

**FELICIDADE NO TRABALHO E EVENTOS POTENCIALMENTE
TRAUMÁTICOS: UM ESTUDO COM ENFERMEIROS AÇORIANOS**

Dissertação de Mestrado

Sofia Azevedo Feitor

Porto, 2020

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

FELICIDADE NO TRABALHO E EVENTOS
POTENCIALMENTE TRAUMÁTICOS: UM ESTUDO
COM ENFERMEIROS AÇORIANOS

HAPPINESS AT WORK AND POTENTIALLY
TRAUMATIC EVENTS: A STUDY WITH AZOREAN
NURSES

Dissertação orientada pela Professora Doutora
Elisabete Maria das Neves Borges

Sofia Azevedo Feitor

Porto, 2020

*Lute com determinação, abrace a vida com paixão, perca com classe e vença com ousadia,
porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito bela para ser insignificante.*

Charles Chaplin

Aos meus avós, Manuel, Lúcia, Fernanda e José, por serem luz e amor na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, um obrigado do fundo do meu coração à professora Elisabete Borges, que conquistou o meu interesse pelo projeto INT-SO desde o dia que nos conhecemos e nutriu a minha paixão pela saúde ocupacional. Obrigado por ter abraçado este desafio comigo, pelo apoio incondicional, dedicação, disponibilidade, conhecimento, resiliência nos momentos mais difíceis e por me incentivar a fazer sempre mais e melhor. Obrigado por tudo.

Um obrigado sincero às instituições que me acolheram e me deram a oportunidade de realizar o meu trabalho, mesmo durante uma pandemia. Aos enfermeiros diretores, supervisores, chefes/responsáveis de serviço e a todos os outros por terem aceite participar no meu estudo. Sem eles nada teria sido possível. Obrigado a todos.

À minha Rita e ao meu Almarim, que foram companheiros constantes durante dois anos atribulados e passaram de colegas a irmãos do coração. Obrigado pelo apoio, incentivo e amizade. Guardo-vos para sempre comigo.

À Catarina, a irmã que ganhei, à Mónica, a minha mãe “adotiva” e ao Vitor, o meu protetor e amigo, por terem sido colegas e amigos excecionais, sempre prontos a dar-me a mão quando precisei. Obrigado pelas gargalhadas, pelos sorrisos, pela partilha e pela amizade. Guardo-vos para sempre no coração.

À Teresa e ao Zé, por serem fonte de apoio e amizade constante na minha vida. Por me terem acolhido no Porto como parte da sua família. Obrigado por todo o zelo, preocupação e amizade.

À minha Sousinha, que acompanhou toda esta transição e caminhada de perto, que me deu todas as dicas, conselhos e apontamentos. Obrigado pela amizade, pelos abraços e pela luz e alegria que trazes à minha vida. Adoro-te.

À minha mãe. Pelo amor, carinho, motivação e apoio durante todos os momentos bons e menos bons da minha vida. Obrigada pela oportunidade que me deste quanto aos meus

estudos. Obrigado por me proporcionares uma vida maravilhosa, pelo teu esforço e dedicação. Amo-te muito.

Ao meu pai. Pelo amor, compreensão, apoio e motivação que me dás todos os dias. Obrigado por me teres ensinado a refletir, a questionar e a querer ser sempre melhor. Obrigado pelos conselhos e pelas palavras de conforto e motivação nos dias menos bons. Amo-te muito.

Aos meus avós, Manuel, Lúcia, Fernanda e José, a quem dedico este trabalho. Meus pilares, meus segundos pais, meus professores, meus conselheiros, meus grandes amores. Obrigado não é suficiente, nunca será. Agradeço a Deus todos os dias pela vossa presença. Amo-vos a todos.

Ao Tiago, à Ana, à Rafaela, à Carolina, aos meus tios, primos, amigas de Coimbra, afilhadas e amigas da Ilha. Obrigado por darem sentido à minha vida, me apoiarem em todas as decisões que tomo e me incentivarem a ser cada vez melhor. Adoro-vos a todos.

A ti, Pedro. Por seres o meu rochedo, o meu melhor amigo e o melhor companheiro de vida que alguma vez poderia ter sonhado. Obrigado pela compreensão, pela paciência e apoio durante estes dois anos difíceis. Amo-te.

Obrigado a todos que fizeram esta caminhada mais rica, mais bonita e mais fácil.

Obrigado a todos.

RESUMO

Existe uma necessidade global de melhoria relativamente aos ambientes e condições de trabalho dos enfermeiros, principalmente a nível de carga laboral e recursos materiais e humanos. Para além disso, durante a prestação de cuidados surgem grandes cargas emocionais negativas, derivadas de situações de stresse, de tomadas de decisão difíceis e de eventos adversos.

O presente estudo integrado no projeto INT-SO: Dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha, pretende identificar os níveis de felicidade no trabalho e trauma psicológico, identificar a sua relação em função de variáveis sociodemográficas e socioprofissionais e analisar a variação entre felicidade no trabalho e trauma psicológico.

Desta forma, desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal, com 113 enfermeiros de uma Unidade Hospitalar e de uma Unidade de Saúde de uma ilha dos Açores, selecionados através de uma técnica de amostragem não probabilística e amostra de conveniência. Foi aplicado um questionário sociodemográfico e profissional, a *Shorted Happiness at Work Scale* (SHAW) (Salas-Vallina & Alegre, 2018a; Queirós et al., 2020) e a *Impact Event Scale Revised* (IES-R) (Weiss & Marmar, 1997; Matos, Pinto-Gouveia, & Martins, 2011). A análise dos dados foi baseada em estatística descritiva e inferencial.

Verificou-se que os enfermeiros apresentavam níveis moderados de felicidade no trabalho, apresentando médias superiores na dimensão de *engagement*. Relativamente ao trauma, todos os enfermeiros vivenciaram pelo menos um incidente crítico que marcou o seu percurso profissional, sendo que a situação de morte e o período de há mais de 12 meses foram os mais referenciados. Encontraram-se níveis baixos de trauma psicológico, com valores superiores na subescala de pensamentos intrusivos, sendo a sua prevalência de 23,9%. Enfermeiros do sexo masculino, com 61 ou mais anos, sem dependentes a cargo e que realizavam atividades de lazer apresentaram valores superiores na dimensão de satisfação com o trabalho. Enfermeiros com filhos, que não realizavam atividades de lazer, com 16 ou mais anos de experiência profissional, com horário fixo e vínculo definitivo apresentaram níveis superiores de trauma psicológico; e os enfermeiros gestores apresentaram valores superiores na subescala de hiperativação. Identificou-se também uma relação negativa fraca entre a dimensão de satisfação com o trabalho e o trauma psicológico.

Tendo em conta a falta de condições laborais dos enfermeiros e as cargas emocionais negativas que experienciam, torna-se necessário conhecer as suas necessidades e aplicar estratégias que potenciem a felicidade no trabalho e previnam/diminuam o desenvolvimento de trauma psicológico. Há que consciencializar, formar e treinar os profissionais para possíveis situações traumáticas nos locais de trabalho, bem como perceber o que os mantém motivados, felizes e saudáveis, através da saúde ocupacional.

Palavras-chave: felicidade no trabalho; trauma psicológico; enfermagem; saúde ocupacional.

ABSTRACT

There is a global need for improvement in nurses' working environments and conditions, mainly in terms of workload and material and human resources. Furthermore, during the provision of care, large negative emotional feelings arise, resulting from stressful situations, difficult decision-making and adverse events.

The present study integrated in the project INT-SO: From work contexts to occupational health of nursing professionals, a comparative study between Portugal, Brazil and Spain, aims to identify the levels of happiness at work and psychological trauma, to identify their relationship in function of socio-demographic and socio-professional variables and to analyze the variation between happiness at work and psychological trauma.

In this way, a quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional study was developed, with 113 nurses from a Hospital Unit and a Health Unit from an island in the Azores, selected through a non-probabilistic sampling technique and convenience sample. A sociodemographic and professional questionnaire, the Shorted Happiness at Work Scale (SHAW) (Salas-Vallina & Alegre, 2018a; Queirós et al., 2020) and the Impact Event Scale Revised (IES-R) (Weiss & Marmar, 1997; Matos, Pinto-Gouveia, & Martins, 2011) were applied. Data analysis was based on descriptive and inferential statistics.

It was found that nurses present moderate levels of happiness at work, with higher mean scores in the dimension of engagement. Regarding trauma, all nurses experienced at least one critical incident that marked their professional career, with the patient's death situation and the period of more than 12 months being the most referred. Low levels of psychological trauma were found, with higher values in the subscale of intrusive thoughts, with a prevalence of 23.9%. Male nurses, aged 61 or more, without dependents and who performed leisure activities showed higher values in the dimension of job satisfaction. Nurses with children, who did not perform leisure activities, with 16 or more years of professional experience, with fixed schedule and definitive employment contract, presented higher levels of psychological trauma; and nurse managers showed higher values in the hyperactivation subscale. A weak negative relationship was also identified between the dimension of job satisfaction and psychological trauma.

Bearing in mind the nurses' lack of working conditions and the negative emotional burdens they experience, it is necessary to know their needs and apply strategies that enhance happiness at work and prevent/reduce the development of psychological trauma. It is necessary to raise awareness, form and train professionals for possible traumatic situations in the workplace, as well as to understand what keeps them motivated, happy and healthy, through occupational health.

Keywords: happiness at work; psychological trauma; nursing; occupational health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACT – Autoridade para as Condições de Trabalho
COVID-19 – Doença provocada pela infeção por SARS-CoV-2
DGS – Direção-Geral de Saúde
DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
EU-OSHA – *European Agency for Safety and Health at Work*
Eurofound - *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*
ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto
EUA – Estados Unidos da América
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
ICN – *International Council of Nurses*
IES-R – *Impact Event Scale Revised*
ILO – *International Labour Organization*
OE – Ordem dos Enfermeiros
OHI – *Oxford Happiness Inventory*
OHQ – *Oxford Happiness Questionnaire*
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial de Saúde
PPST – Perturbação de Pós-Stress Traumático
ProQOL – *Professional Quality of Life*
PTSDC – *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist*
RAS – Reação Aguda de Stresse
RISE – *Resilience In Stressful Events*
SARS-CoV-2 – Síndrome respiratória aguda grave – Coronavírus 2
SHAW – *Shorted Happiness at Work Scale*
SHS – *Subjective Happiness Scale*
STS – Stresse Traumático Secundário
STSS – *Secondary Traumatic Stress Scale*
UDHHS – *US Department of Health and Human Services*
UWES – *Utrecht Work Engagement Scale*
WHO – *World Health Organization*

α – Alfa de *Cronbach*

DP – Desvio padrão

et al. – E outros

H – Valor do teste *Kruskal-Wallis*

M – Média

nº – Número

p – Probabilidade de significância

p. – Página

r – Correlação de *Pearson*

t – Valor do teste t de *Student*

U – Valor do teste *Mann-Whitney*

% - Percentagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO	27
1.1 Felicidade no trabalho	27
1.1.1 Definição conceptual de felicidade no trabalho	28
1.1.2 Fatores promotores, dificultadores e consequências da felicidade no trabalho..	32
1.1.3 Avaliação da felicidade no trabalho.....	38
1.1.4 Felicidade no trabalho nos enfermeiros.....	41
1.2 Eventos potencialmente traumáticos	45
1.2.1 Definição conceptual de eventos potencialmente traumáticos, trauma psicológico e perturbação de pós-stresse traumático.....	46
1.2.2 Fatores de risco, fatores protetores e consequências do trauma psicológico	49
1.2.3 Avaliação do trauma psicológico	55
1.2.4 Eventos traumáticos nos enfermeiros.....	58
1.3 Estratégias de intervenção na felicidade no trabalho e no trauma psicológico	65
2. METODOLOGIA	87
2.1 Questão de investigação e objetivos de estudo	87
2.2 Tipo de estudo	89
2.3 Variáveis do estudo	90
2.4 População e amostra	92
2.4.1 Caracterização sociodemográfica da amostra	93
2.4.2 Caracterização socioprofissional da amostra	94
2.5 Material	95
2.5.1 Fidelidade das escalas.....	98
2.6 Procedimentos e considerações éticas	101
2.7 Tratamento de dados	102
3. RESULTADOS	105
3.1 Felicidade no trabalho em enfermeiros	105
3.2 Relação entre felicidade no trabalho e variáveis sociodemográficas	106
3.3 Relação entre felicidade no trabalho e variáveis socioprofissionais	110
3.4 Trauma psicológico em enfermeiros	112
3.5 Relação entre trauma psicológico e variáveis sociodemográficas	115
3.6 Relação entre trauma psicológico e variáveis socioprofissionais	118
3.7 Relação entre felicidade no trabalho e trauma psicológico	121

4. DISCUSSÃO	123
CONCLUSÃO	147
BIBLIOGRAFIA.....	151

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Definições de felicidade no trabalho segundo vários autores	29
TABELA 2: Fatores potenciadores de felicidade no trabalho.....	32
TABELA 3: Principais características laborais que influenciam a felicidade no trabalho segundo o Modelo Vitamínico de Warr (2013)	35
TABELA 4: Fatores organizacionais promotores e dificultadores da felicidade no trabalho em enfermeiros	43
TABELA 5: Fatores de risco de exposição a eventos potencialmente traumáticos	47
TABELA 6: Fatores de risco relacionados com o desenvolvimento de PPST.....	50
TABELA 7: Fatores protetores individuais e organizacionais relativos ao desenvolvimento de trauma psicológico no trabalho.....	54
TABELA 8: Critérios de diagnóstico da PPST segundo o DSM-V (APA, 2014).....	55
TABELA 9: Fatores de risco e fatores protetores de trauma psicológico em enfermeiros	62
TABELA 10: Consequências do trauma psicológico nos enfermeiros	64
TABELA 11: Estratégias de intervenção na felicidade no trabalho dos enfermeiros	68
TABELA 12: Estratégias de intervenção no trauma psicológico dos enfermeiros	75
TABELA 13: Estratégias de intervenção individuais na felicidade no trabalho e trauma psicológico em enfermeiros	84
TABELA 14: Estratégias de intervenção organizacionais na felicidade no trabalho e trauma psicológico em enfermeiros	85
TABELA 15: Operacionalização das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais.....	91
TABELA 16: Adesão dos enfermeiros ao estudo por unidade	93
TABELA 17: Caracterização sociodemográfica da amostra.....	93
TABELA 18: Caracterização socioprofissional da amostra	95
TABELA 19: Dimensões e itens da SHAW (Salas-Vallina & Alegre, 2018a; Queirós et al., 2020)	97
TABELA 20: Subescalas e itens da IES-R (Weiss & Marmar, 1997; Matos et al., 2011)	97
TABELA 21: Valores Alfa <i>Cronbach</i> e respetiva classificação qualitativa da consistência interna (Vilelas, 2017).....	99
TABELA 22: Coeficiente Alfa de <i>Cronbach</i> da SHAW (total e respetivas dimensões)	99
TABELA 23: Coeficiente Alfa de <i>Cronbach</i> da IES-R (total e respetivas subescalas)	100

TABELA 24: Valores coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> e respetiva classificação qualitativa da correlação (Vilelas, 2017).....	103
TABELA 25: Distribuição dos valores da média, desvio-padrão, mínimo e máximo da SHAW total e dimensões.....	105
TABELA 26: Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> entre a SHAW total e dimensões	106
TABELA 27: Comparação de médias da SHAW total e dimensões em função da presença de filhos, pessoas dependentes a cargo e atividades de lazer	107
TABELA 28: Teste de <i>Mann-Whitney (U)</i> da SHAW total e dimensões em função do sexo, estado civil e ajuda externa relativa à prestação de cuidados.....	108
TABELA 29: Teste <i>Kruskall-Wallis (H)</i> da SHAW total e dimensões em função da idade	109
TABELA 30: Comparação de médias da SHAW total e dimensões em função do tempo de experiência profissional e do horário de trabalho	110
TABELA 31: Teste de <i>Mann Whitney (U)</i> da SHAW total e dimensões em função do local de trabalho, habilitações académicas e vínculo com a instituição	111
TABELA 32: Teste <i>Kruskall-Wallis (H)</i> da SHAW total e dimensões em função da categoria profissional.....	112
TABELA 33: Incidentes críticos que marcaram a atividade profissional dos enfermeiros ...	113
TABELA 34: Tempo de ocorrência do incidente crítico vivenciado	113
TABELA 35: Distribuição dos valores da média, desvio-padrão, mínimo e máximo da IES-R total e subescalas.....	113
TABELA 36: Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> entre a IES-R total e subescalas	114
TABELA 37: Prevalência de trauma psicológico nos enfermeiros, de acordo com os <i>scors</i> obtidos pela aplicação da escala IES-R.....	114
TABELA 38: Teste <i>Kruskall-Wallis (H)</i> da IES-R total e subescalas em função do tempo em que ocorreu o incidente crítico.....	115
TABELA 39: Comparação de médias da IES-R total e subescalas em função da presença de filhos, pessoas dependentes a cargo e atividades de lazer	116
TABELA 40: Teste de <i>Mann-Whitney (U)</i> da IES-R total e subescalas em função do sexo, estado civil e ajuda externa relativa à prestação de cuidados.....	117
TABELA 41: Teste <i>Kruskall-Wallis (H)</i> da IES-R total e subescalas em função da idade	118
TABELA 42: Comparação de médias da IES-R total e subescalas em função do tempo de experiência profissional e do horário de trabalho	119
TABELA 43: Teste de <i>Mann Whitney (U)</i> da IES-R total e subescalas em função do local de trabalho, habilitações académicas e do vínculo com a instituição	119
TABELA 44: Teste <i>Kruskall-Wallis (H)</i> da IES-R total e subescalas em função da categoria profissional.....	121
TABELA 45: Correlação de <i>Pearson</i> entre a SHAW e dimensões e a IES-R total e subescalas	121
TABELA 46: Teste <i>Kruskall-Wallis (H)</i> entre o tempo em que ocorreu o incidente crítico e a SHAW total e dimensões.....	122

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Estilos preditores de felicidade no trabalho (adaptado de Singh & Aggarwal, 2018).....	31
FIGURA 2: Modelo Vitamínico de Warr (adaptado de Warr, 2013)	36
FIGURA 3: Percurso temporal do trauma psicológico (adaptado de Fischer & Riedesser, 2003).....	52
FIGURA 4: Modelo Intervencionista de Três Níveis de Scott de apoio à vítima secundária (adaptado de Scott et al., 2010)	79
FIGURA 5: Cinco passos para a melhoria do ambiente de trabalho psicossocial (adaptado de EU-OSHA, 2018).....	83
FIGURA 6: Esquema elucidativo da finalidade, objetivos e questão de investigação do estudo.....	89

INTRODUÇÃO

O trabalho é intrínseco à sociedade e ao dia-a-dia de cada um de nós, sendo que grande parte da população despende a maioria das suas horas de vigília no trabalho, representando cerca de um terço das suas vidas (Sequeira et al., 2018). Este representa muito mais do que apenas o sustento monetário de indivíduos e famílias, representa uma contribuição positiva ou negativa para a qualidade de vida e para a construção da identidade pessoal, baseada nas relações estabelecidas no ambiente laboral (Eurofound & International Labour Organization [ILO], 2019).

A natureza do trabalho sofreu grandes modificações ao longo dos últimos anos. Na Europa, estas devem-se maioritariamente ao crescimento do setor terciário, ao facto da mulher estar mais presente no mercado de trabalho e de existirem novas exigências laborais e novas tipologias de contratos. As novas tecnologias fizeram também emergir um fenómeno de digitalização em massa nas organizações, ofuscando a divisão entre trabalho e vida pessoal, aumentando a individualização/isolamento no trabalho (Eurofound & ILO, 2019).

Para além dessas mudanças, consequência do envelhecimento exponencial da população e da diminuição do número de pessoas em idade ativa, surge a preocupação pela sustentabilidade dos sistemas económicos. É exigido que as pessoas permaneçam mais tempo no mercado de trabalho e que trabalhem mais, levando ao aumento da intensidade laboral e, conseqüentemente, à pressão e exaustão dos trabalhadores (Eurofound, 2019a).

Na Europa, está comprovado que a intensidade de trabalho tem vindo a aumentar desde 2010, acompanhada de um aumento das exigências emocionais (Eurofound, 2019a) e das doenças crónicas na população trabalhadora. Portugal é um dos países da Europa com maior percentagem de trabalhadores com doenças crónicas (entre 25% a 30% do total de trabalhadores), incluindo doenças mentais (Eurofound, 2019b). Todos estes fatores levaram a que os riscos psicossociais no trabalho aumentassem, sendo os trabalhadores do setor da saúde e da educação os mais prejudicados (Eurofound, 2019a; Eurofound, 2019b).

Assim, a aposta na promoção e proteção da saúde dos trabalhadores é imperativa, de forma a existirem trabalhadores mais saudáveis, que possam desempenhar eficazmente as suas funções, até mais tarde.

Sendo o trabalho um determinante social de saúde, que influencia não só a saúde individual do trabalhador, mas também da sua família e comunidade, a saúde ocupacional torna-se num domínio muito importante de saúde pública (Direção Geral de Saúde [DGS], 2018). A saúde ocupacional tem como finalidade promover e proteger a saúde dos trabalhadores, fomentando ambientes de trabalho saudáveis. É uma atividade que deve ser posta em prática no seio de uma equipa multidisciplinar, de forma a que se definam estratégias para evitar/minimizar a exposição dos trabalhadores a fatores de risco, proporcionar qualidade de vida no trabalho e alcançar a saúde física, mental e social dos profissionais (DGS, 2018).

O presente estudo cujo tema é “Felicidade no trabalho e eventos potencialmente traumáticos: um estudo com enfermeiros Açorianos” surgiu no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária (2019/2020), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), sob orientação da Professora Doutora Elisabete Borges, estando integrado no Projeto INT-SO: Dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha, da ESEP/Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS).

A grande motivação em estudar não só os aspetos negativos ligados ao trabalho, mas também os positivos, esteve na origem da escolha das temáticas deste estudo, de modo a perceber os pontos fortes das dinâmicas laborais e que estratégias se poderão implementar para potenciar o capital humano organizacional, dentro da área de enfermagem. O interesse por estes temas derivou também de experiências académicas e profissionais da investigadora, bem como de testemunhos e partilhas de enfermeiros que se cruzaram com a mesma ao longo do tempo. Testemunhos esses caracterizados por uma grande paixão pela profissão e por um orgulho imenso em ser enfermeiro, mas também por grandes dificuldades físicas, emocionais e familiares.

Posto isto, a lente pela qual foi redigido este trabalho teve como base os pressupostos da psicodinâmica do trabalho, a qual tem em conta, simultaneamente, o bom e o menos bom das organizações. Face a algo tão complexo como as dinâmicas laborais, esta abordagem pretende estudar não só as dificuldades das organizações, mas também perceber que estratégias mantêm os trabalhadores motivados e mentalmente saudáveis (Areosa, 2019).

Atualmente, dada a pandemia mundial COVID-19, as exigências emocionais e físicas são ainda maiores, devido a stressores adicionais como o aumento diário de casos, a falta de equipamento de proteção individual, a falta de conhecimento e treino específico sobre a doença, a preocupação com as suas próprias famílias e amigos (Saniasiaya & Ramasamy, 2020), diretrizes pouco claras quanto ao controlo de infeção e o medo de ser infetado (Rudolph et al., 2020).

Desta forma, apostar na qualidade e na promoção de ambientes de trabalhos saudáveis em enfermagem é imperativo. Apenas assim os níveis de qualidade de vida no trabalho e de felicidade podem aumentar, levando conseqüentemente a melhores cuidados de saúde prestados.

Felicidade no trabalho pode ser definida como um conceito abrangente que engloba fatores individuais (como emoções e humores, disposições e atitudes) e fatores organizacionais (Fisher, 2010), focando-se na experiência individual de cada trabalhador, influenciada pela dinâmica laboral (Singh & Aggarwal, 2018). Segundo Fisher (2010) esta engloba os conceitos de *engagement* (envolvimento afetivo e cognitivo e gosto pelo trabalho), satisfação com o trabalho (juízos sobre as características do trabalho, ambiente, colegas e condições) e compromisso organizacional afetivo (sentimento de pertença, ligação emocional e identificação pessoal com os valores da empresa).

Salas-Vallina et al. (2013) afirmam que, cuidar dos trabalhadores é essencial, pois se a sua saúde (física ou mental) se encontra comprometida, o seu compromisso com a organização diminuirá por falta de energia. Assim, potenciar a felicidade no trabalho levará ao aumento da energia dos trabalhadores e a resultados favoráveis para empresas e organizações.

A felicidade no trabalho adquire diferentes significados perante ocupações profissionais diferentes. Em enfermagem, o percurso que um enfermeiro percorre em busca da sua felicidade laboral envolve, na maioria das situações, cuidar dos outros e das suas necessidades. Este facto, por sua vez, poderá abarcar bastante desgaste emocional e físico à prática diária dos enfermeiros, sendo por isso importante que organizações auxiliem estes profissionais a descobrir o que lhes traz energia, motivação e felicidade no trabalho (San, 2014).

Dados os atuais ambientes de trabalho intensivos, stressantes e exaustivos dos enfermeiros, tem existido por parte da comunidade científica uma maior preocupação face ao estudo de situações stressantes no trabalho, como eventos traumáticos, de forma a potenciar a saúde mental laboral em enfermagem. Tem-se assistido a um aumento de

estudos nesta área, desenvolvendo temas como a Perturbação de Pós-Stresse Traumático (PPST) no trabalho, de eventos potencialmente traumáticos e de trauma secundário (Buurman et al., 2011; Kable et al., 2018; Wheeler & Phipps, 2019; Marques, 2020).

Um evento potencialmente traumático pode ser definido como um “sentimento de completo desamparo diante de uma ameaça real ou subjetiva à própria vida, à vida de pessoas estimadas, bem como à integridade física, podendo colocar o indivíduo num estado de extrema confusão ou insegurança” (Monteiro, 2011, p. 10). Este poderá levar ao trauma e conseqüentemente à PPST, que engloba sintomas de evitamento, intrusão, hiperativação e alterações negativas de humor (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Face ao exposto, e com a finalidade de contribuir para a implementação de estratégias que promovam ambientes de trabalho saudáveis, valorizando a felicidade no trabalho dos profissionais de enfermagem e minimizando situações ou conseqüências de eventos potencialmente traumáticos, optou-se pela realização de um estudo de carácter quantitativo, descritivo, correlacional e transversal. A questão de investigação que sustentou todo o processo de investigação foi “Qual a relação entre felicidade no trabalho e trauma psicológico em enfermeiros de uma das ilhas do arquipélago dos Açores?”, que por sua vez, originou os seguintes objetivos:

1. Identificar os níveis de felicidade no trabalho e trauma psicológico em enfermeiros;
2. Identificar a relação entre a felicidade no trabalho e as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais em enfermeiros;
3. Identificar a relação entre o trauma psicológico e as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais em enfermeiros;
4. Analisar a variação entre a felicidade no trabalho e trauma psicológico em enfermeiros.

