

ANA BEATRIZ AMARAL DE ALMEIDA PÁSCOA

**QUALIDADE DE VIDA E COMPORTAMENTO
EMOCIONAL EM ENFERMEIROS**

Orientador: Américo Baptista

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Psicologia

Lisboa

2012

ANA BEATRIZ AMARAL DE ALMEIDA PÁSCOA

**QUALIDADE DE VIDA E COMPORTAMENTO
EMOCIONAL EM ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada para a obtenção do
Grau de Mestre no curso de Mestrado em
Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia,
conferido pela Universidade Lusófona de
Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Prof. Doutor Américo Baptista

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Psicologia

Lisboa

2012

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar ao Professor Doutor Américo Baptista, pela orientação na construção deste trabalho e, pelo apoio, rigor e conhecimentos que me transmitiu.

Às instituições que me acolheram e aceitaram colaborar neste estudo, disponibilizando tempo e meios para ser possível a sua realização.

Aos meus pais por acreditarem em mim, depositando confiança e segurança no meu trabalho e por apoiarem todo o meu percurso académico até então.

Ao Ricardo por fazer parte da minha vida, mostrando-se sempre disponível para me ouvir e apoiar.

Ao meu irmão pela paciência e por ter de viver comigo mesmo nos dias mais difíceis, em que estava mais frágil ou de mau humor.

À minha colega e amiga Núria pela amizade transmitida nos momentos todos que passamos juntas, tanto a trabalhar como a relaxar, sem ela esta etapa não teria sido igual.

À minha colega e amiga Joana pela amizade, presença e disponibilidade, neste ano importante da minha vida.

Aos colegas que estiveram presentes nas aulas de investigação, pela troca de ideias, entre ajuda e apoio mostrado.

Aos restantes colegas presentes no meu percurso académico, pelo espírito de grupo e amizade que fomos construindo.

A todos, um muito obrigada!

Resumo

O trabalho por turnos pode influenciar o bem estar dos indivíduos devido a alterações dos ritmos biológicos, causando perturbações na saúde, a nível psicológico e físico, prejudicando a relação familiar, social e a capacidade para o trabalho, no entanto, o trabalho por turnos na enfermagem, é essencial para que haja uma continuidade na prestação de cuidados de saúde aos doentes hospitalizados.

Este estudo tem como principal objetivo avaliar a qualidade de vida e o comportamento emocional nos enfermeiros.

A amostra foi composta por 130 enfermeiros da cidade de Ponta Delgada, nos Açores, constituída por 104 mulheres e 26 homens, apresentando uma média de idades de 34, 88 anos (DP=9,556).

Para a investigação foram utilizados o Questionário WHOQOL-Bref, de Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho e Paredes (2006), SPANE, de Diener, Wirtz, Tov, Kim-Prieto, Oishi (2010), Florescer, de Diener, Wirtz, Biswas-Diener, Tov, Kim-Prieto, e Choi (2009), SWLS, de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985), QEWB, de Waterman, Schwartz, Zamboanga, Ravert, Williams, Agocha, Kim e Donnellan (2010) e o Termómetro de Baptista.

Os resultados obtidos demonstraram que os enfermeiros casados são os mais satisfeitos com a vida e os divorciados apresentam mais bem estar psicológico, sendo que a maioria considera a sua qualidade de vida boa. Os enfermeiros que trabalham por turnos manifestam mais sentimentos positivos e não consideram que esse horário prejudica o seu sono e os enfermeiros mais felizes são os que estão satisfeitos com a sua remuneração.

Palavras-chave: Trabalho por turnos, Qualidade de Vida, Comportamento Emocional e Enfermeiros.

Abstract

Shift work can influence the well-being of individuals by causing changes in their biological rhythms, with disruptions in their health, both psychologically and physically, and by causing harm to their family and social relationships, and also to their working skills, however, shift work in nursing is essential to provide continuity of care for hospitalized patients.

The main objective of this study is to evaluate the quality of life and the emotional behavior of nurses.

The sample consists of 130 nurses from the city of Ponta Delgada, Azores, comprising 104 women and 26 men, at the average age of 34, 88 years ($SD = 9.556$).

For the investigation we used the WHOQOL-Bref Questionnaire, by Vaz Serra, Canavarro, Simões Pereira, Gameiro, Pint and Walls (2006), SPANE by Diener, Wirtz, Tov, Kim-Prieto, and Oishi (2010), Blossoming from Diener, Wirtz, Biswas-Diener, Tov, Kim-Prieto, and Choi (2009), SWLS by Diener, Emmons, Larsen and Griffin (1985), QEWB by Waterman, Schwartz, Zamboanga, Ravert, Williams, Agocha, Kim and Donnellan (2010) and Thermometer by Baptista.

Results showed that married nurses are more satisfied with life while divorced nurses achieve a higher psychological well-being, although the majority of them consider their quality of life as being good. Nurses who work in shifts express more positive feelings and do not consider that this kind of schedule affects their sleep, and the happiest of all are those who are satisfied with their wages.

Keywords: Shift work, Quality of Life, Emotional Behavior and Nurses.

Lista de Siglas e Abreviaturas

OMG – *Organização Mundial de Saúde*

PP – *Psicologia Positiva*

QV – *Qualidade de Vida*

QVT – *Qualidade de Vida no Trabalho*

TT – *Trabalho por Turnos*

Índice Geral

Introdução	10
Parte I – Enquadramento Teórico	13
Capítulo I – O trabalho nos enfermeiros	14
1. A enfermagem e o trabalho por turnos nos enfermeiros	15
2. Modelos teóricos do trabalho por turnos	16
3. Consequências do trabalho por turnos nos enfermeiros	17
3.1. Consequências ao nível da saúde	18
3.2. Consequências ao nível familiar e social	20
3.3. Consequências ao nível organizacional	21
Capítulo II – Qualidade de Vida	24
1. Definição conceptual de Qualidade de Vida	25
2. Modelos Teóricos de Qualidade de vida	27
2.1. Modelo Global de Qualidade de Vida	28
2.2. Modelo Integrativo de Qualidade de Vida	28
2.3. Modelo Ecológico	29
3. Qualidade de Vida no trabalho	29
3.1. Modelos Teóricos de Qualidade de Vida no trabalho	31
4. Qualidade de Vida nos enfermeiros	32
Capítulo III – Comportamento Emocional	35
1. Emoções	36
1.1. Evolução histórica do conceito de emoção	36
1.2. Teorias das emoções	37
1.3. Emoções positivas e negativas	41
2. A Psicologia Positiva	42
3. Felicidade e Bem Estar	44
4. Comportamento emocional na enfermagem	45

Parte II – Estudo Empírico	48
I – Metodologia	49
1. Objectivos	49
2. Hipóteses	49
3. Sujeitos	50
4. Medidas	51
4.1. Questionário Sociodemográfico	51
4.2. Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)	52
4.3. Questionário de Sentimentos Positivos e Negativos (SPANE)	52
4.4. Questionário de Bem Estar Subjectivo (Florescer)	53
4.5. Questionário de Bem Estar Eudaimónico (QEWB)	53
4.6. Questionário de Satisfação com a Vida (SWLS)	54
4.7. Questionário sobre Felicidade no Último Mês (Termómetro)	54
5. Procedimento	54
II – Resultados	56
III – Discussão	66
Conclusão	69
Bibliografia Citada	71
Bibliografia de Referência	72
Anexos	I
Anexo I	II
Anexo II	VII

Índice de Tabelas

<i>Tabela 1.</i> Caracterização Sociodemográfica dos enfermeiros.....	51
<i>Tabela 2.</i> Percepção geral dos enfermeiros sobre a sua QV	56
<i>Tabela 3.</i> Diferenças entre trabalho por turnos e as escalas utilizadas.....	57
<i>Tabela 4.</i> Diferenças entre os enfermeiros que já trabalharam noutro horário e as escalas utilizadas.....	58
<i>Tabela 5.</i> Diferenças entre a satisfação dos enfermeiros com a remuneração e as escalas utilizadas.....	59
<i>Tabela 6.</i> Diferenças entre o estado civil dos enfermeiros e as escalas utilizadas	60
<i>Tabela 7.</i> Diferenças sobre se o trabalho por turnos prejudica o sono dos enfermeiros e as escalas utilizadas.....	61
<i>Tabela 8.</i> Correlações entre as dimensões das escalas de Sentimentos positivos e negativos, Felicidade no último mês, Satisfação com a vida, Florescer, QEWB, QV.	63

Introdução

No decorrer dos últimos anos, a profissão de enfermagem em Portugal passou por uma grande mudança e evolução, crescendo quer a nível da qualidade de formação, quer a nível do reconhecimento profissional da sua actividade, pois passaram a ser uma comunidade científica e profissional, como qualquer outra profissão reconhecida, passou a ser remunerada, mostrando desta forma, uma imagem mais credível perante os restantes membros de uma equipa de saúde, como também para os seus utentes (OE, 2004).

O trabalho dos enfermeiros é da maior importância para o funcionamento do sistema de saúde, tanto nos cuidados de saúde primários, como é o caso dos centros de saúde e USF (Unidades de Saúde Familiares), como nos centros hospitalares, garantem cuidados de saúde na área de enfermagem à população necessitada, pois o seu trabalho tem como principal função promover a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população (OE, 2004).

O trabalho hospitalar em enfermagem difere habitualmente do trabalho nos cuidados de saúde primários, como nos centros de saúde, pois implica a existência de cuidados de saúde permanentes durante as vinte e quatro horas do dia, e por isso, é fundamental que haja eficiência e eficácia no serviço prestado aos doentes (Fitzpatrick, While & Roberts, 1999).

Desta forma, as instituições hospitalares recorrem na sua maioria ao horário de trabalho por turnos por parte de alguns técnicos de saúde, como é o caso dos enfermeiros. O trabalho por turnos nesta profissão constitui uma prática cada vez mais frequente e necessária nos hospitais, sendo uma forma de organização do seu trabalho como consequência da sua prática ao longo das 24 horas do dia (Pinto & Mello, 2001).

O trabalho em horário de turnos é uma forma de organização do trabalho num hospital, onde existe rotatividade, pois a continuidade de um posto de trabalho assegurada por diferentes enfermeiros ou equipas de enfermagem é importante, garantindo a continuidade dos tratamentos prestados. Os turnos em enfermagem diferem, podendo variar entre manhãs, tardes e noites, havendo atividade laboral durante o fim de semana e feriados, inclusive (Martins & Martins, 1999).

O trabalho por turnos, é entendido como sendo prejudicial para a saúde e bem estar do sujeito, de acordo com a maioria dos estudos efetuados nos diferentes países sobre o tema, pois é responsável por trazer algumas consequências negativas para a vida da maior parte dos enfermeiros que o pratica, a diversos níveis, pois desregula os ritmos circadianos, podendo

provocar perturbações fisiológicas e psicológicas, bem como alterações na vida social e familiar dos sujeito, afetando a sua qualidade de vida e prestação laboral (Ficher, 1997).

A nível da saúde (física e psicológica), quando se fala da desregulação dos ritmos biológicos, forçando o organismo a adaptar-se aos novos ritmos, a nível familiar e social, quando não se pode comparecer nas atividades desenvolvidas pelos familiares ou pelos amigos, a nível laboral, quando se fala de segurança e desempenho, e consequentemente na capacidade para o trabalho, por excesso de sono durante o dia ou fadiga. Tudo isto vai interferir com a qualidade de vida e bem estar emocional dos enfermeiros.

A profissão de enfermagem é exigente a nível emocional, na medida em que exige que o enfermeiro ofereça ao utente e à sua família, uma relação de ajuda com grande envolvimento pessoal, dedicando os seus cuidados durante vinte e quatro horas por dia a cada doente, de modo a promover a recuperação do mesmo, o mais rapidamente possível.

Deste modo, este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida e o comportamento emocional numa amostra de enfermeiros que trabalha em dois locais diferentes, num Hospital e num Centro de Saúde. Também pretende analisar a relação das características sociodemográficas com a amostra do estudo.

Esta investigação é composta por duas partes, sendo a primeira referente ao enquadramento teórico, onde estão presentes os capítulos I, II e III, e a segunda ao estudo empírico.

O primeiro capítulo é sobre o trabalho dos enfermeiros, onde se define a profissão e o trabalho por turnos em enfermagem, bem como os modelos teóricos do trabalho por turnos e as consequências do mesmo na vida dos enfermeiros.

O segundo capítulo faz uma abordagem à qualidade de vida, foca a definição do conceito de qualidade de vida, bem como os modelos teóricos deste conceito, a qualidade de vida no trabalho, tal como os modelos teóricos associados, e por fim, a qualidade de vida nos enfermeiros.

O terceiro capítulo é sobre comportamento emocional, mencionando a evolução histórica do conceito de emoção, as teorias sobre o construto, emoções positivas e negativas, passando pelo conceito da psicologia positiva, pelos modelos teóricos sobre as emoções e por fim, pelo comportamento emocional na enfermagem.

A segunda parte do estudo é composta pelo método, onde estão inseridos os objetivos e as hipóteses do estudo, os sujeitos que compõem a amostra, bem como as medidas utilizadas

para a realização do estudo e o procedimento, também pelos resultados obtidos na investigação e pela discussão, comparando-os a outros estudos já existentes.

Por fim, é elaborada uma conclusão do estudo, onde estão incluídas as suas limitações, bem como sugestões para estudos futuros.

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo I – O trabalho dos enfermeiros

1. A enfermagem e o trabalho por turnos nos enfermeiros

A enfermagem é uma profissão maioritariamente constituída pelo sexo feminino, habitualmente relacionada com o ato de cuidar dos outros (Borsoi & Codo,1995).

Segundo Silva (1986), o termo enfermagem, etimologicamente, nasce da palavra *nurse* que originalmente significa a pessoa que nutre, que assiste o doente. A expressão enfermeira, em português, caracteriza as pessoas que cuidam dos *infirmus*, isto é, de pessoas que estão doentes.

Por esse motivo, o trabalho dos enfermeiros foi praticado até ao final da idade média, por pessoas ligadas à religião, viúvas, virgens e nobres, que tinham como objetivo principal a caridade. Até ao início do século XIX, na Europa, o ato de cuidar nos enfermeiros não era reconhecido como trabalho, por isso, não lhes era exigido qualquer tipo de formação específica para a sua realização. Mais tarde, em 1854, o trabalho do enfermeiro começa a ser valorizado e remunerado, e por isso, passa a ter caráter profissional, com Florence Nightingale, inglesa, que trabalhou como voluntária nos hospitais militares ingleses em plena altura de guerra (Silva, 1986).

O profissional de enfermagem passa então a ser preparado para colaborar na recuperação física dos doentes com dor, prestando cuidados aos mesmos, independente da sua idade e condição física, da doença ser visível ou não, ser contagiosa ou não, visto que, o cuidado tem que ser prestado de acordo com a situação clínica de cada doente. O doente seja ele quem for, deve ter o mesmo tratamento no alívio dos seus sintomas. Para que isso seja possível, os enfermeiros têm que ter em conta no seu trabalho, as técnicas adequadas para tornar o internamento dos doentes nos hospitais o menos doloroso e curto possível (Borsoi & Codo,1995).

A realidade do trabalho dos enfermeiros é na sua base totalmente diferente da realidade dos restantes profissionais de saúde que trabalham num ambiente hospitalar, visto que, são técnicos que prestam assistência contínua aos doentes. O enfermeiro tem como responsabilidade avaliar as necessidades de ajuda de cada sujeito na sua globalidade, respondendo às suas necessidades individuais. É por isso uma profissão onde existe muita interação, visto que, a sua intervenção passa muito por agir com os doentes, desta forma, os cuidados do profissional de enfermagem têm como principal objetivo criar um ambiente de bem-estar próprio para cada doente (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 1996).

O trabalho de enfermagem é considerado muito desgastante pelos motivos assinalados acima, como pela rigidez ao nível dos horários que os enfermeiros têm necessariamente que

cumprir, na sua maioria, como é o caso do horário por turnos. O horário dos enfermeiros que trabalham por turnos é um horário rotativo. Em Portugal utiliza-se mais o turno de rotação rápida, em que existem três turnos rotativos, distribuídos por manhãs, tardes e noites. A duração dos turnos em enfermagem tanto pode ser regular, 8 horas de trabalho, como irregular, variando de turno para turno e consoante o serviço e as suas características de internamento e necessidades específicas. Estes turnos podem fazer parte de uma escala pré-definida ou não, havendo possibilidade de conjugar os turnos com a vida pessoal e social de cada enfermeiro. Os enfermeiros também têm direito a um dia de descanso e a uma folga no seu horário (Cruz, 2003).

Deste modo, o trabalho dos enfermeiros deve ser estruturado e planeado antecipadamente, para que cada enfermeiro consiga encontrar um método de trabalho que seja produtivo e organizado, para que consiga planear o seu trabalho, os horários, as pausas e quando necessário, preparar-se para a tarefa que terá que desempenhar no serviço onde se encontra (OE, 2004).

2. Modelos teóricos do trabalho por turnos

Apresentam-se dois modelos teóricos de trabalho por turnos. O primeiro modelo teórico do trabalho por turnos foi desenvolvido por Monk (1994). Este modelo baseia-se na capacidade que os sujeitos possuem para lidar com o horário do TT, e que estratégias adotam para ultrapassar as consequências que advêm do mesmo, como as perturbações emocionais e físicas, construindo deste modo, o Modelo Tríada Interativa do Coping no Trabalho Noturno ou por Turnos. Este modelo decorre da interação de três fatores, que são: fatores circadianos, fatores relacionados com o sono e com a privação do mesmo e fatores familiares e sociais, que afetam tanto o sujeito como os fatores relacionados com a saúde.

O segundo modelo teórico do TT, foi desenvolvido por Folkard, Minors & Waterhouse (1985), e teve como objetivo esquematizar as consequências do TT, relacionando as diferentes dimensões das consequências do TT e do trabalho noturno, apresentando o Modelo Conceptual dos Potenciais Problemas Associados ao Trabalho por Turnos (MCPATT), no qual o trabalho por turnos integra uma problemática mais geral e os problemas médicos, sociais e biológicos compõem as problemáticas mais específicas.

Tanto o Modelo da Tríada Interativa do Coping no Trabalho Noturno ou por Turnos (Monk, 1994) como o Modelo Conceptual dos Potenciais Problemas Associados ao Trabalho

por Turnos (Folkard e colaboradores, 1985), têm em conta que as perturbações dos ritmos circadianos e as perturbações do sono são as perturbações centrais na problemática das consequências do TT.

3. Consequências do trabalho por turnos nos enfermeiros

Dos diversos estudos realizados em vários países sobre as consequências do trabalho em horário de turnos, a maioria conclui que este tipo de trabalho é prejudicial para a saúde e bem-estar dos trabalhadores que o praticam, mencionando ainda que existe relação entre este tipo de trabalho e algumas perturbações específicas, nomeadamente, perturbações do sono, do humor, gastrointestinais, cardiovasculares, acidentes de trabalho, aumento do absentismo, entre outras (Silva, 2000).

As manifestações que os trabalhadores por turnos apresentam, variam ao longo do tempo de trabalho, sendo que, as manifestações agudas estão presentes nos primeiros meses de trabalho por turnos, como a insónia, perturbações do humor, sonolência excessiva durante o período de trabalho, diminuição do apetite e do bem estar subjetivo, aumento de problemas emocionais, sociais, familiares e de acidentes de trabalho, por outro lado, quando o trabalhador tem durante alguns anos este regime de TT, apresenta manifestações diferentes, como alterações no padrão do sono, doenças gastrointestinais e cardiovasculares, absentismo, separações e divórcios, que são chamadas de manifestações crónicas. Estas inaptações ao horário de TT podem prejudicar o indivíduo no que concerne à sua segurança e vigília, pois podem ser causadores de acidentes de trabalho (Pinto & Mello, 2001).

