = 0,139$						

Quadro 305 – AUDIT: questões 7, 8, 9 e 10 / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	564	0,08	0,00	0,437	0,00	0,00
Contratações e Outros	399	0,17	0,00	0,628	0,00	0,00
Total	963					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 106439,00; Z = -3,387; $p = 0,001$						

Quadro 306 – Consumos: almoço em dias de semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	162	0,11	0,00	0,352	0,00	0,00
Bragança	46	0,09	0,00	0,285	0,00	0,00
Porto	635	0,06	0,00	0,270	0,00	0,00
Viana do Castelo	37	0,22	0,00	0,417	0,00	0,00
Vila Real	85	0,28	0,00	0,526	0,00	0,50
Total	965					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 41,088; gl = 4; $p = 0,000$						

Quadro 307 – Consumos: almoço em dias de semana / distrito. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Braga	Bragança	Porto	Viana do Castelo
Bragança	$p = 0,794$			
Porto	$p = 0,064$	$p = 0,439$		
Viana do Castelo	$p = 0,054$	$p = 0,098$	$p = 0,000$	
Vila Real	$p = 0,002$	$p = 0,024$	$p = 0,000$	$p = 0,649$

Quadro 308 – Consumos: lanche em dias de semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	162	0,01	0,00	0,079	0,00	0,00
Bragança	46	0,00	0,00	0,000	0,00	0,00
Porto	635	0,00	0,00	0,069	0,00	0,00
Viana do Castelo	37	0,00	0,00	0,000	0,00	0,00
Vila Real	85	0,05	0,00	0,213	0,00	0,00
Total	965					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 17,286; gl = 4; $p = 0,002$						

Quadro 309 – Consumos: lanche em dias de semana / distrito. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Braga	Bragança	Porto	Viana do Castelo
Bragança	$p = 0,594$			
Porto	$p = 0,816$	$p = 0,641$		
Viana do Castelo	$p = 0,633$	$p = 1,000$	$p = 0,675$	
Vila Real	$p = 0,031$	$p = 0,137$	$p = 0,000$	$p = 0,181$

Quadro 310 – Consumos: jantar em dias de semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	162	0,20	0,00	0,475	0,00	0,00
Bragança	46	0,15	0,00	0,420	0,00	0,00
Porto	635	0,19	0,00	0,453	0,00	0,00
Viana do Castelo	37	0,38	0,00	0,639	0,00	1,00
Vila Real	85	0,33	0,00	0,565	0,00	1,00
Total	965					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 12,508; gl = 4; $p = 0,014$						

Quadro 311 – Consumos: jantar em dias de semana / distrito. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Braga	Bragança	Porto	Viana do Castelo
Bragança	$p = 0,492$			
Porto	$p = 0,827$	$p = 0,528$		
Viana do Castelo	$p = 0,045$	$p = 0,038$	$p = 0,016$	
Vila Real	$p = 0,047$	$p = 0,050$	$p = 0,009$	$p = 0,695$

Quadro 312 – Consumos: após o jantar em dias de semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	162	0,05	0,00	0,268	0,00	0,00
Bragança	46	0,04	0,00	0,295	0,00	0,00
Porto	635	0,07	0,00	0,330	0,00	0,00
Viana do Castelo	37	0,03	0,00	0,164	0,00	0,00
Vila Real	85	0,12	0,00	0,359	0,00	0,00
Total	965					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 6,666; gl = 4; $p = 0,155$						

Quadro 313 – Consumos: almoço em dias de semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	152	0,14	0,00	0,389	0,00	0,00
Internamento	813	0,09	0,00	0,315	0,00	0,00
Total	965					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 58678,00; Z = -1,997; $p = 0,046$						

Quadro 314 – Consumos: lanche em dias de semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	152	0,03	0,00	0,161	0,00	0,00
Internamento	813	0,00	0,00	0,007	0,00	0,00
Total	965					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 60466,00; Z = -2,669; p = 0,008						

Quadro 315 – Consumos: jantar em dias de semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	152	0,23	0,00	0,481	0,00	0,00
Internamento	813	0,21	0,00	0,475	0,00	0,00
Total	965					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 60246,00; Z = -0,729; p = 0,466						

Quadro 316 – Consumos: após o jantar em dias de semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	152	0,09	0,00	0,333	0,00	0,00
Internamento	813	0,06	0,00	0,313	0,00	0,00
Total	965					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 60028,00; Z = -1,414; p = 0,157						

Quadro 317 – Consumos: almoço em dias de semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	326	0,07	0,00	0,284	0,00	0,00
Cirurgia	148	0,05	0,00	0,227	0,00	0,00
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	44	0,11	0,00	0,321	0,00	0,00
Mulher e Criança	88	0,08	0,00	0,272	0,00	0,00
Ortopedia	77	0,14	0,00	0,388	0,00	0,00
Cuidados Intensivos	60	0,18	0,00	0,504	0,00	0,00
Oncologia e Psiquiatria	64	0,11	0,00	0,362	0,00	0,00
Urgência	152	0,14	0,00	0,389	0,00	0,00
Total	959					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 13,091; gl = 7; $p = 0,070$						

Quadro 318 – Consumos: lanche em dias de semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	326	0,00	0,00	0,055	0,00	0,00
Cirurgia	148	0,01	0,00	0,082	0,00	0,00
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	44	0,00	0,00	0,000	0,00	0,00
Mulher e Criança	88	0,00	0,00	0,000	0,00	0,00
Ortopedia	77	0,03	0,00	0,160	0,00	0,00
Cuidados Intensivos	60	0,00	0,00	0,000	0,00	0,00
Oncologia e Psiquiatria	64	0,00	0,00	0,000	0,00	0,00
Urgência	152	0,03	0,00	0,161	0,00	0,00
Total	959					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 12,112; gl = 7; $p = 0,097$						