De forma a atingir os objetivos propostos, foram seleccionadas estratégias científicas estruturadas e ajustadas, tendo em conta todos os procedimentos formais e éticos necessários à consecução do estudo. A revisão da literatura efetuada pretendeu dar suporte aos restantes passos metodológicos, baseando-se em diversas fontes bibliográficas de acordo com as temáticas em estudo. Foi aplicado um instrumento de recolha de dados, constituído por uma caracterização sociodemográfica e socioprofissional dos enfermeiros, pela *Shorted Happiness at Work Scale* (SHAW) (Salas-Vallina & Alegre, 2018a; Queirós et al.,

2020) para avaliação da felicidade no trabalho e pela *Impact Event Scale Revised* (IES-R) (Weiss & Marmar, 1997; Matos et al., 2011) para avaliação do trauma psicológico.

O presente estudo está dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo será apresentada a revisão da literatura efetuada referente à felicidade no trabalho e ao trauma psicológico, especificando, posteriormente, os temas para a profissão de enfermagem, bem como estratégias no âmbito da saúde ocupacional cujo objetivo será fomentar ambientes de trabalho saudáveis para os enfermeiros. No segundo capítulo, será explanado o percurso metodológico, apresentando a questão de investigação, os objetivos e finalidade do estudo, o tipo de estudo e as respetivas variáveis, a população-alvo e a caracterização sociodemográfica e socioprofissional da amostra, o método de recolha de dados e o respetivo instrumento, os procedimentos e considerações éticas do estudo e por fim o tratamento dos dados. No terceiro capítulo, serão apresentados os resultados, em formato de tabela e no quarto capítulo será feita a análise e discussão dos mesmos, tendo por base a revisão da literatura efetuada.

Segue com a apresentação da conclusão, a qual integra as limitações e sugestões futuras que surgiram da elaboração do estudo finalizando com a bibliografia.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os enfermeiros, pelo cariz da sua atividade laboral, apresentam altas probabilidades de exposição a eventos potencialmente traumáticos, como situações de agudização repentina, agressão, sofrimento ou morte (Buurman et al., 2011; Wheeler & Phipps, 2019). Para além das dificuldades psicológicas que advém de situações traumáticas, os ambientes de trabalho atuais destes profissionais, caracterizados pela falta de recursos materiais e humanos, más condições físicas, remuneração injusta e alta carga de trabalho (Borges, 2020), poderão levar a uma diminuição dos níveis de felicidade no trabalho.

Neste capítulo serão apresentadas as bases teóricas relativas à felicidade no trabalho e ao trauma psicológico, que darão sustentação a todo o restante percurso metodológico.

1.1 Felicidade no trabalho

Dadas as mudanças no mundo do trabalho e as crises económicas das últimas décadas, caracterizadas pela precariedade, pela digitalização e pelo aumento da intensidade de trabalho, os paradigmas, as teorias e as práticas que guiavam as empresas e os setores da sociedade foram-se desajustando às condições laborais (Pryce-Jones, 2010). Desta forma, surgiu a necessidade de mudar as formas de trabalho, envolvendo todos os intervenientes e incorporá-las nas novas teorias e práticas laborais que foram surgindo da investigação de áreas como a psicologia, neurologia, pesquisa organizacional, ciências comportamentais, antropologia, entre outras (Organização Internacional do Trabalho [OIT], 2019; Pryce-Jones, 2010).

Face à intensificação e desumanização das organizações vividas no final dos anos 80, Dejours cria a teoria da psicodinâmica do trabalho (Areosa, 2019), cujo foco principal

centra-se nos efeitos do trabalho na saúde mental dos trabalhadores, analisando não só os aspetos negativos ligados ao trabalho, mas também os positivos. Ainda de acordo com Areosa (2019), esta teoria procura perceber quais as estratégias que os trabalhadores adotam para se manterem mentalmente saudáveis e enfrentarem a crescente desvalorização do capital humano organizacional.

Mais tarde, no início do século XXI, emerge a psicologia positiva através de Seligman. Esta surge numa tentativa de mudar o paradigma psicológico centrado na patologia, enaltecendo as coisas boas e nutrindo o que há de melhor na vida. O seu foco principal passa pela compreensão dos aspetos positivos e da capacidade humana de prevalecer face às adversidades, tendo como objetivo principal a construção de qualidades, individuais e comunitárias, ajudando pessoas e comunidades a crescer e a prosperar (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Posto isto, a investigação na área das emoções, sentimentos e atitudes positivas no trabalho também aumentou (Fisher, 2010), tomando um papel muito importante junto de decisores políticos (Saenghiran, 2013).

Conceitos como *engagement* e satisfação com o trabalho têm surgido muito na literatura, dando ênfase às emoções e experiências positivas laborais em detrimento das negativas. Os conceitos de felicidade e bem-estar geral subjetivo tornaram-se também temáticas de interesse crescente por parte dos investigadores nos últimos anos (Galvão et al., 2020; Rodríguez-Muñoz & Sanz-Vergel, 2013).

Desta forma, o conceito de felicidade no trabalho surgiu também da necessidade de emergir de uma cultura de investigação laboral negativista para uma mais positivista, que abordasse não só o mau, mas também o bom das organizações, fomentando espaço para o crescimento.

1.1.1 Definição conceptual de felicidade no trabalho

O conceito de felicidade, para além de ser algo extremamente subjetivo, tem sido discutido e definido ao longo dos séculos por filósofos, líderes religiosos, psicólogos, entre outros. A

felicidade pode ser analisada de vários prismas, como um fim em si mesma, um subproduto das nossas ações ou como o caminho que traçamos ao longo da vida (Pryce-Jones, 2010).

Por outro lado, a palavra trabalho remete-nos também para um mundo polissêmico e multifacetado. Para além de possuir um papel muito importante na vida de todos, é no trabalho que se constroem identidades, se estabelecem relações, se experienciam sentimentos de realização pessoal e profissional, mas também conflitos, dependendo de afetividades, emoções, hierarquias, poder e soberania (Areosa, 2019).

A associação do conceito de felicidade com o conceito de trabalho torna-se, assim, num desafio, dado que ambos são extremamente subjetivos, abrangentes e complexos (Moccia, 2016). Contudo, pode-se partir da premissa de que ser feliz no trabalho não significa estar sempre a “sorrir, a pensar de forma positiva ou estar permanentemente de bom humor” (Pryce-Jones, 2010, p. 18).

O conceito de felicidade no trabalho pode ser tomado como um “conceito guarda-chuva”, que abrange várias dimensões individuais e organizacionais da vida laboral, como a satisfação com o trabalho, o compromisso organizacional, envolvimento no trabalho, vigor, fluxo, motivação intrínseca e afetividade no trabalho. Este vai para além de todos esses conceitos, focando-se na experiência individual de cada trabalhador, influenciada pela dinâmica laboral (Fisher, 2010; Singh & Aggarwal, 2018).

Para Salas-Vallina et al. (2013), a felicidade no trabalho é uma variável de especial relevância na vida das organizações e trabalhadores. Sendo considerada como um aspeto central na vida de todos, alcançar a felicidade no local onde permanecemos grande parte do dia e pomos em prática as nossas capacidades é de extremo interesse.

Sendo assim, na Tabela 1 encontram-se alguns conceitos de felicidade no trabalho, segundo diferentes autores, por ordem cronológica.

Tabela 1. Definições de felicidade no trabalho segundo vários autores

Autor, Ano	Conceito de Felicidade no Trabalho
Dutton & Edmunds, 2007	Felicidade no trabalho significa uma construção ao nível máximo do desempenho profissional de cada um, utilizando e gerindo os recursos disponíveis de forma a ultrapassar os obstáculos.
Fisher, 2010	Conceito abrangente que engloba fatores individuais, como emoções e humores (aspetos mais transitórios), disposições e atitudes (aspetos mais estáveis) e fatores organizacionais. Engloba os conceitos de <i>engagement</i> (envolvimento afetivo e cognitivo e gosto pelo trabalho), satisfação com o trabalho (juízos sobre as características do trabalho, ambiente, colegas e condições) e compromisso organizacional afetivo (sentimento de pertença, ligação emocional e identificação com os valores da empresa).
Continua	

Pryce-Jones, 2010	“Envolve um <i>mix</i> de momentos muito bons acompanhados de outros menos bons, numa jornada na qual crescemos e brilhamos e ao mesmo tempo ultrapassamos as nossas emoções negativas”; “mentalidade que nos permite maximizar o nosso desempenho e alcançar o nosso potencial” através do exercício de estarmos “atentos aos altos e baixos no nosso trabalho individual e coletivo” (p.18). Estar atento permitirá ao indivíduo criar uma perspectiva sobre uma determinada situação e, conseqüentemente, geri-la da melhor forma.
Saenghiran, 2013	Felicidade no trabalho representa sentimentos e experiências positivas e prazerosas no trabalho e, sobretudo, a presença de significado relativamente às tarefas que cada um desempenha. Esta é composta por três componentes: sentimentos no trabalho (experienciar mais emoções positivas do que negativas), satisfação com o trabalho e felicidade subjetiva (nível de felicidade momentânea do trabalhador).
Singh & Aggarwal, 2018	“Experiência de bem-estar subjetivo no trabalho que abrange a interação entre experiências de trabalho individuais do trabalhador e experiências organizacionais”, onde as experiências individuais e organizacionais positivas superam as negativas (p. 2).

Constatamos assim que a maioria das definições engloba aspetos negativos e positivos da vida laboral, sendo que as experiências positivas deverão ocorrer em maior número do que as negativas (Pryce-Jones, 2010; Saenghiran, 2013; Singh & Aggarwal, 2018). Algumas definições focam-se na maximização do desempenho profissional (Dutton & Edmunds, 2007; Pryce-Jones, 2010), enquanto que Saenghiran (2013) foca a experiência de significado no trabalho. Adicionalmente, Fisher (2010) e Saenghiran (2013) fazem referência ao fator temporal, englobando aspetos relativamente estáveis no tempo e aspetos transitórios.

A definição adotada para a presente investigação será a de Fisher (2010). Segundo a conceptualização da autora, existem três focos principais na análise da felicidade dos trabalhadores: o próprio trabalho, as características do trabalho e a organização como um todo. Os três focos conjugados conseguirão capturar uma imagem mais estável no tempo da felicidade dos trabalhadores e mais completa, englobando um constructo motivacional (*engagement*) e dois constructos atitudinais (satisfação com o trabalho e compromisso afetivo organizacional).

Felicidade no trabalho é um conceito que se tem difundido em muitas empresas e organizações. Moccia (2016, p. 144) afirma que “o novo objetivo milenar é ser feliz no trabalho”. De facto, os novos trabalhadores, ao contrário das gerações anteriores, procuram um trabalho onde se sintam bem, que os satisfaça e onde sejam felizes. Mais relevante do que recompensas monetárias, encontra-se o seu bem-estar (Rodríguez, 2020). Singh e Aggarwal (2018), com base no trabalho que desenvolveram para a construção de uma medida multidimensional do conceito, apresentam quatro estilos preditores de

felicidade no trabalho (frustrante, próspera, deteriorada e de trabalho automático), os quais estão representados na Figura 1.

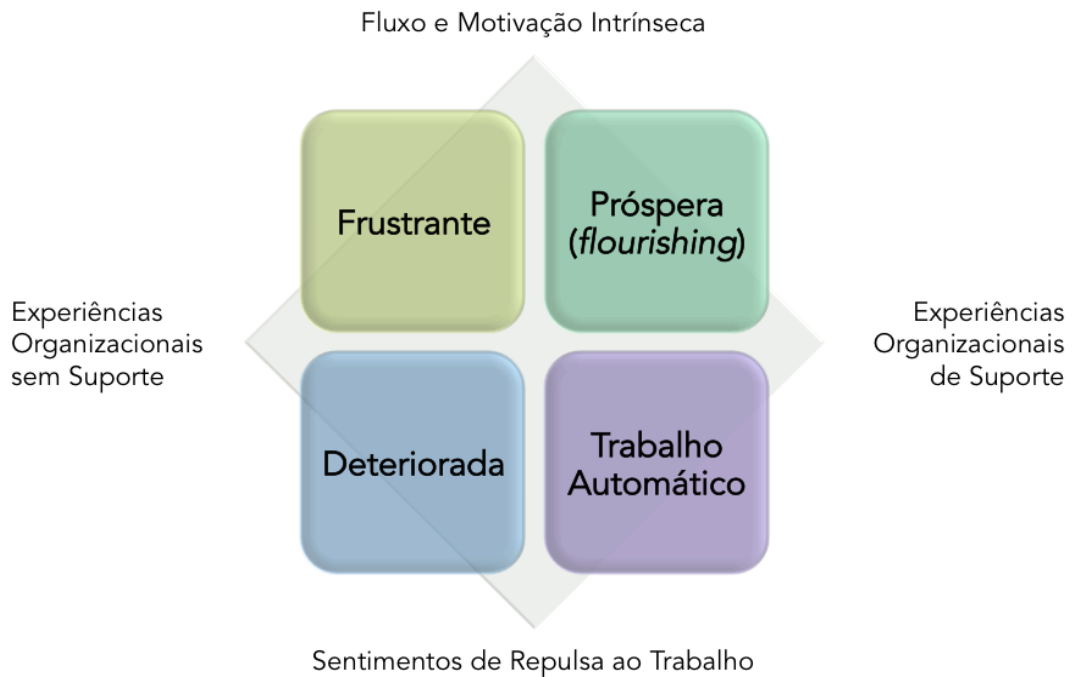


Figura 1. Estilos preditores de felicidade no trabalho (adaptado de Singh & Aggarwal, 2018)

Quando existe fluxo e motivação intrínseca do trabalhador, num ambiente de trabalho caracterizado pelo apoio e encorajamento das chefias, surge a felicidade próspera ou *flourishing*, onde os indivíduos crescem e prosperam. Por outro lado, quando o trabalhador está intrinsecamente motivado e apresenta fluxo no trabalho, mas o ambiente não é favorável nem encorajador, leva ao estilo de felicidade frustrante. Num cenário onde o ambiente e as experiências organizacionais são favoráveis, mas o indivíduo não está motivado internamente nem gosta do seu trabalho, leva a uma mecânica de trabalho “automática”, resultando numa situação parasitária, na qual a empresa é a principal prejudicada. Por último, quando a situação se apresenta pouco saudável a nível organizacional e a nível pessoal, existindo um ambiente laboral sem suporte e sentimentos individuais de repulsa ao trabalho, gera-se um estilo mutuamente degenerativo, onde nenhuma das partes sai beneficiada (Singh & Aggarwal, 2018).

1.1.2 Fatores promotores, dificultadores e consequências da felicidade no trabalho

Relativamente aos fatores potenciadores de felicidade no trabalho, de acordo com a revisão bibliográfica realizada por Fisher (2010), estes podem agrupar-se em fatores relacionados com o ambiente laboral (subdividindo-se em fatores organizacionais, características do trabalho e eventos transitórios) e fatores individuais (desdobrando-se em fatores disposicionais e fatores relativos ao ajuste pessoa-situação laboral). De seguida, serão apresentados na Tabela 2 os fatores potenciadores de felicidade no trabalho, com base na revisão da literatura realizada. Os eventos transitórios referem-se à experiência de emoções e sentimentos positivos momentâneos no trabalho decorrentes de situações específicas. Os fatores individuais disposicionais dizem respeito a fatores biológicos/genéticos pré-disponíveis dos indivíduos ou a traços de personalidade (Fisher, 2010; Warr, 2013).

Tabela 2. Fatores potenciadores de felicidade no trabalho

		Fatores Potenciadores	Autor, Ano
Fatores do Ambiente Laboral	Fatores Organizacionais	Equidade e justiça	Fisher, 2010; Warr, 2013; Del Junco et al., 2013; Sánchez-Vázquez, 2018; Dutschke et al., 2019
		Espírito e trabalho de equipa	
		Gestores que fomentam ambientes de trabalho inovadores	Baker et al., 2006; Del Junco et al., 2013; Sánchez-Vázquez, 2018; Dutschke et al., 2019
		Gestores que partilham a gestão e englobam os trabalhadores na tomada de decisão	Warr, 2013; Salas-Vallina et al., 2013; Sánchez-Vázquez, 2018; Dutschke et al., 2019
		Confiança entre pares	Fisher, 2010; Del Junco et al., 2013; Sánchez-Vázquez, 2018
		Clima de respeito	Fisher, 2010; Del Junco et al., 2013; Dutschke et al., 2019
		Autonomia das equipas	Fisher, 2010; Warr, 2013; Dutschke et al., 2019
		Gestores que consideram as necessidades, crenças e valores dos seus trabalhadores	Salas-Vallina et al., 2013; Del Junco et al., 2013; Dutschke et al., 2019
		Boa comunicação e interligação com as diferentes unidades de trabalho	Del Junco et al., 2013; Sánchez-Vázquez, 2018; Dutschke et al., 2019
		Segurança no trabalho	Fisher, 2010; Warr, 2013
		Sistema de recompensa pelo bom desempenho laboral	Fisher, 2010; Sánchez-Vázquez, 2018

Fatores do Ambiente Laboral		Gestores que apoiam e proporcionam bem-estar aos trabalhadores	Warr, 2013; Sánchez-Vázquez, 2018	
		Investimento na formação dos trabalhadores	Fisher, 2010	
		Estruturas organizacionais horizontais		
	Fatores relativos às Características do Trabalho		Remuneração justa	Fisher, 2010; Warr, 2013; Del Junco et al., 2013; Rodríguez, 2020
			Trabalho que proporcione uma aprendizagem contínua e crescimento individual	Warr, 2013; Del Junco et al., 2013; Dutschke et al., 2019; Rodríguez, 2020
			Variedade/rotatividade de tarefas	Warr, 2013; Del Junco et al., 2013; Sánchez-Vázquez, 2018
			Recursos adequados disponíveis	Del Junco et al., 2013; Dutschke et al., 2019; Rodríguez, 2020
			Possibilidade de avanço na carreira	Fisher, 2010; Warr, 2013
			Equilíbrio trabalho/vida pessoal	Del Junco et al., 2013; Dutschke et al., 2019
			Espaço para proatividade e empreendedorismo	
			Trabalho que proporcione estabilidade	Del Junco et al., 2013; Rodríguez, 2020
			Supervisão adequada	Fisher, 2010
			Estabelecimento de relações positivas com os colegas	
			Clareza do contexto de trabalho	Warr, 2013
	Flexibilidade de horário	Rodríguez, 2020		
Eventos Transitórios		Valorização e reconhecimento do trabalho individual	Baker et al., 2006; Fisher, 2010; Warr, 2013; Del Junco et al., 2013; Sánchez-Vázquez, 2018; Dutschke et al., 2019; Rodríguez, 2020	
		<i>Feedback</i> positivo	Fisher, 2010	
		Tarefas desafiantes e interessantes		
		Contacto com outras pessoas, levando ao “contágio” emocional positivo		
Fatores Individuais	Fatores Disposicionais	Afetividade disposicional positiva e autoavaliações positivas (<i>locus</i> de controle interno, autoestima, autoeficácia e estabilidade emocional)	Fisher, 2010	
		Criatividade	Baker et al., 2006	
		Ser agente de mudança		
Continua				

Fatores Individuais	Fatores relativos ao ajuste Pessoa-Situação Laboral	Capacidade de adaptação dos trabalhadores face a diferentes situações laborais	Fisher, 2010
		Identificação do trabalhador relativamente à ideologia e cultura organizacional	
		Tarefas vão ao encontro das expectativas e necessidades do trabalhador	

Para além dos fatores apresentados na Tabela 2, a espiritualidade, a experiência de significado no trabalho (Golparvar & Abedini, 2014), a ética no trabalho, transparência e gratidão (Sánchez-Vázquez, 2018) também influenciam positivamente a felicidade no trabalho.

Quanto à influência da liderança na felicidade no trabalho, sendo o fator psicossocial mais estratégico das organizações, a sua otimização é bem evidente (Sánchez-Vázquez & Sánchez-Ordóñez, 2019). Desta forma, os gestores que integram os trabalhadores na organização, dando-lhes oportunidade de participar na formulação de objetivos, considerando as suas necessidades, crenças e valores, proporcionarão níveis mais elevados de felicidade no trabalho. Consequentemente, o trabalho articulado entre hierarquias, gerará um aumento de produtividade e qualidade dos serviços (Salas-Vallina et al., 2013).

Na mesma linha, segundo o estudo de Ghadi e Almanaga'h (2020), co-responsabilizar e envolver os trabalhadores no processo de tomada de decisão levará a inúmeros benefícios para as organizações, como a realização de tarefas de forma mais rápida e eficiente, a fomentação de um forte espírito de equipa e de um ambiente comunicacional saudável e consistente.

No entanto, é necessário ter em conta que os fatores apresentados, isolados, não geram felicidade no trabalho. Esta será sempre fruto das perceções, interpretações e avaliações de cada indivíduo (Fisher, 2010). Cada um, à luz dos seus processos mentais, cognitivos e afetivos, atribuirá significados diferentes a situações diferentes (Warr, 2013).

Bowling et al. (2005) sugerem três mecanismos através dos quais os fatores individuais disposicionais influenciam a felicidade no trabalho: através da influência no equilíbrio e na capacidade de adaptação dos trabalhadores, na sensibilidade a eventos laborais e na velocidade com que retomam os seus níveis normais de satisfação com o trabalho, depois da exposição a um evento adverso. Gabini (2018) corrobora estes mecanismos, afirmando que pessoas que pensam de forma positiva, demonstram uma maior capacidade para criar situações novas e criativas, envolvendo-se mais no trabalho.

Outro aspeto importante a ter em conta refere-se ao facto das conceções de felicidade e de sucesso laboral divergirem entre nações e culturas (Boehm & Lyubomirsky, 2008). Desta forma, torna-se importante perceber o que significa ser feliz no trabalho para trabalhadores de diferentes países.

Embora hajam poucos estudos na área, Dutschke et al. (2019) entrevistaram 969 trabalhadores portugueses da área de recursos humanos, de forma a perceber qual o seu significado de felicidade no trabalho. Para além dos fatores mencionados na Tabela 2 correspondentes aos autores, os portugueses são felizes no trabalho quando trabalham naquilo que gostam e na área que estudaram, quando a maioria dos seus colegas estão motivados, quando percecionam que as suas atividades laborais são importantes para a empresa, sentem que possuem a confiança da chefia e quando podem realizar o seu trabalho com organização e sem burocracia.

Numa tentativa de explicar a influência de determinadas características laborais na felicidade no trabalho, Warr (2013) apresenta o seu modelo vitamínico, que pressupõe as características laborais como vitaminas e a felicidade no trabalho como o corpo humano (Tabela 3 e Figura 2).

Tabela 3. Principais características laborais que influenciam a felicidade no trabalho segundo o Modelo Vitamínico de Warr (2013)

Tipos de Vitaminas	Características Laborais
E e C (EC)	Disponibilidade de dinheiro Segurança física Posição socialmente valorizada Apoio do supervisor Avanço na carreira Equidade
D e A (DA)	Oportunidade de controlo Oportunidade para adquirir e utilizar habilidades Metas geradas externamente Variedade Clareza de contexto de trabalho Contacto com os outros

As vitaminas E e C em deficiência no corpo humano podem provocar doenças, enquanto que valores elevados não representam consequências nefastas, mantendo um “efeito constante” no organismo. Por outro lado, as vitaminas D e A são tóxicas quando tomadas em excesso, provocando um efeito de “diminuição adicional” (Warr, 2013). As características laborais relacionadas a ambos os tipos de vitaminas, irão influenciar a felicidade no trabalho da mesma forma, como se observa na Figura 2.

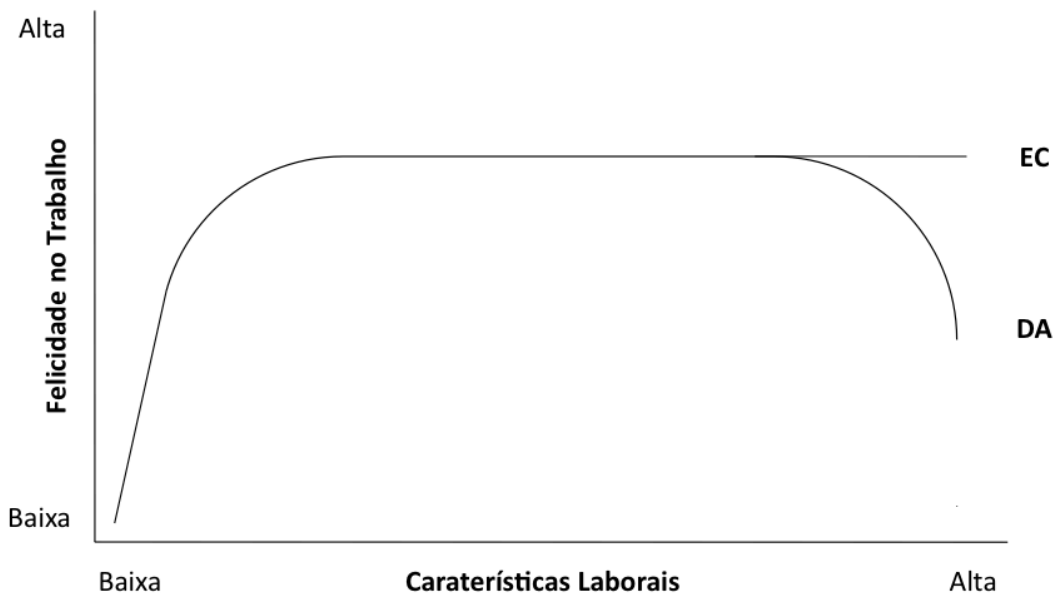


Figura 2. Modelo Vitamínico de Warr (adaptado de Warr, 2013)

Ainda de acordo com Warr (2013), e interpretando a Tabela 3 e Figura 2, quanto maior for o apoio do supervisor ou o sentido de equidade dentro da organização, maior será a felicidade no trabalho dos trabalhadores, não existindo um nível tóxico de ambas as dosagens. Por outro lado, se as oportunidades de controlo e de aquisição de habilidades se tornarem num requisito indispensável (sendo a conduta profissional forçada e não facilitada), poderá existir uma diminuição dos níveis de felicidade no trabalho. O mesmo acontece quando existe uma grande variedade no ambiente de trabalho, levando a níveis baixos de concentração e a um número reduzido de objetivos individuais atingidos, ou quando a claridade do contexto laboral se torna tão previsível que não existe espaço para a inovação nem criatividade.