Por outro lado, como refere Mott (1965), o TT não é sempre avaliado pelos trabalhadores de forma negativa, apesar do número de trabalhadores que gosta de trabalhar por turnos ser menor, a maioria refere que já se habituou e aprendeu a viver com esse horário, apresentando como desvantagem apenas a perturbação sociofamiliar (Cruz, 2003).

Nesta linha de pensamento, as pesquisas de Metzner e Fischer (2001), sobre a fadiga e a capacidade para trabalhar em horário diurno e noturno, referem que o trabalho noturno nem sempre é prejudicial à saúde dos trabalhadores, por haverem variáveis como o estilo de vida e os turnos, fundamentais no que diz respeito à capacidade do indivíduo para o trabalho.

Através das pesquisas efetuadas, pode-se afirmar que os diversos autores estão de acordo sobre as alterações provocadas pelo TT a estes profissionais ao nível da saúde e bem

estar, evidenciando que contribui para problemas médicos, familiares, psicossociais e laborais (Azevedo, 1980).

Este aspeto também é confirmado por Silva e Silvério (1997), que concluem que o TT é vivido pela maioria dos enfermeiros como uma problemática ao nível psicológico, sociofamiliar e de saúde, com custos elevados.

Segundo as perspetivas de diversos autores, os problemas que mais se destacam vivenciados pelos sujeitos estão classificados em quatro domínios principais: domínio biológico, domínio médico, domínio social e por último, domínio laboral. O domínio biológico é composto por perturbações do ciclo sono-vigília, o domínio médico inclui perturbações do sono, da saúde física (problemas cardiovasculares e gastrointestinais) e saúde psicológica (ansiedade, depressão e fadiga crónica), o domínio social engloba problemas familiares (ausência em atividades com os filhos e conjugue) e sociais e no domínio laboral, perturbações ao nível do ritmo circadiano e de acidentes de trabalho (Silva, 2007).

Quando se ignora a influência que estas variáveis têm sobre o trabalho dos enfermeiros, há uma forte possibilidade de começarem a surgir problemas aos mesmos, que são encarados como consequências negativas, que perturbam o bom funcionamento destes profissionais quanto à sua saúde e consequentemente, ao seu bem estar, levando-os por vezes a abandonar este regime de horário de trabalho.

3.1. Consequências ao nível da saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um estado total de bem estar psicológico, físico e social, em que não existe somente a ausência de doença. No seguimento desta ideia, Maia (2002) refere que saúde é um construto positivo, que se foca nos recursos pessoais e sociais dos seres humanos, tal como nas suas capacidades intelectuais e físicas.

Nos dias de hoje, a saúde é vista como produto das condições de habitação, alimentação, ambiente em que se está inserido, educação, trabalho, lazer, acesso à saúde e liberdade, que tem como objetivo a organização social. Nesta linha de pensamento, surge a ideia de Clancy e McVicar (1995), que defendem que a saúde ocorre quando o corpo tem os ritmos circadianos normais.

A perturbação do sono e da vigília é em todos os estudos utilizados, a consequência principal do TT, chegando a ter uma conotação exagerada, quando a consideram como

problemática central dos trabalhadores que permanecem nesse horário de trabalho, de acordo com Azevedo (1980) e Wedderburn (2000). Ou seja, quaisquer consequências que advêm do TT, resultam essencialmente da perturbação do sono, visto que o sono é considerado um fator essencial para a saúde das pessoas, para manterem os níveis de alerta e capacidade para o trabalho.

As perturbações do sono acontecem devido à dessincronização do ritmo sono-vigília, que se manifesta por uma diminuição da qualidade do sono (Cruz, 2003). Akerstedt (2003) salienta que esta alteração é responsável pelo abandono deste tipo de horário de trabalho, por um grande número de trabalhadores.

Cruz (2003) verificou nas suas pesquisas que algumas pessoas lidam melhor do que outras com as alterações provocadas pelo TT e que por essa razão, a tolerância a este tipo de trabalho difere de acordo com a hora do turno e de acordo com o indivíduo.

Nos trabalhadores por turnos, o sono diurno tem sido caracterizado como sendo de menor duração comparativamente ao sono noturno, mais fragmentado, menos profundo e consequentemente menos reparador (Silva 2007).

Apesar de haver mais queixas relativamente ao sono com o turno da noite, o turno da manhã quando se inicia muito cedo, também gera problemas ao nível do sono, embora os estudos que comprovam esta ideia sejam em menor número. Isto verifica-se, segundo os estudos de Knauth e Rutenfranz (1981) porque o turno da manhã tem habitualmente uma duração do sono inferior a sete horas, razão pela qual é considerado de má qualidade.

Os fatores psicológicos, segundo Silva (2000), são os que causam maior desgaste mental no indivíduo, as condições e a organização do trabalho são fatores que podem gerar stress, doenças físicas e doenças psicológicas, visto que há um desgaste muito elevado, devido às alterações constantes do TT, que podem afetar a eficiência do trabalho e a saúde mental daquele trabalhador, resultando num quadro de fadiga, ansiedade e irritabilidade, podendo afetar a autoestima e autoeficácia do mesmo.

A labilidade emocional também é frequente nos trabalhadores por turnos, havendo no período noturno uma maior irritabilidade e propensão para depressão (Cruz, 2003).

Também a ansiedade é referida pelos teóricos como uma consequência do TT nos enfermeiros, uma vez que desorganiza os ritmos circadianos, e aliado ao fato de lidarem com o sofrimento, dor e morte do outro, perturba o funcionamento profissional destes técnicos (Campos & Martino, 2004).

No que diz respeito às perturbações físicas, as mais frequentes no TT são as gastrointestinais, pois os ritmos alimentares são os mais afetados pelo horário dos turnos (Azevedo, 1980). As queixas mais frequentes das perturbações gastrointestinais no TT são a flatulência, náuseas, vômitos, obstipação e/ou diarreia, variações no apetite e no peso, e nos casos mais graves, até podem surgir úlceras gastroduodenais, com maior incidência na troca do turno diurno para o noturno (Silva, 2007).

Como explica Barton (1995), é provável que não haja uma adaptação das funções gástricas ao horário noturno, fazendo com que a ingestão de alimentos nessa altura cause problemas gástricos.

As doenças que causam um maior número de morte em Portugal são as provocadas por problemas cardiovasculares, e mesmo havendo uma rápida adaptação do ritmo cardíaco na mudança de turnos, alguns estudos referem que parece existir algum tipo de influência do TT no sistema cardiovascular do trabalhador nesse tipo de horário de trabalho (Cruz, 2003).

Vários estudos referem a existência de uma maior propensão para enfartes do miocárdio nos trabalhadores de turnos noturnos, comparando com trabalhadores de horários diurnos (Clancy & McVicar, 1995 e Mello, 2001).

3.2. Consequências ao nível familiar e social

Os diversos estudos sobre esta problemática apontam para o fato do TT influenciar de forma negativa a vida familiar e social dos indivíduos que optam por este horário de trabalho (Azevedo, 1980), visto que o trabalhador por turnos trabalha quando a restante população está a descansar e descansa quando esta está ativa (Aguir, 1992; Melo, 2001 & Cruz, 2003), pelo que se verifica uma dessincronização nos horários destes profissionais que estão, na sua maioria, desencontrados com o das outras pessoas, contribuindo para que o trabalhador por turnos não possa acompanhar a vida da sua família na totalidade, iniciando-se por vezes, os problemas familiares relacionados com os filhos e com o cônjuge, limitando o convívio social. Tudo isto pode levar ao isolamento destes trabalhadores (Arco, 2001 & Torre, Fernandes & Santos, 2002).

Num estudo específico com enfermeiros, Arco (2001) concluiu que a maior dificuldade dos enfermeiros que trabalhavam em TT é o fato de não conseguirem conciliar o horário do seu trabalho com os horários dos seus amigos e com as atividades por eles desenvolvidas, por estes trabalharem em horário fixo e apenas durante a semana.

Este problema leva ao isolamento social, mas também familiar, uma vez que quando um dos membros da família trabalha por turnos há a tendência para se alterarem os horários e as rotinas da família, evitando-se os ruídos, excesso de luz no local onde o indivíduo precisa de dormir, o que aumenta a probabilidade de surgirem conflitos e uma menor interação familiar, em especial quando as famílias têm filhos (Barham & Cia, 2005). Nestas situações, a maioria dos pais acaba por reduzir o seu descanso para desfrutar da companhia dos filhos, pois o contrário pode levar a sentimentos de culpa por parte do progenitor relativamente ao fato de não acompanhar o crescimento e educação dos filhos (Carvalho, 2007).

É de salientar a importância do apoio da família do trabalhador por turnos nos seus tempos livres, organizar atividades em família nesses momentos e durante o sono diurno procurar criar um ambiente de silêncio por ser este o seu período de descanso, para que seja mais fácil a adaptação aos turnos (Moreno, Fischer & Rotenberg, 2003).

Outro fator a ter em conta na preferência dos enfermeiros pelo TT é a remuneração, que pode trazer um estilo de vida superior à família, melhorando a zona onde vivem e as condições a que estão sujeitos. Por outro lado, os enfermeiros mais jovens vão começando a rejeitar o trabalho à noite, mais pelas consequências negativas que esse horário lhes traz para sua vida social e familiar, do que propriamente pelas consequências negativas ao nível da sua saúde (Azevedo, 1980).

Outro aspeto positivo do TT é o fato de haver mais flexibilidade para a realização de outras atividades durante o dia, o que facilita por exemplo, o acesso aos serviços públicos, às compras, às idas ao médico, às reuniões de pais nas escolas e segundo emprego, se o cônjuge trabalhar noutro tipo de horário (Santos, 2003).

3.3. Consequências ao nível organizacional

De acordo com pesquisas desenvolvidas sobre esta temática, o turno da noite é o que está normalmente associado a maior risco de acidentes de trabalho e de maior gravidade, em oposição ao turno diurno, em que há uma menor frequência de acidentes. O profissional que não está tão bem adaptado a este regime de trabalho apresenta maior sonolência e um risco mais elevado de sofrer ou provocar um acidente de trabalho (Silva, 2000d).

De acordo com a APA (2002) o TT é um fator de risco de acidentes de trabalho, na medida em que os sujeitos apresentam frequentemente um grau elevado de sonolência durante os períodos de vigília. Opinião partilhada por Silva (2000b) que reforça que os problemas

graves de vigilância a que se relacionam os acidentes de trabalho fazem parte das principais queixas dos profissionais.

O estudo realizado por Monk (1996) evidencia também um fator importante, mas que nunca teve grande importância para os restantes teóricos, que é o maior risco para os acidentes rodoviários, quando o trabalhador sai do local de trabalho para se dirigir a casa, após o turno noturno (Silva, 2000d).

A produtividade é também um fator importante a ser estudado em trabalhadores por turnos, uma vez que pode sofrer flutuações ao longo do dia, de acordo com a hora. Estudos indicam que os níveis de produtividade têm tendência a serem mais baixos durante o período noturno, por sentirem mais cansaço durante a noite (Estaca, 1998). Segundo o autor, o desempenho do trabalhador depende não só da exigência da tarefa a executar, como também da hora do turno e a influência que o mesmo possui sobre o sono, a saúde, a motivação para a tarefa e características pessoais e do comportamento do sujeito.

Em relação ao absentismo por doença, os estudos revelam-se inconclusivos quando se fala de trabalhadores por turnos e trabalhadores em horário fixo (Wedderburn, 2000).

Uns indicam que os trabalhadores com horário diurno fixo têm mais faltas, outros referem que trabalhadores em horário de TT apresentam maior absentismo por doença (Ramos, 2003), outros ainda mostram que não existem diferenças significativas nos dois tipos de horário de trabalho (Cruz, 2003).

No estudo elaborado por Marziale e Silva (2000), sobre o absentismo nos enfermeiros, concluíram que as causas foram várias, como por exemplo fatores relacionados com a doença, acidentes de trabalho e fatores pessoais. Neste contexto, consideram absentismo por doença quando o trabalhador apresenta atestado médico como justificação da falta, e por motivos pessoais, quando o trabalhador necessita de acompanhar algum familiar a tratamentos de saúde, quando se fala de doação de sangue e também quando precisa de estar presente em audiências. Concluíram então que absentismo por doença pode incluir condições de saúde do próprio trabalhador, como também da sua família.

Outros estudos desenvolvidos sobre essa matéria mostram alguma inconsistência quando se fala de absentismo em trabalhadores por turnos e de horário regular, pois verificaram que fatores como o tipo de turno e se o trabalhador já trabalhou por turnos, são muito importantes quando se pretende diferir estes dois tipos de trabalhadores. Nesse sentido, Wedderburn (2000), sentiu necessidade de justificar esses parâmetros em três fatores diferentes: o efeito de seleção, a pressão social e a subestimação dos problemas vividos. Este

último ponto pode ser justificado na medida em que o trabalhador por turnos assume que os problemas de sono, etc. são consequências do tipo de trabalho que executa, desvalorizando-os a maior parte das vezes.

De forma geral, pode-se concluir que o turno realizado à noite, se estiver incluído num sistema de turnos rotativos, tem tendência para ser o menos apreciado pelos enfermeiros, comparando com o turno diurno, sem falar na questão financeira (Silva, 2000d).

Capítulo II – Qualidade de Vida

1. Definição conceptual de Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida (QV) aparece por altura da Segunda Guerra Mundial, com o crescimento da economia e foi associando conceitos como a satisfação, o bem estar e a realização psicológica, aos variados construtos individuais da vida. Nos últimos trinta anos, surgiram inúmeras definições sobre este construto, por não haver acordo sobre qual a mais apropriada.

A qualidade de vida é um conceito utilizado em diversas áreas e em variadas situações. Hoje em dia é muito utilizada, pelo senso comum, mas também é utilizada como conceito científico, em diversas áreas como a economia, a sociologia, a educação, a psicologia, enfermagem, etc. Por essa razão, não é fácil de explicar, nem de definir, pois varia de acordo com a cultura, de acordo com cada sujeito, e no próprio sujeito, de acordo com o momento da vida em que se encontra (Barbosa & Ribeiro, 2000).

De acordo com Romano (1993), qualidade de vida é mais do que saúde ou ausência de doença, pois abrange a educação, o acesso aos serviços de saúde, saneamento básico, condições de trabalho satisfatórias, entre outras coisas também importantes para a vida das pessoas.

O termo QV tem vindo a ser estudado ao longo do tempo por variados autores, por isso é um conceito antigo, que difere na sua definição, consoante o tipo de abordagem utilizada (Couvreur, 1999).

Campbell, Converse e Rogers (1976), foram os primeiros autores a estudarem este tema, concluindo com as suas pesquisas, que a qualidade de vida para ser realmente compreendida, o investigador teria que se dirigir pessoalmente aos indivíduos, para que eles próprios conseguissem descrever o significado de qualidade de vida e como o sentem na sua vida. Por essa razão, é um conceito que está relacionado diretamente com a percepção que cada individuo tem de si e dos que o rodeiam, sendo avaliado por critérios do próprio individuo, de acordo com as circunstâncias em que se encontra, tanto a nível psicológico, como físico, cultural, económico, entre outros. Os autores dão ênfase ao fato de que a formação e a educação, juntamente com as competências que se vão adquirindo ao longo da vida, as necessidades individuais, a saúde e outros fatores são responsáveis para que os sujeitos vivam, compreendam e sintam o que os rodeia (Ribeiro, 2007).

Para o ser humano QV não depende somente do estado da sua saúde, do meio ambiente em que se encontra, das suas crenças e realizações pessoais, mas também do modo como vive todos estes acontecimentos na sua vida, nomeadamente, como ultrapassa os

obstáculos que vão surgindo no decorrer do dia-a-dia, e que capacidade tem para superá-los, estando sempre em interação com os outros.

De acordo com Pacheco (2007), a qualidade de vida é um conceito que consegue integrar o bem estar em termos físicos, psicológicos e sociais, vividos por cada indivíduo particularmente, que vai de encontro à opinião dos autores Leidy, Revichi e Genesté (1999), que afirmam que qualidade de vida está relacionada com a percepção subjetiva que cada indivíduo tem relativamente à felicidade ou satisfação com a vida em dimensões consideradas importantes para a sua vida. Comprovando esta ideia, Moreira (2001, citado por Fiedler, 2008), defende que a qualidade de vida assume um papel individual, de acordo com cada sujeito.

Por sua vez, Calman (1984), evidencia que a qualidade de vida depende do equilíbrio entre os objetivos e as expetativas que os sujeitos criam, face ao que vão adquirindo com a experiência de vida, afirmando que quanto mais próximo os objetivos traçados pelos sujeitos estiverem da realidade, melhor qualidade de vida o individuo terá.

Mais tarde, Taveira (1999) vai mais além na definição do conceito, e define qualidade de vida como sendo um conceito mais abrangente e por isso, multidimensional, onde estão presentes conceitos como o bem estar físico, psicológico e social, vivido por cada sujeito ou sociedade, enfatizando variáveis presentes na vida de cada um, como a família, saúde, trabalho, estrato socioeconómico, estado emocional, etc.

Os autores Katschnig e Angermeyer (1997) defendem nas suas pesquisas que este é um conceito subjetivo, onde estão determinadas as necessidades do ser humano, nomeadamente, fatores de ordem social e cultural, presentes na construção da personalidade de cada um, num sistema contínuo de adaptação, em que cada sujeito deve ajustar as suas ambições e objetivos pessoais à realidade do meio em que se encontra na sociedade.

Ribeiro (2007) é um dos autores que defende que qualidade de vida não tem uma só definição, por ser um conceito que está a ser ainda construído, clarificado, aceite e implementado, principalmente na área da saúde.

Apesar de todos os estudiosos, que dedicaram e dedicam o seu tempo a pesquisas sobre este tema, concordarem que este é um conceito importante de ser definido, a sua definição científica, é ainda muito complicada, devido à sua complexidade (Fleck e Colaboradores, 2008). No entanto, é visto como fazendo parte de uma dimensão presente na vida do Homem, que tem vindo a ser objeto de estudo e investimento em diversas áreas do conhecimento, com o intuito de deixar de ser um conceito subjetivo e ambíguo, para passar a

ter uma definição mais concreta, abrangendo todas as sociedades e indivíduos (Barbosa e Ribeiro, 2000).

Por não haver consenso sobre a definição do conceito de qualidade de vida, e por este ser complexo e importante de ser definido, a OMS decidiu reunir estudiosos de todo o mundo, especialistas sobre esta temática, para em conjunto criarem uma definição mais abrangente do conceito, a qual chamaram de definição transcultural (Fleck, 2000). Definiram que “qualidade de vida consiste na percepção individual da posição pessoal na vida, no contexto da sua cultura e sistema de valores e em relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Canavarro & Vaz Serra, 2010), considerando este conceito “amplo, que incorpora, de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspetos significativos do meio ambiente” (Canavarro & Vaz Serra, 2010).

Assim sendo, qualidade de vida é um conceito abordado e perspectivado por eles, de modo a ser o mais completo possível, dinâmico e crescendo com a evolução da sociedade ao longo do tempo (Siqueira, 2009), transformando-se com os próprios sujeitos, de modo a estar em equilíbrio constante (Parreira, 2006).