Quadro 319 – Consumos: jantar em dias de semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	326	0,17	0,00	0,454	0,00	0,00
Cirurgia	148	0,22	0,00	0,478	0,00	0,00
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	44	0,23	0,00	0,476	0,00	0,00
Mulher e Criança	88	0,11	0,00	0,319	0,00	0,00
Ortopedia	77	0,34	0,00	0,598	0,00	1,00
Cuidados Intensivos	60	0,28	0,00	0,555	0,00	0,00
Oncologia e Psiquiatria	64	0,23	0,00	0,496	0,00	0,00
Urgência	152	0,23	0,00	0,481	0,00	0,00
Total	959					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 13,105; gl = 7; $p = 0,070$						

Quadro 320 – Consumos: após o jantar em dias de semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	326	0,06	0,00	0,359	0,00	0,00
Cirurgia	148	0,07	0,00	0,288	0,00	0,00
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	44	0,11	0,00	0,321	0,00	0,00
Mulher e Criança	88	0,01	0,00	0,107	0,00	0,00
Ortopedia	77	0,04	0,00	0,253	0,00	0,00
Cuidados Intensivos	60	0,12	0,00	0,372	0,00	0,00
Oncologia e Psiquiatria	64	0,08	0,00	0,324	0,00	0,00
Urgência	152	0,09	0,00	0,333	0,00	0,00
Total	959					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 13,091; gl = 7; $p = 0,070$						

Quadro 321 – Consumos: almoço em dias de semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	255	0,25	0,00	0,500	0,00	0,00
Feminino	709	0,05	0,00	0,214	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 74756,00; Z = -8,305; $p = 0,000$						

Quadro 322 – Consumos: lanche em dias de semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	255	0,02	0,00	0,152	0,00	0,00
Feminino	709	0,00	0,00	0,053	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 88525,50; Z = -3,125; $p = 0,002$						

Quadro 323 – Consumos: jantar em dias de semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	255	0,43	0,00	0,616	0,00	1,00
Feminino	709	0,13	0,00	0,386	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 67856,50; Z = -8,813; $p = 0,000$						

Quadro 324 – Consumos: após o jantar em dias de semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	255	0,18	0,00	0,439	0,00	0,00
Feminino	709	0,03	0,00	0,248	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 78376,50; Z = -7,984; $p = 0,000$						

Quadro 325 – Consumos: almoço em dias de semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	400	0,03	0,00	0,164	0,00	0,00
30 a 39 anos	335	0,10	0,00	0,333	0,00	0,00
40 a 49 anos	175	0,21	0,00	0,437	0,00	0,00
50 anos e mais	54	0,28	0,00	0,564	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 57,221; gl = 3; $p = 0,000$						

Quadro 326 – Consumos: almoço em dias de semana / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Idade (classes)	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
30 a 39 anos	$p = 0,001$		
40 a 49 anos	$p = 0,000$	$p = 0,000$	
50 anos e mais	$p = 0,000$	$p = 0,000$	$p = 0,626$

Quadro 327 – Consumos: lanche em dias de semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	400	0,01	0,00	0,071	0,00	0,00
30 a 39 anos	335	0,00	0,00	0,000	0,00	0,00
40 a 49 anos	175	0,02	0,00	0,150	0,00	0,00
50 anos e mais	54	0,04	0,00	0,191	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 13,244; gl = 3; $p = 0,004$						

Quadro 328 – Consumos: lanche em dias de semana / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Idade (classes)	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
30 a 39 anos	$p = 0,195$		
40 a 49 anos	$p = 0,053$	$p = 0,006$	
50 anos e mais	$p = 0,018$	$p = 0,000$	$p = 0,569$

Quadro 329 – Consumos: jantar em dias de semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	400	0,14	0,00	0,421	0,00	0,00
30 a 39 anos	335	0,21	0,00	0,464	0,00	0,00
40 a 49 anos	175	0,30	0,00	0,539	0,00	1,00
50 anos e mais	54	0,43	0,00	0,602	0,00	1,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 30,939; gl = 3; $p = 0,000$						

Quadro 330 – Consumos: jantar em dias de semana / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Idade (classes)	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
30 a 39 anos	$p = 0,009$		
40 a 49 anos	$p = 0,000$	$p = 0,054$	
50 anos e mais	$p = 0,000$	$p = 0,002$	$p = 0,118$

Quadro 331 – Consumos: após o jantar em dias de semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	400	0,10	0,00	0,407	0,00	0,00
30 a 39 anos	335	0,05	0,00	0,251	0,00	0,00
40 a 49 anos	175	0,03	0,00	0,212	0,00	0,00
50 anos e mais	54	0,02	0,00	0,136	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 8,014; gl = 3; $p = 0,046$						

Quadro 332 – Consumos: após o jantar em dias de semana / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Idade (classes)	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
30 a 39 anos	$p = 0,098$		
40 a 49 anos	$p = 0,026$	$p = 0,304$	
50 anos e mais	$p = 0,111$	$p = 0,328$	$p = 0,684$