Contudo, cada realidade laboral apresenta-se única e específica, podendo em alguns casos as “vitaminas” sugeridas não atuarem da mesma forma, o que acontece, por exemplo, com a disponibilidade de dinheiro. Segundo Warr (2013), os dados relativos a esta relação são por vezes contraditórios, sendo que o efeito constante é mais frequente em situações de trabalhadores menos favorecidos.

Alcançar a felicidade no trabalho passa por reorientar as tarefas laborais, num compromisso entre indivíduo e ambiente de trabalho, de forma a potenciar os pontos fortes e capacidades dos trabalhadores na prática diária, conduzindo, assim, a consequências positivas para as organizações (Ramírez-Gañan et al., 2020).

Segundo Pryce-Jones (2010), essas consequências abrangem não só a organização e a produtividade, mas também os próprios trabalhadores. Segundo a autora, as pessoas com níveis mais elevados de felicidade no trabalho têm mais 180% de energia e de felicidade na vida pessoal, gostam 79% mais do que fazem, têm mais 40% de auto-confiança, alcançam os seus objetivos mais 30% que outros trabalhadores e contribuem mais 25% para a empresa.

Para além disso, os trabalhadores que são mais felizes despendem 80% do seu tempo efetivamente a executar tarefas laborais, representando quatro dias de trabalho efetivo. Por outro lado, as pessoas que estão bastante infelizes no seu trabalho são produtivas apenas em 40% do tempo, representando dois dias por semana de trabalho efetivo. Este facto traduz-se numa grande perda de capital económico para as organizações, sendo que, por cada trabalhador muito infeliz, perdem-se cerca de três meses e meio de trabalho por ano (Pryce-Jones & Lindsay, 2014).

Uma organização com trabalhadores felizes, experiencia também uma descida na rotatividade dos colaboradores, uma diminuição dos custos gerais (Pryce-Jones & Lindsay, 2014) e um melhor desempenho de vendas cruzadas (Salas-Vallina et al., 2020).

No que diz respeito aos benefícios na saúde dos trabalhadores, os que são mais felizes no trabalho apresentam um sistema imunitário mais robusto, desenvolvem mais 50% de anticorpos face à vacina da gripe e a probabilidade de desenvolverem doenças cardíacas, pulmonares ou diabetes decresce consideravelmente. Desta forma, a sua saúde no geral é melhor e poderão viver aproximadamente mais dez anos do que indivíduos que são infelizes no seu trabalho (Pryce-Jones, 2010).

A felicidade no trabalho torna-se assim numa ferramenta importante e poderosa, que facilitará aos empregadores atrair pessoas criativas e entusiastas do seu trabalho (Salas-Vallina & Alegre, 2018a). É a chave competitiva da organização e a solução para reter os melhores trabalhadores, onde estes se sentem valorizados, respeitados e experienciam equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal (Rodríguez, 2020).

Desta forma, existe a necessidade de abordar de forma multidisciplinar o conceito, aumentando o número de pesquisas empíricas na área, criando caminhos para o crescimento e prosperidade de pessoas e organizações (Sánchez-Vázquez & Sánchez-Ordóñez, 2019). Para que isto seja possível, a sua rigorosa medição é imperativa para que a díade trabalhadores - instituição possa crescer e desenvolver-se de forma sustentável, fomentando a humanização dos serviços (Salas-Vallina & Alegre, 2018a).

1.1.3 Avaliação da felicidade no trabalho

O conceito de felicidade torna-se subjetivo na medida em que o que faz uma pessoa feliz, pode não ir ao encontro da felicidade do outro. Desta forma, a sua mensuração depende muito da conceção de cada pessoa ou de cada autor. Contudo, a ciência tenta proporcionar uma definição operacional de felicidade, para que seja possível medi-la (Rodríguez, 2020).

Quanto à felicidade no trabalho, existem poucos instrumentos de medida válidos. Gabini (2018) na sua revisão da literatura, aponta três razões para o facto de estes serem escassos. Em primeiro lugar, porque outros constructos mais populares e frequentemente usados na literatura são escolhidos em detrimento da felicidade no trabalho. Outros autores optam por modificar ligeiramente as escalas pré-existentes de felicidade geral, enquanto outros realizam uma junção de várias escalas, numa tentativa de englobar o máximo de constructos relacionados com a felicidade no trabalho.

Muthuri et al. (2020), na revisão da literatura que apresentam sobre os determinantes de felicidade em profissionais de saúde, apuraram que, em relação aos estudos quantitativos seleccionados, as escalas mais frequentemente utilizadas foram a *Subjective Happiness Scale* (SHS) (Lyubomirsky & Lepper, 1999), o *Oxford Happiness Questionnaire* (OHQ) (Hills & Argyle, 2002) e o *Oxford Happiness Inventory* (OHI) (Argyle et al., 1989).

Assim, da pesquisa desenvolvida, encontraram-se diferentes instrumentos que permitem avaliar a felicidade no trabalho. De seguida serão apresentados alguns desses instrumentos, com base na sua utilização no meio académico, na data da sua criação e na sua utilização no âmbito da enfermagem.

• ***Oxford Happiness Questionnaire* (OHQ) (Hills & Argyle, 2002; Galvão et al., 2020)**

A OHQ é uma escala unidimensional que pretende avaliar o bem-estar subjetivo dos indivíduos, composta por oito itens, do tipo *Likert*, variando entre 1 (*strongly disagree*) e 6 (*strongly agree*). Embora não seja uma escala de medição de felicidade no trabalho, é bastante utilizada nos contextos laborais, especialmente em enfermeiros. Exemplos de itens são “*I don’t feel particularly pleased with the way I am*” ou “*I feel that life is very rewarding*” (Hills & Argyle, 2002). Esta escala derivou da *Oxford Happiness Inventory*

(OHI), a qual é constituída por 29 itens, do tipo *Likert*, com as mesmas hipóteses de resposta (Argyle et al., 1989; Argyle et al., 1995). Os oito itens da OHQ são iguais aos itens presentes na OHI. Recentemente, Galvão et al. (2020) validaram uma medida de avaliação da felicidade com base na OHQ, numa amostra portuguesa, de 1032 indivíduos.

• ***Happiness at Work Scale (Singh & Aggarwal, 2018)***

No seu estudo, Singh e Aggarwal (2018) propuseram uma escala de medição da felicidade do trabalho, baseada no trabalho de Fisher (2010), de Hackman e Oldham (1976), em opiniões de peritos na área e num estudo qualitativo que realizaram com 260 trabalhadores executivos de várias partes da Índia, de forma a perceber a sua conceção de felicidade no trabalho. A primeira escala utilizada pelos autores continha 65 itens. Esta era constituída por dez dimensões: satisfação com o trabalho, *engagement*, *thriving* e vigor, fluxo, afeto, experiências organizacionais de suporte, experiências de trabalho em equipa, higiene do local de trabalho, segurança no trabalho e impacto nos outros. Cada dimensão integra itens positivos e negativos. Depois de aplicada a análise fatorial, a escala final foi composta por 16 itens, alocados às dimensões de fluxo e motivação intrínseca, experiências organizacionais de suporte, experiências organizacionais sem suporte e sentimentos repulsivos no trabalho. Esta escala é composta por itens positivos e negativos, do tipo *Likert*, com hipóteses de resposta entre 1 (*strongly disagree*) e 7 (*strongly agree*).

• ***Shorted Happiness at Work Scale (SHAW) (Salas-Vallina & Alegre, 2018a)***

A SHAW é a escala reduzida da *Happiness at Work Scale* (HAW) (Salas-Vallina et al., 2017a), composta por nove itens, derivados de três dimensões: *engagement*, satisfação com o trabalho e compromisso organizacional afetivo. Cada dimensão tem três itens associados, como por exemplo “*at my job, I feel strong and vigorous*” (*engagement*), “*how satisfied are you with the nature of the work you perform?*” (satisfação com o trabalho) e “*I feel a strong sense of belonging to my organization*” (compromisso organizacional afetivo). A escala é do tipo *Likert*, pontuada de 1 (*strongly disagree*) a 7 (*strongly agree*). Quanto maior for o *score*, mais feliz é o trabalhador. Os autores Salas-Vallina & Alegre (2018a) referem no final da apresentação desta escala que é um instrumento acessível, de preenchimento rápido e com alto potencial estatístico para avaliar atitudes positivas no trabalho. A escala pretende

estimular organizações a potenciarem melhores condições de trabalho aos seus trabalhadores.

• **Questionnaire for the Evaluation of Happiness at Work (Ramirez-Garcia et al., 2019)**

No sentido de criar uma escala que avaliasse a felicidade no trabalho, Del Junco et al. (2013) realizaram uma pesquisa qualitativa, em empresas portuguesas e espanholas, abrangendo vários setores e áreas. A amostra foi constituída por 1338 trabalhadores e o questionário englobou três questões principais: “*what is for you to be happy?*”, “*what is for you to be happy in the organization?*” e “*what is for you to be happy doing your job?*”. Contudo, a escala resultante do estudo não foi submetida a uma validação. Mais tarde, Ramirez-Garcia et al. (2019) validaram a escala tomando todos os passos necessários. A escala é do tipo *Likert*, composta por 11 itens, pontuada de 1 (*strongly disagree*) a 7 (*strongly agree*). Alguns exemplos de itens são “*the company's organizational climate is good*” ou “*I have professional stability*”.

• **Job Design Happiness Scale (JDHS) (Dutschke et al., 2019)**

Dutschke et al. (2019) formularam um conjunto de itens para a escala JDHS com base em dois grandes estudos com participantes portugueses. O primeiro consistiu num estudo exploratório (realizado em 2012), no qual se realizou 969 entrevistas a profissionais de recursos humanos, com o objetivo de perceber qual o seu significado de felicidade no trabalho. Dessas entrevistas, segundo a análise de conteúdo efetuada, surgiram 26 componentes, como “*I like my job*”, “*I feel I have autonomy in performing my job*” ou “*I have the necessary resources to perform my job*”. Considerando todas essas componentes, foi construído o questionário inicial, validado por três especialistas e por um pré-teste. No segundo estudo, o questionário com 26 itens foi utilizado e enviado via *online* a todos os profissionais de recursos humanos do país. Foram recebidas 1079 respostas válidas e realizada uma análise fatorial exploratória e confirmatória. No final a escala permaneceu com 25 itens, alocados às dimensões de auto-realização, trabalho em grupo e organizacional, alcance de objetivos, liderança e sustentabilidade e equilíbrio trabalho/família.

1.1.4 Felicidade no trabalho nos enfermeiros

Neste subcapítulo serão apresentados alguns estudos sobre os níveis de felicidade geral e de felicidade no trabalho dos enfermeiros, os seus fatores promotores e dificultadores, consequências e a importância da sua avaliação nesta atividade profissional.

Apostar na qualidade e na promoção de ambientes de trabalhos saudáveis em enfermagem é imperativo (Borges, 2018), levando a níveis de qualidade de vida no trabalho superiores e, conseqüentemente, a melhores cuidados prestados. A avaliação das condições do ambiente de trabalho e da felicidade dos enfermeiros, por parte das instituições e dos enfermeiros gestores, deve ser regular, de forma a que sejam tomadas medidas apropriadas e eficazes (Gurdogan & Uslusoy, 2019).

Também San (2015), na sua análise conceptual sobre felicidade em enfermagem, refere que se torna importante esta avaliação formal, pois todo o caminho que o enfermeiro percorre em busca da felicidade envolve, sempre, cuidar dos outros e das suas necessidades, podendo acarretar bastante desgaste físico e emocional à prática diária dos enfermeiros. Por isso, torna-se importante que as organizações apoiem estes profissionais a descobrir o que lhes traz energia, motivação e felicidade no trabalho.

Abdollahi et al. (2014) realizaram um estudo sobre o efeito mediador da robustez psicológica entre a felicidade e o stresse percebido de 252 enfermeiros, no Irão. A escala utilizada foi o OHI e os níveis de felicidade encontrados foram moderados. A robustez psicológica revelou-se um fator protetor relativamente ao stresse percebido e facilitador relativamente à felicidade dos enfermeiros.

Também no Irão, Khosrojerdi et al. (2018) avaliaram os níveis de felicidade e os seus preditores em 422 enfermeiros a trabalhar em contexto hospitalar. Utilizaram o OHI e os níveis de felicidade dos enfermeiros foram moderados. O fator que apresentou uma percentagem maior quanto à explicação da variância dos níveis de felicidade foi a satisfação com a saúde mental.

Na Turquia, Gurdogan e Uslusoy (2019), avaliaram os níveis de felicidade e a sua relação com a qualidade de vida no trabalho, em 345 enfermeiros a trabalhar em contexto hospitalar. Para avaliar a felicidade utilizaram o OHQ, validado para o seu país (Doğan &

Çötök, 2011). Os valores para a qualidade de vida no trabalho foram moderados e os da felicidade ligeiramente acima da média.

Takeda et al. (2019), realizaram um estudo com 143 enfermeiros a trabalhar em residências para idosos no Japão, com o objetivo de investigar as correlações entre a felicidade subjetiva, turnos noturnos, atividades agradáveis no trabalho e número de anos de experiência profissional. Foi utilizada a SHS (Lyubomirsky & Lepper, 1999). Os resultados sugeriram que a maior parte dos enfermeiros se posicionou nos grupos de felicidade baixa ou moderada, tendo apenas 35 enfermeiros apresentado níveis de felicidade elevados.

Aqueles que realizavam atividades agradáveis no trabalho apresentaram níveis maiores de felicidade. Os enfermeiros que realizavam turnos noturnos e apresentaram níveis mais baixos de felicidade, realizavam poucas atividades agradáveis no trabalho. Algumas dessas atividades consistiam em cumprimentar sempre os colegas com um sorriso, contar pequenas piadas, enfrentar os problemas de forma positiva, manter o foco nos aspetos positivos do trabalho do que nos negativos, planejar o seu trabalho, tornar o turno produtivo, conversar com os colegas e com os utentes agradavelmente, entre outros (Takeda et al., 2019).

No Uganda, Kawalya et al. (2019), realizaram um estudo com 800 enfermeiros a trabalhar em hospitais públicos, avaliando o papel mediador da experiência de fluxo na relação entre o capital psicológico e a felicidade no local de trabalho. Os autores utilizaram um instrumento de recolha de dados próprio. Os níveis de felicidade no local de trabalho foram baixos e o capital psicológico e a experiência de fluxo revelaram-se dois preditores da felicidade no trabalho dos enfermeiros.

Duche-Pérez e Galdos (2019), analisaram a relação entre satisfação com o trabalho e felicidade em 83 enfermeiros a trabalhar em contexto hospitalar, no Peru. Utilizaram a *Alarcón Happiness Scale* (Alarcón, 2006) e o *Labor Satisfaction Scale* (Palma, 1999). Na felicidade, a dimensão mais pontuada foi a de satisfação com a vida e a menor a de realização pessoal. Existiram também correlações entre algumas das dimensões da satisfação e da felicidade. As positivas estabeleceram-se entre a dimensão da alegria de viver com as dimensões de relações sociais, relações com a autoridade e desenvolvimento pessoal; e entre o sentido positivo da vida e as relações sociais e o desenvolvimento pessoal. As negativas foram entre a dimensão sentido positivo da vida e os benefícios laborais e remunerativos; entre a alegria de viver e as políticas; e entre a realização pessoal e os benefícios laborais e remunerativos e a execução de tarefas.

Quanto a estudos portugueses na área, Cunha et al. (2018) avaliaram a felicidade e o *engagement* de profissionais de cuidados de saúde primários, numa região do norte de Portugal, incluindo assistentes de medicina geral e familiar, médicos internos, enfermeiros e secretários clínicos. Foi utilizada a *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES) validada para a língua portuguesa (Martins, 2013; Schaufeli et al., 2002) e o OHI. A representatividade dos profissionais de enfermagem na amostra foi de 24,4%. Os dados verificaram que 52,7% dos profissionais consideravam-se felizes ou bastante felizes e 45,5% apresentavam altos níveis de *engagement* no trabalho. Identificou-se também uma correlação positiva fraca entre ambas as escalas.

Dados os estudos supracitados, é possível afirmar que, em média, os enfermeiros apresentam níveis de felicidade geral e de felicidade no trabalho moderados a baixos.

De acordo com a revisão da literatura efetuada, encontram-se na Tabela 4 os fatores organizacionais promotores e dificultadores da felicidade no trabalho nos profissionais de enfermagem.

Tabela 4. Fatores organizacionais promotores e dificultadores da felicidade no trabalho em enfermeiros

	Fatores Organizacionais	Autor, Ano
Fatores Promotores	Flexibilidade de horário	Atkinson & Hall, 2011
	Auto-estima das chefias elevada	Esfahani et al., 2013
	Ambiente de trabalho favorável	Buaklee et al., 2017
	Incentivos à formação profissional	
	Trabalhar em serviços de psiquiatria	Khosrojerdi et al., 2018
	Horários fixos (manhãs ou noites)	
	Salário mais elevado	
	Maior satisfação com o trabalho	
	Maior satisfação com o salário	Khosrojerdi et al., 2018
	Satisfação com a equipa médica	
	Hierarquias bem definidas	Hwang, 2019
	Autonomia	
	Trabalhar em serviços de cirurgia	Gurdogan & Uslusoy, 2019
	Regime laboral de contrato sem termo	Duche-Pérez & Galdos, 2019
Continua		

Fatores Dificultadores	Fraco sistema de apoio aos profissionais	Buaklee et al., 2017
	Instabilidade na vida profissional	
	Barreiras no avanço da carreira	
	Regime laboral de substituição	Duche-Pérez & Galdos, 2019

Para além dos fatores mencionados na Tabela 4, quanto ao fator trabalhar em serviços de medicina, os dados encontrados foram contraditórios, sendo que foi determinado como um fator promotor por Khosrojerdi et al. (2018) e como fator dificultador por Gurdogan e Uslusoy (2019).

Quanto a fatores individuais, relativamente aos estudos supracitados, encontraram-se dados referentes à idade, sexo e estado civil. Quanto ao sexo, Gurdogan e Uslusoy (2019) concluíram que enfermeiros do sexo masculino são mais felizes. Kawalya et al. (2019) concluíram que enfermeiros mais novos são mais felizes, enquanto Khosrojerdi et al. (2018) e Buaklee (2017) apresentaram a ideia contrária.

Para além destes fatores, Khosrojerdi et al. (2018) concluíram também que possuir uma boa saúde mental e ser casado representavam níveis maiores de felicidade nos enfermeiros. Já Hwang (2019), conclui que enfermeiros que percecionavam o seu estado de saúde como muito bom ou bom, enfermeiros com mestrado ou outros graus académicos superiores, enfermeiros com salários maiores e enfermeiros que realizavam exercício físico regular apresentavam níveis de felicidade mais elevados.

Relativamente a estudos qualitativos, Einarsdóttir et al. (2012) realizaram entrevistas a 40 profissionais de saúde de unidades de cuidados intensivos neonatais, na Islândia, de forma a perceber como lidavam com as experiências stressantes que vivenciavam no seu trabalho e como alcançavam felicidade no trabalho. Para além das entrevistas, os autores recorreram à observação participante e a notas de campo. O amor pelas crianças, o *engagement* nas relações sociais, ajudar os outros, o orgulho profissional e trabalhar com colegas com aspirações profissionais elevadas foram os tópicos que surgiram relativamente à potenciação da felicidade no trabalho.

No estudo de Einarsdóttir et al. (2012), o stresse foi identificado como um fator que contribuiu para o orgulho profissional e para a satisfação com o trabalho.

Buaklee et al. (2017) realizaram uma pesquisa narrativa de forma a explorar o significado de felicidade no trabalho de enfermeiras de prática avançada na Tailândia do Norte. Os três

temas emergentes das entrevistas efetuadas foram o o alcance dos objetivos de trabalho, a produtividade e o desempenho profissional. Quanto ao primeiro, a felicidade no trabalho estava intimamente relacionada com o sentimento de realização e de orgulho em ser enfermeiro. Relativamente à produtividade, os enfermeiros eram felizes quando o seu trabalho permitia o alcance de objetivos organizacionais, criando benefícios não só para o serviço, mas para toda a instituição. Por fim, em relação ao desempenho, a felicidade no trabalho acontecia quando as suas ações eram significativas para os outros e para eles próprios, provando as suas competências, respondendo às necessidades dos utentes e da organização.

De acordo com ambos os estudos (Buaklee et al., 2017; Einarsdóttir et al., 2012), a felicidade no trabalho para os enfermeiros está relacionada com sentimentos de realização e orgulho profissional, com o alcance de objetivos laborais, produtividade e desempenho profissional, ajudar e ser significativo para utentes e famílias, obter resultados visíveis e positivos no seu trabalho e experienciar mais emoções positivas do que negativas.

A avaliação da felicidade no trabalho dos enfermeiros trará benefícios para as organizações, não só relativamente à identificação dos níveis efetivos de felicidade, como permitirá a identificação dos pontos bons e menos bons de cada serviço. Desta forma, a sensibilização das chefias para a importância de ambientes de trabalho saudáveis e felizes é muito importante (San, 2015).

1.2 Eventos potencialmente traumáticos

Embora tenham existido ao longo da história algumas referências a situações traumáticas, apenas no século XIX se iniciou o estudo clínico e científico do trauma psicológico. Após a segunda guerra mundial, o interesse pela temática expandiu-se em grande escala, devido ao estudo do trauma em ex-combatentes. Contudo, apenas em 1980, a PPST, enquanto expressão patológica do trauma, foi definida pela primeira vez como doença psiquiátrica no DSM-III, impulsionando a pesquisa na área (Bosmans, 2015).

O trauma está “associado a um processo de disfunção dos sistemas habituais de avaliação cognitiva e de *coping*, que envolve a percepção de um acontecimento como traumático e um conjunto de reações perturbadas” (Pinto et al., 2012, p. 50).

Face a um evento traumático, os indivíduos reagem de forma diferente, estando este processo dependente de vários fatores. A capacidade de resiliência da pessoa, os seus mecanismos de *coping*, a severidade do evento, antecedentes pessoais, o significado que a pessoa atribui ao evento, valores, crenças e o suporte social de que dispõe, vão, em conjunto, ditar o desenvolvimento de um processo traumático ou não (Torres Bernal & Mille, 2011).

1.2.1 Definição conceptual de eventos potencialmente traumáticos, trauma psicológico e perturbação de pós-stresse traumático

De acordo com a literatura, os eventos traumáticos ou os eventos que levam a alguma resposta traumática, têm várias origens, naturezas e graus, não se limitando às grandes catástrofes, a situações de guerra ou de violência extrema (Valentine, 2003).

Uma pessoa experimenta um evento potencialmente traumático pelo menos uma vez na vida (Bonanno et al., 2006). Este envolve um “sentimento de completo desamparo diante de uma ameaça real ou subjetiva à própria vida, à vida de pessoas estimadas, bem como à integridade física, podendo colocar o indivíduo num estado de extrema confusão ou insegurança” (Monteiro, 2011, p. 10).

Algumas pessoas possuem um maior risco de exposição a este tipo de acontecimentos, quer seja pela sua idade, pelo seu historial de doença mental ou pelo ambiente que as rodeia. Na Tabela 5 encontram-se sintetizados alguns fatores de risco de exposição a eventos potencialmente traumáticos, de acordo com a revisão da literatura efetuada.

Tabela 5. Fatores de risco de exposição a eventos potencialmente traumáticos

	Fatores de Risco	Autor
Fatores de Risco de exposição a Eventos Potencialmente Traumáticos	Pessoas mais jovens	Breslau, 2002; Kessler et al., 2017
	Histórico familiar de perturbações mentais	Breslau, 2002
	Histórico pessoal de perturbações mentais	
	Zona de residência: cidade	
	Grupos minoritários	
	Traços de personalidade como neuroticismo ou extroversão	
	Problemas de conduta anteriores	
	Traumas anteriores	Kessler et al., 2017
	Baixa escolaridade	

Cada pessoa reage e interpreta um evento potencialmente traumático de forma diferente (Booker et al., 2020; Bonanno et al., 2006; US Department of Health and Human Services [UDHHS], 2014), podendo experienciar alguns sinais e sintomas stressantes após o mesmo (Bosmans, 2015).

A expressão primária patológica desses sinais e sintomas poderá estar relacionada com o desenvolvimento de uma Reação Aguda de Stresse (RAS). Esta compreende manifestações emocionais (como ansiedade, sentimento de culpa ou embotamento afetivo), cognitivas (dissociação, memórias intrusivas, falta de concentração), relacionais (isolamento, aumento de conflitos nas relações) e físicas (como distúrbios de sono, cefaleias ou até consumo de substâncias), decorrentes da exposição a um evento potencialmente traumático (Cunha et al., 2017).

Contudo, a maior parte das pessoas encara os efeitos adversos de um evento potencialmente traumático com resiliência, demonstrando capacidade para enfrentar a situação (UDHHS, 2014; Southwick et al., 2015). Isso deve-se em grande parte à sua capacidade de metamorfose e adaptação, mas também aos recursos sociais e familiares existentes. Se for proporcionado um ambiente familiar e comunitário saudável, a proteção natural do indivíduo contra eventos adversos será muito maior (Southwick et al., 2014).

Desta forma, quando os indivíduos demonstram capacidade e resiliência suficientes para se adaptarem às adversidades, face a um evento potencialmente traumático, são chamadas situações de stresse. Quando os mecanismos de adaptação falham face às circunstâncias do evento, surgem as situações traumáticas (Pinto et al., 2012).

O trauma psicológico apresenta três componentes principais, sendo elas o evento/experiência traumática que ocorreu de forma inesperada, a falta de mecanismos de proteção para lidar com o sucedido e a impotência que o indivíduo sente associada ao evitar a ocorrência do evento (Santos, 2017).

Uma situação de trauma psicológico pode ser definida como um ferimento interior provocado por algo externo (Valentine, 2003), um “abalo emocional, sensorial, emocional e/ou moral causado por um acontecimento com impressão profunda na vida da pessoa” (Monteiro, 2011, p. 12) ou como uma lesão psicológica grave, que leva a sobrecarga emocional e a dificuldades no processo cognitivo (Missouridou, 2017).

A nível organizacional, surge outro conceito, relacionado com a vivência de traumas de outras pessoas no seio da função laboral, o trauma secundário (Setti & Argentero, 2016).

Este conceito foi impulsionado por Figley (1995) e derivou do estudo do contexto laboral de assistentes sociais que lidavam diariamente com indivíduos em situações traumáticas. Desta forma, o estudo deste fenómeno foi englobando outras ocupações profissionais, nomeadamente profissionais de saúde, sendo interpretado como um risco ocupacional de pessoas que fornecem serviços diretos a indivíduos traumatizados ou em situações traumatizantes (Bride et al., 2004).