2. Modelos Teóricos de Qualidade de vida

Os modelos de qualidade de vida abaixo descritos seguem a perspectiva de Rapley (2003) e Phillips (2006) e são os principais de acordo com a OMS, pois têm em conta duas perspectivas importantes sobre qualidade de vida, mais especificamente, são modelos que têm em conta a qualidade de vida como objeto predominantemente psicológico e modelos que têm em conta a qualidade de vida como objeto predominantemente social. Os primeiros focam-se numa perspectiva de qualidade de vida individual, englobando o Modelo Global de Qualidade de Vida e o Modelo Integrativo de Qualidade de Vida, e os segundos dão ênfase aos contextos sociais, englobando o Modelo Ecológico, o Modelo Esférico e o Modelo do Ecossistema Humano, sendo o primeiro mais importante aos olhos da OMS, e por isso mesmo, o que será mencionado neste trabalho.

2.1. Modelo Global de Qualidade de Vida

Este modelo, desenvolvido por Felce (2003) e Perry (2005), tem em conta uma conceção abrangente de bem estar e compreende construtos tanto objetivos como subjetivos, que avaliam o conceito de qualidade de vida.

O modelo proposto por estes dois autores enumera algumas definições básicas do conceito como a homogeneidade de fatores, independentemente dos grupos ou populações específicos, onde as pessoas estão inseridas; vivida na medida em que as necessidades dos indivíduos são realmente cumpridas e quando há enriquecimento individual em aspetos da vida que valorizam; apresenta aspetos subjetivos e objetivos em que a perceção individual da pessoa sobre o seu bem estar é a mais próxima do real; é fundamentada em opções e necessidades pessoais; e por último, sendo um conceito multidimensional, é manipulado por diferentes fatores presentes na vida da pessoa, como os pessoais e os ambientais, entre os quais estão incluídos a família, os amigos, o trabalho, o nível socioeconómico, o local onde vive, a educação, a saúde, entre outros (Canavarro & Vaz Serra, 2010).

2.2. Modelo Integrativo de Qualidade de Vida

Este modelo foi proposto por Grandzin e Haggard (2000), e teve como base teórica as perspetivas interacionistas, que defendem o comportamento de um indivíduo e a avaliação que faz das experiências que o acompanham se reflete na interação entre aspetos pessoais e a perceção que esta tem sobre o meio físico e social em que se encontra.

Este modelo engloba três eixos distintos, nomeadamente o eixo pessoal, o eixo ambiental e o eixo das experiências subjetivas de vida.

O primeiro eixo inclui fatores demográficos, valores, atitudes e sentimentos de inclusão num grupo, o segundo eixo inclui dimensões sociais e físicas, e por fim, o terceiro eixo inclui a qualidade de vida, a saúde mental e o aborrecimento (Canavarro & Vaz Serra, 2010).

2.3. Modelo Ecológico

O modelo ecológico proposto por Bulbolz, Eicher, Evers & Sontag (1980), é visto pela OMG como um modelo concêntrico, exibido graficamente pelo autor, em que os variados sistemas que influenciam a QV em termos individuais estão interligados numa posição vertical. As variáveis que compõem o modelo estão diretamente relacionadas com o sujeito e com o seu bem estar objetivo e subjetivo, onde se incluem aspetos de saúde e aspetos de ordem material. É importante perceber que a proximidade existente entre o sujeito e o círculo de relações próximas ao mesmo é muito significativa, formando desta forma, um microssistema, a relação com os vizinhos forma um mesossistema e a saúde pública forma um macrossistema, onde estão inseridas variáveis como a cultura, identidade nacional, património, opinião política, gestão e as políticas de saúde do governo central.

Uma das bases de sustentação teórica das abordagens sociais mais genérica é haver uma noção de bem estar que excede a questão da satisfação das necessidades do homem, principalmente em relação aos aspetos de realização individual e de autodeterminação, passando a haver uma equidade no que respeita a aspetos sociais (Canavarro & Vaz Serra, 2010).

3. Qualidade de Vida no trabalho

A qualidade de vida no trabalho (QVT) nasceu das pesquisas desenvolvidas por Elton Mayo, que não só contribuíram para o aparecimento deste conceito, como também contribuíram para o aparecimento de novos campos de investigação na área (Chambel & Curral, 2008).

Segundo Rodrigues (2002) a QVT tem como objetivo principal a facilitação, satisfação e bem estar do indivíduo trabalhador (Schmidt & Dantas, 2006).

Inicialmente, a QVT baseava-se na análise e reestruturação das tarefas, com o intuito de facilitar a vida dos trabalhadores.

Para Sturion (2002) o conceito de QVT refere-se à preocupação com o bem estar geral e com a saúde dos trabalhadores no desempenho das suas tarefas. Posteriormente, alguns autores europeus desenvolveram outros conceitos dentro da abordagem sociotécnica e da democracia industrial.

De acordo com o autor, atualmente, a definição de QVT envolve aspetos físicos, ambientais e psicológicos do local de trabalho. Deste modo, a QVT assume duas posições, por um lado, a exigência dos empregados sobre bem estar e satisfação no trabalho e por outro, o interesse das organizações sobre a produtividade e a qualidade do serviço prestado (Sturion, 2002).

A QVT segundo Vieira (1990) tem como objetivo principal criar uma organização mais humanizada, que resulte numa relação saudável entre capital e trabalho cooperativo.

O conceito de QVT passa essencialmente por transmitir respeito pelas pessoas, para ser possível alcançar níveis elevados de produtividade e qualidade, pois as organizações precisam de trabalhadores motivados, que participem de forma ativa nas atividades que desempenham, sendo no final, recompensados de forma justa pelo seu trabalho (Vieira, 1990).

A QVT procura humanizar as relações de trabalho, no sentido de conciliar os interesses dos trabalhadores e da organização (Quirino & Xavier, 1987).

Numa perspetiva de futuro, segundo os autores Nadler e Lawler (sd) a ideia de QVT poderá ser vista como um nada, na medida em que se alguns projetos de investigação sobre a temática falharem, esta ideia poderá ser encarada como uma moda passageira (Vasconcelos, 2001).

De acordo com Conte (2003) qualidade de vida no trabalho é um conceito recente, que tem sido implementado com o crescimento das empresas, pois é um fator importante a ter em conta na vida dos trabalhadores, tal como as consequências positivas que pode trazer para os mesmos. A importância deste conceito vem do número de horas que os trabalhadores passam nas empresas, em média 8 horas por dia, no seu ambiente de trabalho, durante um período longo da sua vida.

Como consequência do estado atual da economia, dá-se um aumento do ritmo de vida de um trabalhador e a pressão imposta aos trabalhadores resulta num aumento de horas de trabalho, para aumentarem a produtividade. Deste modo, o lado profissional dos indivíduos passou a ter um papel principal na vida dos seres humanos (Conte, 2003). E devido a isso, as organizações têm-se preocupado mais com a qualidade de vida no trabalho, visto que é comprovado na literatura, que trabalhadores com qualidade de vida no trabalho produzem mais e são mais felizes, empenhando-se mais nas tarefas que têm que desenvolver, identificando-se mais com a organização, sentem mais satisfação no trabalho, desempenhando melhor as suas funções (Conte 2003).

Trabalhadores com baixa qualidade de vida no trabalho apresentam um aumento de absentismo, baixa de produtividade e eficiência no desenvolvimento do trabalho, redução na qualidade do serviço prestado, pedem indemnizações elevadas, havendo mais gastos com a saúde e despesas médicas (Huang, Lawler & Lei, 2007).

Apesar da atividade profissional ocupar nos dias de hoje cada vez mais tempo da vida dos indivíduos, estes desempenham em simultâneo diferentes papéis na sua vida (Super, 1986), de modo que a QVT tem como consequência um aumento na produtividade e melhor qualidade de vida ao nível pessoal, familiar e social, uma vez que o nível de satisfação numa área da vida da pessoa pode influenciar o nível de satisfação noutra área (Sirgy, Efraty, Siegle & Lee, 2001).

3.1. Modelos Teóricos de Qualidade de Vida no trabalho

3.1.1. Modelo proposto por Walton

O modelo de qualidade de vida no trabalho proposto por Walton, na década de 70, integra oito dimensões distintas, cada uma delas com diferentes indicadores de qualidade de vida no trabalho, que são:

1. Compensação justa, adequada e proporcionalidade nos salários;
2. Condições de segurança e saúde no trabalho (número de horas e condições físicas de trabalho, num ambiente físico seguro);
3. Oportunidade de mostrar capacidades individuais como autonomia, autocontrolo, qualidade e interesse sobre o processo de trabalho;
4. Oportunidade de crescimento profissional e pessoal, com possibilidade de aumentar o salário e garantia de emprego;
5. Oportunidade de integração na empresa (igualdade, mobilidade, senso comunitário, sem preconceitos);
6. Direitos do trabalhador (privacidade pessoal, liberdade de expressão, relação de trabalho imparcial);
7. Coerência entre o trabalho e a vida pessoal do trabalhador;
8. Importância social, onde se inclui a imagem e a responsabilidade social da empresa, e também os seus produtos e práticas de emprego (Walton, 1975).

3.1.2. Modelo proposto por Spillover

Este modelo de QVT proposto por Spillover, também designado por Modelo de Transferência, defende que a satisfação que um indivíduo sente numa determinada área da vida, poderá influenciar a satisfação do indivíduo noutra área da vida diferente (Sirgy e colaboradores, 2001). De acordo com este modelo, a satisfação profissional do sujeito tende a afetar as restantes áreas da sua vida e vice-versa (George & Brief, 1990, citados por Martel & Dupuis, 2006), sendo que, esta influência pode ser direta ou indireta, consoante o efeito que tiver no sujeito (Leiter & Durup, 1996, citados por Martel & Dupuis, 2006).

De acordo com Rousseau (1978) na literatura conclui-se que existe uma correlação positiva entre o trabalho que o indivíduo presta na empresa e noutras áreas da sua vida, fora do contexto de trabalho. No entanto, é importante referir que este modelo não se aplica a todas as profissões (Martel & Dupuis, 2006).

4. Qualidade de Vida nos enfermeiros

A quantidade de investigações sobre QV tem crescido imenso na última década, inúmeros estudos realizados em diferentes países demonstram que a profissão de enfermagem, pela sua natureza, é uma profissão exposta a alguns riscos, e que os enfermeiros estão sujeitos a uma deterioração progressiva da sua saúde, física e mental, no que diz respeito à sua qualidade de vida.

Um estudo no Brasil, realizado por Fernandes, Miranzi, Iwamoto, Tavares e Santos (2010), concluiu relativamente à autoperceção dos enfermeiros sobre a sua saúde, que 92% dos enfermeiros a avaliaram como “boa ou muito boa”, seguidos dos que referiram a sua saúde como “fraca ou muito má” (5,6%). Quanto à Qualidade de Vida geral, o estudo revelou ausência de impacto negativo nos domínios avaliados pela qualidade de vida, relativamente ao domínio Relações Sociais.

Hugman (citado por Simões & Amâncio, 2004) refere que na divisão de trabalho entre enfermeiros e enfermeiras, na prática da profissão, os homens estão em minoria, ao nível da prática de cuidados, estando por outro lado, mais ligados à gestão e supervisão.

No estudo de Gonçalves (2008), com 146 enfermeiros, o autor verificou que 64,6% dos enfermeiros percecionam a sua qualidade de vida geral como boa, sendo que o sexo

masculino apresenta uma percepção mais positiva, relativamente ao sexo feminino, principalmente no domínio Psicológico.

Os estudos de Bennett e Murphy (1999) mostram que o sexo masculino avalia a saúde de forma mais positiva, relativamente ao sexo feminino, manifestando menos sintomas de doença física, recorrendo menos vezes ao médico, sofrendo menos complicações agudas letais.

Gonçalves (2008), nos seus estudos sobre o estado civil na profissão de enfermagem, demonstrou que os enfermeiros casados apresentavam valores superiores em todos os domínios de qualidade de vida, em relação aos solteiros e aos divorciados. Explicando que os valores mais significativos são encontrados nos domínios Relações Sociais e Meio Ambiente, levando-o a pensar que ser casado ou viver em união de fato, pode levar a uma percepção mais positiva a nível das atividades de vida quotidiana e de trabalho.

O estudo de Fernandes, Miranzi, Iwamoto, Tavares e Santos (2010), mostrou com os seus resultados, que o grupo dos enfermeiros casados apresentou níveis médios de qualidade de vida, comparados com os solteiros e divorciados, nos domínios Psicológico, Relações Sociais e Ambiente.

Os estudos de Martins (2003) concluíram que a idade dos enfermeiros no que concerne ao horário de trabalho, por turnos ou fixo, não é relevante, chegando à conclusão que a faixa etária não interfere no perfil de qualidade de vida destes trabalhadores e que os profissionais que trabalham por turnos, não prejudicam a sua qualidade de vida.

No entanto, Grandjean (1998), nos seus estudos, refere que os trabalhadores com mais de 40 anos sofrem com maior frequência de perturbações físicas, como perturbações do sono, relativamente aos enfermeiros que trabalham em horário diurno fixo.

De acordo com Blanco (1999a) os enfermeiros com trabalho noturno apresentam mais sonolência do que os enfermeiros sem trabalho noturno, referindo que a modificação do horário sono vigília provoca modificações na sincronização dos relógios biológicos internos, podendo alterar as suas funções, provocando sonolência ou insónia.

Os resultados obtidos nos estudos de Silva e Silvério (1997), sobre enfermeiros Portugueses, concluíram que os enfermeiros que trabalham por turnos sofrem de perturbações do sono e de perturbações físicas ligeiras, nomeadamente, fadiga crónica.

Por outro lado, Grandjean (1998) referiu que os trabalhadores em turnos noturnos, podem ser considerados como extraordinariamente resistentes, defendendo que só permanecem nesse regime de trabalho, os indivíduos que o toleram (Melo, 2000).

Kaplan, Sadock e Grebb (1997) e Blanco (1999b), em estudos sobre o horário de trabalho e o género, mostram que as mulheres podem apresentar mais perturbações nos padrões do sono, devido às modificações hormonais, ao efeito que o equilíbrio estrogénio-progesterona exerce sobre a função sono-vigília. Defendendo a mesma ideia, Corlett, Quéinnec e Poli (1989) e Gollat e Volkoff (2000) referem que a mulher que trabalha por turnos poderá ser prejudicada, por ter que abdicar do seu tempo de recuperação pessoal, explicando desta forma o aumento da fadiga.

De acordo com Corlett (1989) e Gaillard (1997), os enfermeiros com filhos têm menos qualidade de vida no domínio Físico porque, segundo o autor, a combinação do trabalho noturno com o cuidar de filhos pequenos aumenta a fadiga.

O estudo de Gonçalves (2008) sobre o local onde os enfermeiros prestam o seu serviço, concluiu que tanto os enfermeiros que trabalham no hospital como os que trabalham no centro de saúde, avaliam a sua qualidade de vida de forma positiva, referindo que o local de trabalho não interfere com a perceção individual que os enfermeiros têm sobre a sua qualidade de vida em geral.

Lentz, Costenaro, Goncalves & Nassar (2000) realizaram um estudo sobre a qualidade de vida dos enfermeiros em dois locais de trabalho diferentes, numa Unidade de terapia Neonatal e numa Unidade de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Sida, concluindo que existiam diferenças no nível de algumas das dimensões da qualidade de vida nos dois grupos.

Por outro lado, os resultados obtidos no estudo de Brito e Carvalho (2004) sobre Stresse, *Coping* e Saúde geral nos enfermeiros que trabalham em dois contextos diferentes de prestação de cuidados, um numa unidade de terapia intensiva e outro numa unidade de problemas renais, concluem que não existem diferenças na qualidade de vida dos enfermeiros nos dois contextos de trabalho.

Lazarus e Folkman, citados por Britto e Carvalho (2004), enfatizam que no seu estudo, os enfermeiros atribuíram a sua qualidade de vida e o seu estado de saúde, a aspetos da atividade profissional, como o tipo de trabalho, as folgas e a carga horária, como distribuídas de maneira inadequada, argumentando que a sua profissão requer muito controlo emocional.

Gonçalves (2008) percebeu nos seus estudos que o vínculo laboral também influenciava a qualidade de vida dos enfermeiros, concluindo que em todos os domínios da escala de qualidade de vida os enfermeiros funcionários públicos apresentam médias superiores, relativamente aos enfermeiros contratados por tempo indeterminado/contratados por tempo certo, principalmente nos domínios Físico e Meio Ambiente.

Capítulo III – Comportamento Emocional

1. Emoções

1.1. Evolução histórica do conceito de emoção

A palavra emoção, segundo os autores Besche-Richard e Bungener (2008), deriva das palavras “*e-movere*”, que tem como significado “mover para fora”, ou seja, reflete o que um indivíduo transmite exteriormente quando se emociona, esse processo pode ser feito através da voz, das expressões faciais ou através de outros movimentos.

Definir as emoções pode ser um dos conceitos mais difíceis e complicados de explicar, visto que ao longo da sua história deparamo-nos com opiniões muito diferentes, em que num extremo existem autores que se preocupam em focar o seu estudo apenas na componente neurofisiológica das emoções, no extremo oposto, encontram-se os autores que defendem que as emoções constituem um sistema motivacional fundamental.

Segundo Strongman (1996) a história das emoções vem desde a Grécia Antiga, nasceu com os filósofos Platão e Aristóteles e as primeiras teorias datam do final do séc. XIX, início do séc. XX, quando a psicologia começou a evoluir enquanto ciência e quando psicólogos e outros estudiosos se começaram a interessar e a debruçar sobre o construto teórico, que tivesse como estrutura o estudo das emoções.

O estudo das emoções, segundo Strongman, (1996) e posteriormente, Solomon (2004), é alvo de interesse científico e humano, desde há muito tempo, em diversas áreas do conhecimento.

A Filosofia, interessou-se pelo seu estudo e contribuições para o crescimento da vida do homem e do conhecimento. Por outro lado, a Antropologia, tem estudado a interação entre as emoções e a dimensão cultural das sociedades e a História, tem vindo a desenvolver o seu interesse no percurso das emoções ao longo do tempo, enquanto a Sociologia, tem focalizado o seu estudo em desvendar a relação entre o funcionamento das emoções e os grupos sociais a que pertencem (Kemper, 2004).

Na área das ciências da vida, o papel das emoções tem sido alvo de estudo no que respeita ao desenvolvimento do homem, à muito mencionado por Darwin, quando expôs a sua teoria da evolução das espécies (Oatley & Jenkins, 1996).

Dentro da mesma área, as neurociências também têm mostrado o seu interesse pelas emoções e contributos dos sistemas das emoções no funcionamento humano (Damásio, 2003). Assim sendo, da mesma forma que o cérebro é visto como sendo o centro principal que comanda as emoções, também se começa a perceber que o mesmo é afetado e alterado com o tempo, pelas

experiências que se adquirem ao longo da vida e pelo desenvolvimento emocional da pessoa (Shore, 1994).

Não só as diferentes áreas do cérebro são responsáveis pelas manifestações emocionais dos sujeitos, como também as próprias emoções interferem com o desenvolvimento do cérebro (Siegel, 1999).

Na área da Psicologia, têm sido estudados diversos modelos sobre as emoções e o desenvolvimento emocional, que têm em comum o estudo da função adaptativa das emoções no desenvolvimento do homem. O papel fundamental das emoções no funcionamento psicológico é admitido por todos os estudiosos da área, mas nem sempre concordam com a sua definição, variando de acordo com a importância que dão às diferentes teorias, funções específicas, componentes, fatores genéticos, constitucionais, ambientais e relacionais, ou mesmo à ligação que têm com outros sistemas, nomeadamente o sistema motor, o cognitivo e o linguístico.