Quadro 333 – Consumos: almoço em dias de semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	369	0,04	0,00	0,185	0,00	0,00
Casado	533	0,15	0,00	0,399	0,00	0,00
Outro	62	0,06	0,00	0,248	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 24,620 gl = 2; $p = 0,000$						

Quadro 334 – Consumos: almoço em dias de semana / estado civil. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Estado Civil	Solteiro	Casado
Casado	$p = 0,000$	
Outro	$p = 0,274$	$p = 0,134$

Quadro 335 – Consumos: lanche em dias de semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	369	0,01	0,00	0,074	0,00	0,00
Casado	533	0,01	0,00	0,106	0,00	0,00
Outro	62	0,00	0,00	0,000	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 1,456 gl = 2; $p = 0,483$						

Quadro 336 – Consumos: jantar em dias de semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	369	0,14	0,00	0,404	0,00	0,00
Casado	533	0,25	0,00	0,505	0,00	0,00
Outro	62	0,31	0,00	0,561	0,00	1,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 16,688 gl = 2; $p = 0,000$						

Quadro 337 – Consumos: jantar em dias de semana / estado civil. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Estado Civil	Solteiro	Casado
Casado	$p = 0,000$	
Outro	$p = 0,003$	$P = 0,441$

Quadro 338 – Consumos: após o jantar em dias de semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	369	0,09	0,00	0,400	0,00	0,00
Casado	533	0,04	0,00	0,217	0,00	0,00
Outro	62	0,15	0,00	0,438	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 8,989 gl = 2; $p = 0,011$						

Quadro 339 – Consumos: após o jantar em dias de semana / estado civil. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Estado Civil	Solteiro	Casado
Casado	$p = 0,026$	
Outro	$p = 0,238$	$p = 0,006$

Quadro 340 – Consumos: almoço em dias de semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	393	0,04	0,00	0,227	0,00	0,00
Enfermeiro Graduado	442	0,13	0,00	0,376	0,00	0,00
Enfermeiro Especialista	129	0,16	0,00	0,384	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 22,175; gl = 2; $p = 0,000$						

Quadro 341 – Consumos: almoço em dias de semana / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Categoria profissional	Enfermeiro	Enfermeiro Graduado
Enfermeiro Graduado	$p = 0,000$	
Enfermeiro Especialista	$p = 0,000$	$p = 0,388$

Quadro 342 – Consumos: lanche em dias de semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	393	0,00	0,00	0,050	0,00	0,00
Enfermeiro Graduado	442	0,01	0,00	1,600	0,00	0,00
Enfermeiro Especialista	129	0,02	0,00	0,124	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 2,880; gl = 2; $p = 0,237$						

Quadro 343 – Consumos: jantar em dias de semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	393	0,16	0,00	0,445	0,00	0,00
Enfermeiro Graduado	442	0,24	0,00	0,502	0,00	0,00
Enfermeiro Especialista	129	0,25	0,00	0,468	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 9,817; gl = 2; $p = 0,007$						

Quadro 344 – Consumos: jantar em dias de semana / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Categoria profissional	Enfermeiro	Enfermeiro Graduado
Enfermeiro Graduado	$p = 0,005$	
Enfermeiro Especialista	$p = 0,012$	$p = 0,654$

Quadro 345 – Consumos: após o jantar em dias de semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	393	0,10	0,00	0,399	0,00	0,00
Enfermeiro Graduado	442	0,06	0,00	0,259	0,00	0,00
Enfermeiro Especialista	129	0,02	0,00	0,176	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 9,132; gl = 2; $p = 0,010$						

Quadro 346 – Consumos: após o jantar em dias de semana / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Categoria profissional	Enfermeiro	Enfermeiro Graduado
Enfermeiro Graduado	$p = 0,111$	
Enfermeiro Especialista	$p = 0,005$	$p = 0,034$

Quadro 347 – Consumos: almoço em dias de semana / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	336	0,03	0,00	0,170	0,00	0,00
6 a 10 anos	211	0,10	0,00	0,363	0,00	0,00
11 a 15 anos	179	0,06	0,00	0,230	0,00	0,00
16 a 20 anos	97	0,26	0,00	0,463	0,00	0,50
Mais de 20 anos	141	0,20	0,00	0,466	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 58,205; gl = 4; $p = 0,000$						

Quadro 348 – Consumos: almoço em dias de semana / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos
6 a 10 anos	$p = 0,004$			
11 a 15 anos	$p = 0,145$	$p = 0,246$		
16 a 20 anos	$p = 0,000$	$p = 0,000$	$p = 0,000$	
Mais de 20 anos	$p = 0,000$	$p = 0,017$	$p = 0,001$	$p = 0,176$

Quadro 349 – Consumos: lanche em dias de semana / tempo de exercício profissional.
Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	336	0,00	0,00	0,000	0,00	0,00
6 a 10 anos	211	0,01	0,00	0,097	0,00	0,00
11 a 15 anos	179	0,00	0,00	0,000	0,00	0,00
16 a 20 anos	97	0,01	0,00	0,102	0,00	0,00
Mais de 20 anos	141	0,04	0,00	0,186	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 17,016; gl = 4; $p = 0,002$						

Quadro 350 – Consumos: lanche em dias de semana / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos
6 a 10 anos	$p = 0,074$			
11 a 15 anos	$p = 1,000$	$p = 0,192$		
16 a 20 anos	$p = 0,063$	$p = 0,945$	$p = 0,174$	
Mais de 20 anos	$p = 0,001$	$p = 0,088$	$p = 0,011$	$p = 0,225$