As reações a um evento que se vem a demonstrar traumático, quer seja direto ou indireto, podem ser temporárias. Contudo, algumas pessoas desenvolvem sinais e sintomas prolongados no tempo, podendo levar a consequências graves para a sua saúde mental, como a PPST (UDHHS, 2014).

A PPST advém, em primeiro lugar, de uma RAS face à experiência de um evento potencialmente traumático (Cunha et al., 2017), sendo que ambas partilham esse mesmo critério de diagnóstico (Bosmans, 2015). A RAS poderá evoluir para um caso de PPST se se estender no tempo (pelo menos um mês após o evento crítico) e a sintomatologia englobar os quatro grupos de sinais e sintomas definidos pelo DSM-V (APA, 2014).

A patologia foi reconhecida pela primeira vez como uma perturbação psiquiátrica no DSM-III (APA, 1980), o que permitiu conjugar a teoria e a investigação realizadas até à data e aprofundar a pesquisa sobre a sua etiologia, consequências e tratamento (Pinto et al., 2012). Nesta edição, a PPST foi definida tendo em conta sinais e sintomas de intrusão, evitamento e hiperativação, sendo o evento traumático descrito como um acontecimento fora do alcance da experiência humana normal.

Na quarta edição do DSM, os três grupos de sinais e sintomas principais mantiveram-se, sendo necessária a sua evidência pelo menos um mês após o evento traumático. A concepção de evento traumático como algo que estivesse fora do alcance da experiência humana foi eliminado, enfatizando a percepção subjetiva de ameaça. Para além disso, foram descritas condições obrigatórias relativamente à experiência do evento traumático. O indivíduo teria de experienciar, observar ou ser confrontado com uma situação(ões) de ameaça de morte, morte real, ameaça à integridade física ou ferimento grave do próprio ou de outros, experienciando reações de medo, desproteção ou horror (APA, 1994).

Na DSM-V (APA, 2014), um quarto grupo de sinais e sintomas foi adicionado, relativo a alterações negativas na cognição e humor. A natureza do evento traumático passou a ser explicada através de quatro situações distintas, onde a pessoa vivencia diretamente o evento traumático, testemunha pessoalmente um evento traumático relativo a outras pessoas, tem conhecimento de um evento traumático de um familiar ou pessoa próxima ou é exposto repetidamente a detalhes agressivos de um ou vários eventos traumáticos.

Mesmo que a pessoa não atenda a todos os critérios da PPST, pode incorrer em consequências nefastas como a somatização, sendo por isso importante reconhecer que o trauma pode afetar de forma diferente e significativa a vida das pessoas (UDHHS, 2014).

Embora seja reconhecida como uma perturbação psiquiátrica, existe alguma controvérsia quanto à sua natureza, dadas as alterações constantes na sua definição no DSM e na etiologia do evento que lhe dá origem (Bosmans, 2015). Contudo, as mudanças que se têm observado focam o evento traumático como algo cada vez mais abrangente, baseadas em informações sólidas provenientes da investigação em saúde.

1.2.2 Fatores de risco, fatores protetores e consequências do trauma psicológico

Apesar de serem caracterizados de forma bastante intensiva, os sinais e sintomas na PPST variam muito de pessoa para pessoa, podendo o medo e alterações emocionais e comportamentais predominarem, enquanto noutros casos as mudanças de humor (anedónico e disfórico) ou sintomas dissociativos sobressaírem (APA, 2014).

Assim, cada pessoa responde a um evento traumático de forma diferente, sendo umas mais vulneráveis do que outras quanto ao desenvolvimento de PPST (McNally et al., 2003). Na Tabela 6 estão sintetizados alguns fatores de risco relacionados com o desenvolvimento da patologia, organizados de acordo com os períodos pré, peri e pós-traumático, como indicado no DSM-V (APA, 2014) e com base na revisão da literatura efetuada.

Tabela 6. Fatores de risco relacionados com o desenvolvimento de PPST

		Fatores de Risco	Autor
Fatores Pré-Traumáticos	Temperamentais	Historial pessoal de doença mental	Brewin et al., 2000; McNally et al., 2003; APA, 2014
		Situações de abuso na infância	Brewin et al., 2000; Agorastos et al., 2014
		Traços negativos de personalidade como egocentrismo e insegurança	Regehr et al., 2002
		Problemas emocionais de infância	APA, 2014
		Baixa auto-eficácia	Wagner et al., 2016
		Neuroticismo e hostilidade	
	Ambientais	Baixa escolaridade	Brewin et al., 2000; Albuquerque et al., 2003; APA, 2014
		Historial familiar de doença mental	Brewin et al., 2000; McNally et al., 2003; APA, 2014
		Exposição a traumas anteriores	Brewin et al., 2000; APA, 2014; Kessler et al., 2017
		Stressores adicionais	Brewin et al., 2000; Norris et al., 2002
		Baixo estatuto socioeconómico	Brewin et al., 2000, APA, 2014
		Divorciados e viúvos	Albuquerque et al., 2003
		Desempregados	
		Características culturais	APA, 2014
		Pessoas com filhos	Fonseca et al., 2019
	Genéticos e Fisiológicos	Mulheres	Norris et al., 2002; Albuquerque et al., 2003; Kessler et al., 2017; APA, 2014
		Jovens	APA, 2014
		Crianças e adolescentes	Kessler et al., 2017
		Pessoas com mais de 65 anos	

Continua

Fatores Peri-Traumáticos	Ambientais	Dissociação ocorrida durante o trauma e que persiste	McNally et al., 2003; APA, 2014; Wagner et al., 2016
		Magnitude/gravidade do trauma	Brewin et al., 2000; APA, 2014
		Ameaça percebida à vida	Norris et al., 2002; APA, 2014
		Lesões pessoais	
		Violência interpessoal	APA, 2014; Kessler et al., 2017
		Perdas significativas	Norris et al., 2002
Fatores Pós-Traumáticos	Temperamentais	Avaliação negativa das próprias reações ao stresse	McNally et al., 2003; APA, 2014
		Desenvolvimento de reação aguda de stresse	APA, 2014
		Desregulação emocional	Wagner et al., 2016
	Ambientais	Falta de apoio social	Brewin et al., 2000; Norris et al., 2002
		Exposição a lembranças da situação traumática	APA, 2014
		Consequências negativas do acontecimento traumático, como perdas financeiras, pessoais ou relacionais	

Face aos fatores de risco apresentados e apesar da maioria dos indivíduos passar por períodos de grande sofrimento, angústia e confusão, a verdade é que um número reduzido de pessoas desenvolve realmente PPST após um evento traumático (Bonanno et al., 2006).

A situação atual da pandemia COVID-19, torna-se também num fator de risco significativo, na medida em que poderá aumentar a probabilidade da ocorrência de trauma psicológico e de PPST, tanto na população em geral, como nos profissionais de saúde (Paulino et al., 2020; Raudenská et al., 2020).

A nova síndrome respiratória aguda grave provocada pelo vírus SARS-Cov-2, surgiu em dezembro de 2019, em Wuhan, na China, tendo sido disseminada pelo mundo inteiro em poucos meses (Amin, 2020; Saniasiaya & Ramasamy, 2020).

Embora alguns efeitos psicológicos e psicopatológicos da pandemia não façam sentido ser avaliados de imediato (como a PPST), sem dúvida que muitas profissões, nomeadamente os profissionais ligados à saúde, sofrerão impactos psicológicos em grande escala (Blake et al., 2020), sendo uma das populações que requererá mais cuidados a esse nível (DePierro et al., 2020).

Posto isto, devem ser esperadas altas taxas de PPST (DePierro et al., 2020; Walton et al., 2020), depressão e problemas de abuso de substâncias entre os profissionais de saúde,

principalmente os que lidaram com utentes infetados. Contudo, há que olhar também aos danos morais causados nestes profissionais, pela necessidade de tomadas de decisão difíceis, muitas vezes relativas à restrição dos equipamentos respiratórios (DePierro et al., 2020).

A maioria das pessoas que experienciaram trauma psicológico recupera sem necessitar de ajuda profissional, apoiando-se na família, grupos da comunidade ou na espiritualidade (McNally et al., 2003).

Desta forma, os fatores protetores mais relevantes face ao desenvolvimento de PPST são o apoio social forte (APA, 2014; Brooks et al., 2018; McNally et al., 2003; Pinto et al., 2012), tipo de personalidade resiliente (Pinto et al., 2012), capacidade cognitiva (APA, 2014; McNally et al., 2003) e estratégias de *coping* apropriadas (APA, 2014; Brooks et al., 2018; Pinto et al., 2012).

Uma pessoa otimista e resiliente consegue uma melhor adaptação a eventos adversos, pois avaliará ameaças de forma diferente, a sua regulação emocional é mais eficaz e a sua capacidade de obter apoio social é maior (Setti & Argentero, 2016).

De forma a consolidar toda a informação até agora explanada, e sintetizando o percurso temporal do trauma psicológico, a Figura 3 engloba essa análise segundo os períodos pré, peri e pós-trauma.

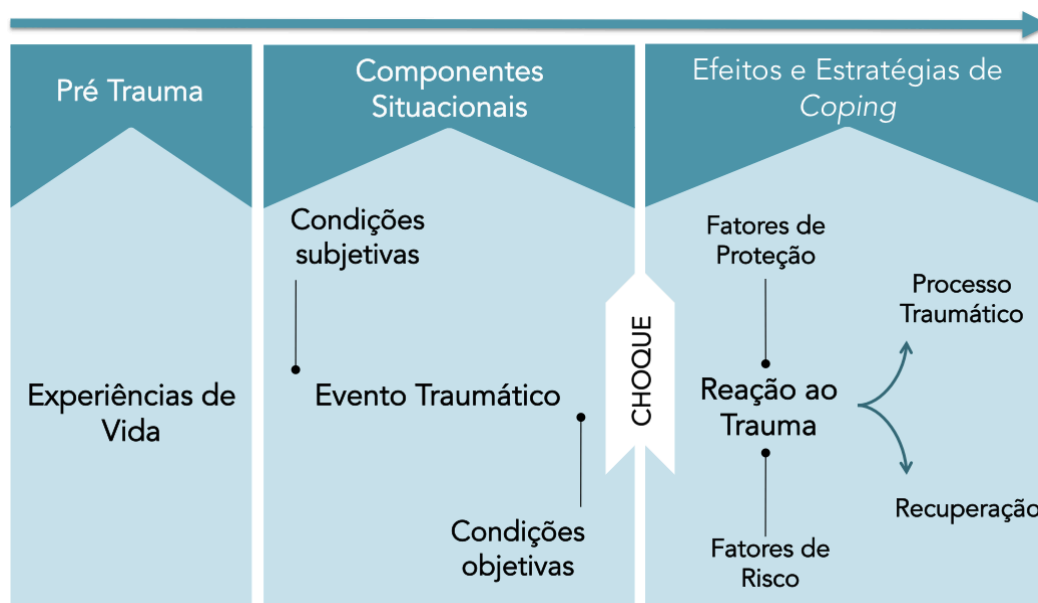


Figura 3. Percurso temporal do trauma psicológico (adaptado de Fischer & Riedesser, 2003)

Analisando a Figura 3, é perceptível que o caminho percorrido desde o período pré-trauma, englobando as experiências de vida anteriores e o contexto biopsicossocial do indivíduo,

até ao desenvolvimento de um processo traumático ou à sua recuperação é caracterizado pela influência de inúmeros fatores que vão interferir no processo, tornando-o complexo.

Desta forma, surgem duas situações finais distintas, o desenvolvimento de um processo traumático, podendo levar à PPST e a recuperação.

Depois de instalada a PPST, esta poderá tornar-se mais incapacitante e levar ao agravamento do estado clínico da pessoa, através de lembranças recorrentes do evento traumático, outros fatores stressantes externos ou internos ou através de novas situações de trauma. No caso de pessoas mais velhas, o exacerbamento do quadro sintomático da PPST poderá ocorrer dada a deterioração natural da sua saúde, a uma função cognitiva diminuída e, em certos casos, ao isolamento social. Isto poderá levar a perceções negativas de saúde e a ideação suicida (APA, 2014).

Quanto à recuperação da PPST, esta depende muito de cada um, existindo casos cuja resolução dos sinais e sintomas têm uma duração de três meses, enquanto outros poderão apresentar quadro sintomático durante um ou mais anos (APA, 2014). Em média, 25% a 40% dos casos de PPST alcançam a recuperação dentro de um ano e alguns em seis meses, sendo que uma recuperação mais lenta está relacionada com a vivência de situações de guerra (Kessler et al., 2017).

Também Nunes et al. (2009) apresentam três fases que caracterizam a experiência de um acontecimento potencialmente traumático, a fase de alerta, de impacto e pós-traumática. A fase de alerta compreende o período onde existe uma potencial ameaça e o indivíduo se sente altamente ansioso, podendo este experienciar um processo de negação. Na fase de impacto, a ameaça torna-se real, estando dependente de todos os fatores de risco ambientais presentes e da duração do evento. A fase pós-traumática tem início depois do evento, onde os mecanismos de *coping* se tornam incapazes de enfrentar o stress provocado, podendo o indivíduo começar a manifestar alguma sintomatologia traumática.

Relativamente às consequências da PPST, estas abrangem a esfera individual, familiar e social, sendo que cerca de 80% dos indivíduos que desenvolvem PPST, possuem uma maior probabilidade de satisfazer critérios de pelo menos outra perturbação mental (APA, 2014).

A nível individual e familiar, as pessoas com PPST têm mais probabilidade de desenvolver problemas como dificuldades de concentração e isolamento (DeFraia, 2016), ansiedade generalizada, depressão, consumo de substâncias (Albuquerque et al., 2003; Bosmans, 2015), de cometer suicídio, apresentar repercussões na componente psicossomática

(Albuquerque et al., 2003), menor satisfação com a vida, menor saúde física, maior probabilidade de divórcio, de participar em situações de violência e em situações ilegais (Bosmans, 2015).

A nível social, os indivíduos estão mais propensos ao desemprego (Bosmans, 2015), a incapacidade laboral, a dificuldades sociais e económicas e a recorrer frequentemente aos serviços de saúde (APA, 2014).

A nível organizacional, a PPST foi associada ao absentismo dos trabalhadores como sendo a terceira doença mental que leva a mais dias de trabalho perdidos, conduzindo a uma perda significativa de capital humano e financeiro e de produtividade para muitas empresas (Alonso et al., 2011; Bride & Kintzle, 2011; DeFraia, 2016; Ormel et al., 2008). Outras consequências a nível organizacional prendem-se com conflitos entre trabalhadores, maior propensão para acidentes de trabalho e presentismo (DeFraia, 2016).

Desta forma, torna-se importante perceber o que pode atenuar estas consequências para as organizações. Na Tabela 7, encontram-se alguns fatores protetores organizacionais e individuais relativos ao desenvolvimento de PPST no local de trabalho.

Tabela 7. Fatores protetores individuais e organizacionais relativos ao desenvolvimento de trauma psicológico no trabalho

	Fatores Protetores	Autor
Fatores Organizacionais	Apoio social Apoio organizacional Clareza de papéis Bom ambiente de trabalho e cultura organizacional baseada na cooperação	Setti & Argentero, 2016
Fatores Individuais	Alta satisfação com o trabalho <i>Engagement</i> Personalidade resiliente e otimista	Setti & Argentero, 2016
	Maior competência pessoal percebida	Brooks et al., 2018

O facto de existir um bom ambiente de trabalho e uma cultura organizacional baseada no altruísmo e na cooperação, protege os trabalhadores do desenvolvimento de traumas decorrentes de situações laborais (Setti & Argentero, 2016).

Estas situações devem ser avaliadas e monitorizadas cuidadosamente, de modo a que se consiga realizar um diagnóstico de situação em cada local de trabalho e intervir de forma personalizada e eficaz.

1.2.3 Avaliação do trauma psicológico

As principais formas de avaliação do trauma psicológico cingem-se a entrevistas estruturadas e a questionários de auto-preenchimento. O foco da avaliação difere entre os vários instrumentos, avaliando a experiência traumática em si, o seu impacto ou a presença de sinais e sintomas de PPST, de acordo com os critérios das diferentes versões da DSM, dependendo do ano de construção do instrumento, sendo que o foco temporal também varia (Maia & Fernandes, 2003).

A PPST, segundo a DSM-V (APA, 2014), segue oito critérios de diagnóstico, designados por ordem alfabética, da letra A à letra H. Na Tabela 8 são apresentados os oito critérios da PPST, presentes no DSM-V.

Tabela 8. Critérios de diagnóstico da PPST segundo o DSM-V (APA, 2014)

Critério	Descrição
A	Exposição a um evento traumático, podendo ser a própria pessoa a vivenciá-lo, saber que ocorreu um evento traumático violento a um familiar ou amigo ou ser exposto repetidamente a detalhes agressivos de um ou vários eventos traumáticos (neste último caso a exposição aos média não é englobada, a não ser que seja em contexto laboral).
B	Existência de sintomatologia intrusiva de um ou mais dos seguintes aspetos: memórias recorrentes, involuntárias e angustiantes do evento traumático; sonhos desse evento; reações dissociativas em que a pessoa age/sente da mesma forma como se o evento se repetisse de novo; sofrimento psicológico intenso face a características internas ou externas simbolizantes do evento traumático e reações fisiológicas a sinais externos e internos do evento.
C	Evitação a estímulos ligados ao evento traumático, como sentimentos, lembranças internas, pensamentos ou lembranças externas (pessoas, lugares, atividades, objetos, situações, etc.).
D	Alterações negativas na cognição e no humor, como a incapacidade de recordar algo ligado ao evento e/ou crenças extremamente negativas e depreciativas sobre si próprios, de outros ou do mundo.
E	Sintomatologia de hiperativação, com aumento da reatividade, respostas sobressaltadas, hipervigilância, comportamento irritável e/ou imprudente ou perturbações no sono.
F	A perturbação (caracterizada por todos os critérios anteriormente mencionados) dura mais de um mês.
G	Existência de mal estar clinicamente significativo.
H	Elimina a hipótese de tal sintomatologia ser derivada do consumo de alguma substância.

Watts e Robertson (2015) realizaram uma revisão da literatura sobre quais os melhores instrumentos para avaliar o trauma secundário em enfermagem. Não obstante, a pesquisa

agregou instrumentos variados e não apenas dirigidos a esse conceito. Alguns dos instrumentos analisados com rigor psicométrico foram a *Impact of Events Scale* (IES), a *Posttraumatic Diagnostic Scale* (PDS) e a *Secondary Traumatic Stress Scale* (STSS).

De seguida serão apresentados os instrumentos de avaliação de trauma psicológico tendo em conta a sua utilização no meio académico, a data da sua criação e sua utilização em estudos com enfermeiros.

- ***Structured Clinical Interview (SCI) for DSM-V* (Spitzer, et al., 1992; APA, 2014)**

A SCI foi desenvolvida depois da publicação do DSM-III e inicialmente construída por Spitzer et al. (1992). Consiste num guião de entrevista semi-estruturada, que engloba critérios de diagnóstico para a PPST. A entrevista deve ser realizada por um médico psiquiatra ou profissional de saúde mental treinado e familiarizado com os critérios. Mais tarde foi adaptada pela APA (2014) para a quinta versão do DSM. Neste momento, existem cinco versões, a SCID-5-RV (*Research Version*), que pode ser utilizada para fins de investigação, a SCID-5-CV (*Clinical Version*) a adotar em contexto clínico, a SCID-5-CT (*Clinical Trials*) especializada para experiências clínicas, a SCID-5-PD (*Personality Disorders*) e a SCID-5-AMPD (*Alternative Model for Personality Disorders*) adaptadas para pessoas com distúrbios de personalidade. Uma escala alternativa da SCID-5 para crianças e adolescentes está neste momento em construção (APA, 2014).

- ***Post-Traumatic Stress Disorder Checklist (PTSDC) - Civilian Version* (Weathers et al., 1993; Berger et al., 2004; Marcelino & Gonçalves, 2012)**

A PTSDC foi criada nos EUA, num centro nacional especializado para a PPST, existindo a versão desenvolvida para avaliar experiências de militares e outra para avaliação da PPST na população em geral, não especificando nenhum tipo de experiência traumática. As duas versões têm como base os critérios de diagnóstico da DSM-III Revista para a PPST. Inclui 17 itens, pontuados sob uma escala tipo *Likert*, de 1 (nada) a 5 (extremamente), indo ao encontro de sintomas de intrusão, evitamento e hiperativação. Já validada para português do Brasil por Berger et al. (2004) e para português de Portugal por Marcelino e Gonçalves (2012). Dadas as mudanças nos critérios de diagnóstico para a PPST existe também uma versão da escala para a DSM-V (Wortmann et al., 2016).

- **Davidson Trauma Scale (DTS) (Davidson et al., 1997)**

A DTS é uma escala de auto-preenchimento, com 17 itens correspondentes à sintomatologia e critérios da PPST da DSM-IV. Inicialmente foi construída em 1989 pelo mesmo autor, tendo sofrido alterações à medida que foram surgindo atualizações na DSM. Os itens são pontuados quanto à frequência e gravidade dos sintomas, indo de 0 (*not at all*) a 4 (*every day*) e de 0 (*not at all distressing*) a 4 (*extremely distressing*), respetivamente. No início o participante terá de nomear qual foi a natureza do evento traumático que experienciou.

- **Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) (Foa et al., 1997; Foa et al., 2016)**

A PDS é uma escala de auto-preenchimento com 49 itens, recomendada para uso em contexto clínico ou de investigação, de forma a medir a gravidade da sintomatologia de PPST. Engloba todos os critérios presentes na DSM-IV para a PPST (de A a F), fazendo referência aos sintomas experienciados no último mês (podendo este período ser ajustado conforme as necessidades do profissional/investigador). No início, o participante terá de nomear qual foi a natureza do evento traumático e descrevê-lo (parte um e dois). Na parte três a pessoa pontua os 17 itens de acordo com a gravidade do sintoma, numa escala tipo *Likert*, indo de 0 (*not at all*) a 4 (*6 or more times a week*). Uma versão mais recente da escala foi adaptada aos novos critérios da DSM-5, apresentando 24 itens (Foa et al., 2016).

- **Impact of Events Scale – Revised (IES-R) (Weiss & Marmar, 1997; Matos et al., 2011)**

Escala constituída por 22 itens, relativos a três subescalas, intrusão, evitamento e hiperativação, intimamente ligadas aos critérios de diagnóstico da PPST do DSM-IV. A escala é do tipo *Likert*, pontuada de 0 (nada) a 4 (mesmo muito), conforme o grau de sofrimento/perturbação causado pelos sintomas. Os resultados da escala oscilam entre 0 e 88, sendo que *scores* superiores a 33 indicam probabilidade de PPST. Validada para a população portuguesa por Matos et al. (2011).

- **Secondary Traumatic Stress Scale (STSS) (Bride et al., 2004)**

A STSS é composta por três subescalas (intrusão, evitamento e hiperativação) avaliando sinais e sintomas de PPST. Foi originalmente construída e validada numa população de

assistentes sociais nos EUA, sendo dirigida especificamente a experiências de trauma secundário. Inclui 17 itens, sendo pontuada conforme uma escala tipo *Likert*, de 1 (*never*) a 5 (*very often*). Alguns exemplos de itens são *“I thought about my work with clients when I didn’t intend to”*, *“I had trouble concentrating”* ou *“I avoided people, places, or things that reminded me of my work with clients”* (Bride et al., 2004).

1.2.4 Eventos traumáticos nos enfermeiros

Todas as pessoas são suscetíveis de experienciar eventos potencialmente traumáticos ao longo da sua vida. Contudo, quando olhamos o mundo laboral, existem algumas atividades profissionais que, pela sua natureza, se encontram mais susceptíveis a experiências traumáticas do que outras (McNally et al., 2003).

De entre outras profissões, os enfermeiros têm uma alta suscetibilidade de exposição a eventos potencialmente traumáticos no decorrer da sua atividade profissional (Buurman et al., 2011; Wheeler & Phipps, 2019). Embora algumas situações, como o lidar com a morte ou com o sofrimento do outro, façam parte das suas competências enquanto profissionais de saúde, alguns eventos são inesperados e incontroláveis, fazendo com que os enfermeiros possam não estar preparados física ou psicologicamente para alguns deles (Kable et al., 2018; Missouridou, 2017). Alguns exemplos de eventos prendem-se com situações de agressão, morte, sofrimento (Buurman et al., 2011), erros clínicos e complicações agudas (Wheeler & Phipps, 2019).

Tem existido por parte da comunidade científica uma maior preocupação face ao estudo de situações stressantes no trabalho, como o trauma psicológico, de forma a potenciar a saúde mental laboral. Em enfermagem, os estudos também têm aumentado nesta área, abordando temas como o desenvolvimento de PPST no trabalho, de eventos potencialmente traumáticos e de trauma secundário/stresse traumático secundário (Buurman et al., 2011; Kable et al., 2018; Marques, 2020; Wheeler & Phipps, 2019). Estudos de trauma secundário em enfermagem existem em maior quantidade na literatura relativamente aos outros temas.

O conceito tem sido bastante estudado em profissionais de saúde, representando uma situação traumática indireta despoletada no profissional, que decorre do cuidado a um utente traumatizado (física ou psicologicamente) (Setti & Argentero, 2016), levando ao desenvolvimento de experiências emotivas negativas (Hartley, 2018).

Paralelamente ao conceito de trauma secundário, surge também o stresse traumático secundário (STS), que, aplicado aos profissionais de enfermagem, pode ser definido como uma condição semelhante à PPST, englobando sintomatologia física e psicológica, resultante do envolvimento emocional e empático com outras pessoas (utentes) que experienciam situações traumáticas (Arnold, 2020).

Serão abordados agora os níveis de trauma psicológico/trauma secundário dos profissionais de enfermagem, os fatores de risco e protetores inerentes aos mesmos e as consequências pessoais e profissionais que acarretam, com base na revisão da literatura efetuada.

Em 2010, Von Rueden et al. realizaram um estudo nos EUA com 128 enfermeiros, com o objetivo de avaliar a prevalência de STS e os seus fatores de risco e protetores. A maioria trabalhava em contexto de cuidados intensivos e a escala utilizada foi o *The Penn Inventory* (Hammarberg, 1992). Apenas 7% apresentaram critérios para STS e 11% obtiveram uma pontuação próxima do diagnóstico de STS. Os enfermeiros com altas pontuações na escala realizavam menos atividades de tempos livres e tinham maior probabilidade de consumir medicação.

No Japão, Komachi et al. (2012) avaliaram o trauma psicológico, na vertente de trauma secundário, de 159 enfermeiros a trabalhar em contexto hospitalar, através da IES-R. Cerca de 90% dos participantes relataram ter experienciado pelo menos um evento traumático durante o seu percurso profissional. A média relativa à escala total da IES-R foi de 6,9, indicando, neste caso, níveis baixos de trauma psicológico.