Entre estes extremos também se encontram autores com diferentes pontos de vista, uns defendem a transitoriedade ou disrutividade das emoções, outros defendem que os sujeitos estão sempre a experienciar diferentes emoções, e que ao longo da sua vida, o seu comportamento não existiria sem haver afetos, pois os afetos tinham como função a organização, a motivação e a manutenção do comportamento (Queirós, 1997).

Nesta linha de pensamento, as emoções podem ser vistas como um subsistema a nível psicológico, que está separado dos demais subsistemas, como a cognição ou a percepção, mas ao mesmo tempo, profundamente ligado aos mesmos, já que para estes estudiosos, o sujeito constitui um todo complexo. Deste modo, as emoções eram catalogadas por estes autores como um dos subsistemas mais importantes nos indivíduos, visto que a sua expressão, funcionaria como um meio de comunicação na interação dos indivíduos com o meio envolvente, sendo responsável por dar significado ao mundo e ao lugar que o sujeito teria, de forma a conceder qualidade à vida (Queirós, 1997).

1.2. Teorias das emoções

O estudo das emoções é suportado por diferentes teorias, de acordo com a linha teórica proposta e defendida por cada autor. Para Damásio (2003), a emoção consiste numa variação tanto psíquica como física, desencadeada por estímulos, experimentada pelos sujeitos e automática, como resposta a esse mesmo estímulo, ou seja, o autor vê as emoções como

forma de avaliar o ambiente no qual estamos inseridos, de modo a estarmos aptos para reagir de forma adaptativa ao que vivenciamos dos estímulos do exterior.

Deste modo, Damásio (2003) segue uma perspectiva de orientação neurobiológica, em que as emoções são entendidas como uma reação automática a um estímulo, compostas por diversas reações químicas e neurológicas próprias.

Segundo o autor, a ativação de uma emoção tem consequências diretas na alteração do corpo e também nas estruturas do cérebro correspondentes. Para o autor, exteriormente as emoções são visíveis através das expressões faciais, no entanto, há exemplos mais difíceis de serem detetados, como as respostas psicofisiológicas (Damásio, 2003).

O autor reconhece as emoções de duas formas, falando de emoções básicas e de emoções mais complexas. As primeiras são caracterizadas como inatas, como por exemplo a raiva, o medo, a tristeza, a surpresa, a aversão e a felicidade, já as segundas, são caracterizadas pelo autor como emoções sociais, como é o caso da vergonha, da simpatia, do orgulho, da culpa, da gratidão, da inveja, do desprezo e da admiração (Damásio, 2003).

Pinto (2001) vê emoção como um comportamento possível de ser observado, onde está incluído um elemento de excitação fisiológico do sistema nervoso autônomo, que envolve a cognição e é parte constituinte de uma vivência subjetiva que envolve a mente e o corpo do indivíduo.

De acordo com a linha de pensamento de Damásio, existem muitos teóricos, havendo no entanto, perspectivas que divergem da sua definição de emoção, principalmente no que refere às suas funções.

Segundo uma linha mais comportamental, o Modelo de Gray (1987), apresenta a definição de emoção como estado interno, influenciado por algo externo ao organismo, em que as emoções se organizam de três formas diferentes, de acordo com a relação entre os estímulos (positivos e negativos) e as respostas, o Sistema de Abordagem, o Sistema de Inibição Comportamental e o Sistema de Fuga/Luta.

Por outro lado, Gross (1998) identifica três fatores principais nas emoções. O primeiro fator diz respeito à expressão comportamental, o segundo refere a experiência subjetiva e o terceiro foca as respostas fisiológicas periféricas.

Silvian Tomkins (1963), nos seus estudos, dá relevo ao seu modelo, que defende a existência de emoções inatas, nomeando oito emoções básicas, como a surpresa, a alegria, a angústia, a vergonha, o medo, a raiva, referindo que a sua intensidade altera de acordo com o funcionamento das células nervosas.

Por seu lado, Carroll Izard (1999) encaminhou as suas pesquisas numa linha mais psicológica das emoções, criando um modelo que destaca o caráter inato das emoções e as suas funções motivacionais básicas e a relação com a personalidade, ao qual chamou Teoria das Emoções Diferenciais (TED) (Abe & Izard, 1999). Este modelo segue a linha de pensamento dos modelos que referem as emoções em três componentes, de nível expressivo, experiencial e neuronal.

Seguindo a linha cognitiva, Lazarus (1991) defende que o principal fator que desencadeia respostas emocionais é essencialmente a componente de avaliação cognitiva dos acontecimentos em termos de significado para o bem estar do Homem, avaliando de cinco formas: como sendo ou não relevante para o bem estar dos sujeitos, podendo ser perigosa, potencialmente perigosa, desafiante ou com resultados potencialmente positivos. Ou seja, as mesmas situações causadoras de stress, consoante a pessoa e de acordo com a sua história de vida e com as suas características individuais, podem gerar diferentes padrões de resposta.

Tal como refere Fridja, que além de focar a componente avaliativa, como Lazarus, vai mais além e define as emoções como modificações na tendência para agir (Fridja, 2004).

O estudo das emoções segundo Frijda (2000) é dividido em emoções básicas ou primárias, como a alegria, tristeza, medo, zanga, coragem, entre outras que são aquelas que mais facilmente se identificam quando se fala e se pensa em emoção. As emoções têm a função de autorregulação, ou seja, têm a seu cargo compor as partes dos sistemas cognitivos e também dão respostas a situações.

Damásio (1994) vai mais além da teoria de Frijda e refere que as emoções seriam apenas divididas em primárias e secundárias, sendo que as primeiras seriam experienciadas num período da infância, interligadas ao sistema físico, inatas e onde existiria um “mecanismo pré-organizado”, e as segundas apoiavam-se nas primeiras, mas seriam experienciadas por adultos, ocorrendo mal o sujeito comesse a ter sentimentos e a “formar ligações sistemáticas entre categorias de objetos e as situações”.

Lewis, por outro lado, focaliza as emoções inatas, destacando o desenvolvimento cognitivo como processo de socialização, sem referir os sistemas neurológicos, como acontece com Damásio (Strongman, 1996). O autor defende que são os estímulos internos e externos os que desencadeiam as emoções, na medida em que englobam estados, comportamentos e experiências ao indivíduo (Lewis, 2004).

Numa perspetiva mais desenvolvimental, Bowlby (1980) foi um dos primeiros teóricos a reconhecer o papel relacional e adaptativo das emoções quanto à segurança e

sobrevivência dos sujeitos, salientando que a função da expressão das emoções, funciona como mecanismo de regulação na relação mãe-bebé e construção do *self* do sujeito.

Para Sroufe (1995) as emoções têm um papel individual, com significado relacional singular, visto que cada emoção por si só tem um papel individual e próprio, com um significado único ao nível relacional.

De acordo com Cole, Martin e Dennis (2004) as emoções são vistas como um sistema que prepara o sujeito para atuar nas diversas situações.

Já os autores Tomkins e Izard (sd) consideram as emoções como uma entidade complexa, que afeta fortemente o comportamento dos sujeitos, com características inatas e aprendidas, implicando respostas a nível fisiológico, subjetivo, expressivo e comportamental (Queirós, 1997).

Outros autores que seguem uma perspetiva funcionalista salientam a relação do sujeito com o ambiente onde se encontra, desvalorizando se as emoções são ou não básicas, atribuindo desta forma, uma importância superior ao significado. O estudo teórico desta perspetiva tem por base a ação e as consequências dos estados emocionais e ainda da relação das emoções e dos sentimentos, que nascem da apreciação que o sujeito exerce sobre as diferentes situações e emoções.

De acordo com a perspetiva evolucionista, a emoção resulta de um processo evolutivo da espécie (Gross, 1998), que tem uma função adaptativa fundamental para a sobrevivência do organismo (Izard, 1989).

Em suma, podemos dizer que as emoções são responsáveis por desempenhar um papel central no funcionamento psicológico do ser humano, opinião presente em vários teóricos destacados anteriormente, no entanto, nem sempre a definição é a mesma e unanime a todos, pois depende da ênfase das diferentes teorias e da especificidade das componentes em que se baseia cada uma, ou em fatores mais específicos como os genéticos, ambientais, relacionais e também culturais.

Outro ponto em que os teóricos estão de acordo é o facto de as emoções compreenderem a integração dos processos neuronais, motores e experimentais de cada indivíduo.

1.3. Emoções positivas e negativas

Das emoções que têm sido mais estudadas, chegou-se à conclusão que se podiam diferenciar em dois tipos, emoções positivas e emoções negativas, percebendo facilmente que a lista de emoções negativas supera as positivas. Strongman (1996) admite que as investigações se têm desenvolvido maioritariamente sobre as emoções negativas relativamente às positivas, apesar de que, as emoções positivas tiveram um novo rumo e nível superior de interesse, devido ao estudo da Psicologia Positiva.

Fredrickson (2000) evidencia que as emoções positivas diferem das negativas, pois apresentam manifestações psicofisiológicas diferentes, apesar de serem complementares.

Quando se fala em emoções positivas, normalmente a felicidade e a alegria são as emoções que têm mais destaque, pois favorecem as experiências positivas que rodeiam o sujeito, recompensando de alguma forma o esforço que o sujeito faz nas suas conquistas, facilitando na resolução dos seus problemas e eventos stressores do seu quotidiano. O interesse e o orgulho, também são consideradas emoções positivas, pois fazem com que o indivíduo tenha respeito por si próprio e a criar uma avaliação positiva de si, facilitando a exploração do meio social em que se encontra ou levá-lo a outros contextos (Fredrickson, 2001).

De acordo com Fredrickson (2004) uma vez que a vivência de emoções positivas desenvolve recursos psicológicos nos sujeitos, pensa-se que possam também provocar um efeito benéfico na promoção do bem estar e da saúde física dos indivíduos. De acordo com esta perspetiva, as emoções positivas são realmente importantes para o bem estar dos sujeitos, pois são os principais indicadores de um bem estar ótimo. A autora defende ainda que as emoções positivas, além de indicarem, são também responsáveis pela produção de um funcionamento ótimo, que se delonga no tempo, não se focando no momento em que a emoção é vivenciada.

Para Cicchetti & Cohen (1995), as emoções positivas têm como função aumentar a abertura dos sujeitos às experiências que os rodeiam, para sentirem o efeito que vem do desenvolvimento de novos recursos e competências pessoais, que vão fortalecer o sujeito, preparando-o para lidar mais eficazmente com os desafios que aparecem, contrariamente às emoções negativas, que levam os indivíduos a restringir os seus comportamentos, direcionando-os para situações de agir muito específicas.

De acordo com as investigações de Fredrickson (2000), as emoções positivas tendem a anular o efeito das emoções negativas, verificando que os sujeitos com tendência para

vivenciar em maior número as emoções positivas, são mais flexíveis, criativos, resilientes e capazes de resolver mais facilmente os seus problemas, comparativamente aos indivíduos com tendência a serem mais negativos.

No entanto, vivenciarmos no nosso quotidiano emoções negativas é inevitável e por vezes, útil, apesar de quando levado ao extremo, ou por períodos prolongados de tempo, ou vividas em contextos inapropriados, as emoções negativas poderão ser responsáveis por gerar diversos problemas, tanto para os indivíduos como para a sociedade, visto serem desencadeadoras de possíveis perturbações, como as perturbações da ansiedade, perturbações cardiovasculares, perturbações físicas, perturbações de humor, entre outras (Fredrickson, 2000).

Desta forma, das pesquisas efetuadas pelos diferentes autores, pode-se concluir que as emoções têm um papel fundamental no funcionamento psicológico do ser humano, mesmo que não defendam todos a mesma definição e a sua função, acreditam que as emoções compreendem a interação dos processos neuronais, experimentais e motores vivenciados pelos sujeitos, no decorrer do seu dia-a-dia.

2. A Psicologia Positiva

A psicologia positiva (PP) surge de uma nova perspetiva teórica da psicologia, nos últimos dez anos, sendo Martin Seligman o seu grande impulsionador e mentor (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

A PP é como uma área de estudo científico individual e própria, entendida como multifacetada para os autores que se debruçaram sobre ela, que para além de ter uma abordagem nos problemas e patologias dos sujeitos, também se debruça teórica e empiricamente na melhoria de qualidade de vida do indivíduo. Para isso, pretende debruçar-se sobre as experiências mais positivas vivenciadas pelos sujeitos como emoções positivas, que é o caso da felicidade, esperança, alegria, sobre características positivas individuais de cada sujeito, como o caráter e as virtudes. (Csikszentmihalyi & Csikszentmihalyi, 2006; Seligman, 2002; Seligman, 2006; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005).

O grande ponto forte da PP é focalizar e concentrar o que as pessoas têm de mais positivo na vida, dar relevo ao que sabem que faz a vida valer a pena, tal como demarcar as áreas onde é necessário investir mais (Seligman, 2002).

Em 1979, Antonovsky explicou que as características positivas das pessoas são como forças ou emoções positivas, que vão contribuir para o bem estar das mesmas, entendidas como “recursos de resistência”, que funcionam como um polo, onde existe num extremo o funcionamento saudável, e no outro extremo a doença (Schueller, 2009).

A Psicologia Positiva é então o estudo científico de tudo o que corre bem na vida das pessoas, apesar de não negar as dificuldades que possam ter na vida. O seu objetivo é que as pessoas não se foquem apenas no negativo, pois correm o risco de ter uma visão incompleta da sua condição de vida (Peterson, 2000).

Desta forma, a PP vem transformar o que é negativo para as pessoas, como a depressão, o desespero e a desmoralização, em positivo, como a felicidade, as forças de caráter e ter um propósito na vida. Esta vertente positiva da psicologia concentra-se nas qualidades que fazem a vida dos indivíduos valer a pena e isso passa por criar uma definição de novos propósitos de vida, como o pensamento positivo, os valores, o prazer, a felicidade, as forças de caráter e as relações interpessoais positivas (Dunn, 2008).

Assim sendo, a PP incita para o estudo de fatores protetores, que podem ser utilizados para a resolução dos problemas dos sujeitos, como identificar os fatores de risco, e apelar à compreensão das emoções e dos traços positivos que as pessoas possuem. É por isso, frequente pensar-se que a psicologia positiva tem como função principal ajudar os sujeitos a serem pessoas mais felizes, otimistas e satisfeitas com as suas vidas, tal como ajudar a encontrar as condições ideais que fazem dos indivíduos seres mais otimistas, satisfeitos e felizes (Seligman, 2002).

Em suma, a psicologia positiva pode ser definida de forma geral, como o estudo científico do funcionamento humano ótimo, cujo objetivo é reequilibrar as investigações e as práticas psicológicas ao chamar a atenção dos indivíduos para os aspetos positivos do funcionamento humano e da experiência de emoções positivas, integrando-os na tradicional compreensão dos aspetos negativos desse funcionamento humano e dessa experiência emocional (Linley, Joseph, Harrington & Wood 2006).

Uma vez que a vivência de emoções positivas é capaz de desenvolver recursos psicológicos nos sujeitos, pensa-se que as emoções positivas possam também provocar um efeito benéfico na promoção do bem estar psicológico e da saúde física dos indivíduos (Fredrickson, 2003).

3. Felicidade e Bem Estar

A definição do conceito de felicidade e das condições que a permitem e sustentam têm sido alvo de inúmeras perspetivas (Diener, 2009).

No mundo ocidental, o conceito de felicidade debruça-se essencialmente na filosofia da antiga Grécia. Segundo Rojas (2004), para os gregos, felicidade era sinónimo de *eudaimonía*, que significava ter êxito e sucesso na vida. Por outro lado, os romanos identificavam o conceito de felicidade, à alegria, serenidade, prazer, satisfação, sorte, glória, fama e bem estar. Para eles, a felicidade era algo que acontecia a alguém por sorte, ou por estar associada ao destino.

A conceção do termo felicidade está muito associada a três filósofos, Sócrates, Platão e Aristóteles cujas inspirações divergem. Por um lado, Sócrates defende que felicidade é conhecimento, importante para desenvolver as virtudes, por outro, Platão descreve felicidade como *eudaimonía* ou *florescimento*, e ainda Aristóteles, considera felicidade, ter uma vida com sentido e propósito, referindo que para se ser totalmente feliz, é necessário ter uma vida completa. Das três perspetivas salienta-se a ideia de felicidade como um desenvolvimento harmonioso de capacidades e bem-estar no ser humano (Hérvaz, 2009).

Definições mais específicas de bem estar têm vindo a ser utilizadas pela comunidade científica, para descrever e definir a felicidade, recorrendo a componentes das emoções ou da satisfação generalizada com a vida (Seligman, 2002).

O estudo científico do bem estar surgiu para tentar compreender o que significa ter uma vida que valha a pena, que caraterizou como tendo saúde, vitalidade, felicidade, criatividade, realização e preenchimento (Huppert, Baylis & Keverne, 2005).

O bem estar é constituído por duas perspetivas que se definem em redor de dois modelos teóricos diferentes, em que o primeiro é intitulado de Bem Estar Subjetivo, que tem como principal investigador Diener, que foca essencialmente a compreensão da dimensão cognitiva (satisfação com vida) e da dimensão afetiva (felicidade), da avaliação subjetiva que cada sujeito faz das experiências que vive ao longo da sua vida; o segundo modelo intitulado de Bem Estar Psicológico, foi criado por Ryff e tem como base teórica conceções de autorrealização e crescimento pessoal, definindo a estrutura básica do bem estar em termos psicológicos.

O primeiro baseia-se numa perspetiva hedónica, em que se reforça o prazer e se evita a dor e o sofrimento, em que a tónica do bem estar consiste na avaliação subjetiva do sujeito sobre a felicidade, e o segundo, foca um conceito de eudaimonismo, mais abrangente e

diversificado, que se cinge ao funcionamento psicológico positivo e ao desenvolvimento da eudaimonia, que pretende desenvolver a capacidade de autorrealização e florescimento por parte dos sujeitos.

4. Comportamento emocional na enfermagem

A experiência de sentir emoções está presente em todas as pessoas, nas mais variadas situações em que existe interação entre os sujeitos. (Diogo, 2006).

Os hospitais não são exceção, pelo contrário, são verdadeiros polos de intensas interações emocionais, onde se encontram profissionais e utentes, que estão em permanente contato, sujeitos a condições que influenciam frequentemente o seu estado emocional. A angústia dos familiares e do próprio doente perante a sua situação clínica afeta os enfermeiros, por um lado, pela incapacidade de fazer mais e por outro, quando criam laços com doentes com internamentos prolongados. Os sentimentos positivos, como a alegria e o prazer são raros no hospital ou insuficientes para compensar vivências emocionais mais negativas, como repulsa, vergonha, irritabilidade, medo ou tristeza (Mercadier, 2004).

O estudo de Mercadier (2004) sobre as emoções nos enfermeiros concluiu que relativamente à diferença entre sexos, os sentimentos negativos, como o medo e a tristeza estão ausentes ou muito atenuados no sexo masculino, sendo mais notórios no sexo feminino. Outro estudo, sobre o género e os profissionais de enfermagem, obteve os mesmos resultados e concluiu que os enfermeiros têm mais sentimentos positivos, comparativamente às enfermeiras, por percecionarem mais positivamente a sua aparência física, apresentando uma autoestima superior.

O serviço onde os enfermeiros trabalham, de acordo com os estudos efetuados pelo autor, também influencia o seu estado emocional, sendo que, num serviço onde existe mais sofrimento ou mais mortes, os enfermeiros tendem a sentir mais emoções negativas, do que em serviços onde o sofrimentos dos doentes não é tão visível.