Quadro 351 – Consumos: jantar em dias de semana / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	336	0,15	0,00	0,393	0,00	0,00
6 a 10 anos	211	0,21	0,00	0,532	0,00	0,00
11 a 15 anos	179	0,16	0,00	0,364	0,00	0,00
16 a 20 anos	97	0,40	0,00	0,640	0,00	1,00
Mais de 20 anos	141	0,30	0,00	0,517	0,00	1,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 28,990; gl = 4; $p = 0,000$						

Quadro 352 – Consumos: jantar em dias de semana / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos
6 a 10 anos	$p = 0,269$			
11 a 15 anos	$p = 0,472$	$p = 0,745$		
16 a 20 anos	$p = 0,000$	$p = 0,001$	$p = 0,000$	
Mais de 20 anos	$p = 0,000$	$p = 0,023$	$p = 0,010$	$p = 0,262$

Quadro 353 – Consumos: após o jantar em dias de semana / tempo de exercício profissional.
Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	336	0,09	0,00	0,315	0,00	0,00
6 a 10 anos	211	0,08	0,00	0,434	0,00	0,00
11 a 15 anos	179	0,05	0,00	0,243	0,00	0,00
16 a 20 anos	97	0,07	0,00	0,331	0,00	0,00
Mais de 20 anos	141	0,01	0,00	0,119	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 9,023; gl = 4; $p = 0,061$						

Quadro 354 – Consumos: almoço em dias de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	576	0,06	0,00	0,256	0,00	0,00
6 a 10 anos	228	0,14	0,00	0,406	0,00	0,00
11 a 15 anos	160	0,17	0,00	0,408	0,00	0,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 17,824; gl = 2; $p = 0,000$						

Quadro 355 – Consumos: almoço em dias de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos
6 a 10 anos	$p = 0,004$	
11 a 15 anos	$p = 0,000$	$p = 0,308$

Quadro 356 – Consumos: lanche em dias de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	576	0,00	0,00	0,042	0,00	0,00
6 a 10 anos	228	0,02	0,00	0,147	0,00	0,00
11 a 15 anos	160	0,01	0,00	0,111	0,00	0,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 8,496; gl = 2; $p = 0,014$						

Quadro 357 – Consumos: lanche em dias de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos
6 a 10 anos	$p = 0,003$	
11 a 15 anos	$p = 0,059$	$p = 0,493$

Quadro 358 – Consumos: jantar em dias de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	576	0,18	0,00	0,428	0,00	0,00
6 a 10 anos	228	0,26	0,00	0,538	0,00	0,00
11 a 15 anos	160	0,27	0,00	0,535	0,00	0,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 7,043; gl = 2; $p = 0,030$						

Quadro 359 – Consumos: jantar em dias de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos
6 a 10 anos	$p = 0,040$	
11 a 15 anos	$p = 0,026$	$p = 0,745$

Quadro 360 – Consumos: após o jantar em dias de semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	576	0,07	0,00	0,286	0,00	0,00
6 a 10 anos	228	0,08	0,00	0,433	0,00	0,00
11 a 15 anos	160	0,03	0,00	0,207	0,00	0,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 4,192; gl = 2; $p = 0,123$						

Quadro 361 – Consumos: almoço em dias de semana / razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Razão da presença no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Opção própria	595	0,11	0,00	0,345	0,00	0,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	369	0,08	0,00	0,298	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 106454,50; Z = -1,601; $p = 0,109$						

Quadro 362 – Consumos: lanche em dias de semana / razão da presença no actual serviço.

Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Razão da presença no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Opção própria	595	0,01	0,00	0,100	0,00	0,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	369	0,01	0,00	0,074	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 109265,50; Z = -0,775; $p = 0,438$						

Quadro 363 – Consumos: jantar em dias de semana / razão da presença no actual serviço.

Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Razão da presença no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Opção própria	595	0,24	0,00	0,504	0,00	0,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	369	0,17	0,00	0,424	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 104206,50; Z = -1,977; $p = 0,048$						

Quadro 364 – Consumos: após o jantar em dias de semana / razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Razão da presença no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Opção própria	595	0,07	0,00	0,343	0,00	0,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	369	0,06	0,00	0,269	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 104206,50; Z = -1,977; $p = 0,705$						

Quadro 365 – Consumos: almoço em dias de semana / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	564	0,13	0,00	0,368	0,00	0,00
Contratações e Outros	400	0,05	0,00	0,255	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 104324,00; Z = -4,029; $p = 0,000$						

Quadro 366 – Consumos: lanche em dias de semana / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	564	0,01	0,00	0,111	0,00	0,00
Contratações e Outros	400	0,00	0,00	0,050	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 111682,00; Z = -1,670; $p = 0,095$						

Quadro 367 – Consumos: jantar em dias de semana / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	564	0,25	0,00	0,498	0,00	0,00
Contratações e Outros	400	0,16	0,00	0,438	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 102427,00; Z = -3,631; $p = 0,000$						

Quadro 368 – Consumos: após o jantar em dias de semana / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	564	0,04	0,00	0,235	0,00	0,00
Contratações e Outros	400	0,10	0,00	0,403	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 102427,00; Z = -3,631; p = 0,000						

Quadro 369 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	162	0,31	0,00	0,571	0,00	1,00
Bragança	46	0,15	0,00	0,420	0,00	0,00
Porto	635	0,22	0,00	0,476	0,00	0,00
Viana do Castelo	37	0,54	0,00	0,605	0,00	1,00
Vila Real	85	0,39	0,00	0,674	0,00	1,00
Total	965					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 23,271; gl = 4; p = 0,000						