Também Duffy et al. (2015), num estudo com 105 enfermeiros a trabalhar em serviços de urgência, na Irlanda, com base na STSS, concluíram que 64% dos participantes atenderam aos critérios de STS. Na Escócia, Morrison e Joy (2016) avaliaram a prevalência de STS em 80 enfermeiros a trabalhar no mesmo contexto utilizando a mesma escala, sendo que, cerca de 75% dos participantes relataram pelo menos um sintoma de STS nos últimos sete dias e 38% apresentaram critérios completos para a presença de STS.

Decorrente da avaliação do programa *Resilience In Stressful Events* (RISE), cujo objetivo passava por apoiar profissionais de saúde norte-americanos na sequência de um evento

adverso no local de trabalho, concluiu-se que a maioria dos profissionais que recorreram à linha de apoio foram enfermeiros e cerca de 70% dos profissionais estiveram envolvidos num evento adverso imprevisto (Edrees et al., 2016). Ainda nos EUA, Beck et al. (2017) realizaram um estudo com 175 enfermeiros de unidades de cuidados intensivos neonatais, utilizando a STSS. Cerca de 49% apresentaram STS moderado a grave.

Na mesma linha, num estudo realizado na Jordânia com base na STSS, com 202 enfermeiros a trabalhar num serviço de urgência, mais de metade dos participantes demonstraram sintomatologia elevada a severa (Ratrout & Hamdan-Mansour, 2020).

No Irão, Salimi et al. (2020) realizaram um estudo com 400 enfermeiros a trabalhar em unidades de cuidados intensivos, utilizando a versão persa da *Professional Quality of Life* (ProQOL) (Ghorji et al., 2018). Esta engloba as dimensões de fadiga por compaixão (que por sua vez integra o STS e o *burnout*) e a satisfação por compaixão. Foram encontrados níveis elevados de *burnout* (42%) e de STS (96%), sendo que ambas as variáveis mantiveram uma relação positiva significativa.

Em Portugal, num estudo realizado com 62 enfermeiros a trabalhar em cuidados intensivos pediátricos, utilizando a escala IES-R, concluiu-se que 19,4% dos participantes obtiveram *scores* superiores ou iguais a 33, indicativos de sintomas de PPST (Lima et al., 2018).

Noutro estudo sobre *burnout* e trauma psicológico em enfermeiros portugueses, em contexto hospitalar, utilizando a IES-R, 99,4% dos 161 participantes referiu ter vivenciado pelo menos um incidente crítico durante a sua vida profissional, sendo que a maioria (51,6%) identificou o incidente como uma situação de impotência profissional. Ainda no mesmo estudo, quanto ao *score* da escala total, a média foi de 24,4 e cerca de 23% da amostra obteve *score* superior ou igual a 33, indicando a presença de trauma psicológico (Marques, 2020).

Num estudo português, realizado com 87 enfermeiros a trabalhar em serviços de emergência/urgência, utilizando a ProQOL (Carvalho, 2011; Stamm, 2010), foi possível aferir que 59% dos participantes apresentaram altos níveis de STS (Borges et al., 2019).

No que diz respeito ao trauma psicológico de técnicos de emergência pré-hospitalar, têm emergido bastantes estudos na área em Portugal, integrando, entre outros participantes, enfermeiros. Nestes estudos, os níveis de trauma psicológico encontrados foram de 19% numa amostra de 400 técnicos (Cunha et al., 2017), 21,4% numa amostra de 535

participantes (Fonseca et al., 2019) e 28% numa amostra de 503 profissionais (Fonseca et al., 2020). Em todos estes estudos foi utilizada a IES-R.

Desta forma, dados os estudos portugueses e internacionais, utilizando a IES-R, os níveis de trauma psicológico em enfermeiros encontrados foram baixos. Contudo, os que apresentam sintomatologia, possuem níveis de trauma preocupantes, sendo que a grande maioria (mais de 90%) experiencia pelo menos um evento potencialmente traumático durante a sua vida profissional (Fonseca et al., 2020; Komachi et al., 2012; Marques, 2020). Quando analisamos os valores de STS, estes são moderados a elevados, tanto em enfermeiros portugueses como em contextos internacionais.

Relativamente ao tipo de evento que se encontra na origem do trauma psicológico destes profissionais, distinguem-se episódios de declínio inesperado do estado de saúde ou mesmo morte de utentes (Edrees et al., 2016; Fonseca et al., 2019; Gates & Gillespie, 2008; Hirschinger et al., 2015), cuidar de crianças gravemente feridas (Gates & Gillespie, 2008) ou de utentes com doenças graves (Komachi et al., 2012), situações de tomadas de decisão difíceis, conflitos entre funcionários, esgotamento, erros médicos (Edrees et al., 2016; Hirschinger et al., 2015) e situações de paragens cardiorespiratórias (Fonseca et al., 2019; Kable et al., 2018).

Quanto a perspetivas qualitativas, Kable et al. (2018) tentaram compreender os efeitos de eventos potencialmente traumáticos em enfermeiros australianos, a trabalhar em cuidados intensivos. Durante as entrevistas, quando os enfermeiros descreviam um determinado evento adverso ocorrido a nível profissional, este era relatado com todos os pormenores e de forma bastante real. A maioria dos eventos relatados estiveram relacionados com situações inesperadas, onde, por vezes, as tarefas exigidas não estavam englobadas no espectro de trabalho dos enfermeiros, sendo que a responsabilidade profissional que recaia sobre os mesmos era muito grande.

Arnold (2020), realizou uma revisão da literatura com o objetivo de esclarecer conceptualmente o STS em enfermagem. A autora analisou os fatores de risco, as dimensões do conceito e as suas consequências. Quanto aos antecedentes, as situações de exposição a eventos traumáticos de origem secundária em enfermagem demonstraram-se tipicamente prolongadas e repetitivas, acarretando uma carga emocional desafiadora, variando de acordo com o contexto de trabalho dos enfermeiros. Os principais fatores de risco identificados que levam a situações traumáticas secundárias estiveram relacionados

com o tipo de relação/ligação que os enfermeiros estabelecem com os utentes e com alguns fatores pessoais, como a personalidade e traumas anteriores.

Tal como na população em geral, nem todos os enfermeiros desenvolvem trauma psicológico ou PPST face a situações críticas. A gravidade e duração do evento potencialmente traumático, entre outros fatores de risco, tanto laborais como pessoais, vão condicionar o desfecho da situação (Gates & Gillespie, 2008). Na Tabela 9 estão descritos alguns dos fatores de risco e fatores protetores de trauma psicológico nos profissionais de enfermagem, de acordo com a revisão da literatura efetuada.

Tabela 9. Fatores de risco e fatores protetores de trauma psicológico em enfermeiros

Fatores		Autor
Fatores de Risco	Mais anos de experiência profissional	Gates & Gillespie, 2008; Cunha et al., 2017; Fonseca et al., 2019; Fonseca et al., 2020; Salimi et al., 2020
	Maior carga de trabalho	Gates e Gillespie, 2008; Barleycorn, 2019; Wang et al., 2019
	Gravidade do evento potencialmente traumático	Gates & Gillespie, 2008; Komachi et al., 2012
	Trabalhar em cuidados intensivos	Gates & Gillespie, 2008; Salimi et al., 2020
	Histórico de trauma pessoal	Barleycorn, 2019; Arnold, 2020
	Trabalhar em serviços de urgência	Gates & Gillespie, 2008
	Maior contacto com utentes	
	Habilitações académicas mais elevadas	
	Fracos sistemas de apoio	Von Rueden et al., 2010
	Neuroticismo	Komachi et al., 2012
	Sentimentos de autocensura	
	Exposição recorrente a eventos potencialmente traumáticos	Barleycorn, 2019
	Pressões laborais	
	Baixa satisfação com o trabalho	Wang et al., 2019
	Menor qualidade de sono	
	Estabelecer empatia e relações emocionais fortes com os utentes	Arnold, 2020
	Atribuição de significado pessoal a eventos traumáticos de utentes	
	Prestar cuidados prolongados ao mesmo utente	
Falta de conhecimento sobre trauma psicológico		

Continua

	Enfermeiras	Borges et al., 2019
Fatores Protetores	Apoio social/dos colegas de trabalho	Duffy et al., 2015; Morrison & Joy, 2016; Günüşen et al., 2018; Barleycorn, 2019
	Programas de educação e treino a nível de saúde mental	Gates & Gillespie, 2008
	<i>Debriefing</i>	
	Comportamentos de autocuidado	Barleycorn, 2019
	Inteligência emocional	
	Formação sobre trauma psicológico	
	Uso do humor	Morrison & Joy, 2016

Contrariamente ao descrito na Tabela 9, Von Rueden et al. (2010) e Borges et al. (2019) concluíram que enfermeiros com menos tempo de experiência profissional detém níveis mais altos de STS.

Um fator de risco adicional pode ocorrer quando os enfermeiros associam um utente a um familiar ou amigo, por pareências físicas ou pela sua situação clínica, aumentando assim as possibilidades de desenvolver trauma psicológico (Gates & Gillespie, 2008).

Outro aspeto a ter em conta face às experiências traumáticas dos enfermeiros é o contexto em que ocorrem.

De acordo com a revisão integrativa realizada por Jahner et al. (2019), sobre o impacto psicológico de eventos traumáticos na prática de enfermagem em ambiente rural, embora tenha sido encontrada pouca evidência sobre esta temática, o facto de existir sobreposição de papéis – profissional e membro da comunidade – poderá levar ao seu sofrimento psíquico, a impactos negativos graves e até mesmo a situações traumáticas.

Alguns exemplos de eventos traumáticos são situações de ferimentos graves, de violência ou morte de pessoas conhecidas da comunidade. Os estudos encontrados na revisão de Jahner et al. (2019), revelaram ainda falta de apoio psicológico formal e de estratégias individuais e organizacionais direcionadas a estes enfermeiros, frisando que o aumento da supervisão clínica e de modelos de trabalho que incluam intervenções psicossociais de forma a reduzir o sofrimento dos mesmos é crucial. Uma grande preocupação dos autores reside no facto das implicações a longo prazo, resultantes da exposição repetida a experiências traumáticas, não serem conhecidas, existindo uma grande necessidade de estudar este fenómeno e de conhecer o impacto das mesmas ao longo da prática clínica destes enfermeiros.

Kable et al. (2018), no estudo que realizaram concluíram que, depois do evento traumático ocorrer, alguns enfermeiros demonstraram uma resposta inicial focada no utente. Contudo, passado algum tempo, os efeitos na vida profissional e pessoal dos profissionais eram visíveis, e, em alguns casos, durante um período considerável de tempo. Desta forma, as consequências do trauma psicológico nos enfermeiros são amplas e podem permanecer durante muito tempo.

Alguns exemplos de consequências do trauma psicológico nos enfermeiros, decorrentes da revisão da literatura efetuada, encontram-se na Tabela 10.

Tabela 10. Consequências do trauma psicológico nos enfermeiros

	Consequências	Autor
Pessoais	Ansiedade	Edrees et al., 2016; Missouridou, 2017
	Isolamento social	Kable et al., 2018; Arnold, 2020
	Sufrimento psicológico	Missouridou, 2017
	Respostas emocionais negativas	Kable et al., 2018
	Falta de confiança	
	Sentimento de vulnerabilidade e desânimo geral	Arnold, 2020
	Expectativa frequente relacionada com acontecimentos negativos	
	Ligações/relações emocionais alteradas	
Profissionais	Absentismo	Arnold, 2020; Barleycorn, 2019; Ratrout & Hamdan-Mansour, 2020
	Dificuldades no desempenho das funções laborais	Edrees et al., 2016; Arnold, 2020
	Redução da satisfação com o trabalho	Barleycorn, 2019; Ratrout & Hamdan-Mansour, 2020
	Dificuldades no estabelecimento de relações com utentes e familiares	Arnold, 2020
	Vontade em abandonar a profissão	
	<i>Burnout</i>	Barleycorn, 2019

Uma consequência positiva que raramente é mencionada na literatura está relacionada com a atribuição de significado positivo ao acontecimento, resultando numa perspectiva nova e diferente de olhar o seu trabalho e o ambiente, através do crescimento pós-traumático positivo (Arnold, 2020).

Em suma, a exposição a eventos potencialmente traumáticos leva os enfermeiros a sentirem-se sobrecarregados e desamparados, experienciando uma diversidade de sensações e emoções negativas, intensas e por vezes avassaladoras (Missouridou, 2017).

Há necessidade de informar e apoiar os enfermeiros face aos eventos adversos no local de trabalho, minimizando consequências e fortalecendo a comunicação e relações entre colegas (Kable et al., 2018). Enfermeiros e gestores têm de estar conscientes dos fatores e consequências associados ao trauma psicológico no local de trabalho, pois apenas através de uma maior consciencialização, medidas adequadas poderão ser tomadas (Duffy et al., 2015).

Fonseca et al. (2020) reconhecem também a necessidade do desenvolvimento de programas de intervenção e da mobilização de estratégias para a minimização do impacto negativo do stress e do trauma nos profissionais de saúde.

1.3 Estratégias de intervenção na felicidade no trabalho e no trauma psicológico

O trabalho é um determinante de saúde extremamente relevante para a vida pessoal dos trabalhadores e para o seu bem-estar geral (Borges, 2018).

Desta forma, e tendo em conta as transformações tecnológicas, demográficas, climáticas e estruturais do mundo laboral, onde trabalhadores se afastam cada vez mais de um emprego estável ao longo do tempo, torna-se cada vez mais importante antever riscos laborais emergentes (OIT, 2019).

Assim, a saúde ocupacional, aliada à segurança no trabalho, impõe-se como uma área fundamental. Esta visa garantir e proporcionar ambientes de trabalho saudáveis, identificando, avaliando e controlando os riscos existentes/potenciais no local de trabalho, promovendo e vigiando a saúde dos trabalhadores. A equipa de saúde ocupacional é multidisciplinar, podendo englobar o médico do trabalho, enfermeiro do trabalho, técnicos de segurança e higiene no trabalho, sociólogos, psicólogos do trabalho, entre outros. A chave para o sucesso desta equipa passará por agir de forma coesa, congruente e em constante articulação (DGS, 2018).

A prática da saúde ocupacional em Portugal rege-se por orientações específicas, nomeadamente pelo Plano Nacional de Saúde Ocupacional (DGS, 2018) e pela Estratégia

Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2015-2020 (Autoridade para as Condições de Trabalho [ACT], 2015).

Para além da avaliação e minimização dos riscos profissionais e da promoção e vigilância em saúde por parte da equipa multidisciplinar, a saúde ocupacional bem organizada e aplicada, traz inúmeros benefícios económicos às empresas, potenciando o trabalho e diminuindo os gastos relacionados com acidentes e doenças profissionais, levando ao aumento da produtividade e competitividade das empresas (DGS, 2019).

Atualmente, as exigências emocionais e os riscos psicossociais no local de trabalho têm aumentado substancialmente (European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA], 2019), sendo que os trabalhadores do setor da saúde e da educação são os que representam maior preocupação (Eurofound, 2019a).

Para além dos seus contextos de trabalho intensivos e dificultadores, os enfermeiros são a ocupação na área da saúde com maior expressão a nível mundial, perfazendo 59% dos profissionais de saúde de todo o mundo. Desta forma, as melhorias na saúde da população em geral estarão sempre relacionadas com a inovação e qualidade da profissão de enfermagem (World Health Organization [WHO], 2020). Assim, promover ambientes de trabalho saudáveis em enfermagem torna-se importante para a própria qualidade de vida dos enfermeiros como para a saúde das populações.

Felicidade no trabalho

Os trabalhadores que são felizes no trabalho terão mais saúde, desempenharão melhor as suas funções e poderão permanecer mais tempo no mercado de trabalho. Logo, a implementação de estratégias que aumentem a felicidade dos trabalhadores contribuirá para o crescimento individual e organizacional (Pryce-Jones, 2010).

As estratégias para aumentar a felicidade no trabalho devem, em primeiro lugar, ser partilhadas (entre gestores e trabalhadores), centrar-se no desenvolvimento de habilidades pessoais e de equipa e na melhoria do desempenho profissional (Rodríguez, 2020).

Para além disso, Saenghiran (2013) e Garzón-Castrillon (2017) referem que, na implementação de estratégias para fomentar a felicidade no trabalho, dois dos aspetos principais a ter em conta serão o reforço das emoções positivas no trabalho e, se possível, a

criação de um núcleo de gestão da felicidade dos trabalhadores, de modo a que haja alguém responsável pela implementação e seguimento das estratégias.

Desta forma, a felicidade no trabalho torna-se vantajosa e eficiente para trabalhadores e organizações quando é transformada e aplicada numa rotina diária, tendo como objetivo último a superação de sentimentos e emoções positivas relativamente às negativas (Olsson et al., 2013). Para que isto aconteça, há que existir uma consciencialização de todos os intervenientes (Baker et al., 2006) e motivar ativamente os trabalhadores, criando inspiração, otimismo e compreensão, utilizando estratégias inovadoras (Saenghiran, 2013).

Para que haja mudança nas rotinas diárias dos trabalhadores será necessário alterar comportamentos. Por sua vez, o comportamento dos trabalhadores será alterado mais facilmente através de mudanças nas atitudes e cultura organizacional, principalmente vinda da hierarquia de topo. Um líder assertivo, não autoritário, tornar-se-á um líder empático, que por sua vez transmitirá muito mais força e consistência e ouvirá melhor os seus trabalhadores. Daí surgirão melhores ideias e soluções para o desenvolvimento e funcionamento da empresa (Baker et al., 2006).

Embora as mudanças a nível da cultura organizacional sejam morosas e difíceis de implementar (Queirós et al., 2018), líderes deverão perceber como criar um ambiente de trabalho baseado na confiança, reconhecimento e orgulho (Pryce-Jones & Lindsay, 2014).

Para que isso aconteça, uma componente basilar das relações tem de ser analisada e fomentada, a comunicação. O tipo de comunicação entre trabalhadores e entre trabalhador - gestor é determinante para o bom funcionamento da empresa, para a satisfação laboral dos trabalhadores, para a sua autoestima, autoconfiança e para a própria qualidade do seu trabalho. Nesse sentido, a formação e treino de técnicas e tipos de comunicação poderá ser bastante vantajoso (Sequeira et al., 2018).

Na escassez de estudos disponíveis sobre como aumentar a felicidade no trabalho, as estratégias que visam o aumento da felicidade geral noutros ambientes similares também são válidas (Garzón-Castrillon, 2017). Por isso, e visto que existem poucos trabalhos na área direcionados a enfermeiros, foram também incluídos os programas/estratégias relativos ao aumento da felicidade na população trabalhadora em geral. A ordem de apresentação dos estudos na Tabela 11, prende-se com o tipo de população-alvo e com o ano de publicação do estudo, sendo dado destaque à escala e resultados relativos à felicidade.

Tabela 11. Estratégias de intervenção na felicidade no trabalho dos enfermeiros

População em Geral							
Autor e Ano	País	Tipo de estudo	Tema	População-alvo	Escala Felicidade	Programa/Intervenções	Resultados
Saenghiran, 2013	Taiilândia	Estudo quasi-experimental	Aplicação do <i>Happy Eight Program</i> (treino cognitivo-comportamental)	62 trabalhadores administrativos universitários (30 grupo experimental, 32 grupo controlo)	<i>Subjective Happiness Scale</i>	Oito <i>workshops</i> , intitulados: - " <i>Happy Soul</i> " (aceitar e facilitar a prática religiosa dos trabalhadores); - " <i>Happy Heart</i> " (construção de boas relações sociais); - " <i>Happy Brain</i> " (desenvolvimento de capacidades e aprendizagens); - " <i>Happy Relax</i> " (atividades de relaxamento); - " <i>Happy Body</i> " (hábitos saudáveis alimentares, de exercício físico, sono, entre outros); - " <i>Happy Money</i> " (como lidar, poupar e gerir dinheiro); - " <i>Happy Family</i> " (atividades para o bem-estar da família); - " <i>Happy Society</i> " (valores de bondade, amor e paz na sociedade em geral). Grupos de 10 pessoas no máximo, cada sessão 150 minutos. Programa foi implementado num mês e meio.	Melhoria dos níveis da felicidade para os colaboradores que participaram no programa, bem como aumento da frequência de sentimentos positivos em detrimento dos negativos; melhoria da comunicação entre trabalhadores; adoção de comportamentos e pensamentos mais positivos; aumento da satisfação com o trabalho e com as relações entre trabalhadores e gerência.
							Continua

Pryce-Jones & Lindsay, 2014	EUA	Estudo de caso	Aplicação do modelo dos 5 C's: Contribuição, Convicção, Cultura, Compromisso e Confiança	32 000 trabalhadores	<i>iOpener People and Performance Questionnaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da felicidade no trabalho; - Reuniões com grupos de trabalho para perceber as dificuldades da empresa e o desenvolvimento e crescimento; - Formação sobre o caminho a percorrer para alcançar os 5 C's; - Intervenções realizadas do "topo para a base" como da "base para o topo", integrando todos os intervenientes. 	Descida da rotatividade dos trabalhadores; diminuição dos custos para a empresa; e mudança da linguagem praticada em toda a organização, gerando conversas mais fáceis, fluidas e significativas, gerando união. A coesão e confiança entre equipas aumentou devido à maior sensação de estabilidade e de progresso sentida.
Bruin et al., 2020	Holanda	Estudo quasi-experimental	Aplicação do programa <i>Mindful2Work</i> (<i>mindfulness</i> , yoga e exercício físico)	98 trabalhadores com níveis de stresse moderados a elevados	Único item: "Sente-se feliz no geral?"	Atividades de meditação, exercício físico, yoga e <i>mindfulness</i> . Duração de seis semanas.	Melhoria da saúde mental e física dos trabalhadores, da felicidade (a qual se manteve durante um ano) e da satisfação com o trabalho.
Profissionais de Saúde/Enfermeiros							
Coo & Salanova, 2018	Espanha	Estudo quasi-experimental	Aplicação do programa " <i>Stress Management and Well-being promotion for Health Professionals</i> " (<i>mindfulness</i>)	Profissionais de saúde de um hospital semi-privado (19 grupo experimental e 15 grupo controlo)	<i>Pemberton Happiness Index</i>	Três sessões de 150 minutos, sendo 60 minutos para o ensino/apresentação dos conteúdos, 60 minutos para componente de discussão e um exercício guiado de meditação ou <i>mindfulness</i> de 30 minutos. Os participantes receberam também um CD com meditações guiadas de forma a auxiliar a prática em casa.	As variáveis <i>engagement</i> , desempenho profissional e felicidade obtiveram todas resultados muito positivos após o programa.
Continua							

Sexton & Adair, 2019	EUA	Estudo experimental prospectivo	Aplicação da intervenção “Three Good Things”	228 profissionais de saúde (contexto clínico e não clínico)	<i>Subjective Happiness Scale</i>	A intervenção durou 15 dias e consistiu em enviar lembretes para os e-mails dos participantes, ao final do dia, de forma a preencherem três espaços em branco como resposta à seguinte questão: “o que correu bem hoje e qual foi o seu papel nesse(s) acontecimento(s)?”. Era pedido também que escolhessem uma emoção positiva que descrevesse o seu dia. No final da submissão do registo, eram direcionados para o “fórum” fechado das partilhas dos colegas.	Melhorias significativas em todas as avaliações (1, 6 e 12 meses após a intervenção) relativamente ao <i>burnout</i> , depressão e felicidade, embora existisse uma perda significativa de participantes nas últimas avaliações.
Lan et al., 2014	Malásia	Estudo quasi-experimental	Aplicação do programa “Mindful-Gym” (terapia cognitivo-comportamental e <i>mindfulness</i>)	41 enfermeiros de unidades de cuidados intensivos	<i>Subjective Happiness Scale</i>	Duração de cinco semanas. Semana 1: Formação sobre <i>mindfulness</i> , o ABC do stresse, alongamentos, relaxamento muscular e “NOW-ing”. Semana 2: a mente iniciante, exercícios de respiração profunda e <i>mindfulness</i> através de música. Semana 3: treino de gratidão (cultivar pensamentos de agradecimento) e prática rápida de <i>mindfulness</i> S.T.O.P. (S – Stop; T – fazer uma respiração profunda; O – observar sons circundantes; P – proceder às atividades com um sorriso). Semana 4: “raio-x” ao corpo (cultivando a bondade) e à mente (para analisar erros de pensamento). Semana 5: “raio-x” ao coração (cultivando o amor e a bondade) e prática individual, adaptada a cada um dos participantes. No início de cada sessão, existia momento para partilha e discussão de temas relevantes e antes dos exercícios feito um “exame corporal”. Cada participante levou para casa um CD com algumas práticas de <i>mindfulness</i> , de forma a poder praticar fora do programa e além deste.	Os níveis de felicidade aumentaram ligeiramente e os níveis de stresse e ansiedade diminuíram bastante.
Continua							

Farnia et al., 2016	Irão	Estudo quasi-experimental	Aplicação de programa de treino de habilidades de vida diária	32 Enfermeiros em contexto hospitalar (16 grupo experimental e 16 grupo controlo)	<i>Fordyce Happiness Scale</i>	Programa de treino de quatro habilidades da vida diária, a auto consciência, a comunicação eficaz, como lidar com emoções como a raiva e como lidar com o stresse.	Observou-se um aumento significativo da felicidade dos enfermeiros pertencentes aos casos.
Silveira et al., 2020	Brasil	Estudo quantitativo, longitudinal, prospectivo	Aplicação de um programa de relaxamento muscular progressivo	16 enfermeiros contexto hospitalar	Escala de Bem-Estar no Trabalho	Durante oito semanas consecutivas os enfermeiros participaram em sessões de relaxamento muscular progressivo, com a periodicidade de uma sessão por semana, com duração de 10 a 15 minutos, num local calmo no próprio serviço.	Os níveis de bem-estar no trabalho aumentaram ligeiramente e os níveis de stresse diminuíram moderadamente.
Suvarnarong et al., 2013	Tailândia	Estudo quasi-experimental	Aplicação de programa de <i>yoga</i>	54 estudantes de enfermagem (27 grupo experimental, 27 grupo controlo)	<i>Thai New Happiness Indicator</i>	Os casos foram submetidos a um programa de <i>yoga</i> , composto por 25 poses básicas diferentes, durante oito semanas, com duas sessões por semana. Também foi dado um manual para prática individual em casa.	Os níveis de felicidade e auto-estima dos estudantes pertencentes aos casos foram significativamente maiores que os controlos. Por outro lado, os níveis de depressão de ambos os grupos não representaram diferenças estatisticamente significativas.