Mayer, nos seus estudos, concluiu que o fator idade influencia a forma como os enfermeiros vêem e avaliam a sua vida, que juntamente com a experiência, se tornam mais seguros e capazes de lidar com as situações de maior sofrimento, motivando-os para a prática da profissão. Desta forma, os enfermeiros mais velhos apresentam níveis mais elevados de felicidade, do que os mais novos, que segundo o autor, ainda têm que aprender a desenvolver as capacidades emocionais necessárias (Goleman, 2005).

Os estudos de Mercadier (2004) relativamente ao estado civil concluíram que os enfermeiros casados ou em união de fato apresentam níveis superiores de satisfação com a vida, relativamente aos solteiros e aos divorciados. De acordo com o autor, os enfermeiros vêem a sua vida afetiva como um suporte que lhes permite ultrapassar as dificuldades provenientes da vida profissional, referindo igualmente as atividades de lazer. A família é vista por eles como uma fonte de suporte emocional e de conforto, levando-os a experienciarem mais sentimentos positivos do que negativos (Queirós, 2005).

Os estudos de Eid e Larsen (2008) sobre felicidade e estado civil evidenciaram que as relações afetivas influenciam de forma positiva a felicidade, concluindo que os sujeitos mais felizes são os que mantêm uma relação duradoura, como os casados e os que vivem em união de fato.

De acordo com Ferreira (2005), nos resultados dos seus estudos, existe uma relação significativa entre satisfação com a vida e satisfação no trabalho com a profissão de enfermagem, sendo a causalidade mútua entre estas duas variáveis.

Num estudo desenvolvido por Geraldês, Anes e Brás (sd), em Bragança, sobre a satisfação com a vida nos profissionais de enfermagem, sobre o horário de trabalho, concluíram que a média de satisfação da equipa de enfermagem está avaliada no parâmetro insatisfeito, verificando que 50% dos enfermeiros não se encontra nem satisfeito, nem insatisfeito. Os restantes sujeitos (25%) encontram-se equitativamente insatisfeitos e totalmente insatisfeitos.

Por outro lado, um estudo sobre o trabalho por turnos rotativos verificou que este influencia de forma positiva os sentimentos dos enfermeiros, que na sua maioria apresentam mais sentimentos positivos do que negativos relativamente a este horário de trabalho.

O estudo sobre a satisfação com a vida pessoal dos enfermeiros, verificou que de 242 enfermeiros, 52,7% dos enfermeiros sentem uma satisfação com a vida pessoal bastante satisfatória, 30,8% dos enfermeiros apresentam-se satisfeitos com a sua vida, enquanto 53,4% consideram que ser enfermeiro é bastante gratificante, verificando-se ainda uma percentagem significativa de 23,6% dos enfermeiros, que sentem a profissão como pouco gratificante, concluindo que 82,3% dos profissionais de enfermagem sentem-se realizados pessoalmente como enfermeiros.

Num estudo realizado por Gouveia, Lins, Lima, Freires e Gomes (2009), sobre afetos numa equipa de 198 profissionais na área de saúde, nomeadamente, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, odontólogos e nutricionistas, concluiu que estes

profissionais, em geral, vivenciam mais afetos positivos e menos afetos negativos, com exceção dos médicos e dos enfermeiros, que vivenciam mais afetos negativos e menos afetos positivos, na equipa.

A teoria de Suh (2000) sobre o bem estar psicológico mostra que o conceito de bem estar se baseia num autoconceito individual, que considera que as pessoas estão centradas nos seus próprios atributos psicológicos, referindo a autoeficácia como exemplo.

Para concluir, é fundamental que o enfermeiro tenha características inerentes à profissão que desempenha, de acordo com o local onde trabalha e com a população alvo. É importante que seja positivo, construtivo, assertivo e confiante, mostrando aos doentes e aos restantes profissionais de saúde que consegue lidar com as suas emoções (Rodrigues, 2005).

Parte II – Estudo Empírico

I - Metodologia

1. Objetivos

Esta investigação tem como objetivo geral, analisar e comparar a qualidade de vida e o comportamento emocional numa amostra de Enfermeiros que trabalham em duas entidades diferentes, Hospital Divino Espírito Santo e Centro de Saúde de Ponta Delgada, ilha de S. Miguel, nos Açores.

Tem como objetivos específicos:

- Analisar a relação das características sociodemográficas dos enfermeiros;
- Avaliar a qualidade de vida;
- Avaliar os afetos positivos e negativos mais presentes;
- Avaliar a satisfação com a vida;
- Avaliar o bem estar subjetivo e o bem estar psicológico;
- Avaliar a felicidade no último mês.

2. Hipóteses

Tendo em conta os objetivos delineados para este estudo, pretende-se testar as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: O estado civil interfere com a felicidade, o bem estar subjetivo, bem estar psicológico e a satisfação com a vida dos enfermeiros;

Hipótese 2: Os enfermeiros que apresentam índices elevados de qualidade de vida também apresentam índices elevados de afetos positivos, índices elevados de satisfação com a vida, índices elevados de bem estar subjetivo, índices elevados de bem estar psicológico e também índices elevados de felicidade no último mês;

Hipótese 3: Os enfermeiros que apresentam índices baixos de qualidade de vida apresentam índices elevados de afetos negativos;

Hipótese 4: O trabalho por turnos prejudica o sono dos enfermeiros;

Hipótese 5: Os enfermeiros estão satisfeitos com a sua remuneração.

3. Sujeitos

Participaram neste estudo 130 enfermeiros da cidade de Ponta Delgada, ilha de S. Miguel, Arquipélago dos Açores, 61 dos quais trabalham no Hospital Espírito Santo, em Ponta Delgada e 69 trabalham no Centro de Saúde de Ponta Delgada, 72 trabalham em horário de turnos rotativos e 58 em horário diurno fixo ou regular, dos quais 52 consideram que o trabalho por turnos prejudica o seu sono e 18 não consideram. A maioria dos enfermeiros referem que já trabalharam noutro horário (61,5%), e 24 referem que trabalham noutro local (como trabalho duplo).

Neste estudo, 104 (80,0%) sujeitos são do sexo feminino, e 26 (20,0%) do sexo masculino. A idade dos sujeitos está compreendida entre os 23 e os 62 anos, havendo uma média de idades de 34,88 anos ($DP=9,556$). Relativamente ao estado civil dos inquiridos, 51 (39,2%) são solteiros, 66 (50,8%) são casados, seguindo-se por fim 12 (9,2%) sujeitos divorciados. Da amostra do estudo, 55 (42,3%) enfermeiros têm filhos e apenas 7 estão contentes com a sua remuneração.

		Masculino (N=23)		Feminino (N=84)		χ^2
		N	%	N	%	
Estado civil	Solteiro	10	7.8	41	31.8	0.146
	Casado	14	10.9	52	40.3	
	Divorciado	2	1.6	10	7.8	
Existência de filhos	Não	16	12.3	59	45.4	0.197
	Sim	10	7.7	45	34.6	
Local onde trabalha	Hospital	9	6.9	52	40	1.977
	Centro de Saúde	17	13.1	52	40	
Trabalha por turnos?	Não	9	6.9	49	37.7	1.315
	Sim	17	13.1	55	42.3	
Trabalhar por turnos prejudica o seu sono?	Não	5	3.8	13	10	1.576
	Sim	12	9.2	42	32.3	
	Não se aplica	9	6.9	49	37.7	
Já trabalhou noutro horário?	Não	10	7.7	39	30	0.255
	Sim	16	12.3	64	49.2	
Trabalha noutro local?	Não	11	8.5	40	30.8	0.908
	Sim	6	4.6	18	13.8	
	Não se aplica	9	6.9	46	35.4	
Está contente com a sua remuneração?	Não	25	19.2	98	75.4	0.151
	Sim	1	0.8	6	4.6	

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

	Sexo				t	Sig.
	Masculino (N=26)		Feminino (N=104)			
	M	DP	M	DP		
Idade	33,42	6,39	35,25	10,20	-1.140	0.001***
Anos de escolaridade	16,62	1.17	15,98	1.46	2,054	0.397
Nº de filhos	0,54	6,389	0,84	1,071	-1,634	0,006
Há quanto tempo trabalha por turnos?	4,38	4,309	3.42	5,482	0.837	0,763
Quantas horas trabalha em média por semana?	25,04	20,409	21,19	19,984	0,874	0,333

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica dos enfermeiros

4. Medidas

O Protocolo desenvolvido para este estudo é composto por duas partes, a primeira é constituída por questões de carácter sociodemográfico e a segunda por quatro questionários, o Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref), o Questionário de Sentimentos Positivos e Negativos (SPANE), o Questionário de Bem Estar Subjetivo (Florescer), o Questionário de Bem Estar Psicológico (QEWB), o Questionário de Satisfação com a Vida (SWLS) e o Questionário de Felicidade no último mês (Termómetro).

4.1. Questionário Sociodemográfico

Para avaliar as características individuais dos sujeitos que compõem a amostra do estudo, foi utilizado o questionário sociodemográfico, que contém variáveis pessoais, como o sexo, estado civil, idade, número de anos de escolaridade, religião, etnia, existência de filhos, e questões acerca da profissão, como o local onde trabalha, o serviço onde trabalha, se trabalha por turnos ou em horário fixo, se o fato de trabalhar por turnos o prejudica, quantas horas trabalha em média por semana, se trabalha noutro local, se já trabalhou noutro horário, e por fim, se está satisfeito com a remuneração.

4.2. Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)

Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizada uma versão abreviada do questionário *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100), o questionário WHOQOL-Bref, uma versão traduzida para Português de Portugal, criado pelo grupo que estuda a qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Paredes, 2006). A versão portuguesa deste instrumento apresenta boas propriedades psicométricas (Vaz Serra e colaboradores, 2006).

É uma medida multidimensional, multicultural e geral, que permite a avaliação subjetiva da qualidade de vida, e pode ser utilizada em perturbações psicológicas, doenças físicas e em sujeitos da população geral.

Este instrumento é constituído por 26 questões de auto resposta, duas mais gerais de percepção geral de qualidade de vida e percepção de saúde geral e por 24 questões mais específicas, em que o indivíduo expressa o seu grau de concordância com as afirmações, através de uma escala de resposta do tipo Lickert de 5 pontos.

A escala é composta por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, e por uma faceta geral de qualidade de vida.

O primeiro domínio é composto por 7 itens (3, 4, 10, 15, 16, 17, 18), o segundo é composto por 6 itens (5, 6, 7, 11, 19, 26), o terceiro é composto por 3 itens (20, 22, 23) e o quarto é composto pelos restantes oito itens (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25).

4.3. Questionário de Sentimentos Positivos e Negativos (SPANE)

Para avaliar os sentimentos, positivos e negativos, foi utilizada a escala *Positive and Negative Experience* (SPANE), desenvolvida por Diener, Wirtz, Tov, Kim-Prieto, Oishi e Diener (2010).

A versão portuguesa da SPANE é constituída por 12 sentimentos, em formato de resposta tipo Lickert de 5 pontos (1. Muito raramente ou nunca, 2. Quase nunca, 3. Algumas vezes, 4. Frequentemente e 5. Muito frequentemente ou sempre), que se agrupam em duas dimensões, constituídas por 6 itens cada, os sentimentos positivos, que englobam os itens 1, 3, 5, 7, 10 e 12 e o sentimentos negativos, que englobam os itens 2, 4, 6, 8, 9 e 11.

Em ambos os sentimentos, positivos e negativos existem 3 itens gerais e 3 mais específicos.

A escala apresenta boas qualidades psicométricas, tanto para os sentimentos positivos, com um alfa de Cronbach de .87, como para os sentimentos negativos, com um alfa de Cronbach de .81, sendo que o valor total para os 12 itens tem um alfa de Cronbach de .89.

4.4. Questionário de Bem Estar Subjectivo (Florescer)

Para avaliar o bem estar subjetivo, foi utilizada a escala *Flourishing* (FS), desenvolvida por Diener, Wirtz, Biswas-Diener, Tov, Kim-Prieto e Choi (2009), com o intuito de utilizar teorias recentes de bem estar psicológico e social de forma a complementar medidas já existentes de bem estar subjetivo.

A escala é composta por um único fator, constituído por oito itens, todos formulados de forma positiva, que descrevem aspetos importantes do funcionamento humano, que variam de relacionamentos positivos, sentimentos de competência e ter significado e propósito na vida.

Apresenta uma escala de resposta tipo Lickert de 7 pontos, que varia de 1 (Discordo fortemente) a 7 (Concordo fortemente).

A escala apresenta boas qualidades psicométricas, sendo o valor de alfa .87.

4.5. Questionário de Bem Estar Psicológico (QEWB)

Para avaliar o Bem Estar Psicológico, foi utilizada a escala QEWB (*Questionnaire for Eudaimonic Well-Being*), criada pelos autores Waterman, Schwartz, Zamboanga, Ravert, Williams, Agocha, Kim e Donnellan (2010), traduzida posteriormente para português.

A escala é composta por 21 itens que avaliam o bem estar psicológico, através de uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos, que vai de 0 (Discordo fortemente) a 4 (Concordo fortemente). Esta escala é composta por seis dimensões que se relacionam entre si, nomeadamente, a autodescoberta, a perceção de desenvolvimento do potencial, senso de significado de vida, esforço significativo na procura de excelência, envolvimento intenso e prazer na realização de atividades que expressam quem o indivíduo realmente é.

O estudo psicométrico da escala apresenta uma boa consistência interna, apresentando um valor de alfa de .81.

4.6. Questionário de Satisfação com a Vida (SWLS)

Para avaliar a satisfação com a vida, foi utilizado o questionário unidimensional SWLS (*Satisfaction with life Scale*), desenvolvida por Diner, Emmons, Larsen e Griffin (1985), traduzido e validado para a população portuguesa por Rosa, J., Baptista, A. (1998).

De acordo com os autores, a escala está preparada para ser utilizada em contexto clínico e em diferentes grupos etários.

A escala é composta por cinco itens que avaliam a satisfação global com a vida, através de uma escala de resposta do tipo Lickert de 7 pontos, 1 (não concordo totalmente) a 7 (concordo totalmente).

O estudo psicométrico da escala apresentou um valor de consistência interna de α de Cronbach=0.81, mostrando que a mesma tem boas qualidades psicométricas.

4.7. Questionário sobre Felicidade no Último Mês (Termómetro)

Para avaliar a felicidade, foi utilizado o questionário unidimensional Termómetro, que mede a felicidade no último mês e foi desenvolvida por Baptista.

A escala apresenta 10 hipóteses de resposta, de forma crescente, em forma de termómetro, sendo que na base do termómetro encontra-se a hipótese Nada feliz (0) e no topo do termómetro encontra-se a hipótese Muito feliz (10).

As qualidades psicométricas da escala são boas, apresentando um alfa de .81.

5. Procedimento

Em primeiro lugar, foi pedida uma autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital do Divino Espírito Santo e ao Presidente do Conselho de Administração do Centro de Saúde de Ponta Delgada, de modo a que fosse obtido o consentimento das respetivas entidades, para a distribuição do protocolo de avaliação pelos enfermeiros que estivessem interessados em colaborar no estudo.

A recolha de dados foi realizada durante os meses de dezembro de 2011 e fevereiro de 2012, nas instituições acima mencionadas.

Os questionários foram entregues no Hospital, à vogal de enfermagem do conselho de administração, que se disponibilizou a abordar os enfermeiros e pedir a sua colaboração

voluntária para o estudo, ficando encarregue de entregar e recolher os questionários após o seu preenchimento.

No Centro de Saúde, os questionários foram entregues à enfermeira chefe das diferentes Unidades de Saúde que compõem o Centro de Saúde de Ponta Delgada. Em cada Unidade, a enfermeira chefe ficou encarregue de abordar os restantes enfermeiros e pedir a sua colaboração voluntária para o estudo, entregando os questionários e recolhendo os mesmos após o seu preenchimento.

Dos 160 questionários distribuídos, 130 encontravam-se devidamente preenchidos, sendo que dos 80 questionários distribuídos no Hospital, 19 não foram devolvidos, e dos 80 questionários entregues no Centro de Saúde, 11 não foram devolvidos. Sendo utilizados para o estudo 61 questionários do Hospital e 69 do Centro de Saúde.

Depois de todos os dados recolhidos, foi realizada uma base de dados no programa Excel, extraída posteriormente para o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 18, para a realização da análise estatística dos dados recolhidos.

II – Resultados

1. Percepção geral de Qualidade de Vida

Para analisar a percepção geral de Qualidade de vida sentida pelos enfermeiros, realizou-se a análise da frequência pelas opções de resposta e a sua percentagem (tabela 2).

Opções de resposta			
		N	%
1	Muito má	2	1,5
2	Má	2	1,5
3	Nem má nem boa	25	19,2
4	Boa	84	64,6
5	Muito boa	17	13,1
Total		130	100

Tabela 2. Percepção geral dos enfermeiros sobre a sua QV

Pela análise da tabela 2, pode-se verificar que 64,6% dos enfermeiros percecionam a sua qualidade de vida como boa, 19,2% dos enfermeiros consideram a sua qualidade de vida nem boa, nem má, 13,1% consideram a sua qualidade de vida muito boa, e apenas 1,5 % dos enfermeiros acham que a sua qualidade de vida é má, e a mesma percentagem considera a sua qualidade de vida muito má.

2. Diferenças entre trabalho por turnos e as escalas utilizadas

Para analisar se existem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao trabalho por turnos com as dimensões Felicidade no último mês, Satisfação com a vida, Florescer, SPANE_Pos., SPANE_Neg., QEWB_result, Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiente, QV geral, utilizou-se o teste T-Student (Tabela 3).

Trabalha por turnos?						
	Não (N=58)		Sim (N=72)		T	Sig.
	M	DP	M	DP		
Felicidade no último mês	6,36	1,88	6,32	1,83	0,130	0,654
Satisfação com a vida	24,59	5,77	24,54	5,17	0,046	0,338
Florescer	44,62	5,91	46,43	5,27	-1,844	0,221
SPANE_Pos	22,16	3,49	23,29	3,18	-1,939	0,192
SPANE_Neg	14,98	3,33	14,63	3,95	0,560	0,030*
QEWB_result	60,83	9,68	61,18	8,74	-0,218	0,415
Físico	23,57	2,72	22,72	3,23	1,597	0,498
Psicológico	21,19	2,56	21,55	2,48	-0,806	0,885
Relações Sociais	11,59	2,14	11,34	2,12	0,658	0,822
Ambiente	29,90	3,81	28,40	4,11	0,704	0,846
QV geral	7,78	1,17	7,68	1,50	0,396	0,227

$p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Tabela 3. Diferenças entre trabalho por turnos e as escalas utilizadas

Após a utilização do T-Student para se verificar se existem diferenças significativas entre o trabalho por turnos e as escalas utilizadas, os resultados obtidos, indicam que existem diferenças significativas para a dimensão SPANE Neg. ($P=0,560$; $t=0,030$), sendo que os enfermeiros que não trabalham por turnos apresentam valores superiores do que os enfermeiros que trabalham por turnos ($M=14,98$; $DP=3,33$ e $M=14,63$; $DP=3,95$), o que quer dizer que os enfermeiros que não trabalham por turnos, apresentam mais sentimentos negativos comparados com os enfermeiros que trabalham por turnos.

3. Diferenças entre já ter trabalhado noutro horário e as escalas utilizadas

Para analisar se existem diferenças estatisticamente significativas na variável já trabalhou noutro horário com as dimensões Felicidade no último mês, Satisfação com a vida, Florescer, SPANE_Pos., SPANE_Neg., QEWB_result, Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiente, QV geral, utilizou-se o teste T-Student (Tabela 4).