Quadro 370 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / distrito. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Braga	Bragança	Porto	Viana do Castelo
Bragança	$p = 0,077$			
Porto	$p = 0,089$	$p = 0,280$		
Viana do Castelo	$p = 0,009$	$p = 0,001$	$p = 0,000$	
Vila Real	$p = 0,441$	$p = 0,032$	$p = 0,024$	$p = 0,081$

Quadro 371 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	162	0,02	0,00	0,156	0,00	0,00
Bragança	46	0,00	0,00	0,000	0,00	0,00
Porto	635	0,02	0,00	0,193	0,00	0,00
Viana do Castelo	37	0,00	0,00	0,000	0,00	0,00
Vila Real	85	0,08	0,00	0,277	0,00	0,00
Total	965					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 17,484; gl = 4; $p = 0,002$						

Quadro 372 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / distrito. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Braga	Bragança	Porto	Viana do Castelo
Bragança	$p = 0,283$			
Porto	$p = 0,446$	$p = 0,392$		
Viana do Castelo	$p = 0,335$	$p = 1,000$	$p = 0,442$	
Vila Real	$p = 0,037$	$p = 0,046$	$p = 0,000$	$p = 0,073$

Quadro 373 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	162	0,43	0,00	0,658	0,00	1,00
Bragança	46	0,35	0,00	0,640	0,00	1,00
Porto	635	0,43	0,00	0,695	0,00	1,00
Viana do Castelo	37	0,54	0,00	0,803	0,00	1,00
Vila Real	85	0,48	0,00	0,701	0,00	1,00
Total	965					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 2,097; gl = 4; $p = 0,718$						

Quadro 374 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / distrito. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Distrito	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Braga	162	0,21	0,00	0,594	0,00	0,00
Bragança	46	0,20	0,00	0,910	0,00	0,00
Porto	635	0,33	0,00	0,781	0,00	0,00
Viana do Castelo	37	0,05	0,00	0,229	0,00	0,00
Vila Real	85	0,52	0,00	1,119	0,00	1,00
Total	965					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 17,471; gl = 4; $p = 0,002$						

Quadro 375 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / distrito. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Braga	Bragança	Porto	Viana do Castelo
Bragança	$p = 0,417$			
Porto	$p = 0,030$	$p = 0,048$		
Viana do Castelo	$p = 0,176$	$p = 0,554$	$p = 0,020$	
Vila Real	$p = 0,004$	$p = 0,009$	$p = 0,110$	$p = 0,004$

Quadro 376 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	152	0,28	0,00	0,507	0,00	1,00
Internamento	813	0,26	0,00	0,524	0,00	0,00
Total	965					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 59547,50; Z = -0,981; $p = 0,326$						

Quadro 377 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	152	0,03	0,00	0,179	0,00	0,00
Internamento	813	0,02	0,00	0,191	0,00	0,00
Total	965					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 60979,00; Z = -1,015; $p = 0,310$						

Quadro 378 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	152	0,42	0,00	0,593	0,00	1,00
Internamento	813	0,44	0,00	0,707	0,00	1,00
Total	965					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 60792,00; Z = -0,378; $p = 0,706$						

Quadro 379 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / tipo de serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Tipo de Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Urgência	152	0,39	0,00	0,869	0,00	0,00
Internamento	813	0,30	0,00	0,770	0,00	0,00
Total	965					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 59025,00; Z = -1,283; $p = 0,200$						

Quadro 380 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	326	0,19	0,00	0,497	0,00	0,00
Cirurgia	148	0,26	0,00	0,500	0,00	0,00
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	44	0,30	0,00	0,462	0,00	1,00
Mulher e Criança	88	0,23	0,00	0,473	0,00	0,00
Ortopedia	77	0,39	0,00	0,588	0,00	1,00
Cuidados Intensivos	60	0,35	0,00	0,659	0,00	0,75
Oncologia e Psiquiatria	64	0,31	0,00	0,531	0,00	1,00
Urgência	152	0,28	0,00	0,507	0,00	1,00
Total	959					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 18,803; gl = 7; $p = 0,009$						

Quadro 381 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Med	Cir	SN e OS	M e C	Ort	CI	Onc e Psi
Cir	$p = 0,031$						
SN e OS	$p = 0,025$	$p = 0,495$					
M e C	$p = 0,254$	$p = 0,570$	$p = 0,285$				
Ort	$p = 0,000$	$p = 0,097$	$p = 0,519$	$p = 0,051$			
CI	$p = 0,044$	$p = 0,645$	$p = 0,858$	$p = 0,392$	$p = 0,404$		
Onc e Psi	$p = 0,015$	$p = 0,494$	$p = 0,956$	$p = 0,275$	$p = 0,446$	$p = 0,892$	
Urg	$p = 0,008$	$p = 0,699$	$p = 0,683$	$p = 0,368$	$p = 0,179$	$p = 0,852$	$p = 0,702$

Med – Medicina ; Cir – Cirurgia; SN e OS – Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos; M e C – Mulher e Criança; Ort – Ortopedia; CI – Cuidados Intensivos; Onc e Psi – Oncologia e Psiquiatria; Urg – Urgência