Continua

Bostani et al., 2020	Irão	RCT	Aplicação de exercício de relaxamento muscular progressivo (RMP) de Jacobson e terapia de grupo	150 estudantes de enfermagem (50 grupo controlo, 50 grupo RMP e 50 grupo de terapia de grupo)	<i>Oxford Happiness Inventory</i>	As intervenções de RMP e terapia de grupo foram realizadas ao mesmo tempo, em locais separados da escola, durante cinco dias consecutivos, tendo cada sessão 45 minutos. O grupo de RMP realizou os exercícios em grupos de 10 estudantes, sendo estes incentivados a realizar 10 a 15 minutos dos exercícios em casa. Nas sessões de terapia de grupo, também foram constituídos grupos de 10 estudantes. Foram debatidos temas como estratégias para alcançar a felicidade, tendo mediação por parte do investigador.	Os níveis de felicidade aumentaram significativamente no grupo de RMP. Os níveis de felicidade dos casos da terapia de grupo aumentaram, mas em muito menor escala que o grupo de RMP.
----------------------	------	-----	---	---	-----------------------------------	---	--

Relativamente à população trabalhadora em geral, Pryce-Jones e Lindsay (2014) enumeram alguns fatores que se tornaram muito importantes para o sucesso da sua intervenção (5 C's), como o apoio do líder máximo da empresa, o facto dos trabalhadores notarem progressos muito rápidos face às intervenções orientadas para o diálogo e procedimentos positivos e a orientação das intervenções ter sido realizada tanto do “topo para a base” como da “base para o topo”, integrando todos os intervenientes e fazendo com que a mudança fosse visível a todos. As autoras sentiram dificuldade com alguns líderes mais velhos pelo facto de não aceitarem novas formas de gestão organizacional e de lidar com os próprios trabalhadores (Pryce-Jones & Lindsay, 2014).

Complementando as ideias supracitadas, Fisher (2010) faz um apontamento importante no sentido em que, cada trabalhador é diferente, tem experiências, sentimentos, expectativas, preferências e necessidades diferentes, pelo que nenhuma solução comum trará níveis de felicidade no trabalho iguais para todos.

No que diz respeito às estratégias relacionadas com a felicidade no trabalho dos enfermeiros, foram encontrados programas e intervenções direcionados ao treino cognitivo-comportamental, *mindfulness* (Lan et al., 2014), treino de habilidades de vida (Farnia et al., 2016) e relaxamento muscular progressivo (Silveira et al., 2020). A maioria dos estudos encontrados apresentam resultados muito positivos, quer seja no aumento da felicidade em si, ou na redução de níveis de stresse ou ansiedade. Alguns programas complementares são o de Dias (2012) e de Borges e Ferreira (2013).

Os programas implementados por Suvarnarong et al. (2013) e Bostani et al. (2020), embora tenham sido dirigidos a estudantes de enfermagem, vêm corroborar o sucesso do relaxamento muscular progressivo, já aplicado por Farnia et al. (2016), e o *yoga* como estratégia de intervenção para a felicidade. Estes dados, para além dos resultados positivos que apresentam, frisam a importância da implementação deste tipo de programas e intervenções também a nível académico e não só a nível laboral. Isso fará com que o percurso académico seja o mais harmonioso possível e a identidade profissional seja formada num contexto feliz, permitindo perspectivas futuras mais positivas (Bostani et al., 2020).

A felicidade no trabalho pode ser utilizada como uma estratégia da própria organização para motivar e reter os seus melhores colaboradores sendo que esta deverá, em última instância, focar-se em vantagens observáveis e concretas para as equipas (Garzón-Castrillon, 2017).

Também Del Junco et al. (2013), no final da sua pesquisa, frisa que aumentar os níveis de felicidade no trabalho não é uma tarefa tão complicada quanto possa parecer. Pequenas mudanças no dia-a-dia dos trabalhadores, como encontrar um pequeno período de tempo para relaxar, realizar uma lista dos momentos bons do dia, encontrar significado nas suas tarefas, estabelecer objetivos individuais e realistas e boas relações com os colegas, são alguns exemplos de formas simples e concretas de fomentar este conceito nas organizações.

Assim, através da fomentação da felicidade no trabalho, será possível aos trabalhadores alcançar o seu potencial máximo, mantendo paralelamente o seu desenvolvimento profissional e pessoal e dessa forma gerar benefícios para a organização. Para além disso, é necessário respeitar sempre as habilidades e perspectivas de cada um, combinando-as de forma criativa, tendo como meta o sucesso (Garzón-Castrillon, 2017).

Trauma psicológico

Os eventos potencialmente traumáticos, traumas ou situações de PPST ocorridos nos locais de trabalho são comuns, sendo que os profissionais de saúde encontram-se sujeitos diariamente e de uma forma muito particular a este tipo de eventos (Cunha et al., 2017).

De seguida serão apresentadas algumas estratégias individuais e organizacionais face a situações de trauma psicológico e PPST em enfermeiros. Todas elas, de forma geral, tentam maximizar os recursos disponíveis (individuais e organizacionais) e minimizar os efeitos prejudiciais que as situações traumáticas possam causar (Queirós et al., 2018).

Será necessário consciencializar e apostar na formação dos enfermeiros relativamente ao trauma psicológico. Temas como sinais e sintomas de PPST, fatores de risco associados ao local de trabalho, estratégias de gestão de stresse, estabelecimento de limites no trabalho (Gates & Gillespie, 2008) e mecanismos de *coping*, as suas características e consequências (Hartley, 2018) serão pertinentes a nível formativo.

A formação nesta área, para além de abrangente e minuciosa, deverá ter em conta a tipologia de serviço, pois os eventos potencialmente traumáticos serão diferentes segundo contextos de cuidados diferentes (Setti & Argentero, 2016).

Encorajar atividades de autocuidado e lazer fora do trabalho representam também duas formas essenciais de prevenção do trauma psicológico (Gates & Gillespie, 2008).

Southwick et al. (2014) referem também que o treino de competências e habilidades psicológicas, como a resiliência, são benéficas em situações traumáticas, devendo anteceder, se possível, os eventos adversos respetivos. Estas intervenções serão mais ou menos eficazes conforme o momento específico da sua aplicação.

A delineação e implementação de programas eficazes com base em pesquisas de qualidade e a fomentação do apoio dos gestores nestas estratégias é muito importante face ao trauma psicológico dos trabalhadores (Hartley, 2018). Desta forma, serão abordados alguns programas e respetivas estratégias dirigidos a este tema. Na Tabela 12, encontram-se alguns programas e respetivas estratégias encontrados na revisão da literatura efetuada.

Tabela 12. Estratégias de intervenção no trauma psicológico dos enfermeiros

Profissionais de Saúde							
Autor e Ano	País	Tipo de estudo	Tema	População-alvo	Escala Trauma	Programa/Intervenções	Resultados
Hirschinger et al., 2015	EUA	Estudos quantitativos longitudinais	Aplicação do programa forYOU (trauma secundário)	Profissionais de saúde, contexto hospitalar	Questionário próprio	Programa continua em execução e conta com mais de 10 anos de aplicação, direcionado para a cultura de segurança do utente. Disponibilizado número interno 24 horas por dia. O programa segue uma linha de intervenção baseada em três níveis. Nível 1: apoio à pessoa traumatizada logo após o evento, dado por um membro da própria equipa. Nível 2: apoio dos membros da equipa forYOU, proporcionando escuta ativa e identificando algumas estratégias personalizadas para ultrapassar a potencial situação de trauma (este nível divide-se em apoio em grupo ou individual). Nível 3: ajuda especializada, como psicólogos, psiquiatras ou ajuda espiritual, encaminhada pelos membros da equipa forYOU.	Os níveis 1 e 2 de apoio colmataram 90,3% das necessidades dos profissionais, sendo que em apenas 9,7% dos casos foi necessária referência. As referências individuais foram o dobro das grupais.
Scott, 2015					AHRQ-HSOPS Survey		Os níveis de segurança do utente foram muito maiores em unidades onde se prestou mais apoio aos profissionais. Esta evidência foi cada vez maior ao longo dos anos de implementação do programa.

Continua

Edrees et al., 2016	EUA	Estudo misto	Aplicação do programa RISE (trauma secundário)	Profissionais de saúde, contexto hospitalar	<p>-Organisational Staff Assessment Survey</p> <p>- Peer Responder Encounter Form</p> <p>- Peer Responder Assessment Form</p>	<p>Disponibilizado número RISE (<i>pager</i>), ao qual todos tinham acesso. Dois profissionais da equipa estão sempre prontos a responder à chamada. No caso dos dois profissionais se conhecerem, o primeiro poderia passar a chamada ao segundo colega de serviço. Depois da chamada era planeado um encontro, nas próximas 12 horas, para escuta ativa, primeiros socorros psicológicos e apoio emocional. O encontro centrava-se nas emoções da pessoa e não nos detalhes do evento. Era dada informação sobre apoios adicionais disponíveis (aconselhamento psicológico). Por vezes, os profissionais pediam sessões de grupo, para partilha e aconselhamento, existindo sempre dois profissionais da equipa presentes.</p>	<p>A avaliação foi realizada com base em questionários e entrevistas aos membros da equipa RISE. Estes caracterizaram os apoios fornecidos como bem sucedidos (88%) e cerca de 83,3% relataram corresponder às necessidades do profissional que pediu auxílio.</p>
Blackburn et al., 2020	EUA	Estudo quantitativo longitudinal	Aplicação do programa THRIVE de 2016 a 2020 (<i>burnout</i> , trauma secundário e resiliência)	164 profissionais de saúde, contexto hospitalar oncológico (160 eram enfermeiros)	Compassion Fatigue Short Scale	<p>O programa com três fases: um retiro de 8 horas, 6 semanas para a interação em grupo privado <i>online</i> e uma sessão de encerramento de 2 horas. O retiro era focado em estratégias de autocuidado, incluindo sessões de <i>mindfulness</i>, expressão artística, criação de um diário, acupressão, auto-massagem, aromaterapia, exercícios de respiração, musicoterapia, <i>yoga</i> e uma higiene do sono. Na plataforma social, os profissionais aplicavam o que aprenderam no retiro no seu dia-a-dia, com realização de exercícios simples. Eram incentivados a partilhar os seus exercícios/conquistas através de fotos. Na sessão de encerramento, era partilhado (leitura dramática) um evento traumático da vida de algum dos profissionais. O objetivo era provocar a reflexão sobre a resiliência e a relação terapêutica.</p>	<p>Os níveis médios de resiliência demonstraram um aumento superior a 10 pontos e os níveis de <i>burnout</i> e trauma secundário, diminuíram mais de 20 pontos após o programa. Os níveis de resiliência dos participantes do primeiro ano do programa, todos enfermeiros, foram mantidos por seis meses.</p>

Continua

Enfermeiros						
Yilmaz et al., 2018	Turquia	Estudo quantitativo longitudinal	Aplicação de um programa dirigido à fadiga por compaixão, <i>burnout</i> , satisfação de compaixão e crescimento pós-traumático	176 enfermeiros, contexto hospitalar universitário oncológico	ProQOL-IV <i>Post-Traumatic Growth Inventory</i>	<p>O programa era constituído por duas sessões presenciais e duas de acompanhamento telefónico. As sessões presenciais, lideradas também por enfermeiros, englobavam palestras (fadiga por compaixão, stresse, abordagem a utentes e a perguntas difíceis), dança de <i>baksi</i> (auto-expressão e relaxamento através da música e dança), pintura de mandalas, exercícios, visualização de vídeos, etc. As sessões de acompanhamento telefónico, integravam mensagens de texto motivacionais e de aconselhamento, enviadas através de uma aplicação de telemóvel, duas semanas depois das sessões presenciais.</p> <p>Os níveis de fadiga por compaixão e <i>burnout</i> diminuíram em mais de 10 pontos e a satisfação por compaixão e o crescimento pós-traumático aumentaram, 9 e mais de 20 pontos, respetivamente. O programa foi eficaz na melhoria da qualidade de vida destes enfermeiros e no seu crescimento pós-traumático.</p>
Delaney, 2018	Irlanda	Estudo misto	Aplicação e do programa <i>Mindful Self-Compassion (mindfulness)</i>	13 enfermeiros, contexto hospitalar	ProQOL-V	<p>Programa com duração de 8 semanas, composto por uma sessão de 2h e meia por semana e um retiro de meio dia. Focado no desenvolvimento de auto-confiança através do <i>mindfulness</i>. Os participantes foram incentivados a praticar diariamente, tendo sido fornecidos CD's com meditações guiadas. Eram treinados 3 tipos de meditação: <i>mindfulness</i>, meditação tendo por base a bondade e o amor e meditação de compaixão.</p> <p>Os níveis de <i>burnout</i> e trauma secundário diminuíram significativamente, tendo sido associados negativamente à autocompaixão e <i>mindfulness</i>. Os níveis de resiliência e compaixão aumentaram e os dados qualitativos corroboraram os dados quantitativos.</p>

Analisando agora alguns dos programas mencionados na Tabela 12, o exemplo do programa RISE, implementado nos EUA, foi delineado por uma equipa base multidisciplinar, constituída pelo diretor do departamento de segurança do utente, profissionais de saúde ocupacional, enfermeiros chefes, um médico e o capelão do hospital. Mais tarde, dado o sucesso do programa, foram recrutados profissionais de vários serviços, que, depois de um período prévio de formação e treino, puderam dar apoio aos seus colegas. Esta metodologia proporcionava à pessoa uma abertura e compreensão mais fáceis, demonstrando ser eficaz, económica e sustentável. O programa RISE torna-se, assim, num exemplo excelente de promoção da resiliência antes, durante e após eventos adversos (Edrees et al., 2016).

Mais tarde, Moran et al. (2017) realizaram uma análise custo-benefício ao programa RISE, relativamente aos profissionais de enfermagem. Esse estudo indicou benefícios económicos muito significativos para o hospital, sendo que, por cada um desses enfermeiros, o hospital poupou mais de 22 mil dólares. Estes dados encontram-se diretamente relacionados com a minimização de intenções de abandonar a profissão e diminuição dos níveis de absentismo dos enfermeiros. Os autores concluíram que, se um hospital implementasse o programa RISE, poderia economizar, no final de um ano, cerca de dois milhões de dólares.

O programa forYOU é um programa estruturado nos mesmos moldes que o programa RISE. Os autores, face ao exposto acima, acrescentam que, antes da implementação de algo tão abrangente, se deve realizar um diagnóstico de situação, de forma a perceber os níveis de trauma secundário dos profissionais e, assim, proporcionar um apoio mais personalizado. O facto de que é possível poupar muito dinheiro com a implementação de programas deste tipo é novamente frisado, pois permite que muitos profissionais não se despeçam por esgotamento, proporcionando uma recuperação rápida e retomando a produtividade desejada (Scott et al., 2010).

Em ambos os programas (RISE e forYOU) o maior número de chamadas foram provenientes de profissionais de enfermagem (Edrees et al., 2016; Hirschinger et al., 2015).

O programa forYOU conta com pelo menos dez anos de implementação, sendo que os autores realizaram uma análise face às lições aprendidas durante todo este percurso. Algumas dessas lições foram:

- A consciencialização do fenómeno do trauma secundário nos profissionais de saúde é imperativa para a diminuição do sofrimento e facilitação da recuperação;

- Os membros da equipa treinados, motivados e comprometidos, ditam o sucesso do programa;
- O estabelecimento de parcerias entre as faculdades de saúde e as próprias unidades e departamentos da organização são necessárias;
- O planeamento das intervenções tem de ser muito bem delineado, incluindo objetivos bem definidos (Hirschinger et al., 2015).



Figura 4. Modelo Intervencionista de Três Níveis de Scott de apoio à vítima secundária (adaptado de Scott et al., 2010)

Na Figura 4, pode-se observar o Modelo Intervencionista de Três Níveis de Scott, dirigido ao apoio à vítima secundária, implementado no programa forYOU (Scott et al., 2010). Este modelo baseia-se na premissa de que cada profissional requer um apoio diferente e personalizado dado o evento ocorrido, e que cada processo de recuperação terá a sua intensidade e duração individuais. Faculta uma estruturação para o apoio a profissionais que se tornaram vítimas secundárias perante o trauma de outro, com base no nível um, dois e três.

O nível um diz respeito ao apoio local, ou seja, no próprio serviço ou departamento. Neste nível, o apoio é fornecido por colegas ou supervisores, com o objetivo de identificar a situação e dar o apoio imediato necessário, através do diálogo e aconselhamento, o qual é facilitado pela proximidade entre profissionais. O nível dois engloba o apoio por pares (profissionais treinados na área), externos ao serviço do profissional que recorre ao programa. É realizada uma abordagem individual ou em grupo, indo ao encontro das

necessidades reais da pessoa(s), realizando escuta ativa e identificando potenciais estratégias e soluções para o problema. O nível três corresponde à referência dos membros da equipa para outros profissionais específicos, como psicólogos, psiquiatras ou membros religiosos (Scott et al., 2010).

Posto isto, a maioria das situações dos profissionais de saúde que recorreram a estes dois programas, foi maioritariamente resolvida pelo apoio prestado pelas equipas a nível individual ou grupal (Edrees et al., 2016; Hirschinger et al., 2015). Edrees et al. (2016) afirmam também que o apoio providenciado depende muito da gravidade do evento e do nível de conforto do profissional após esse evento.

As intervenções fornecidas a nível individual logo após o evento, devem, em primeiro lugar, focar-se na avaliação minuciosa das necessidades da pessoa naquele momento, fornecendo apoio conforme o desenrolar dos acontecimentos. Não se deve forçar qualquer expressão de sentimentos ou pensamentos da pessoa sobre o evento traumático (McNally et al., 2003).

Face ao apoio prestado/discussões em grupo, após ocorrência de um evento potencialmente traumático, o objetivo será incentivar a reflexão e discussão das perceções e reações relativas à situação ocorrida, apoiando estratégias eficazes e ativas de *coping* de forma a gerir o stresse provocado (Gates & Gillespie, 2008). As discussões em grupo têm-se demonstrado bastante eficazes como resposta a situações traumáticas/potencialmente traumáticas (Setti & Argentero, 2016; Missouriidou, 2017).

Para além disto, as intervenções efetuadas, sejam individuais ou em grupo, devem ser encaradas não apenas como situações de dor e sofrimento, mas também como oportunidades de crescimento e desenvolvimento profissional. Se não forem encaradas também desse prisma, as capacidades emocionais não serão suficientes, saindo prejudicados profissionais, equipas e organizações (Missouriidou, 2017).

Outro aspeto fundamental na aplicação de programas como o RISE, forYOU e THRIVE, é proporcionar privacidade. Se os profissionais não se sentirem seguros ao recorrer aos apoios, tendo receio de ver a sua confidencialidade comprometida, dificultará o processo de consciencialização de que a ajuda existe e que a podem procurar (Edrees et al., 2016). Por isto, as estratégias face a esta problemática devem, em primeiro lugar, e em todas as situações, proteger e respeitar a privacidade do trabalhador.

Para além da privacidade, a discussão de assuntos relacionados com eventos traumáticos deverá ser fomentada e realizada nas organizações de forma aberta. Apenas assim, os enfermeiros se sentirão confortáveis e apoiados caso incorram numa situação potencialmente traumática e não vistos como fracos, pouco profissionais ou incapazes de realizar o seu trabalho. Os gestores e serviços como o de saúde ocupacional têm um papel fundamental no reconhecimento destas situações, sendo importante receberem formação e treino específico na área, fomentando um ambiente laboral empático e de respeito pelos seus colaboradores (Gates & Gillespie, 2008).

A supervisão clínica também desempenhará um papel importante no apoio e resolução de situações de trauma psicológico. Esta permitirá a reflexão e partilha de experiências, de forma a que os profissionais sejam capazes de criticar positivamente as suas práticas, melhorando as suas capacidades comunicacionais e técnicas. Assim, compreenderão melhor as interações enfermeiro-utente/enfermeiro-família do ponto de vista das situações traumáticas, reformulando o seu próprio papel enquanto profissionais, reconhecendo as suas fragilidades e limitações (Missouridou, 2017).

Para além do papel fundamental do apoio dos gestores e supervisores face à ocorrência de trauma psicológico a nível organizacional, a fomentação de equilíbrio entre vida profissional e pessoal é também de extrema importância (Barleycorn, 2019).

Fomentar uma cultura organizacional baseada na compreensão e na cooperação, potenciar a formação contínua dos profissionais de saúde e recorrer à supervisão clínica regular podem ser estratégias para, a nível organizacional, consciencializar para os eventos traumáticos. Há que capacitar os profissionais relativamente à questão do trauma, fomentando o auto-cuidado psicológico, organizando educações para a saúde dirigidas ao tema e reconhecendo o papel que cada um representa na equipa (Missouridou, 2017).

As estratégias e programas mencionados, dada a complexidade e unicidade do processo traumático, podem ser aplicadas face a alguma situação traumática ocorrida, no sentido de minimizar efeitos negativos no profissional, ou como intervenções preventivas, no sentido de diminuir a probabilidade dos profissionais incorrerem em situações traumáticas.

Dado o panorama atual, os enfermeiros gestores podem e devem antecipar situações de trauma psicológico, apoiando os seus enfermeiros e preparando uma resposta relativa aos sistemas e comunidades de saúde face aos problemas físicos e mentais provocados pela pandemia do COVID-19, promovendo o bem-estar geral de todos (Choi et al., 2020).

A aplicação das estratégias/programas mencionados relativos à felicidade no trabalho e ao trauma psicológico, terá de seguir uma metodologia de trabalho organizada e previamente pensada.

Desta forma, o guião *“Healthy workers, thriving companies — a practical guide to wellbeing at work”*, lançado pela EU-OSHA, em 2018, poderá auxiliar as equipas de saúde ocupacional na promoção de um ambiente laboral saudável, nomeadamente na área dos riscos psicossociais. No documento referido são apresentados cinco passos essenciais para a melhoria do ambiente de trabalho psicossocial, os quais estão apresentados na Figura 5 e descritos de seguida:

1. Preparação – Primeira etapa onde se terá de decidir quem será o líder/gestor principal do processo, identificar os recursos disponíveis, definir quando e como é que os trabalhadores serão envolvidos e informados e realizar um cronograma de trabalho;
2. Avaliação de riscos profissionais – Identificar os riscos psicossociais (englobando aspetos como as exigências físicas, mentais e emocionais do trabalho; a autonomia dos trabalhadores e a sua participação nas decisões; a clareza do papel de cada trabalhador; mudanças organizacionais e a sua relação com a saúde mental; a relação dos trabalhadores com as chefias; relação entre trabalhadores; e as relações estabelecidas com pessoas fora da organização, como clientes ou utentes) e estabelecer prioridades;
3. Planeamento das atividades – planejar atividades que eliminem ou diminuam os riscos aos quais os trabalhadores estão expostos (eliminar fatores stressores, indo ao encontro, em primeiro lugar, das suas causas; criar condições de adaptação aos trabalhadores com limitações; implementar medidas coletivas; e promover o treino de competências dos profissionais) e realizar um plano de ação;
4. Execução – Implementar e monitorizar as atividades delineadas;
5. Avaliação – Avaliar a consecução dos objetivos propostos e rever todo o processo de avaliação de riscos e de planeamento de atividades.

Tal como é referido no guião prático da EU-OSHA (2018), de forma a prevenir os riscos psicossociais, há que analisar a forma como o trabalho está organizado, como é gerido e como é que os intervenientes interagem entre si.



Figura 5. Cinco passos para a melhoria do ambiente de trabalho psicossocial (adaptado de EU-OSHA, 2018)

Todas as estratégias abordadas anteriormente podem e devem ser aplicadas pela equipa de saúde ocupacional, numa visão holística e integrada, conforme o teor individual ou organizacional da intervenção.

De forma a tornar mais clara toda a informação referente às estratégias de intervenção encontradas na revisão da literatura efetuada, nas Tabelas 13 e 14 estão compiladas as estratégias dirigidas à felicidade no trabalho e trauma psicológico. Optou-se por integrar todas as estratégias, dividindo-as apenas em individuais e organizacionais, pois algumas das intervenções são comuns a ambos os temas e se complementam.

Tabela 13. Estratégias de intervenção individuais na felicidade no trabalho e trauma psicológico em enfermeiros

Estratégias Individuais	Formação e prática de <i>mindfulness</i>	Lan et al., 2014; Coe & Salanova, 2018; Delaney, 2018; Bruin et al., 2020; Blackburn et al., 2020
	Treino cognitivo-comportamental e de habilidades de vida/psicológicas (ex.: resiliência)	Saenghiran, 2013; Lan et al., 2014; Southwick et al., 2014; Farnia et al., 2016
	Estratégias direcionadas para a gestão de tempo e do equilíbrio trabalho – família	Gates & Gillespie, 2008; Saenghiran, 2013; Blackburn et al., 2020
	Formação sobre trauma, fatores de risco, sinais e sintomas de PPST, estratégias de intervenção face ao trauma, mecanismos de <i>coping</i> , características e consequências, abordagem ao utente, fadiga por compaixão e perguntas difíceis	Gates & Gillespie, 2008; Hartley, 2018; Yilmaz et al., 2018
	Intervenções de relaxamento e relaxamento muscular progressivo	Saenghiran, 2013; Bostani et al., 2020; Silveira et al., 2020
	Prática de yoga	Suvarnarong et al., 2013; Bruin et al., 2020; Blackburn et al., 2020
	Atividades de expressão artística, dança de <i>baksi</i> , pintura	Yilmaz et al., 2018; Blackburn et al., 2020
	Criação de grupos/fóruns de partilha	Sexton & Adair, 2019; Bostani et al., 2020
	Formular e procurar alcançar objetivos de curto prazo, desafiadores e exequíveis	Fisher, 2010
	Criar uma imagem positiva de nós mesmos no trabalho	
	Promover a conexão e relações positivas com os outros trabalhadores e/ou clientes	
	Descobrir quais as nossas melhores qualidades e forças de modo a potenciá-las no trabalho	
	Educação em saúde sobre hábitos de vida saudáveis, alimentares, exercício físico e higiene do sono	Saenghiran, 2013
	Formação e treino de competências e técnicas comunicacionais	Sequeira et al., 2018
	Prática de exercício físico	Bruin et al., 2020
	Exercícios de respiração	Blackburn et al., 2020
	Musicoterapia	
	Aromoterapia	
	Acupressão e auto-massagem	
Criação de um diário		

Tabela 14. Estratégias de intervenção organizacionais na felicidade no trabalho e trauma psicológico em enfermeiros

Estratégias Organizacionais	Criação de um serviço de saúde ocupacional interno	Maslach et al., 2001; Schaufeli, 2006; Shanafelt et al., 2012
	Promoção de uma intensidade e gestão de tempo de trabalho adequadas aos trabalhadores	
	Criação de equipas intra-hospitalares para apoio psicológico individualizado	Scott et al., 2010; Hirschinger et al., 2015; Edrees et al., 2016
	Disponibilização de um número de emergência para apoio psicológico após eventos adversos no trabalho	
	Criação de uma cultura organizacional saudável, baseada no respeito e no apoio mútuo	Fisher, 2010
	Garantir que os postos de supervisão são ocupados por pessoas competentes	
	Promover tratamento justo, segurança e recompensa aos trabalhadores	
	Promover o desenvolvimento e formação dos trabalhadores, de modo a existir crescimento individual e organizacional	
	Solicitar aos trabalhadores que definam, na sua conceção, um ambiente de trabalho saudável e tentar atingir esse mesmo conceito	
	Boa gestão de tarefas	Kaschka et al., 2011
	Boa gestão de horários	
	Garantir uma supervisão adequada a todos os níveis	
	Humanizar as dinâmicas laborais	
	Criação de grupos de partilha e apoio	Blackburn et al., 2020

Estas estratégias tornam-se muito importantes para a saúde dos enfermeiros e dos restantes profissionais de saúde, mas também vão ditar que tipo de cuidados serão prestados. Estas vão para além do bem-estar dos colaboradores na medida em que, um investimento neste âmbito, será um investimento na segurança e na qualidade dos cuidados (Hartley, 2018).