Já trabalhou noutro horário?						
	Não (N=)		Sim (N=)		t	Sig.
	M	DP	M	DP		
Felicidade no último mês	6,76	1,64	6,09	1,94	2,01	0,36
Satisfação com a vida	24,92	5,47	24,28	5,41	0,65	0,90
Florescer	45,73	5,89	45,53	5,50	0,20	0,68
SPANE_Pos	23,39	3,35	22,44	3,34	1,57	0,65
SPANE_Neg	14,70	3,70	14,87	3,71	-0,25	0,92
QEWB_result	60,23	9,53	61,38	8,93	-0,65	0,64
Físico	23,16	2,84	23,0	3,13	0,30	0,58
Psicológico	21,45	2,23	21,38	2,70	0,15	0,19
Relações Sociais	12,08	1,59	11,09	2,35	2,68	0,001****
Ambiente	29,53	4,23	28,09	3,74	2,02	0,40
QV geral	7,90	1,05	7,61	1,52	1,26	0,01**

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Tabela 4. Diferenças entre os enfermeiros que já trabalharam noutro horário e as escalas utilizadas

Após a utilização do T-Student para se verificar se existem diferenças significativas entre os enfermeiros que já trabalharam noutro horário e as escalas utilizadas, os resultados obtidos, indicam que existem diferenças significativas para a dimensão Relações Sociais ($P=2,68$; $t=0,001$), sendo que os enfermeiros que nunca trabalharam noutro horário apresentam valores superiores aos enfermeiros que já trabalham noutro horário ($M=12,08$; $DP=1,59$ e $M=11,09$; $DP=2,35$), o que quer dizer que os enfermeiros que nunca trabalharam noutro horário, apresentam mais relações sociais comparados com os enfermeiros que já trabalharam noutro horário, e para a dimensão Qualidade de Vida geral ($P=1,26$; $t=0,01$), sendo que os enfermeiros que nunca trabalharam noutro horário apresentam valores superiores aos enfermeiros que já trabalharam noutro horário ($M=7,90$; $DP=1,05$ e $M=7,61$; $DP=1,52$), o que quer dizer que os enfermeiros que nunca trabalharam noutro horário, apresentam mais qualidade de vida geral, comparados com os enfermeiros que já trabalharam noutro horário.

4. Diferenças entre satisfação com a remuneração e as escalas utilizadas

Para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação com a remuneração e as dimensões Felicidade no último mês, Satisfação com a vida, Florescer, SPANE_Pos., SPANE_Neg., QEWB_result, Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiente, QV geral, foi realizado o teste T-Student (Tabela 5).

Está satisfeito com a sua remuneração?						
	Não (N= 123)		Sim (N=7)		t	Sig.
	M	DP	M	DP		
Felicidade no último mês	6,31	1,89	6,86	0,69	-1,76	0,028*
Satisfação com a vida	24,45	5,37	26,57	6,37	-1,01	0,990
Florescer	45,58	5,59	46,43	6,53	-0,39	0,999
SPANE_Pos	22,75	3,39	23,43	2,82	-0,52	0,39
SPANE_Neg	14,84	3,73	13,86	2,60	0,69	0,09
QEWB_result	60,85	9,12	64,0	9,63	-0,89	0,67
Físico	23,02	3,03	24,57	2,70	-1,33	0,78
Psicológico	21,38	2,52	21,57	2,70	-0,20	0,77
Relações Sociais	11,43	2,16	11,71	1,38	-0,34	0,22
Ambiente	28,54	3,97	30,00	3,96	-0,94	0,94
QV geral	7,69	1,37	8,29	0,95	-1,13	0,36

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Tabela 5. Diferenças entre a satisfação dos enfermeiros com a remuneração e as escalas utilizadas

Após a utilização do T-Student para se verificar se existem diferenças significativas entre a satisfação dos enfermeiros com a sua remuneração e as escalas utilizadas, os resultados obtidos, indicam que existem diferenças significativas para a dimensão Felicidade no último mês ($P=-1,76$; $t=0,028$), sendo que os enfermeiros que não estão satisfeitos com a sua remuneração apresentam valores inferiores aos enfermeiros que estão satisfeitos com a sua remuneração ($M=6,31$; $DP=1,89$ e $M=6,86$; $DP=0,69$), o que quer dizer que os enfermeiros que estão satisfeitos com a sua remuneração, apresentam mais felicidade no último mês, comparados com os enfermeiros que não estão satisfeitos com a sua remuneração.

5. Diferenças entre o estado civil e as escalas utilizadas

Para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e as dimensões Felicidade no último mês, Satisfação com a vida, Florescer, SPANE_Pos., SPANE_Neg., QEWB_result, Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiente, QV geral, realizou-se o teste ANOVA (Tabela 6).

	Solteiro (N=51)		Casado/ União facto (N=66)		Divorciado/ Separado (N=12)		F	P
	M	DP	M	DP	M	DP		
Felicidade no último mês	6,08	1,81	6,55	1,78	6,58	2,15	1,03	0,36
Satisfação com a vida	23,1	5,53	25,71	4,77	25,42	6,37	3,73	0,03*
Florescer	45,16	6,24	46,02	4,61	46,75	6,45	0,58	0,56
SPANE_Pos	22,98	3,43	22,76	3,25	22,50	3,71	0,12	0,88
SPANE_Neg	14,92	3,60	14,76	3,82	14,08	3,40	0,25	0,78
QEWB_result	58,50	9,05	62,18	8,46	66,42	10,04	4,88	0,01**
Físico	22,73	3,46	23,18	2,71	24,42	2,57	1,56	0,22
Psicológico	21,35	2,66	21,34	2,37	22,0	2,83	0,37	0,70
Relações Sociais	11,24	2,05	11,58	2,09	12,25	1,42	1,32	0,27
Ambiente	28,02	3,91	29,06	4,16	29,0	3,05	1,04	0,36
QV geral	7,63	1,48	7,85	1,23	7,58	1,51	0,46	0,63

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Tabela 6. Diferenças entre o estado civil dos enfermeiros e as escalas utilizadas

Após a utilização da Anova para se verificar se existem diferenças significativas entre o estado civil dos enfermeiros e as escalas utilizadas, os resultados obtidos, mostram que existem diferenças significativas para duas dimensões, sendo a primeira a dimensão satisfação com a vida ($P=0,73$; $t=0,03$), em que os enfermeiros casados ou em união de fato, apresentam valores superiores aos enfermeiros que estão divorciados ou separados e solteiros ($M=25,71$; $DP=4,77$; $M=25,42$; $DP=6,37$ e $M=23,1$; $DP=5,53$), o que quer dizer que os enfermeiros que estão casados ou em união de fato, apresentam-se mais satisfeitos com a vida, comparados com os enfermeiros que estão divorciados ou separados e com os solteiros.

A segunda dimensão onde existem diferenças significativas é na dimensão QEWB, ($P=4,88$; $t=0,01$), em que os enfermeiros divorciados ou separados apresentam valores superiores aos enfermeiros que estão casados ou em união de fato e solteiros ($M=66,42$; $DP=10,04$; $M=62,18$; $DP=8,46$ e $M=58,50$; $DP=9,05$), o que significa que os enfermeiros

divorciados, sentem mais bem estar psicológico, comparados com os enfermeiros que estão casados e solteiros.

6. Diferenças sobre se o trabalho por turnos prejudica o sono e as escalas utilizadas

Para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas sobre se o trabalho por turnos prejudica o sono e as dimensões Felicidade no último mês, Satisfação com a vida, Florescer, SPANE_Pos., SPANE_Neg., QEWB_result, Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiente, QV geral, realizou-se o teste ANOVA (Tabela 7).

	Não (N=18)		Sim (N=54)		Não se aplica (N=58)		F	P
	M	DP	M	DP	M	DP		
Felicidade no último mês	6,67	1,91	6,20	1,81	6,38	1,88	0,43	0,65
Satisfação com a vida	25,16	4,77	24,33	5,32	24,59	5,77	0,16	0,85
Florescer	47,56	4,26	46,06	5,55	44,62	5,91	2,19	0,12
SPANE_Pos	24,44	2,73	22,91	3,25	22,16	3,49	3,38	0,04*
SPANE_Neg	13,78	3,15	14,91	4,17	14,98	3,33	0,79	0,46
QEWB_result	62,50	8,68	60,74	8,79	60,83	9,68	0,27	0,76
Físico	24,00	2,26	22,31	3,39	23,57	2,72	3,38	0,04*
Psicológico	22,76	2,41	21,17	2,40	21,19	2,56	3,03	0,05*
Relações Sociais	11,47	1,18	11,30	2,34	11,59	2,14	0,26	0,77
Ambiente	29,11	4,19	28,17	4,09	28,90	3,81	0,63	0,54
QV geral	8,22	1,06	7,50	1,59	7,78	1,17	2,02	0,14

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Tabela 7. Diferenças sobre se o trabalho por turnos prejudica o sono dos enfermeiros e as escalas utilizadas

Após a utilização da Anova para se verificar se existem diferenças significativas sobre se o trabalho por turnos prejudica o sono dos enfermeiros e as escalas utilizadas, os resultados obtidos, indicam que existem diferenças significativas para três dimensões, sendo a primeira a dimensão Spane Pos. ($P=3,38$; $t=0,04$), em que os enfermeiros que responderam não apresentam valores superiores aos enfermeiros que responderam sim e aos enfermeiros em que essa situação não se aplica (por não trabalharem por turnos) ($M=24,44$; $DP=2,73$; $M=22,91$; $DP=3,25$ e $M=22,16$; $DP=3,49$), o que quer dizer que os enfermeiros que não consideram que o trabalho por turnos prejudica o seu sono, têm mais sentimentos positivos,

comparados com os enfermeiros que consideram que o trabalho por turnos prejudica o seu sono e aos enfermeiros em que essa situação não se aplica.

A segunda dimensão onde se identificam diferenças significativas é na dimensão Físico, ($P=3,38$; $t=0,04$), em que os enfermeiros que não consideram que o trabalho por turnos prejudica o seu sono, apresentam valores superiores aos enfermeiros que consideram que o trabalho por turnos prejudica o seu sono e aos enfermeiros em que essa situação não se aplica ($M=24,00$; $DP=2,26$; $M=22,31$; $DP=3,39$ e $M=23,57$; $DP=2,72$), o que significa que os enfermeiros que não consideram que o trabalho por turnos prejudica o seu sono, têm mais qualidade de vida física, comparados com os enfermeiros que consideram que o trabalho por turnos prejudica o seu sono e aos enfermeiros em que essa situação não se aplica.

A terceira e última dimensão onde se vêem diferenças significativas é na dimensão Psicológico ($P=3,03$; $t=0,05$), em que os enfermeiros que não consideram que o trabalho por turnos prejudica o seu sono, apresentam valores superiores aos enfermeiros que consideram que o trabalho por turnos prejudica o seu sono e aos enfermeiros em que essa situação não se aplica ($M=22,76$; $DP=2,41$; $M=21,17$; $DP=2,40$ e $M=21,19$; $DP=2,56$), o que significa que os enfermeiros que não consideram que o trabalho por turnos prejudica o seu sono, têm mais qualidade de vida psicológica, comparados com os enfermeiros que consideram que o trabalho por turnos prejudica o seu sono e aos enfermeiros em que essa situação não se aplica.

Para além das tabelas apresentadas onde se encontraram diferenças estatisticamente significativas, foram também realizadas e analisadas outras variáveis neste estudo, como a existência de filhos, número de filhos, etnia, religião, serviço onde trabalha e local onde trabalha, mas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das dimensões de nenhuma das variáveis.

7. Correlações entre as dimensões

Para verificar a existência de correlações entre as dimensões Felicidade no último mês, Satisfação com a vida, Florescer, SPANE_Pos., SPANE_Neg., QEWB, Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiente, QV geral, utilizou-se o teste de coeficiente de correlação de Pearson (Tabela 8).

	QV								
	FIS	PSIC	R.SO	AMB	QVG	FUM	SV	QEWB	FL
SPANE									
POS	0,484**	0.696**	0.489**	0.604**	0.607**	0.704**	0.590**	0.510**	0.699**
NEG	-0.342**	-0.442**	-0.414**	-0.362**	-0.454**	-0.499**	-0.430**	-0.436**	-0.497**
QV									
FIS		0.570**	0.542**	0.568**	0.382**	0.442**	0.494**	0.447**	0.554**
PSIC	0.570**		0.601**	0.661**	0.596**	0.500**	0.616**	0.627**	0.702**
R.SO	0.542**	0.601**		0.625**	0.464**	0.421**	0.524**	0.493**	0.669**
AMB	0.568**	0.661**	0.625**		0.598**	0.413**	0.482**	0.532**	0.600**
QVG	0.382**	0.596**	0.464**	0.598**		0.434**	0.502**	0.369**	0.491**
FUM	0.442**	0.500**	0.421**	0.413**	0.434**		0.595**	0.374**	0.559**
SV	0.494**	0.616**	0.524**	0.482**	0.502**	0.595**		0.540**	0.683**
QEWB	0.447**	0.627**	0.493**	0.532**	0.369**	0.374**	0.540**		0.629**
FL	0.554**	0.702**	0.669**	0.600**	0.491**	0.559**	0.683**	0.629**	

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Tabela 8. Correlações entre as dimensões das escalas de Sentimentos positivos e negativos, Felicidade no último mês, Satisfação com a vida, Florescer, QEWB, QV.

Na tabela 8, verificou-se a existência de correlações moderadas. A variável SPANE Pos. correlaciona-se de forma positiva e moderada com a variável Físico ($r=0,484$; $p \leq .01$), Psicológico ($r=0.696$; $p \leq .01$), Relações Sociais ($r=0.489$; $p \leq .01$), Ambiente ($r=0.604$; $p \leq .01$), QV geral ($r=0.607$; $p \leq .01$), FUM ($r=0.704$; $p \leq .01$); Satisfação com a vida ($r=0.590$; $p \leq .01$), QEWB ($r=0.510$; $p \leq .01$) e Florescer ($r=0.699$; $p \leq .01$).

Desta forma observa-se que quanto mais sentimentos positivos, mais elevada é a qualidade de vida física, psicológica assim como as relações sociais, o ambiente e a qualidade de vida geral, maior será a felicidade no último mês, tal como haverá maior satisfação com a vida, haverá mais bem estar psicológico e subjetivo.

A variável SPANE Neg. correlaciona-se de forma negativa e moderada com a variável Físico ($r=-0,342$; $p \leq .01$), Psicológico ($r=-0.442$; $p \leq .01$), Relações Sociais ($r=-0.414$; $p \leq .01$), Ambiente ($r=-0.362$; $p \leq .01$), QV geral ($r=-0.454$; $p \leq .01$), FUM ($r=-0.499$; $p \leq .01$); Satisfação com a vida ($r=-0.430$; $p \leq .01$), QEWB ($r=-0.436$; $p \leq .01$) e Florescer ($r=-0.497$; $p \leq .01$).

Ou seja, quantos mais sentimentos negativos, menor será a qualidade de vida física, psicológica, assim como as relações sociais, o ambiente e a qualidade de vida geral, haverá menos felicidade no último mês, menos satisfação com a vida, menos bem estar psicológico e subjetivo.

A variável Físico correlaciona-se de forma positiva e moderada com a variável Psicológico ($r=0.570$; $p \leq .01$), Relações Sociais ($r=0.542$; $p \leq .01$), Ambiente ($r=0.568$; $p \leq .01$), QV geral ($r=0.382$; $p \leq .01$), FUM ($r=0.442$; $p \leq .01$); Satisfação com a vida ($r=0.494$; $p \leq .01$), QEWB ($r=0.447$; $p \leq .01$) e Florescer ($r=0.554$; $p \leq .01$).

O que quer dizer que quanto maior for a qualidade de vida física, maior será a qualidade de vida psicológica, assim como as relações sociais, o ambiente e a qualidade de vida geral, haverá mais felicidade no último mês, tal como maior satisfação com a vida, maior bem estar psicológico e subjetivo.

A variável Psicológico correlaciona-se de forma positiva e moderada com a variável Relações Sociais ($r=0.601$; $p \leq .01$), Ambiente ($r=0.661$; $p \leq .01$), QV geral ($r=0.596$; $p \leq .01$), FUM ($r=0.500$; $p \leq .01$); Satisfação com a vida ($r=0.616$; $p \leq .01$), QEWB ($r=0.627$; $p \leq .01$) e Florescer ($r=0.702$; $p \leq .01$).

Mostrando que quanto maior for a qualidade de vida psicológica, maior será a qualidade das relações sociais, do ambiente e da qualidade de vida geral, haverá mais felicidade no último mês, tal como maior satisfação com a vida, maior e bem estar psicológico e subjetivo.

A variável Relações sociais correlaciona-se de forma positiva e moderada com a variável Ambiente ($r=0.625$; $p \leq .01$), QV geral ($r=0.464$; $p \leq .01$), FUM ($r=0.421$; $p \leq .01$); Satisfação com a vida ($r=0.524$; $p \leq .01$), QEWB ($r=0.493$; $p \leq .01$) e Florescer ($r=0.669$; $p \leq .01$).

Indicando que quanto maior for a qualidade das relações sociais, maior será a qualidade do ambiente e da qualidade de vida geral, haverá mais felicidade no último mês, tal como maior satisfação com a vida, e maior bem estar psicológico e subjetivo.

A variável Ambiente correlaciona-se de forma positiva e moderada com a variável QV geral ($r=0.598$; $p \leq .01$), FUM ($r=0.413$; $p \leq .01$); Satisfação com a vida ($r=0.482$; $p \leq .01$), QEWB ($r=0.532$; $p \leq .01$) e Florescer ($r=0.600$; $p \leq .01$).

Observando-se que quanto maior for a qualidade do ambiente, maior será a qualidade de vida geral, haverá mais felicidade no último mês, tal como maior satisfação com a vida, e maior bem estar psicológico e subjetivo.

A variável QV geral correlaciona-se de forma positiva e moderada com a variável FUM ($r=0.434$; $p \leq .01$); Satisfação com a vida ($r=0.502$; $p \leq .01$), QEWB ($r=0.369$; $p \leq .01$) e Florescer ($r=0.491$; $p \leq .01$).

O que nos diz que quanto maior for a qualidade de vida geral, maior será a felicidade no último mês, tal como a satisfação com a vida, e o bem estar psicológico e subjetivo.

A variável FUM correlaciona-se de forma positiva e moderada com a variável Satisfação com a vida ($r=0.595$; $p \leq .01$), QEWB ($r=0.374$; $p \leq .01$) e Florescer ($r=0.559$; $p \leq .01$).

Ou seja, quanto maior for a felicidade no ultimo mês, mais a satisfação com a vida existirá, e mais bem estar psicológico e subjetivo.

A variável Satisfação com a vida correlaciona-se de forma positiva e moderada com a variável QEWB ($r=0.540$; $p \leq .01$) e Florescer ($r=0.683$; $p \leq .01$).

Quanto maior for a satisfação com a vida, maior será o bem estar psicológico e subjetivo.

E por último, a variável QEWB correlaciona-se de forma positiva e moderada com o Florescer ($r=0.629$; $p \leq .01$).

O que quer dizer que quanto maior for o bem estar psicológico, maior será o bem estar subjetivo.

III – Discussão

Esta investigação baseia-se na qualidade de vida e no comportamento emocional nos enfermeiros e tem como principais objetivos analisar cada uma das variáveis do estudo, bem como a sua relação com as características sociodemográficas.

Tendo em conta as variáveis sociodemográficas do estudo, é relevante realçar que a maioria dos profissionais de enfermagem em Portugal são do sexo feminino, como referem Borsoi e Codo (1995), nos seus estudos, a enfermagem é uma profissão constituída maioritariamente por profissionais do género feminino, habitualmente relacionada com o ato de cuidar dos outros.