Quadro 382 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	326	0,03	0,00	0,182	0,00	0,00
Cirurgia	148	0,03	0,00	0,259	0,00	0,00
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	44	0,02	0,00	0,151	0,00	0,00
Mulher e Criança	88	0,01	0,00	0,107	0,00	0,00
Ortopedia	77	0,03	0,00	0,160	0,00	0,00
Cuidados Intensivos	60	0,05	0,00	0,287	0,00	0,00
Oncologia e Psiquiatria	64	0,00	0,00	0,000	0,00	0,00
Urgência	152	0,03	0,00	0,179	0,00	0,00
Total	959					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 3,748; gl = 7; $p = 0,808$						

Quadro 383 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	326	0,41	0,00	0,734	0,00	1,00
Cirurgia	148	0,47	0,00	0,769	0,00	1,00
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	44	0,61	0,00	0,722	0,00	1,00
Mulher e Criança	88	0,28	0,00	0,454	0,00	1,00
Ortopedia	77	0,53	0,00	0,680	0,00	1,00
Cuidados Intensivos	60	0,57	0,00	0,810	0,00	1,00
Oncologia e Psiquiatria	64	0,38	0,00	0,577	0,00	1,00
Urgência	152	0,42	0,00	0,593	0,00	1,00
Total	959					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 12,548; gl = 7; $p = 0,084$						

Quadro 384 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / departamento. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Departamento	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Medicina	326	0,35	0,00	0,880	0,00	0,00
Cirurgia	148	0,24	0,00	0,684	0,00	0,00
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	44	0,52	0,00	0,902	0,00	1,00
Mulher e Criança	88	0,07	0,00	0,295	0,00	0,00
Ortopedia	77	0,32	0,00	0,895	0,00	0,00
Cuidados Intensivos	60	0,37	0,00	0,688	0,00	1,00
Oncologia e Psiquiatria	64	0,25	0,00	0,563	0,00	0,00
Urgência	152	0,39	0,00	0,869	0,00	0,00
Total	959					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 21,682; gl = 7; $p = 0,003$						

Quadro 385 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / departamento. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Med	Cir	SN e OS	M e C	Ort	CI	Onc e Psi
Cir	$p = 0,200$						
SN e OS	$p = 0,036$	$p = 0,327$					
M e C	$p = 0,188$	$p = 0,048$	$p = 0,008$				
Ort	$p = 0,569$	$p = 0,196$	$p = 0,052$	$p = 0,480$			
CI	$p = 0,049$	$p = 0,421$	$p = 0,848$	$p = 0,013$	$p = 0,071$		
Onc e Psi	$p = 0,418$	$p = 0,905$	$p = 0,364$	$p = 0,081$	$p = 0,292$	$p = 0,452$	
Urg	$p = 0,076$	$p = 0,697$	$p = 0,492$	$p = 0,026$	$p = 0,120$	$p = 0,621$	$p = 0,682$

Med – Medicina ; Cir – Cirurgia; SN e OS – Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos; M e C – Mulher e Criança; Ort – Ortopedia; CI – Cuidados Intensivos; Onc e Psi – Oncologia e Psiquiatria; Urg – Urgência

Quadro 386 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	255	0,49	0,00	0,681	0,00	1,00
Feminino	709	0,18	0,00	0,421	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 69095,50; Z = -7,716; $p = 0,000$						

Quadro 387 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	255	0,07	0,00	0,293	0,00	0,00
Feminino	709	0,01	0,00	0,130	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 85856,00; Z = -4,711; $p = 0,000$						

Quadro 388 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	255	0,71	0,00	0,833	0,00	1,00
Feminino	709	0,34	0,00	0,602	0,00	1,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 67065,00; Z = -7,326; $p = 0,000$						

Quadro 389 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / género. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Género	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Masculino	255	0,62	0,00	1,102	0,00	1,00
Feminino	709	0,20	0,00	0,601	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 71819,50; Z = -7,149; $p = 0,000$						

Quadro 390 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	400	0,12	0,00	0,362	0,00	0,00
30 a 39 anos	335	0,29	0,00	0,543	0,00	0,00
40 a 49 anos	175	0,44	0,00	0,593	0,00	1,00
50 e mais anos	54	0,56	0,00	0,769	0,00	1,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 72,046; gl = 3; $p = 0,000$						

Quadro 391 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Idade (classes)	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
30 a 39 anos	$p = 0,000$		
40 a 49 anos	$p = 0,000$	$p = 0,001$	
50 e mais anos	$p = 0,000$	$p = 0,004$	$p = 0,492$

Quadro 392 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	400	0,02	0,00	0,180	0,00	0,00
30 a 39 anos	335	0,02	0,00	0,163	0,00	0,00
40 a 49 anos	175	0,03	0,00	0,182	0,00	0,00
50 e mais anos	54	0,09	0,00	0,351	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 10,066; gl = 3; $p = 0,018$						

Quadro 393 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Idade (classes)	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
30 a 39 anos anos	$p = 0,549$		
40 a 49 anos	$p = 0,081$	$p = 0,250$	
50 e mais anos	$p = 0,002$	$p = 0,015$	$p = 0,205$

Quadro 394 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	400	0,43	0,00	0,753	0,00	1,00
30 a 39 anos	335	0,39	0,00	0,642	0,00	1,00
40 a 49 anos	175	0,51	0,00	0,642	0,00	1,00
50 e mais anos	54	0,54	0,00	0,636	0,00	1,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 10,284; gl = 3; $p = 0,016$						

Quadro 395 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Idade (classes)	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
30 a 39 anos	$p = 0,962$		
40 a 49 anos	$p = 0,014$	$p = 0,013$	
50 e mais anos	$p = 0,055$	$p = 0,048$	$p = 0,721$