2. METODOLOGIA

O processo de investigação pretende descrever, explicar, prever ou controlar algum fenómeno ou fenómenos, constituído por determinadas etapas intransponíveis, realizadas de forma sistemática, com base no mundo empírico que nos rodeia. Este é constituído por quatro fases, sendo elas a fase conceptual, metodológica, empírica e de interpretação e difusão (Fortin, 2009). Desta forma, neste capítulo será apresentado o percurso relativo à metodologia de investigação adotada para o presente estudo.

A investigação em enfermagem envolve um processo sistemático especificamente projetado para “desenvolver, refinar e ampliar o conhecimento” da disciplina, cuja intenção será “responder a perguntas e desenvolver conhecimento, utilizando um método científico, como o quantitativo, qualitativo ou método misto” (International Council of Nurses [ICN], 2012, p. 6). É através da investigação em enfermagem que o crescimento contínuo da profissão se torna possível (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019).

2.1 Questão de investigação e objetivos do estudo

A fase conceptual do processo de investigação é constituída pela escolha do tema e da questão preliminar, pela revisão da literatura, elaboração do quadro de referência, formulação do problema, dos objetivos e das questões ou hipóteses de investigação (Fortin, 2009). As três primeiras etapas foram concretizadas no capítulo um, pelo que no presente subcapítulo será apresentada a questão de investigação, os objetivos e a finalidade do estudo.

Sendo a enfermagem a ocupação na área da saúde com maior expressão em todo o mundo e conhecendo os ambientes de trabalho no qual trabalham os enfermeiros, propícios ao desgaste físico e psicológico rápido, avaliar e atuar sobre os riscos ocupacionais desta

profissão é imperativo, não só para o bem-estar e felicidade dos profissionais como para o bem da saúde pública (Borges, 2020; WHO, 2020).

A presente problemática apresentada relativa aos ambientes de trabalho de enfermagem, fomentou a realização deste estudo, sendo a partir da mesma que se delineará a questão de investigação.

Segundo Ribeiro (2010), a questão de investigação é o elemento inicial e fundamental para orientar todo o processo de investigação, definindo os termos específicos que se pretendem avaliar. Assim, a formulação dos objetivos será o passo seguinte, delineando a forma como se irá responder à questão de investigação.

Assim, de acordo com a problemática apresentada, a questão de investigação deste estudo é: **Qual a relação entre felicidade no trabalho e trauma psicológico em enfermeiros de uma das ilhas do arquipélago dos Açores?**

Por consequente, os objetivos do presente estudo são:

1. Identificar os níveis de felicidade no trabalho e trauma psicológico em enfermeiros;
2. Identificar a relação entre a felicidade no trabalho e as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais em enfermeiros;
3. Identificar a relação entre o trauma psicológico e as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais em enfermeiros;
4. Analisar a variação entre a felicidade no trabalho e trauma psicológico em enfermeiros.

A finalidade deste estudo será contribuir para a implementação de estratégias que promovam ambientes de trabalho saudáveis, valorizando a felicidade no trabalho dos profissionais de enfermagem e minimizando situações ou consequências de eventos potencialmente traumáticos.

A Figura 6 apresenta um esquema elucidativo da finalidade, objetivos e questão de investigação do estudo.

Finalidade

Contribuir para a implementação de estratégias que promovam ambientes de trabalho saudáveis, valorizando a felicidade no trabalho dos profissionais de enfermagem e minimizando situações ou consequências de eventos traumáticos

Questão de Investigação e Objetivos

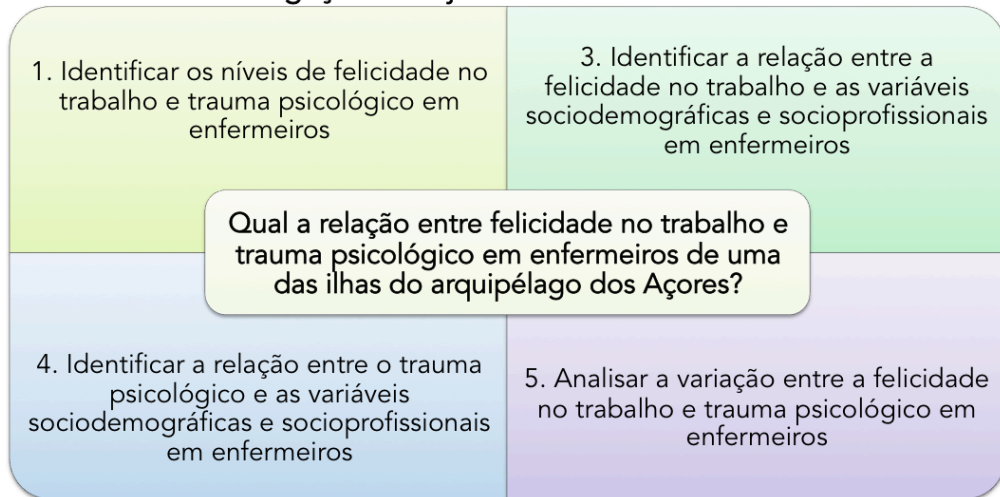


Figura 6. Esquema elucidativo da finalidade, objetivos e questão de investigação do estudo.

No subcapítulo seguinte será apresentado a tipologia do presente estudo, segundo a sua manipulação e seguimento.

2.2 Tipo de estudo

De acordo com a questão de investigação formulada e com os objetivos delineados, optou-se por realizar um estudo de carácter quantitativo, descritivo, correlacional e transversal.

A metodologia quantitativa foi a escolhida para a consecução deste estudo, pois através da mesma é possível recolher mais dados num curto espaço de tempo, manter o anonimato e confidencialidade dos indivíduos e traduzir em números as informações que pretendemos aferir. Desta forma, o processo de tratamento e análise de dados torna-se mais célere (Vilelas, 2017), mantendo a objetividade e o foco apenas nas variáveis que se pretendem estudar (Fortin, 2009).

Desta forma, o estudo foi orientado para o resultado e para a confirmação, os fenómenos observados foram classificados em termos de frequência e distribuição e existiu um instrumento de recolha de dados predefinido (Turato, 2005).

Quanto à manipulação, é um estudo de carácter descritivo, pois será descrita a realidade observada, no sentido de delinear um perfil de um grupo de pessoas ou situações (Fortin, 2009).

Dada a situação atual da pandemia COVID-19, acrescentando o facto dos níveis de felicidade no trabalho e trauma psicológico estarem sujeitos a oscilações naturais nas vidas dos profissionais ao longo do tempo, seria interessante avaliar em mais do que um momento estes aspetos. Contudo, de forma a não causar constrangimentos académicos, devido ao limite de tempo previamente estipulado para a consecução do estudo, optou-se por realizar a recolha de dados num único momento. Desta forma, quanto ao seguimento, este é um estudo transversal (Fortin, 2009).

Visto que na bibliografia recolhida foram encontradas relações entre conceitos e variáveis de vários tipos, tanto para a temática da felicidade no trabalho como para o trauma psicológico, optou-se pelo desenvolvimento de um estudo correlacional, de forma a que seja possível verificar a existência, ou não, de relação entre as variáveis em estudo (Vilelas, 2017). Assim, será verificada a relação entre felicidade no trabalho e trauma psicológico e como ambas se relacionam com as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais.

2.3 Variáveis do estudo

Num estudo englobado na metodologia quantitativa e visto que a investigação pretende ser o mais objetiva possível, permitindo, assim, o desenvolvimento do conhecimento, torna-se importante definir exatamente o que se pretende estudar (Vilelas, 2017). Para isso, a definição e operacionalização das variáveis é imprescindível (Fortin, 2009).

Sendo a variável principal aquela que se procura compreender e a variável secundária aquela que irá alterar ou influenciar a variável principal, neste estudo foi definida como

variável principal a felicidade no trabalho, medida pela SHAW (Salas-Vallina & Alegre, 2018a; Queirós et al., 2020).

As variáveis secundárias deste estudo são:

- Trauma Psicológico: IES-R (Weiss & Marmar, 1997; Matos et al., 2011);
- Variáveis Sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, presença de filhos, pessoas dependentes a cargo, ajuda externa relativa à prestação de cuidados e atividades de lazer;
- Variáveis Socioprofissionais: local de trabalho, habilitações académicas, tempo de experiência profissional, categoria profissional, horário de trabalho e vínculo com a instituição.

A operacionalização das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais está apresentada na Tabela 15. A variável tempo de experiência profissional foi operacionalizada tendo em conta os valores obtidos na mediana correspondente.

Tabela 15. Operacionalização das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais

Variáveis Sociodemográficas	Descrição	Operacionalização
Sexo	Feminino Masculino	—
Idade	≤ 30 anos 31 - 40 anos 41 – 50 anos 51 – 60 anos ≥ 60 anos	—
Estado civil	Solteiro(a) Casado(a) União de facto Divorciado(a) Viúvo(a)	Com parceiro Sem parceiro
Presença de filhos	Sim Não	—
Pessoas dependentes a cargo	Sim Não	Sim (criança, pessoa de idade, Pessoa com deficiência, outra situação) Não
Ajuda externa relativa à prestação de cuidados	Não tem ajuda Ajuda social Ajuda económica Ajuda familiar Outra situação (resposta aberta)	Tem ajuda Não tem ajuda
Continua		

Atividades de lazer	Sim Não	—
Variáveis Socioprofissionais	Descrição	Operacionalização
Local de trabalho	Unidade Hospitalar Unidade de Saúde	
Habilitações acadêmicas	Bacharelato Licenciatura Pós-Graduação Mestrado Doutoramento/Pós-doutoramento	Bacharelato/Licenciatura Pós-Graduação/Mestrado Doutoramento/Pós-doutoramento
Tempo de experiência profissional	—	< 16 anos ≥ 16 anos
Categoria profissional	Enfermeiro Generalista Enfermeiro Especialista Enfermeiro Gestor	—
Horário de trabalho	Fixo Rotativo	—
Vínculo com a instituição	Precário Definitivo	—

No subcapítulo seguinte serão apresentadas a população alvo e a amostra do estudo, bem como realizada a caracterização sociodemográfica e socioprofissional da amostra.

2.4 População e amostra

A população-alvo trata-se de um conjunto de pessoas que têm características em comum e que cumprem os critérios de inclusão e exclusão definidos *a priori* (Fortin, 2009). Dado que se torna impossível recrutar todos os elementos da população-alvo, será selecionada uma amostra, definida por uma fração representativa da população-alvo, através de um método de amostragem específico (Fortin, 2009).

No presente estudo, a população-alvo foi delimitada por todos os enfermeiros de uma Unidade Hospitalar e de uma Unidade de Saúde de uma ilha do arquipélago dos Açores, a exercer funções há pelo menos seis meses na instituição em causa e que estivessem no ativo no período que compreendeu a entrega e recolha dos questionários. A população-alvo foi constituída por 167 enfermeiros.

O tipo de amostragem foi não probabilística, pois a probabilidade de cada indivíduo ser selecionado para a amostra não foi igual (Fortin, 2009). Optou-se por uma amostra por conveniência (ou acidental), sendo formada por indivíduos facilmente acessíveis, presentes num determinado local de fácil acesso para a investigadora (Fortin, 2009). Esta foi a opção tomada visto que o estudo seria de difícil divulgação a todos os enfermeiros do arquipélago dos Açores ou de todo o país, tal como seria pouco viável selecionar os participantes por características ou dados pessoais/profissionais (Fortin, 2009).

A amostra deste estudo compreendeu 113 enfermeiros, representando uma taxa de adesão de 62,5% para a Unidade Hospitalar e de 100% para a Unidade de Saúde. A taxa de adesão total foi de 67,7% (Tabela 16), sendo que dois questionários foram eliminados por não apresentarem as escalas SHAW e IES-R preenchidas.

Tabela 16. Adesão dos enfermeiros ao estudo por unidade

Unidade	Questionários entregues	Questionários preenchidos	Questionários anulados	Adesão (%)
Unidade Hospitalar	144	92	2	62,5
Unidade de Saúde	23	23	0	100
Total	167	115	2	67,7

Nos subcapítulos seguintes, será apresentada a caracterização sociodemográfica e socioprofissional dos enfermeiros que compreenderam a amostra deste estudo.

2.4.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

Na Tabela 17 encontram-se os dados sociodemográficos referentes à amostra do estudo.

Tabela 17. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis Sociodemográficas		N	%
Sexo	Masculino	11	9,7
	Feminino	101	89,4
	Não responde	1	0,9
			Continua

Idade	≤ 30 anos	19	16,8
	31 - 40 anos	35	31
	41 – 50 anos	31	27,4
	51 – 60 anos	20	17,7
	≥ 60 anos	2	1,8
	Não responde	6	5,3
Estado civil	Com parceiro	85	75,2
	Sem parceiro	28	24,8
Presença de filhos	Com filhos	77	68,1
	Sem filhos	36	31,9
Pessoas dependentes a cargo	Sim	52	46
	Não	59	52,2
	Não responde	2	1,8
Ajuda externa relativa à prestação de cuidados	Tem ajuda	28	24,8
	Não tem ajuda	22	19,5
	Não responde	63	55,8
Atividades de lazer	Sim	64	56,6
	Não	47	41,6
	Não responde	2	1,8

De acordo com os dados explanados na Tabela 17, maioritariamente, a amostra é composta por profissionais do sexo feminino. Quanto à idade verificou-se um maior número de enfermeiros pertencentes à classe etária de 31 – 40 anos. Em relação ao estado civil, 75,2% dos participantes têm parceiro/a e 68,1% têm filhos.

Relativamente à existência de pessoas dependentes a cargo, 46% dos enfermeiros responderam positivamente, sendo que essa pessoa, na maioria dos casos, tratava-se de uma criança, de um idoso ou de ambos. Quanto à variável ajuda externa relativa à prestação de cuidados, 24,8% dos enfermeiros mencionaram ter ajuda.

Por fim, 56,6% dos enfermeiros realizam atividades de lazer fora do horário de trabalho.

2.4.2 Caracterização socioprofissional da amostra

Na Tabela 18 encontram-se apresentados os dados socioprofissionais referentes à amostra do presente estudo.

Tabela 18. Caracterização socioprofissional da amostra

Variáveis Socioprofissionais		N	%
Habilitações académicas	Bacharelato/Licenciatura	83	73,5
	Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento	29	25,7
	Não responde	1	0,9
Tempo de experiência profissional	< 16	49	43,4
	≥ 16	64	56,6
Categoria profissional	Enfermeiro Generalista	82	72,6
	Enfermeiro Especialista	20	17,7
	Enfermeiro Gestor	10	8,8
	Não responde	1	0,9
Horário de trabalho	Fixo	72	63,7
	Rotativo	40	35,4
	Não responde	1	0,9
Vínculo com a instituição	Precário	2	1,8
	Definitivo	110	97,3
	Não responde	1	0,9

Quanto às habilitações académicas, de acordo com os dados da Tabela 18, 73,5% dos enfermeiros detém bacharelato/licenciatura, enquanto 25,7% possuem um grau académico relativo a pós-graduação/mestrado/doutoramento. De salientar que nenhum dos participantes da amostra detém bacharelato ou doutoramento. Relativamente ao tempo de experiência profissional, 56,6% dos enfermeiros possuem 16 ou mais anos de experiência, sendo a média de 18 anos, com desvio padrão de 10 anos, correspondente a um mínimo de 1 ano e máximo de 40 anos.

Em relação à categoria profissional, a maior parte dos participantes é enfermeiro generalista, seguindo-se os enfermeiros especialistas e os enfermeiros gestores. A maioria possui um horário de trabalho fixo e um vínculo definitivo com a respetiva instituição.

2.5 Material

O método de recolha de dados escolhido foi o questionário, que pode ser definido como um instrumento de auto-preenchimento, constituído por um conjunto de perguntas ao qual os participantes dão resposta escrita (Fortin, 2009).

Segundo a Eurofound e ILO (2019), estudar a realidade laboral dos trabalhadores dependerá sempre dos seus traços pessoais e do contexto de trabalho, das suas interpretações, da atribuição de significado, da sua própria forma de trabalhar e da sua resiliência. Posto isto, para que a realidade laboral seja espelhada da melhor forma, deve ser o próprio trabalhador a responder ao instrumento de recolha de dados.

O questionário do presente estudo foi constituído por três grupos, sendo o primeiro referente à caracterização sociodemográfica e socioprofissional dos enfermeiros, o segundo grupo foi constituído pela SHAW (Salas-Vallina & Alegre, 2018a; Queirós et al., 2020) para avaliação da felicidade no trabalho e o terceiro por duas questões, onde foi solicitado ao participante que descrevesse resumidamente o incidente crítico que mais o marcou na sua vida profissional e há quanto tempo ocorreu, e pela IES-R (Weiss & Marmar, 1997; Matos et al., 2011) de forma a avaliar o nível de trauma psicológico.

A SHAW (Salas-Vallina & Alegre, 2018a; Queirós et al., 2020) é uma escala constituída por nove itens, relativos às dimensões de *engagement*, satisfação com o trabalho e compromisso organizacional afetivo (tendo cada dimensão três itens). O *engagement* procura “capturar entusiasmo, paixão, emoção no trabalho e estados mentais positivos relacionados com vigor, dedicação e absorção” (Salas-Vallina & Alegre, 2018a, p.4). A satisfação com o trabalho procura avaliar as condições de trabalho, a *performance* e estados emocionais positivos relacionados com o trabalho. Contrariamente ao *engagement* (relacionado com a disposição e estado emotivo do trabalhador durante o seu trabalho), a satisfação com o trabalho refere-se a juízos ou opiniões sobre as condições de trabalho (como salário, oportunidades de carreira, relações com os pares e com a gestão, etc). O compromisso organizacional afetivo considera a parte afetiva, relacional e sentimental do trabalho e o compromisso organizacional que daí advém. A escala está organizada em formato de resposta tipo *Likert*, pontuada de 1 a 7 (1 – Discordo totalmente a 7 – Concordo totalmente). Quanto maior for a pontuação, mais feliz será o indivíduo no trabalho (Salas-Vallina & Alegre, 2018a; Queirós et al., 2020).

No que concerne à escala SHAW, foi utilizada a versão atualmente em curso para adaptação portuguesa num projeto de investigação a decorrer na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (Queirós et al., 2020), com processo de tradução e retroversão e adequado Alfa de *Cronbach* (0,940 para o total dos itens). Para tal, foram contactados diretamente os autores, que cederam a sua tradução dos itens para uso neste estudo.

Na Tabela 19 encontram-se as dimensões e itens da SHAW.

Tabela 19. Dimensões e itens da SHAW (Salas-Vallina & Alegre, 2018a; Queirós et al., 2020)

Dimensões	Itens
Engagement	1.No meu trabalho sinto-me com força e energia
	2.Estou entusiasmado com o meu trabalho
	3. Quando estou a trabalhar “deixo-me ir” e o tempo “voa”
Satisfação com o Trabalho	4. Estou satisfeito com o tipo de trabalho que executo
	5. Estou satisfeito com o salário que recebo pelo meu trabalho
	6. Estou satisfeito com as oportunidades de carreira (promoção) que existem no meu trabalho
Compromisso Afetivo Organizacional	7. Seria muito feliz se passasse o resto da minha carreira nesta empresa
	8. Sinto-me emocionalmente ligado a esta empresa
	9. Tenho um forte sentimento de pertença a esta empresa

A IES-R (Weiss & Marmar, 1997), validada para a população portuguesa por Matos et al. (2011), é uma escala constituída por 22 itens, relativos a três subescalas, pensamentos intrusivos (oito itens), evitamento (oito itens) e hiperativação (seis itens). Os pensamentos intrusivos podem comportar memórias intrusivas recorrentes e angustiantes, sonhos, reações dissociativas, sofrimento psicológico intenso ou reações fisiológicas. A evitação ou esforços para evitar recordar memórias, pensamentos ou sentimentos relacionados com o evento traumático também são um dos critérios da PPST. Por último, a hiperativação está associada a hipervigilância, problemas de concentração e sono, respostas exageradas e sobressaltadas, irritação e comportamento imprudente e autodestrutivo (APA, 2014). A escala é do tipo *Likert*, de 5 pontos, pontuada de 0 a 4 (0 – Nada; 1 – Um pouco; 2 – Moderado; 3 – Bastante; 4 - Mesmo muito), conforme o grau de sofrimento/perturbação causado pelos sintomas. Os resultados da escala oscilam entre 0 e 88, sendo que *scores* superiores a 33 indicam probabilidade de PPST.

Na Tabela 20 encontram-se as subescalas e respetivos itens da IES-R.

Tabela 20. Subescalas e itens da IES-R (Weiss & Marmar, 1997; Matos et al., 2011)

Subescalas	Itens
Pensamentos Intrusivos	1.Qualquer coisa que me lembrasse do acontecimento trazia de volta sentimentos sobre isso
	2. Tive dificuldades em permanecer a dormir
	3. Outras coisas persistiam em fazer-me pensar naquilo
	6. Pensei sobre isso quando não era minha intenção
	9. Imagens do acontecimento vinham-me a cabeça
	14. Dei por mim a agir ou sentir como se estivesse de novo naquela situação
	16. Tive ondas de sentimentos intensos em relação ao acontecimento
	20. Sonhei com isso
Continua	

Evitamento	5. Tentei não ficar perturbado quando pensava nisso ou era lembrado disso
	7. Senti como se aquilo não tivesse acontecido ou não fosse real
	8. Evitei estar perto de coisas que me lembrassem disso
	11. Tentei não pensar no acontecimento
	12. Tinha consciência que ainda tinha muitos sentimentos sobre isso, mas não lidava com eles
	13. Sentia-me como se estivesse anestesiado em relação a isso
	17. Tentei tirar isso da memória
Hiperativação	22. Tentei não falar sobre isso
	4. Sentia-me irritável e zangado
	10. Estava agitado e ficava nervoso com facilidade
	15. Tive dificuldades em adormecer
	18. Tive dificuldades em me concentrar
	19. Coisas que me lembravam o acontecimento provocavam-me reações físicas, como transpiração, dificuldades em respirar, enjoos, palpitações
21. Senti-me alerta e vigilante	

No subcapítulo seguinte será abordada a fidelidade das escalas utilizadas no presente estudo.

2.5.1 Fidelidade das escalas

Segundo Fortin (2009), o instrumento de recolha de dados, para ser considerado fiel, necessita ser analisado segundo certos critérios, de forma a verificar se reproduzem efetivamente o que se pretende avaliar e se os dados que ele produziu são comparáveis em situações análogas.

A fidelidade refere-se assim à precisão e constância dos resultados obtidos pelo instrumento de medida, ou seja, se é capaz de realizar várias medições face ao mesmo objeto e obter resultados semelhantes. Esta propriedade abrange vários critérios de verificação, contudo, os três centrais são a estabilidade temporal ou reprodutibilidade, a equivalência ou grau de concordância entre observadores e a consistência interna (Fortin, 2009).

A consistência interna é o critério que se refere à homogeneidade dos enunciados do instrumento de medida, analisando se mede efetivamente um só conceito. Esta é estimada pelas correlações ou covariâncias de todos os enunciados do instrumento, analisados de forma simultânea. A técnica utilizada para verificar a consistência interna do instrumento

de medida do presente estudo foi o cálculo do coeficiente Alfa de *Cronbach*, visto que é adequado face à utilização de escalas tipo *Likert* (Fortin, 2009).

O Alfa de *Cronbach* (α) permite avaliar até que ponto o enunciado do instrumento de medida mede um conceito da mesma forma que os outros. Este coeficiente deve ser reavaliado sempre que os instrumentos sejam utilizados e pode-se definir como a proporção de variabilidade nas respostas resultante de diferenças nos sujeitos ou nas suas opiniões e não de diferentes interpretações na leitura dos itens (Fortin, 2009).

O valor do Alfa de *Cronbach* deve ser positivo, podendo variar entre zero e um, sendo que a sua leitura deverá ser feita de acordo com os valores padrão apresentados na Tabela 21 (Vilelas, 2017).

Tabela 21. Valores Alfa *Cronbach* e respetiva classificação qualitativa da consistência interna (Vilelas, 2017)

Valores de Alfa de Cronbach	Classificação da Consistência Interna
> 0,9	Muito boa
Entre 0,9 e 0,8	Boa
Entre 0,8 e 0,7	Razoável
Entre 0,7 e 0,6	Fraca
< 0,6	Inadmissível

Nas Tabelas 22 e 23 encontram-se os valores da consistência interna das escalas SHAW (Salas-Vallina & Alegre, 2018a; Queirós et al., 2020) e IES-R (Weiss & Marmar, 1997; Matos et al., 2011), respetivamente, do presente estudo e de estudos de outros investigadores.

Tabela 22. Coeficiente Alfa de *Cronbach* da SHAW (total e respetivas dimensões)

SHAW	Nº de Itens	Valores de Coeficiente Alfa Cronbach			
		Salas-Vallina & Alegre, 2018a	Salas-Vallina & Alegre, 2018b	Salas-Vallina et al., 2020	Presente estudo
SHAW Total	9	0,92	0,94	0,91	0,867
<i>Engagement</i>	3	0,96	-	-	0,866
Satisfação com o trabalho	3	0,89	-	-	0,631
Compromisso Organizacional Afetivo	3	0,93	-	-	0,851

De acordo com os dados da Tabela 22, os valores do coeficiente Alfa de *Cronbach* relativos à SHAW total de outros estudos, embora hajam poucos, acompanhados de algumas lacunas quanto aos coeficientes relativos às dimensões, são todos superiores a 0,90, representativos de uma consistência interna muito boa. O valor do coeficiente para a

SHAW total do presente estudo foi de 0,867, representativo de uma boa consistência interna.