Num estudo realizado no Algarve, onde participaram 146 enfermeiros, 82% eram mulheres e os restantes 18% eram homens (Gonçalves, 2008). Os resultados do presente estudo vêm comprovar estas investigações, onde o sexo feminino (124) prevalece sobre o masculino (26).

Relativamente ao estudo da qualidade de vida nos enfermeiros, os estudos de Gonçalves (2008), com enfermeiros algarvios, comprovam que a sua maioria percebe e avalia a sua qualidade de vida no geral como boa.

Num estudo realizado com uma amostra de enfermeiros brasileiros, elaborado por Fernandes, Miranzi, Iamato, Tavares e Santos (2010) concluiu-se que 92% dos enfermeiros avaliam a sua qualidade de vida como boa ou muito boa.

Os estudos de Bennett e Murphy (1999) vão mais além e comparam a percepção de qualidade de vida dos enfermeiros e das enfermeiras, concluindo que os homens manifestam mais qualidade de vida que as mulheres, pois estas apresentam mais sintomas de doença no domínio físico, necessitando de mais cuidados médicos e apresentam menos qualidade de vida.

O presente estudo corrobora a investigação de Gonçalves (2008), concluindo que os enfermeiros percebem a sua qualidade de vida de forma positiva. Dos 130 enfermeiros que compõem a investigação, verificou-se que 64,6% dos enfermeiros percebem a sua qualidade de vida como boa, 19,2% dos enfermeiros consideram a sua qualidade de vida nem boa, nem má, 13,1% consideram a sua qualidade de vida muito boa, e apenas 1,5 % dos enfermeiros acham que a sua qualidade de vida é má, e a mesma percentagem considera a sua qualidade de vida muito má.

No estudo de Gonçalves (2008), foram estudadas as características sociodemográficas dos enfermeiros algarvios, no qual participaram 146 enfermeiros, 92 trabalham no Hospital e 54 nos Centros de Saúde da região, com uma média de idades de 36, 62 anos ($DP=10,41$). No estudo 66, 4% dos enfermeiros são casados, 25,3% são solteiros e 7,5% são divorciados, correspondendo ao grupo minoritário. Dos enfermeiros que compõem a amostra, 57% trabalha 35 horas por semana, 40% trabalha 40 horas por semana e somente 3% trabalha 42 horas semanais.

A presente investigação constituída por 130 enfermeiros Açorianos dos quais 61 trabalham no Hospital e 69 trabalham no Centro de Saúde apresentam uma média de idades dos profissionais semelhante (34, 88 anos; $DP=9,556$), uma vez que a diferença é aproximadamente de 2 anos. Relativamente ao estado civil dos sujeitos, o estudo apresenta os mesmos resultados, verificando-se que os indivíduos casados (50,8%) compõem a maioria do estudo, seguindo-se os que são solteiros (39,2%), e por fim, os sujeitos que são divorciados, que são (9,2%). Quanto às horas de trabalho por semana, os enfermeiros deste estudo trabalham em média 46,23h, ultrapassando a média das horas de trabalho do estudo do autor.

No que concerne ao comportamento emocional, relativamente ao estado civil dos enfermeiros, verificou-se no presente estudo que os enfermeiros casados ou em união de fato apresentam-se mais satisfeitos com a vida, comparativamente aos divorciados ou separados e aos solteiros, corroborando os estudos de Mercadier (2004) relativamente ao estado civil, que concluíram que os enfermeiros casados ou em união de fato, apresentam níveis superiores de satisfação com a vida, relativamente aos solteiros e aos divorciados.

O estudo evidencia que os enfermeiros divorciados ou separados apresentam mais bem estar psicológico do que os casados e os solteiros, corroborando a teoria de bem estar psicológico de Suh (2000) que evidencia que o conceito de bem estar baseia-se num autoconceito individual, que considera que as pessoas estão centradas nos seus próprios atributos psicológicos.

Os estudos de Eid e Larsen (2008) sobre felicidade evidenciaram que as relações afetivas influenciam de forma positiva a felicidade, concluindo que os sujeitos mais felizes são os que mantêm uma relação duradoura.

Num estudo desenvolvido por Diener e Oishi (2000) sobre a relação da felicidade com a riqueza, os autores concluíram que quanto mais ricas as pessoas são, mais felicidade manifestam, corroborando o estudo relativamente à satisfação dos enfermeiros com a sua

remuneração, que concluiu que os enfermeiros satisfeitos com a remuneração são mais felizes do que os enfermeiros que não se mostraram satisfeitos.

No presente estudo, relativamente ao horário de trabalho, os enfermeiros que não trabalham por turnos apresentam mais sentimentos negativos do que os enfermeiros que trabalham por turnos.

Estes resultados vão contra os resultados desenvolvidos por Agostinho (2008), com uma amostra de enfermeiros de Aveiro que concluiu que o trabalho por turnos rotativos influência de forma positiva os sentimentos dos enfermeiros, sendo que a sua maioria apresenta mais sentimentos positivos do que negativos relativamente a este horário de trabalho.

Por outro lado, os enfermeiros que não consideram que o trabalho por turnos prejudica o seu sono, apresentaram mais sentimentos positivos relativamente aos enfermeiros que consideram que o seu sono é prejudicado pelos turnos, corroborando o estudo sobre o trabalho por turnos rotativos, que verificou que esta influência de forma positiva os sentimentos dos enfermeiros, concluindo que a maioria apresenta mais sentimentos positivos do que negativos relativamente ao horário de trabalho.

Através da análise da matriz de correlações, pode-se verificar que as variáveis e as dimensões das variáveis do estudo se correlacionam todas de forma positiva e moderada, com exceção da variável Spane neg., o que vai ao encontro do que era esperado, pois se os enfermeiros percecionam que têm uma boa qualidade de vida, é natural que manifestem elevado bem estar, se sintam felizes, satisfeitos com a sua vida e que sintam mais sentimentos positivos que negativos.

Conclusão

A enfermagem surge da necessidade de se melhorar o cuidado aos seres humanos no decorrer de toda a história, mas de acordo com cada momento da história, esta apresenta-se com diferentes maneiras de cuidar que são determinadas pelas relações sociais destes momentos.

Atualmente a enfermagem integra-se numa equipa multidisciplinar da área da saúde.

De acordo com os objetivos delineados para o estudo, é possível concluir-se que os enfermeiros casados são os mais satisfeitos com a vida e os divorciados apresentam mais bem estar psicológico.

Foi possível concluir também neste estudo que a maioria dos enfermeiros considera a sua qualidade de vida boa.

Quanto ao tipo de trabalho concluiu-se que os enfermeiros que trabalham por turnos manifestam mais sentimentos positivos e não consideram que esse regime de trabalho prejudica o seu sono.

Relativamente à remuneração, foi possível concluir que os enfermeiros que estão satisfeitos com a sua remuneração são mais felizes.

Esperava-se que o horário de trabalho por turnos fosse motivo de descontentamento por parte dos enfermeiros, comparativamente ao horário fixo, por todas as consequências ao nível da saúde e da vida pessoal que se verificaram no referencial teórico e que esse fato, fosse motivo de menor qualidade de vida sentida pelos enfermeiros, mas tal não se verificou.

Apesar de se ter concluído que os objetivos desta investigação foram comprovados é importante referir algumas limitações que dificultaram o estudo.

A primeira limitação diz respeito ao tamanho da amostra que deveria ser composta por mais enfermeiros para ser representativa da população de enfermagem e abranger hospitais e centros de saúde de Portugal Continental, para se verificar se os resultados são sobreponíveis de acordo com o local de residência e quais as variáveis que influenciariam esta diferença.

Outra limitação poderá ser a restrição do estudo apenas a profissionais de enfermagem sem abranger a participação de outros técnicos de saúde, o que permitia obter um conhecimento mais vasto de toda uma área de profissionais. Se tal tivesse sido possível o estudo teria sido mais enriquecedor.

Em estudos futuros com uma população de enfermeiros, seria relevante utilizar variáveis diferentes, como a satisfação com o trabalho, o stress sentido na profissão e avaliar o

nível de burnout na profissão de enfermagem, por ser uma profissão de risco para a saúde física e mental destes técnicos de saúde.

Também seria interessante realizar um estudo semelhante com uma amostra de estudantes de enfermagem durante os estágios do curso, comparando os resultados com enfermeiros já formados.

Bibliografia Citada

- Abe, J. A. A. & Izard, C. (1999b) The developmental functions of emotions: an analysis in terms of differential emotions theory. *Cognition & Emotion*, 13 (5), 523-549.
- Britto e Carvalho (2004). *Stresse, Coping e Saúde geral nos enfermeiros*.
- Chambel, M. J., & Curral, L. (2008). *Psicologia Organizacional*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Cruz, A. (2003). *Trabalho por turnos: factores preditivos de intolerância*. Coimbra: Editora Quarteto (Coleção Educação e Saúde, Nº 7).
- Goleman, D. (2005). *Trabalhar com Inteligência Emocional* (3ª edição). Temas e debates: Lisboa.
- Martel, J-P, & Dupuis, G. (2006). Quality of Work Life: Theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measurement instrument. *Social Indicators Research*, 77,333-368.
- Queirós, P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Formasau: Coimbra.
- Simões, J. & Amâncio, L. (2004). Género e enfermagem: um estudo sobre a minoria masculina. *Sociologia, Problemas e Praticas*. (44), 71-81.
- Schmidt, D. R. C., & Dantas, R. A. S (2006). Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*, 14 (1), 54-60.
- Schueller, S. (2009). Promoting wellness: integrating community and positive psychology. *Journal of Community Psychology*, 37 (7), 922-937.
- Vasconcelos, A. (2001). Qualidade de vida no trabalho: Origem, evolução e perspectivas, *Caderno de Pesquisas em Administração*, 8 (1), 24-35.

Bibliografia de Referência

- Agostinho, C. (2008). Competência Emocional em Enfermeiros: Um estudo em Hospitais Públicos. Universidade de Aveiro.
- Aguir, V.E. (1992). Horarios de trabajo: repercusiones sobre la salud. *Revista ROL de Enfermeria*, 169, 61-66.
- American Psychiatric Association (2002). DSM – IV – TR: *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª. Ed. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Arco, M. (2001). Implicações sócio-familiares do trabalho por turnos. *Enfermagem em Foco*, Ano XI (44), 23-28.
- Azevedo, M.H.P. (1980). *Efeitos psicológicos do trabalho por turnos em mulheres*. Dissertação de Doutoramento. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Barbosa, A., & Ribeiro, J. (2000). Qualidade de vida e depressão. In J. Ribeiro, I. Leal & M. Dias (Eds.). *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas* (pp. 149-156). Lisboa: ISPA.
- Barham, E. & Cia, F. (2005). A relação entre o turno de trabalho do pai e o auto-conceito do filho. *Psico*, 36 (1), 29-35.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Blanco, M. (1999a). Influência de las Modificaciones Horarias en la Calidad de Vida Humanas. *REMS: Red en Medicina del Sueño*.
- Blanco, M. (1999b). Los Trastornos del Sueño en la Mujer. *REMS: Red en Medicina del Sueño*.
- Borsoi, I. & Codo, W. (1995). Enfermagem, trabalho e cuidado. Petrópolis: Sofrimento psíquico nas organizações: *saúde mental e trabalho*. Vozes, cap.8: p.39-151.
- Bowlby, J. (1980) Attachment and loss. Vol.3. Loss, sadness and separation. New York: Basic Books.

- Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.
- Campos, M.L.P. & Martino, M.M.F. (2004). Aspectos cronobiológicos do ciclo vigília-sono e níveis de ansiedade dos enfermeiros nos diferentes turnos de trabalho. *Rev Esc Enferm USP*, 38 (4), 415-421.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J., Rijo, D., Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF). In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Carvalho, S. (2007). Vida conjugal e trabalho. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 11, 15-18.
- Chambel, M. J., & Curral, L. (2008). *Psicologia Organizacional*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Cicchetti, D. & Cohen, D. (1995) Perspectives on developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.) *Developmental Psychopathology*. Vol.1 Theory and methods. 3-20. New York: John Wiley & Sons.
- Clancy, J. & McVicar, A. (1995). Ritmos circadianos 1: Fisiologia. *Nursing*, 14-18.
- Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (1997). *Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders*. New York: Oxford University Press.
- Cole, P. M., Martin, S. E. & Dennis, T. A. (2004) Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, 2, 317-333.
- Conte, A. L. (2003). Qualidade de vida no trabalho. *Revista Fae Business*, 7, 32-34.
- Corlett, E., Quéinnec, W. & Poli, P. (1989). *Adaptação dos Sistemas de Trabalho Por Turnos*. Dublin: Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho.

- Couvreur, C. (1999). *A Qualidade de Vida. Arte para viver no século XXI*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Csikszentmihalyi, M., & Csikszentmihalyi, I. (Eds.) (2006). *A life worth living: contributions to positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Damásio (1994), A. R. O Erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano. 3ª Edição. Publ. Europa-América, Mem Martins.
- Damásio, A. (2003). Ao encontro de Espinosa. 6ª Edição. Publ. Europa-América, Mem Martins.
- Diener, E. & Oishi, S. (2000). *Money and happiness: Income and subjective well-being across nations*. Cambridge: MIT Press.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1): 71-75.
- Diener, E., Wirtz, D., Biswas-Diener, R., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., (2009). *New measures of well-being*. The Netherlands: Springer. The collected works of Ed Diener.
- Dunn, D. (2008). Two introductions to (using) positive psychology: A solid overview and a comprehensive appraisal. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(8) 896-898.
- Eid, M. & Larson, R. (2008). *The science of subjective well-being*. New York: The Guilford Press.
- Estaca, M. (1998). *Adaptação ao trabalho por turnos: factores cronopsicológicos*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Felce, D. & Percy, J. (1993). Refining measures of the quality of community residences for people with learning disabilities. (16), 51-74.
- Fernandes, J., Miranzi, S., Iwamoto, H., Tavares, D. & Santos, C. (2010). Qualidade de Vida nos enfermeiros das equipas de Saúde da Família: *A relação das variáveis sociodemográficas*. 19 (3), 434-42.
- Ferreira, M. (2005). Risco de Saúde dos Enfermeiros no Local de Trabalho. *Revista Sinais Vitais*, n.º 59, Março, 29-35.

- Fiedler, P. T. (2008). *Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica*. Dissertação de Doutorado, Universidade de São Paulo. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Fischer, F.M. (1997). *Efeitos do trabalho em turnos fixos e de revezamento para a saúde dos trabalhadores*. CUT, Brasil, 5-8.
- Fitzpatrick, J., While, A. & Roberts, J. (1999). Shift work and its impact upon nurse performance: current knowledge and research issues. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (1), 18-27.
- Fleck, M. P. A. & Colaboradores (2008). *A avaliação da Qualidade de Vida: Guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WQOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Colectiva*, 5 (1), 33-38.
- Folkard, S., Minors, D. & Waterhouse (1985). Chronobiology and shift work: current issues and trends. *Chronobiology* (12) 31-54.
- Fredrickson, B. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *The Royal Society*, 359, 1367-1377.
- Fredrickson, B. L. (2000) Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment*, Vol.3.
- Fredrickson, B. L. (2001) the role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 3, 218-226.
- Fredrickson, B. L. (2003). The Value of Positive Emotions. *American Scientist*, 91(4), 330-335.
- Frijda, N. H. (2000). The Psychologists' Point of View. In *Handbook of Emotions*, Eds 2nd. 59-74. New York: The Guilford Press.
- Gaillard, J. (1997). *Psychologie De L'Homme-Machine*. Paris: Dunod.

- Gollac, M. & Volkoff, S. (2000). *Les conditions de travail*. Paris: La Découverte.
- Gonçalves, J. (2008). Percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros. Universidade do Algarve. Faro.
- Gouveia, R., Lins, Z., Lima, T., Freires, L. & Gomes, A. (2009) Bem-estar afetivo entre profissionais de saúde. *Revista Bioética*. 17 (2) 267-280
- Granzin, K. & Haggard, L. (2000). An integrative explanation for quality of life: Development and test of a structural model. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gross, J. J. (1998). Sharpening the focus: emotion regulation, arousal and social competence. *Psychological Inquiry*, 9:4, 287-290.
- Hervás, G. (2009). El bienestar de las personas. *La ciencia del bienestar: fundamentos de una psicología positiva* (pp.75-102). Madrid: Alianza Editorial.
- Huang, T-C, Lawler, J., & Lei, C-Y (2007). The effects of Quality of Work Life on commitment and turnover intention. *Social Behavior and Personality*, 35 (6), 735-750.
- Huppert, F. A., Baylis, N., & Keverne, B. (2005). *The science of well-being*. Oxford: Oxford University Press.
- Izard, C.E. (1989). *Human Emotions*. New York. Plenum Press.
- Janielle, S., Miranz, S., Iwamoto, H., Tavares, D. & Santos, C. (2010). Qualidade de vida nos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. *Enfermagem*, 19 (3), 434-42.
- Kaplan, H., Sadock, B. & Grebb, J. (1997). *Manual de Psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7ª. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Katsching, M & Angermeyer, M. (1997). Quality of life in depression. In M. Katsching, M. Freeman & N. Sartorius. *Quality of life in Mental Disorders*. Chapter 10, 137-147. Chichester: John Wiley & Sons.
- Kemper, T. D. (2004) Social models in the explanations of emotions. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.) *Handbook of emotions*. 2nd. ed.,45-58. New York: The Guilford Press.
- Kéroüac, S., Pepin, J., Doucharme, F. Duquette, A. & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona, Masson, S.A.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Leidy, N. K., Revicki, D. A. & Genesté, B. (1999). Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims os labeling and promotion. *Value Health*, 2 (2), 113-27.
- Lentz, R., Costenaro, R., Goncalves, L., & Nassar, S. (2000). O Profissional de Enfermagem e a Qualidade de Vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol.8 (4), 7-14.
- Lewis, M. (2004) The emergence of human emotions. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.) *Handbook of emotions*. 2nd. ed.(pp.265-280) New York: The Guilford Press.
- Linley, P., Joseph, S., Harrington, S., & Wood, A. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *Journal of Positive Psychology*, 1(1), 3-16.
- Maia, P. (2002). *Avaliação da capacidade laboral de enfermeiros em contexto hospitalar*. Guimarães: Departamento de Produção e Sistemas da Escola de Engenharia da Universidade do Minho.
- Martins, M. (2003). Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais de Enfermagem no trabalho em turnos. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desenvolvimento Humano*, vol.5, n.1.
- Martins, P., & Martins, A. (1999). O regime de horário de trabalho e a vida social e doméstica: satisfação e estratégias de coping. – Um estudo numa amostra de enfermeiros.

- Marziale, M.H.P. & Silva, D.M.P.P. (2000). Absentismo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 8 (5), 44-51.
- Mercadier, C. (2004). *O Trabalho Emocional dos Prestadores de Cuidados em Meio Hospitalar* –O corpo, âmago da interacção prestador de cuidados-doente. Lusociência: Loures.
- Metzner, R., Fischer, F. 2001. Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas. *Revista de Saúde Pública*, vol. 35 (6), 548-53.
- Monk, T. (1994). Shift work. In M. H. Kryger, T. Roth & W. Dement. *Principles and practice of sleep medicine*. (21), 471-476. Phipadelphia: W.B.
- Moreno, C., Fischer, F. & Rotenberg, L. (2003). A saúde do trabalhador na sociedade de 24 horas. *São Paulo em Perspectiva*, 17 (1), 34-46.
- Oatley, K. & Jenkins, J. M. (1996) *Understanding emotions*. Cambridge, MA: Blackwell Publishers.
- Ordem dos Enfermeiros; Universidade Católica Portuguesa (2004). *As Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.
- Pacheco, A. (2007). Estilos de vida, qualidade de vida pessoal, motivação e sucesso académico: instrumentos de avaliação. *Psyc@w@re*, 1(2), 1-10.
- Parreira, A. (2006). *Gestão do Stress e da Qualidade de Vida. Um Guia para a Acção*. Lisboa: Monitor.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*. 55, 44-55.
- Phillips, D. (2006). Quality of life: Concept, policy and practice. New York: Routledge. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pinto, A. (2001). *Psicologia geral*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Pinto, P. & Mello, B. (2001). *Distúrbios decorrentes do trabalho em turnos e nocturnos*.