Quadro 396 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / idade. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Idade	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
20 a 29 anos	400	0,52	0,00	0,976	0,00	1,00
30 a 39 anos	335	0,21	0,00	0,673	0,00	0,00
40 a 49 anos	175	0,08	0,00	0,346	0,00	0,00
50 e mais anos	54	0,11	0,00	0,462	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 68,635; gl = 3; $p = 0,000$						

Quadro 397 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / idade. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Idade (classes)	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
30 a 39 anos	$p = 0,000$		
40 a 49 anos	$p = 0,000$	$p = 0,016$	
50 e mais anos	$p = 0,000$	$p = 0,232$	$p = 0,763$

Quadro 398 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	369	0,14	0,00	0,395	0,00	0,00
Casado	533	0,34	0,00	0,581	0,00	1,00
Outro	62	0,27	0,00	0,518	0,00	0,25
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 31,549 gl = 2; $p = 0,000$						

Quadro 399 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / estado civil. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Estado Civil	Solteiro	Casado
Casado	$p = 0,000$	
Outro	$p = 0,020$	$p = 0,442$

Quadro 400 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	369	0,02	0,00	0,214	0,00	0,00
Casado	533	0,03	0,00	0,181	0,00	0,00
Outro	62	0,00	0,00	0,000	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 2,888 gl = 2; $p = 0,236$						

Quadro 401 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	369	0,43	0,00	0,745	0,00	1,00
Casado	533	0,44	0,00	0,654	0,00	1,00
Outro	62	0,45	0,00	0,670	0,00	1,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 1,551 gl = 2; $p = 0,461$						

Quadro 402 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / estado civil. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Estado Civil	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Solteiro	369	0,51	0,00	0,992	0,00	1,00
Casado	533	0,16	0,00	0,520	0,00	0,00
Outro	62	0,45	0,00	1,003	0,00	0,25
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 49,392 gl = 2; $p = 0,000$						

Quadro 403 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / estado civil. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Estado Civil	Solteiro	Casado
Casado	$p = 0,000$	
Outro	$p = 0,491$	$p = 0,002$

Quadro 404 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	393	0,13	0,00	0,377	0,00	0,00
Enfermeiro Graduado	442	0,34	0,00	0,589	0,00	1,00
Enfermeiro Especialista	129	0,40	0,00	0,565	0,00	1,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 49,918; gl = 2; $p = 0,000$						

Quadro 405 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Categoria profissional	Enfermeiro	Enfermeiro Graduado
Enfermeiro Graduado	$p = 0,000$	
Enfermeiro Especialista	$p = 0,000$	$p = 0,154$

Quadro 406 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	393	0,02	0,00	0,158	0,00	0,00
Enfermeiro Graduado	442	0,03	0,00	0,221	0,00	0,00
Enfermeiro Especialista	129	0,02	0,00	0,151	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 0,505; gl = 2; $p = 0,777$						

Quadro 407 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	393	0,43	0,00	0,736	0,00	1,00
Enfermeiro Graduado	442	0,45	0,00	0,689	0,00	1,00
Enfermeiro Especialista	129	0,40	0,00	0,538	0,00	1,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 1,560; gl = 2; $p = 0,458$						

Quadro 408 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / categoria profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Categoria Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Enfermeiro	393	0,51	0,00	0,959	0,00	1,00
Enfermeiro Graduado	442	0,21	0,00	0,671	0,00	0,00
Enfermeiro Especialista	129	0,05	0,00	0,260	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 58,835; gl = 2; $p = 0,000$						

Quadro 409 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / categoria profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

Categoria profissional	Enfermeiro	Enfermeiro Graduado
Enfermeiro Graduado	$p = 0,000$	
Enfermeiro Especialista	$p = 0,000$	$p = 0,006$

Quadro 410 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional.
Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	336	0,11	0,00	0,332	0,00	0,00
6 a 10 anos	211	0,25	0,00	0,540	0,00	0,00
11 a 15 anos	179	0,27	0,00	0,517	0,00	0,00
16 a 20 anos	97	0,49	0,00	0,631	0,00	1,00
Mais de 20 anos	141	0,46	0,00	0,649	0,00	1,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 73,812; gl = 4; $p = 0,000$						

Quadro 411 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional.
Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos
6 a 10 anos	$p = 0,002$			
11 a 15 anos	$p = 0,000$	$p = 0,342$		
16 a 20 anos	$p = 0,000$	$p = 0,000$	$p = 0,002$	
Mais de 20 anos	$p = 0,000$	$p = 0,000$	$p = 0,004$	$p = 0,588$

Quadro 412 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional.
Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	336	0,01	0,00	0,109	0,00	0,00
6 a 10 anos	211	0,04	0,00	0,281	0,00	0,00
11 a 15 anos	179	0,01	0,00	0,075	0,00	0,00
16 a 20 anos	97	0,03	0,00	0,174	0,00	0,00
Mais de 20 anos	141	0,06	0,00	0,261	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 9,709; gl = 4; $p = 0,046$						

Quadro 413 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional.
Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos
6 a 10 anos	$p = 0,158$			
11 a 15 anos	$p = 0,487$	$p = 0,090$		
16 a 20 anos	$p = 0,191$	$p = 0,915$	$p = 0,093$	
Mais de 20 anos	$p = 0,012$	$p = 0,309$	$p = 0,012$	$p = 0,475$

Quadro 414 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional.
Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	336	0,42	0,00	0,732	0,00	1,00
6 a 10 anos	211	0,44	0,00	0,737	0,00	1,00
11 a 15 anos	179	0,36	0,00	0,586	0,00	1,00
16 a 20 anos	97	0,58	0,00	0,748	0,00	1,00
Mais de 20 anos	141	0,48	0,00	0,581	0,00	1,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 11,388; gl = 4; $p = 0,023$						

Quadro 415 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional.
Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos
6 a 10 anos	$p = 0,529$			
11 a 15 anos	$p = 0,842$	$p = 0,453$		
16 a 20 anos	$p = 0,014$	$p = 0,065$	$p = 0,014$	
Mais de 20 anos	$p = 0,022$	$p = 0,117$	$p = 0,022$	$p = 0,598$

Quadro 416 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	336	0,54	0,00	0,970	0,00	1,00
6 a 10 anos	211	0,29	0,00	0,809	0,00	0,00
11 a 15 anos	179	0,17	0,00	0,634	0,00	0,00
16 a 20 anos	97	0,14	0,00	0,500	0,00	0,00
Mais de 20 anos	141	0,08	0,00	0,340	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis						
Qui-Quadrado = 68,255; gl = 4; $p = 0,000$						

Quadro 417 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos
6 a 10 anos	$p = 0,000$			
11 a 15 anos	$p = 0,000$	$p = 0,086$		
16 a 20 anos	$p = 0,000$	$p = 0,075$	$p = 0,654$	
Mais de 20 anos	$p = 0,000$	$p = 0,003$	$p = 0,132$	$p = 0,380$

Quadro 418 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	576	0,18	0,00	0,425	0,00	0,00
6 a 10 anos	228	0,33	0,00	0,618	0,00	1,00
11 a 15 anos	160	0,46	0,00	0,613	0,00	1,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 44,015; gl = 2; $p = 0,000$						

Quadro 419 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos
6 a 10 anos	$p = 0,001$	
11 a 15 anos	$p = 0,000$	$p = 0,009$

Quadro 420 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	576	0,02	0,00	0,124	0,00	0,00
6 a 10 anos	228	0,05	0,00	0,292	0,00	0,00
11 a 15 anos	160	0,03	0,00	0,193	0,00	0,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 4,478; gl = 2; $p = 0,107$						

Quadro 421 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	576	0,40	0,00	0,680	0,00	1,00
6 a 10 anos	228	0,48	0,00	0,736	0,00	1,00
11 a 15 anos	160	0,51	0,00	0,654	0,00	1,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 8,289; gl = 2; $p = 0,016$						

Quadro 422 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos
6 a 10 anos	$p = 0,095$	
11 a 15 anos	$p = 0,007$	$p = 0,301$

Quadro 423 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis.

Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Até 5 anos	576	0,38	0,00	0,848	0,00	0,00
6 a 10 anos	228	0,27	0,00	0,787	0,00	0,00
11 a 15 anos	160	0,13	0,00	0,464	0,00	0,00
16 a 20 anos	0					
Mais de 20 anos	0					
Total	964					
Teste de Kruskal-Wallis Qui-Quadrado = 17,021; gl = 2; $p = 0,000$						

Quadro 424 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / tempo de exercício profissional no actual serviço. Teste de Mann-Whitney, valor de p .

	Até 5 anos	6 a 10 anos
6 a 10 anos	$p = 0,027$	
11 a 15 anos	$p = 0,000$	$p = 0,060$

Quadro 425 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Razão da presença no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Opção própria	595	0,28	0,00	0,537	0,00	0,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	369	0,22	0,00	0,494	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 103848,50; Z = -1,949; $p = 0,051$						

Quadro 426 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Razão da presença no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Opção própria	595	0,02	0,00	0,168	0,00	0,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	369	0,04	0,00	0,218	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 107866,00; Z = -1,799; $p = 0,072$						

Quadro 427 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Razão da presença no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Opção própria	595	0,47	0,00	0,702	0,00	1,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	369	0,38	0,00	0,669	0,00	1,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 100908,50; Z = -2,527; $p = 0,012$						

Quadro 428 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / razão da presença no actual serviço. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Razão da presença no actual Serviço	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Opção própria	595	0,27	0,00	0,711	0,00	0,00
Decisão da Instituição ou Outra razão	369	0,38	0,00	0,892	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 103517,50; Z = -2,186; $p = 0,029$						

Quadro 429 – Consumos: almoço em dias de fim-de-semana / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	564	0,34	0,00	0,574	0,00	1,00
Contratações e Outros	400	0,14	0,00	0,409	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney						
Mann-Whitney U = 93078,50; Z = -6,395; $p = 0,000$						

Quadro 430 – Consumos: lanche em dias de fim-de-semana / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	564	0,03	0,00	0,209	0,00	0,00
Contratações e Outros	400	0,02	0,00	0,157	0,00	0,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 111973,50; Z = -0,767; $p = 0,443$						

Quadro 431 – Consumos: jantar em dias de fim-de-semana / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	564	0,44	0,00	0,651	0,00	1,00
Contratações e Outros	400	0,44	0,00	0,743	0,00	1,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 109185,50; Z = -1,016; $p = 0,310$						

Quadro 432 – Consumos: após o jantar em dias de fim-de-semana / vínculo à instituição. Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney.

Vínculo à Instituição	Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Q1	Q3
Nomeação Definitiva	564	0,17	0,00	0,610	0,00	0,00
Contratações e Outros	400	0,51	0,00	0,950	0,00	1,00
Total	964					
Teste de Mann-Whitney Mann-Whitney U = 90463,50; Z = -7,693; $p = 0,000$						