- Queirós, C. (1997). *Emoções e comportamento desviante, um estudo na perspectiva da personalidade como sistema auto-organizador*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Porto: F.P.C.E.U.P.
- Quirino, T., XAVIER, O. (1987). Qualidade de Vida no Trabalho de Organização de Pesquisa. *Revista de Administração*. São Paulo, v.22, n.1, p.71-82.
- Ramos, M. (2003). Cronobiologia e o trabalho por turnos. *Nursing*, Ano 15, (175): 7-12.
- Rapley, M. (2003). *Quality of life research: a critical introduction*. London: Sage Publications.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Metodologia de Investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.
- Rodrigues, A. X. (2005). Dificuldades sentidas pelos enfermeiros que lidam com doentes portadores de cancro. *Nursing – Revista de formação contínua em enfermagem*. 198, 30-37.
- Rojas, E. (2004). *Uma teoria da felicidade*. Edições Tenacitas, Coimbra.
- Romano, B. W. (1993). Qualidade de Vida: Teoria e Prática. *Rev. Soc. Cardiol.*, São Paulo, 3 (6), 6-9.
- Santos, R. (2003). *Trabalho por turnos e capacidade laboral: variáveis psicológicas e cronobiológicas*.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 5 (1), pp. 5-14.
- Seligman, M. (2002). *Authentic happiness*. Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfilment. London: Nicholas Brealey Publishing.
- Seligman, M. (2006). Breaking the 65 Percent Barrier. In M. Csikszentmihalyi, M., & I. S. Csikszentmihalyi (Eds.). *A life worth living: contributions to positive psychology*. 230-236. New York: Oxford University Press.

- Seligman, M. E. P., Park, A. C., & Steen, T. & Peterson, C. (2006). A balanced psychology and a full life. In F. A. Huppert, N. Baylis, & B. Keverne. *The science of well-being* (pp. 285-304). Oxford: Oxford University Press (2nd Edition).
- Shore, A. (1994) Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development. Hillsdale, NJ: Earlbaum.
- Siegel, D. J. (1999) The developing mind. New York: The Guilford Press.
- Silva, C. (2000). Distúrbios do sono em trabalhadores por turnos: *factores psicológicos e cronobiológicos*. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia: Braga.
- Silva, C., & Silvério, J. (1997). Versão Portuguesa do “Standard Shiftwork Index”: Resultados com Amostras Portuguesas de Enfermeiros. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 233-240.
- Silva, C., Silva, I., Silvério, J. & Macedo, F. (2000). Métrica dos ritmos sociais. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 5 (2), 341-354.
- Silva, G. (1986). Enfermagem profissional: *análise crítica*. São Paulo: Medicina e enfermagem na sociedade brasileira, 73-81.
- Silva, I. (2000). Sistemas de turnos: que contributos da cronopsicologia para a sua concepção. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 5 (2), 389-410.
- Silva, I. (2007). *Adaptação ao trabalho por turnos*. Tese de Doutoramento. Braga: Universidade do Minho.
- Simões, J. & Amâncio, L. (2004). Género e enfermagem: um estudo sobre a minoria masculina. *Sociologia, Problemas e Práticas*. (44), 71-81.
- Siqueira, P. C. M. (2009). Desafios para a melhora da qualidade de vida frente ao processo de envelhecimento humano. *Revista Digital-Buenos Aires*, 14 (131).
- Sirgy, M., Efraty, D., Siegel, P., & Lee, D. (2001). A new measure of quality of work life based on need satisfaction and spillover theories. *Social Indicators Research*, 55, 241-302.

- Solomon, R. (2004) The philosophy of emotions. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.) *Handbook of emotions*. 2nd. ed., 3-15. New York: The Guilford Press.
- Strongman, K. (1996) The psychology of emotion. Theories of emotion in perspective. 2nd. Ed. New York: John Wiley & Sons.
- Sturion, W. (2002). A qualidade de vida dos tempos modernos, 118.
- Super, D. (1986). Life career roles: self-realization in work and leisure. In D.Hall (Eds.), *Career development in organizations* (pp. 95-119). San Francisco: Jossey-Bass.
- Tomkins, S. S. (1962) Affect, imagery, consciousness: Vol. 1. *The positive affects*. New York: Springer.
- Torre, A., Fernandes, C. & Santos, F. (2002). O Trabalho por turnos e a saúde dos enfermeiros. *Informar*, 8 (29), 15-21;
- Vieira, D. (1990). Qualidade de Vida no Trabalho dos Enfermeiros do Hospital de Ensino. Porto Alegre.
- Walton, R. (1975). Criteria for quality of work life. In L. E. Davis & R. L. Cherns (Eds.), *The quality of working life: problems, prospects and the state of art*.1, 91-104. New York: Free Press.
- Waterman, A., Schwartz, S., Zamboanga, B., Ravert, R., Williams, M., Agocha, V., Kim, S. Y. & Donnellan, M. (2010). The Questionnaire for Eudaimonic Well-Being: Psychometric properties, demographic comparisons, and evidence of validity. *The Journal of Positive Psychology*, 5 (1), 41-46. Routledge.
- Wedderburn, A. (2000). *Shiftwork and health. European Studies on Time*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Anexos

Anexo I - Consentimentos

Pedido de autorização para o Hospital Divino Espírito Santo

Excelentíssimo Senhor Presidente do Conselho de
Administração do Hospital do Divino Espírito Santo, EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de questionários a enfermeiros/as do Hospital Divino Espírito Santo, EPE no âmbito de uma dissertação de mestrado.

Ana Beatriz Páscoa, estudante do 2º ano do 2º ciclo de Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no ano lectivo de 2011/12, natural de Ponta Delgada e actualmente a residir na Rua Olavo D'Eça Leal nº 6 – 7ºC Lisboa, vem requerer a Vossa Excelência o pedido de autorização para proceder à recolha de dados necessários à realização do estudo para dissertação de mestrado, a qual pretende avaliar a qualidade de vida e o comportamento emocional de enfermeiros que trabalham por turnos, orientada pelo Professor Doutor Américo Baptista.

Os questionários baseiam-se em modelos técnicos internacionais, devidamente testados e validados. Os dados recolhidos do estudo destinam-se apenas a tratamento estatístico e a confidencialidade dos mesmos será absolutamente garantida.

Coloco-me desde já à vossa inteira disposição para qualquer esclarecimento adicional necessário, *via e-mail* para beapascoa@hotmail.com ou *via telefone* para 911009263. Antecipadamente agradeço o tempo disponibilizado e colaboração.

Atenciosamente,

Orientador

Investigadora

Professor Doutor Américo Baptista

Ana Beatriz Páscoa

Pedido de autorização para o Hospital Divino Espírito Santo

Excelentíssimo Senhor Presidente do Conselho de
Administração do Centro de Saúde de Ponta Delgada

Assunto: Pedido de autorização para realização de questionários a enfermeiros/as do Centro de Saúde de Ponta Delgada, no âmbito de uma dissertação de mestrado.

Ana Beatriz Páscoa, estudante do 2º ano do 2º ciclo de Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no ano lectivo de 2011/12, natural de Ponta Delgada e actualmente a residir na Rua Olavo D'Eça Leal nº 6 – 7ºC Lisboa, vem requerer a Vossa Excelência o pedido de autorização para proceder à recolha de dados necessários à realização do estudo para dissertação de mestrado, a qual pretende avaliar a qualidade de vida e o comportamento emocional de enfermeiros que trabalhem em horário regular, orientada pelo Professor Doutor Américo Baptista.

Os questionários baseiam-se em modelos técnicos internacionais, devidamente testados e validados. Os dados recolhidos do estudo destinam-se apenas a tratamento estatístico e a confidencialidade dos mesmos será absolutamente garantida.

Coloco-me desde já à vossa inteira disposição para qualquer esclarecimento adicional necessário, *via e-mail* para beapascoa@hotmail.com ou *via telefone* para 911009263. Antecipadamente agradeço o tempo disponibilizado e colaboração.

Atenciosamente,

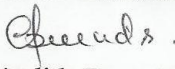
Orientador

Investigadora

Professor Doutor Américo Baptista

Ana Beatriz Páscoa

Autorização do Hospital Divino Espírito Santo

V/ Referência	Data	N/ Referência	Data
		S-HDES/2012/29	2012-01-04
ASSUNTO: REALIZAÇÃO DE QUESTIONÁRIO A ENFERMEIROS DO HDES NO ÂMBITO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO			
Em resposta ao solicitado por V.Exa cumpre-me informar que foi aprovada por esta Direcção de Enfermagem a aplicação dos questionários para "Avaliar a qualidade de vida e comportamento emocional dos enfermeiros que trabalham por turnos". Cumprimentos, A Enfermeira Directora,  Cândida Benevides			

Av. D. Manuel I
9500 - 370 Ponta Delgada - Açores
Telefone: 296 203000

Pág 1/1

Fax Geral: 296203090

Fax Administração: 296203082

Autorização do Centro de Saúde de Ponta Delgada

Boa Tarde,

Dando cumprimento à solicitação de V. Exa, somos a informar que foi autorizado a Recolha de Dados no âmbito da sua dissertação de mestrado.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

João Carlos Martins de Fontes e Sousa

Maria Filomena Arruda Carreiro

Secretariado do CA

Anexo II - Protocolo de Avaliação

Versão: A. Baptista & A. Páscoa, 2011.

Data ____/____/____

Solicitamos a sua colaboração para uma investigação que tem como objectivo estudar o comportamento emocional e a qualidade de vida.

As suas respostas são confidenciais e anónimas, sendo submetidas a tratamento estatístico em grupo. Agradecemos a sua colaboração.

I - INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA

1. SEXO: ☐ Masculino ☐ Feminino

2. ESTADO CIVIL: ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) / União de Facto ☐ Divorciado(a) / Separado(a) ☐ Viúvo

3. IDADE: ____ Anos 4. PROFISSÃO: _____

5. N.º ANOS DE ESCOLARIDADE: _____ 6. RELIGIÃO: _____

7. ETNIA: _____

8. EXISTÊNCIA DE FILHOS: ☐ Não ☐ Sim

Se respondeu sim, quantos tem? _____

9. Seguidamente vai ler 5 afirmações com as quais pode concordar ou não. Utilize a escala de 1 a 7 para indicar a sua concordância com cada afirmação. Coloque uma cruz no número apropriado na linha à frente de cada afirmação. A escala de 7 pontos é a seguinte:

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo	Discordo ligeiramente	Neutro, não concordo, nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7
1.	Em muitos campos a minha vida está próxima do meu ideal					1 2 3 4 5 6 7
2.	As minhas condições de vida são excelentes					1 2 3 4 5 6 7
3.	Estou satisfeito com a minha vida					1 2 3 4 5 6 7
4.	Até ao momento tenho alcançado as coisas importantes que quero para a minha vida ...					1 2 3 4 5 6 7
5.	Se pudesse viver a minha vida de novo não mudaria quase nada					1 2 3 4 5 6 7

10. LOCAL ONDE TRABALHA: ☐ Hospital ☐ Centro de Saúde

11. SERVIÇO ONDE TRABALHA: _____

12. TRABALHA POR TURNOS? ☐ Não ☐ Sim

Se respondeu **Não**, passe para a pergunta 17.

Se respondeu **Sim**, há quanto tempo trabalha por turnos? _____ anos

13. QUANTOS TURNOS FAZ EM MÉDIA POR SEMANA? _____

14. QUANTAS HORAS TRABALHA EM MÉDIA POR SEMANA? _____

15. TRABALHAR POR TURNOS PREJUDICA O SEU SONO? ☐ Não ☐ Sim

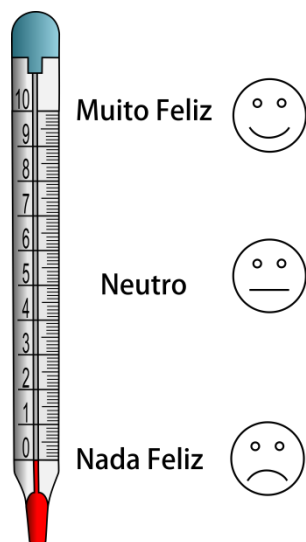
16. TRABALHA NOUTRO LOCAL? ☐ Não ☐ Sim

17. JÁ TRABALHOU NOUTRO HORÁRIO? ☐ Não ☐ Sim

18. ESTÁ SATISFEITO COM A REMUNERAÇÃO? ☐ Não ☐ Sim

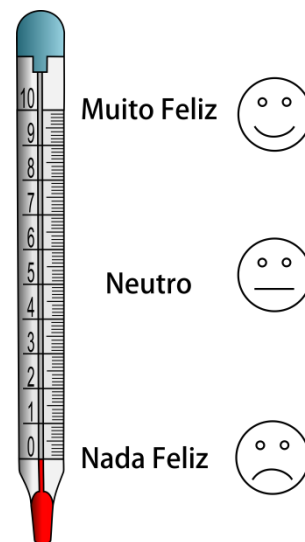
II - Avalie a sua FELICIDADE NO MOMENTO ACTUAL no momento em que está a preencher o questionário, e faça igualmente uma estimativa da sua **FELICIDADE NO ÚLTIMO MÊS**. Para responder escreva um número de 0 a 10 no espaço abaixo do **TERMÓMETRO A** e outra no espaço por baixo do **TERMÓMETRO B**.

TERMÓMETRO A



FELICIDADE ACTUAL _____

TERMÓMETRO B



FELICIDADE ÚLTIMO MÊS _____

III - Apresentam-se seguidamente 8 frases com as quais pode concordar ou discordar. Utilize a escala de 1 a 7 para, à frente de cada frase, indicar o seu grau de concordância com a mesma. Responda fazendo uma cruz (X) em cima do número que considerar adequado.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo Fortemente	Discordo	Discordo Ligeiramente	Não Discordo Nem Concordo	Concordo Ligeiramente	Concordo	Concordo Fortemente
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7

IV- Pense como se tem sentido nas **últimas quatro semanas** e avalie até que ponto experimentou os seguintes sentimentos que se descrevem no questionário. Utilize a escala de 1 a 5 para fazer a sua avaliação, e responda fazendo uma cruz em cima do número que melhor representa os seus sentimentos.

1	2	3	4	5
Muito Raramente ou Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente ou Sempre
1. Positivo.....	1 2 3 4 5		7. Feliz	1 2 3 4 5
2. Negativo	1 2 3 4 5		8. Triste	1 2 3 4 5
3. Bem	1 2 3 4 5		9. Medroso.....	1 2 3 4 5
4. Mal	1 2 3 4 5		10. Alegre	1 2 3 4 5
5. Agradável	1 2 3 4 5		11. Zangado	1 2 3 4 5
6. Desagradável	1 2 3 4 5		12. Contente	1 2 3 4 5

V - As frases que se seguem referem-se ao modo como pensa que a sua vida tem corrido. Leia-as cuidadosamente e avalie o seu grau de concordância com cada uma delas com a escala de 0 a 4. Responda a cada uma das frases de acordo com o que se tem passado na sua vida e não de acordo com o que desejaria que se tivesse passado.

0	1	2	3	4
Discordo Fortemente				Concordo Fortemente
1. Estou intensamente envolvido em muitas coisas que faço em cada dia	0	1	2	3 4
2. Acredito que descobri quem realmente sou	0	1	2	3 4
3. Penso que o ideal seria se as coisas acontecessem de um modo mais fácil na minha vida	0	1	2	3 4
4. A minha vida centra-se num conjunto de coisas que acredito que dão significado à minha vida	0	1	2	3 4
5. É mais importante que eu goste do que faço do que as outras pessoas fiquem impressionadas com o que faço	0	1	2	3 4
6. Acredito que conheço os meus melhores potenciais e tento desenvolvê-los sempre que posso	0	1	2	3 4
7. Habitualmente, as outras pessoas sabem melhor o que é bom para mim do que eu próprio	0	1	2	3 4
8. Sinto-me melhor quando estou a fazer algo em que vale a pena investir um grande esforço	0	1	2	3 4
9. Posso afirmar que encontrei a minha finalidade na vida	0	1	2	3 4
10. Se não considerar recompensador o que estou a fazer, penso que não conseguiria continuar a fazê-lo	0	1	2	3 4
11. Até agora ainda não percebi o que tenho que fazer com a minha vida	0	1	2	3 4

0	1	2	3	4
Discordo Fortemente				Concordo Fortemente

12.	Não consigo compreender porque é que algumas pessoas querem trabalhar tanto nas coisas que fazem.....	0 1 2 3 4
13.	Acredito que é importante saber como o que faço se enquadra com os objectivos que vale a pena perseguir	0 1 2 3 4
14.	Habitualmente sei o que devo fazer porque sei que alguns comportamentos são correctos	0 1 2 3 4
15.	Quando me envolvo em actividades que implicam o meu melhor potencial sinto-me realmente vivo	0 1 2 3 4
16.	Estou confuso acerca de quais são realmente os meus talentos	0 1 2 3 4
17.	Expresso-me pessoalmente em muitas coisas que faço	0 1 2 3 4
18.	É importante sentir-me realizado nas actividades a que me entrego	0 1 2 3 4
19.	Quando algo é realmente difícil, provavelmente não vale a pena fazê-lo	0 1 2 3 4
20.	Tenho dificuldade em investir nas coisas que faço	0 1 2 3 4
21.	Acredito que sei o que devo fazer na vida	0 1 2 3 4

VI - As perguntas que se seguem são sobre como se sente a respeito da sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida. Responda tendo como referência as duas últimas semanas. Deve assinalar o numero que melhor corresponde ao quanto recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Leia cada questão e assinale o que lhe parece a melhor resposta.

1	2	3	4	5
Muito má	Má	Nem má nem boa	Boa	Muito boa

1. Como avalia a sua qualidade de vida? 1 2 3 4 5

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

2. Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?..... 1 2 3 4 5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas últimas duas semanas.

1	2	3	4	5
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo

3. Em que medida as suas dores (físicas) o/a impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4. Em que medida precisa de cuidados médicos para faer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5. Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7. Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8. Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas últimas duas semanas.

1	2	3	4	5
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente

10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11. É capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?.....	1	2	3	4	5
13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14. Em que medida tem oportunidades para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se sente **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas últimas duas semanas.

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

15. Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio)?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
Muito má	Má	Nem má nem boa	Boa	Muito boa

As perguntas que se seguem referem-se **à frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

16. Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17. Até que ponto está satisfeito(a) com sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18. Até que ponto está satisfeito(a) com sua capacidade de trabalho?.....	1	2	3	4	5
19. Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio?	1	2	3	4	5

20.	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21.	Até que ponto está satisfeito(a) com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22.	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos? ...	1	2	3	4	5
23.	Até que ponto está satisfeito(a) está com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24.	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25.	Até que ponto está satisfeito(a) com os seu transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Nunca	Poucas	Algumas	Frequentemente	Sempre
	vezes	vezes		

26.	Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5
-----	---	---	---	---	---	---

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.