Quanto aos coeficientes de Alfa de *Cronbach* relativos às dimensões, o presente estudo apresentou um valor de 0,866 para a dimensão *engagement*, 0,631 para a dimensão de satisfação com o trabalho e 0,851 para o compromisso organizacional afetivo. Comparando os valores do presente estudo com os valores do estudo de Salas-Vallina & Alegre (2018a), embora os valores do primeiro tenham sido inferiores aos do segundo, em ambos, o coeficiente de Alfa de *Cronbach* foi menor na dimensão satisfação com o trabalho, tendo todos os coeficientes valores acima de 0,60, representando uma consistência interna adequada.

Tabela 23. Coeficiente Alfa de *Cronbach* da IES-R (total e respectivas subescalas)

IES-R	Nº de Itens	Valores de Coeficiente Alfa Cronbach				
		Weiss e Marmar, 1997	Matos et al., 2011	Lima et al., 2018	Marques, 2020	Presente estudo
IES-R Total	22	-	0,96	0,94	0,95	0,928
Pensamentos Intrusivos	8	0,87-0,94	0,96	0,88	0,91	0,874
Evitamento	8	0,84-0,87	0,96	0,81	0,84	0,798
Hiperativação	6	0,79-0,91	0,96	0,87	0,88	0,834

Dado os valores do coeficiente Alfa de *Cronbach* apresentados na Tabela 23, pode-se afirmar que a IES-R total apresenta uma consistência interna muito boa, com valores acima dos 0,90 em todos os estudos. Relativamente às três subescalas, em todos os estudos, os valores estiveram compreendidos entre uma consistência interna boa e uma consistência interna muito boa.

O presente estudo não foi exceção, tendo um coeficiente de Alfa de *Cronbach* para a IES-R total de 0,928. No que concerne às subescalas, no presente estudo e nos estudos de Marques (2020), Matos et al. (2011) e Lima et al. (2018), a subescala com coeficientes menores foi a de evitamento. Todas as subescalas da IES-R do presente estudo apresentaram valores bons de consistência interna.

No subcapítulo seguinte serão abordados os procedimentos e considerações éticas do presente estudo.

2.6 Procedimentos e considerações éticas

O presente estudo integra o projeto multicêntrico e internacional INT-SO: Dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha, sendo que o instrumento de colheita de dados foi cedido e autorizado pelos membros do projeto, tendo sido feitos alguns ajustes de acordo com a população alvo e a variável principal em estudo.

Em primeiro lugar, e de forma a tornar viável o estudo, solicitou-se aos Conselhos de Administração e às Comissões de Ética de ambas as instituições (Unidade Hospitalar e Unidade de Saúde) as autorizações formais para a aplicação do estudo.

Após concedidas as devidas autorizações, os enfermeiros diretores de ambas as instituições foram contactados, de forma a serem apresentados o teor e objetivo do estudo e os respetivos procedimentos de recolha de dados. Foi também pedido o levantamento do número de enfermeiros a exercerem funções há mais de seis meses na instituição e que se encontrassem no ativo durante o período delimitado para a colheita de dados.

Os enfermeiros diretores de cada instituição entraram em contacto com os enfermeiros chefes de cada serviço, de forma a alertá-los do período de recolha de dados.

O processo de recolha de dados ocorreu no mês de setembro de 2020 na Unidade Hospitalar e na Unidade de Saúde. Os questionários e consentimentos informados impressos e envelopes foram disponibilizados a cada enfermeiro chefe/enfermeiro responsável de cada serviço, após breve contacto para informação e clarificação de dúvidas, nas duas instituições. Após 15 dias a investigadora recolheu o material, junto dos enfermeiros chefes/responsáveis, tendo este sido previamente colocado em envelope fechado (questionário).

O anonimato dos questionários foi garantido, sendo que em nenhum local foi pedido o nome ou número identificativo (interno ou mecanográfico) do participante nem houve contacto direto entre investigador e participantes.

Sendo que os direitos e interesses dos participantes no processo investigativo prevalecem sempre sobre qualquer outro objetivo, o presente estudo respeitará os princípios definidos na Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, que engloba os princípios éticos na investigação em seres humanos (Associação Médica Mundial, 2013), bem como os

princípios da Convenção de Oviedo, aprovado pela Resolução da Assembleia da República nº 1/2001, que diz respeito à proteção dos direitos e da dignidade do Homem relativamente à prática da biologia e medicina.

Desta forma, a proteção pela “vida, saúde, dignidade, integridade, direito à autodeterminação, privacidade e confidencialidade da informação pessoal dos participantes” (Associação Médica Mundial, 2013, p. 1) foram os pilares da consecução deste estudo, sendo que a investigadora teve sempre presente os princípios do respeito, da igualdade e da verdade, tendo como meta a excelência do exercício da profissão de enfermagem.

2.7 Tratamento de dados

A análise dos dados recolhidos foi realizada com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.0. Através do programa foi realizado o tratamento dos dados, recorrendo à estatística descritiva e inferencial, tendo por base as variáveis do estudo.

No que concerne à caracterização da amostra, procedeu-se à análise de frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média e mediana) e desvio padrão.

A consistência interna das escalas SHAW e IES-R foi calculada através do coeficiente Alfa de *Cronbach*, o qual avalia até que ponto o enunciado do instrumento mede um conceito da mesma forma que os outros (Fortin, 2009), variando entre zero e um (Vilelas, 2017).

A estatística inferencial permite prever o comportamento ou determinadas características da população total, através de inferências realizadas nos dados obtidos numa determinada amostra dessa população (Fortin, 2009). Desta forma, com o objetivo de realizar previsões e retirar conclusões para um domínio mais vasto, foram escolhidos testes estatísticos de acordo com o tipo e nível de medida das variáveis em análise e dos princípios respetivos.

Sendo que os testes estatísticos paramétricos e não paramétricos apresentam métodos de cálculo do valor de p ou valor probabilístico diferentes (Vilelas, 2017), de forma a não

enviesar os resultados e assegurar que são significativos, utilizou-se um valor de p preciso, denominado significância inferior ou igual a 0,05 ($p \leq 0,05$) (Polit et al., 2004).

De forma a utilizarmos testes estatísticos específicos, é necessário garantir que determinados pressupostos são cumpridos. Em determinadas variáveis, os sub-grupos não obtiveram o valor mínimo de 30 elementos, pelo que se realizaram testes não paramétricos nesses casos. Recorreu-se ao teste *Mann-Whitney (U)*, na presença de duas amostras independentes e ao teste *Kruskal-Wallis (H)* na presença de três ou mais amostras independentes (Vilelas, 2017). Quando os pressupostos para a realização de testes paramétricos se verificaram, nomeadamente a existência de 30 ou mais elementos nos sub-grupos, foi utilizado o teste *t de student (t)*, para amostras independentes, de forma a comparar médias.

De maneira a avaliar a relação entre duas variáveis escalares, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson (r)*, visto que através dele é possível verificar com precisão o grau de associação entre esse tipo de variáveis (Vilelas, 2017). Este coeficiente permite saber qual a forma e intensidade da relação entre duas variáveis, estando compreendido entre -1 e 1. Valores positivos indicam a existência de uma correlação positiva (aumento proporcional dos valores entre variáveis) e valores negativos uma correlação negativa (quando os valores de uma variável aumentam os valores da outra diminuem) (Fortin, 2009; Vilelas, 2017). Na Tabela 24 encontram-se os valores de r e a respetiva classificação qualitativa da correlação entre variáveis, sendo que para números negativos aplicam-se as mesmas interpretações.

Tabela 24. Valores coeficiente de correlação de *Pearson* e respetiva classificação qualitativa da correlação (Vilelas, 2017)

Valores de r	Classificação da Correlação
1	Correlação perfeita positiva
Entre 0,8 e 1	Correlação forte positiva
Entre 0,79 e 0,5	Correlação moderada positiva
Entre 0,49 e 0,1	Correlação fraca positiva
Entre 0,09 e 0	Correlação ínfima positiva
0	Sem correlação

Outro aspeto a salientar é que, as não respostas dos itens nas escalas foram substituídas pelo valor médio dos casos válidos dessa variável.

Os resultados do presente estudo serão apresentados no capítulo seguinte, organizados em tabelas, sendo que os valores médios serão apresentados com duas casas decimais.

3. RESULTADOS

No presente capítulo serão apresentados os resultados obtidos, de acordo com os objetivos delineados no início do percurso de investigação e com base no caminho metodológico escolhido. Estes resultados são fruto da aplicação das técnicas de estatística descritiva e inferencial utilizadas, sendo que os mesmos serão apresentados em formato de tabela, salientando os resultados mais relevantes.

3.1 Felicidade no trabalho em enfermeiros

Relativamente aos níveis de felicidade no trabalho dos enfermeiros, encontram-se apresentados na Tabela 25 os resultados relativos à distribuição dos valores da escala SHAW total e respetivas dimensões (média, desvio padrão, máximo e mínimo).

Tabela 25. Distribuição dos valores da média, desvio-padrão, mínimo e máximo da SHAW total e dimensões

SHAW (1-7)	Nº Itens	N	M	DP	Mínimo	Máximo
<i>Engagement</i>	3	113	4,77	1,30	1,33	7
Satisfação com o trabalho	3	113	3,27	1,10	1,33	6,33
Compromisso organizacional afetivo	3	113	4,69	1,40	1	7
SHAW total (9-63)	9	113	4,25	1,05	1,44	6,22

De acordo com os dados da Tabela 25, os enfermeiros relativamente à felicidade no trabalho, apresentaram uma média para a escala SHAW total de 4,25 (DP=1,05), sendo que a dimensão com valores mais elevados foi a de *engagement* e a menor a de satisfação com o trabalho. De forma a ter uma visão mais completa dos dados, e visto que a escala varia de 9 a 63, a média relativa ao somatório foi de 38,21 (DP=9,41).

De forma a analisar o padrão de associação das dimensões da SHAW, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson*, apresentado na Tabela 26.

Tabela 26. Coeficiente de correlação de *Pearson* entre a SHAW total e dimensões

SHAW	<i>Engagement</i>	Satisfação com o trabalho	Compromisso organizacional afetivo	SHAW total
<i>Engagement</i>	1			
Satisfação com o trabalho	0,558**	1		
Compromisso organizacional afetivo	0,633**	0,365**	1	
SHAW total	0,891**	0,743**	0,835**	1

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tal como está apresentado na Tabela 26, as correlações entre as dimensões da SHAW demonstraram ser todas estatisticamente significativas e situaram-se entre valores positivos moderados a fortes, comprovando que evoluem no mesmo sentido, positivamente.

No subcapítulo seguinte serão apresentadas as relações entre as variáveis sociodemográficas e a SHAW total e respetivas dimensões.

3.2 Relação entre felicidade no trabalho e variáveis sociodemográficas

Na Tabela 27 encontram-se os dados relativos à análise da relação entre algumas das variáveis sociodemográficas (presença de filhos, pessoas dependentes a cargo e atividades de lazer) e a felicidade no trabalho dos enfermeiros, através do teste *t de student*, visto que os pressupostos para utilização de testes paramétricos foram cumpridos.

Tabela 27. Comparação de médias da SHAW total e dimensões em função da presença de filhos, pessoas dependentes a cargo e atividades de lazer

SHAW	Presença de filhos	N	M	DP	t	p
<i>Engagement</i>	Sem filhos	36	4,66	1,22	-0,653	0,515
	Com filhos	77	4,83	1,34		
Satisfação com o trabalho	Sem filhos	36	3,53	1,06	1,722	0,088
	Com filhos	77	3,15	1,10		
Compromisso organizacional afetivo	Sem filhos	36	4,57	1,18	-0,603	0,547
	Com filhos	77	4,74	1,49		
SHAW total	Sem filhos	36	4,25	0,95	0,057	0,955
	Com filhos	77	4,24	1,09		
SHAW	Pessoas dependentes a cargo	N	M	DP	t	p
<i>Engagement</i>	Sim	52	4,61	1,35	-1,134	0,259
	Não	59	4,89	1,26		
Satisfação com o trabalho	Sim	52	2,98	1,13	-2,723	0,008
	Não	59	3,54	1,03		
Compromisso organizacional afetivo	Sim	52	4,58	1,36	-0,735	0,464
	Não	59	4,77	1,45		
SHAW total	Sim	52	4,05	1,07	-1,738	0,085
	Não	59	4,40	1,02		
SHAW	Atividades de lazer	N	M	DP	t	p
<i>Engagement</i>	Sim	64	4,91	1,33	1,593	0,114
	Não	47	4,52	1,20		
Satisfação com o trabalho	Sim	64	3,50	1,15	2,665	0,009
	Não	47	2,95	0,96		
Compromisso organizacional afetivo	Sim	64	4,63	1,51	-0,341	0,734
	Não	47	4,72	1,23		
SHAW total	Sim	64	4,34	1,12	1,427	0,156
	Não	47	4,06	0,91		

Através da Tabela 27 pode-se aferir que, relativamente à presença de filhos, os resultados demonstraram-se estatisticamente não significativos. Contudo, confere-se uma tendência para médias ligeiramente superiores nos enfermeiros sem filhos na SHAW total e dimensão de satisfação com o trabalho, enquanto se verificaram médias superiores nos enfermeiros com filhos nas dimensões de *engagement* e compromisso organizacional afetivo.

Em relação à variável pessoas dependentes a cargo, existiram diferenças estatisticamente significativas para a dimensão de satisfação com o trabalho, sendo que os enfermeiros sem pessoas dependentes a cargo apresentaram médias superiores.

No que concerne às atividades de lazer para além do horário de trabalho, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na dimensão de satisfação com o trabalho, onde enfermeiros que realizam atividades de lazer apresentaram médias superiores.

A relação entre a SHAW total e respectivas dimensões e as variáveis sexo, estado civil e ajuda externa relativa à prestação de cuidados foram calculadas através do teste *Mann-Whitney* e encontram-se na Tabela 28.

Tabela 28. Teste de *Mann-Whitney (U)* da SHAW total e dimensões em função do sexo, estado civil e ajuda externa relativa à prestação de cuidados

SHAW	Sexo	N	Mean Rank	U	p
<i>Engagement</i>	Feminino	101	55,22	426,000	0,203
	Masculino	11	68,27		
Satisfação com o trabalho	Feminino	101	54,27	330,500	0,027
	Masculino	11	76,95		
Compromisso organizacional afetivo	Feminino	101	55,17	421,000	0,186
	Masculino	11	68,73		
SHAW total	Feminino	101	54,57	360,500	0,056
	Masculino	11	74,23		
SHAW	Estado Civil	N	Mean Rank	U	p
<i>Engagement</i>	Com parceiro	85	57,45	1151,500	0,797
	Sem parceiro	28	55,63		
Satisfação com o trabalho	Com parceiro	85	55,35	1049,500	0,347
	Sem parceiro	28	62,02		
Compromisso organizacional afetivo	Com parceiro	85	58,24	1085,000	0,483
	Sem parceiro	28	53,25		
SHAW total	Com parceiro	85	57,12	1180,000	0,947
	Sem parceiro	28	56,64		
SHAW	Ajuda externa relativa à prestação de cuidados	N	Mean Rank	U	p
<i>Engagement</i>	Tem ajuda	28	25,77	300,500	0,882
	Não tem ajuda	22	25,16		
Satisfação com o trabalho	Tem ajuda	28	24,70	285,500	0,657
	Não tem ajuda	22	26,52		
Compromisso organizacional afetivo	Tem ajuda	28	23,66	256,500	0,311
	Não tem ajuda	22	27,84		
SHAW total	Tem ajuda	28	24,63	283,500	0,632
	Não tem ajuda	22	26,61		

Quanto ao sexo, existiram diferenças estatisticamente significativas entre mulheres e homens relativamente à dimensão de satisfação com o trabalho, onde os homens apresentaram maior satisfação com o trabalho do que as mulheres.

Relativamente ao estado civil, os resultados não se demonstraram estatisticamente significativos, contudo, verificou-se uma tendência para os enfermeiros com parceiro se posicionarem num nível superior na SHAW total e nas dimensões de *engagement* e compromisso organizacional afetivo.

No que concerne à ajuda externa relativa à prestação de cuidados, não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Porém, os enfermeiros sem ajuda externa apresentaram tendência para valores mais elevados na SHAW total e dimensões de

satisfação com o trabalho e compromisso organizacional afetivo, enquanto os enfermeiros com ajuda apresentaram uma tendência para valores ligeiramente mais elevados na dimensão de *engagement*.

Na Tabela 29 encontram-se explanados os dados que resultaram da aplicação do teste *Kruskall-Wallis*, realizado entre a SHAW total e dimensões e a variável idade.

Tabela 29. Teste *Kruskall-Wallis* (*H*) da SHAW total e dimensões em função da idade

SHAW	Idade	N	Mean Rank	H	p
<i>Engagement</i>	≤ 30 anos	19	60,29	1,632	0,803
	31 – 40 anos	35	50,96		
	41 – 50 anos	31	56,23		
	51 – 60 anos	20	50,58		
	≥ 61 anos	2	47,25		
Satisfação com o trabalho	≤ 30 anos	19	73,58	10,879	0,028
	31 – 40 anos	35	50,49		
	41 – 50 anos	31	46,76		
	51 – 60 anos	20	50,78		
	≥ 61 anos	2	74,00		
Compromisso organizacional afetivo	≤ 30 anos	19	55,32	2,102	0,717
	31 – 40 anos	35	50,81		
	41 – 50 anos	31	60,00		
	51 – 60 anos	20	49,00		
	≥ 61 anos	2	54,25		
SHAW total	≤ 30 anos	19	64,32	3,009	0,556
	31 – 40 anos	35	50,99		
	41 – 50 anos	31	54,55		
	51 – 60 anos	20	48,83		
	≥ 61 anos	2	52,00		

No que concerne à idade, foram encontrados resultados estatisticamente significativos na dimensão satisfação com o trabalho, sendo que enfermeiros com 61 ou mais anos apresentaram níveis superiores de satisfação com o trabalho, seguindo-se o grupo de 30 ou menos anos, o grupo de 51 a 60 anos, o grupo de 31 a 40 anos e por fim o grupo de 41 a 50 anos. De salientar que seis enfermeiros optaram por não assinalar a sua idade.

No subcapítulo seguinte serão apresentadas as relações entre as variáveis socioprofissionais e a SHAW total e respetivas dimensões.

3.3 Relação entre felicidade no trabalho e variáveis socioprofissionais

Na Tabela 30 encontram-se os resultados da aplicação do teste *t* de *student*, relativo à SHAW total e dimensões em função das variáveis tempo de experiência profissional e horário de trabalho.

Tabela 30. Comparação de médias da SHAW total e dimensões em função do tempo de experiência profissional e do horário de trabalho

SHAW	Tempo de Experiência Profissional	N	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Engagement</i>	<16 anos	49	4,74	1,36	-0,234	0,815
	≥16 anos	64	4,80	1,26		
Satisfação com o trabalho	<16 anos	49	3,34	1,11	0,527	0,599
	≥16 anos	64	3,23	1,10		
Compromisso organizacional afetivo	<16 anos	49	4,65	1,23	-0,247	0,805
	≥16 anos	64	4,72	1,52		
SHAW total	<16 anos	49	4,24	1,07	-0,022	0,982
	≥16 anos	64	4,25	1,04		
SHAW	Horário de Trabalho	N	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Engagement</i>	Fixo	72	4,69	1,34	-0,778	0,438
	Rotativo	40	4,89	1,23		
Satisfação com o trabalho	Fixo	72	3,15	1,06	-1,498	0,137
	Rotativo	40	3,48	1,15		
Compromisso organizacional afetivo	Fixo	72	4,61	1,58	-0,837	0,404
	Rotativo	40	4,82	1,02		
SHAW total	Fixo	72	4,15	1,10	-1,178	0,241
	Rotativo	40	4,40	0,94		

Em relação à variável tempo de experiência profissional, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos, embora tenha existido uma tendência para médias mais elevadas quanto à SHAW total e dimensões de *engagement* e compromisso organizacional afetivo nos enfermeiros com 16 ou mais anos de experiência profissional.

No que diz respeito à variável horário de trabalho, também não foram encontrados resultados estatisticamente significativos. Contudo, os enfermeiros com horário rotativo posicionaram-se em níveis ligeiramente superiores na SHAW total e todas as dimensões.

Na Tabela 31 estão apresentados os resultados da aplicação do teste *Mann Whitney* relativamente à escala SHAW total e respetivas dimensões em função do local de trabalho, habilitações académicas e vínculo com a instituição.

Tabela 31. Teste de *Mann Whitney (U)* da SHAW total e dimensões em função do local de trabalho, habilitações académicas e vínculo com a instituição

SHAW	Local de Trabalho	N	Mean Rank	U	p
<i>Engagement</i>	Unidade Hospitalar	90	58,61	890,000	0,299
	Unidade de Saúde	23	50,70		
Satisfação com o trabalho	Unidade Hospitalar	90	57,88	955,500	0,568
	Unidade de Saúde	23	53,54		
Compromisso organizacional afetivo	Unidade Hospitalar	90	55,69	917,000	0,398
	Unidade de Saúde	23	62,13		
SHAW total	Unidade Hospitalar	90	57,58	982,500	0,708
	Unidade de Saúde	23	54,72		
SHAW	Habilitações Académicas	N	Mean Rank	U	p
<i>Engagement</i>	Bacharelato/Licenciatura	83	54,70	1054,000	0,318
	Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento	29	61,66		
Satisfação com o trabalho	Bacharelato/Licenciatura	83	55,40	1112,500	0,543
	Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento	29	59,64		
Compromisso organizacional afetivo	Bacharelato/Licenciatura	83	54,47	1035,000	0,261
	Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento	29	62,31		
SHAW total	Bacharelato/Licenciatura	83	54,99	1078,000	0,404
	Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento	29	60,83		
SHAW	Vínculo com a Instituição	N	Mean Rank	U	p
<i>Engagement</i>	Precário	2	58,50	106,000	0,930
	Definitivo	110	56,46		
Satisfação com o trabalho	Precário	2	70,50	82,000	0,536
	Definitivo	110	56,25		
Compromisso organizacional afetivo	Precário	2	25,25	47,500	0,168
	Definitivo	110	57,07		
SHAW total	Precário	2	46,00	89,000	0,644
	Definitivo	110	56,69		

Relativamente à variável local de trabalho, os resultados não se revelaram estatisticamente significativos. Contudo, tendencialmente, os enfermeiros da unidade hospitalar apresentaram níveis superiores na SHAW total e nas dimensões de *engagement* e satisfação com o trabalho. Na dimensão de compromisso organizacional afetivo, os enfermeiros da unidade de saúde posicionaram-se em níveis bastante superiores relativamente aos enfermeiros da unidade hospitalar.

No que concerne às habilitações académicas, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos, embora os enfermeiros com pós-graduação/mestrado/doutoramento posicionaram-se tendencialmente em níveis superiores na SHAW total e em todas as dimensões.

Em relação ao vínculo com a instituição, não se verificaram resultados estatisticamente significativos. Contudo, encontrou-se uma tendência para os enfermeiros com vínculo definitivo apresentarem valores superiores na SHAW total e na dimensão de compromisso organizacional afetivo, opondo-se aos valores tendencialmente superiores nos enfermeiros com vínculo precário nas dimensões de *engagement* e satisfação com o trabalho.

Na Tabela 32 encontra-se a aplicação do teste *Kruskall-Wallis* tendo em conta a SHAW total e dimensões em função da categoria profissional dos enfermeiros.

Tabela 32. Teste *Kruskall-Wallis* (*H*) da SHAW total e dimensões em função da categoria profissional

SHAW	Categoria Profissional	N	Mean Rank	H	p
<i>Engagement</i>	Enfermeiro generalista	82	57,48	0,950	0,622
	Enfermeiro especialista	20	57,23		
	Enfermeiro gestor	10	47,00		
Satisfação com o trabalho	Enfermeiro generalista	82	55,96	1,964	0,374
	Enfermeiro especialista	20	52,28		
	Enfermeiro gestor	10	69,40		
Compromisso organizacional afetivo	Enfermeiro generalista	82	57,46	0,292	0,864
	Enfermeiro especialista	20	53,25		
	Enfermeiro gestor	10	55,15		
SHAW total	Enfermeiro generalista	82	56,89	0,082	0,960
	Enfermeiro especialista	20	56,25		
	Enfermeiro gestor	10	53,80		

Relativamente à variável categoria profissional, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos, embora, na dimensão de satisfação com o trabalho os enfermeiros gestores tenham apresentado uma tendência para valores de *mean rank* bastante mais elevados, enquanto na SHAW total e restantes dimensões, os enfermeiros generalistas apresentaram tendência para valores superiores.

No subcapítulo seguinte será realizada a análise dos níveis de trauma psicológico dos enfermeiros.

3.4 Trauma psicológico em enfermeiros

Através da aplicação da IES-R foi possível aferir que 100% dos enfermeiros vivenciaram pelo menos um incidente crítico que marcou o seu percurso profissional. Na Tabela 33

encontram-se as frequências absolutas e relativas quanto ao tipo de incidentes críticos referidos pelos enfermeiros.

Tabela 33. Incidentes críticos que marcaram a atividade profissional dos enfermeiros

Incidente crítico	N	%
Morte	51	45,1
Impotência Profissional	33	29,2
Agressão	10	8,8
Contacto com vítima de acidente	6	5,3
Contacto com vítima de agressão	2	1,8
Outro	11	9,7

Como se pode observar na Tabela 33, a situação de morte foi o incidente crítico mais frequentemente apontado pelos enfermeiros (45,1%), seguindo-se situações de impotência profissional (29,2%), situações de agressão (8,8%), contacto com vítima de acidente (5,3%) e contacto com vítima de agressão (1,8%).

Para além dos eventos críticos contemplados nas hipóteses de resposta, os enfermeiros referiram outros incidentes críticos, como por exemplo situações de morte e impotência profissional em simultâneo, agressão verbal, morte de criança, *bullying*, transmissão de más notícias, conflito inter-pares e conflito com familiar de utente.

Na Tabela 34 está apresentado o tempo de ocorrência do incidente crítico indicado pelos enfermeiros.

Tabela 34. Tempo de ocorrência do incidente crítico vivenciado

Tempo	N	%
< 6 meses	14	12,4
6 – 12 meses	11	9,7
> 12 meses	86	76,1

Relativamente aos dados da Tabela 34, os incidentes críticos apontados pelos enfermeiros aconteceram maioritariamente há mais de 12 meses (76,1%), seguindo-se o período de há menos de seis meses (12,4%) e entre seis e 12 meses (9,7%).

Na Tabela 35 apresentam-se os resultados relativos à distribuição dos valores da escala IES-R total e respetivas subescalas (média, desvio padrão, máximo e mínimo).

Tabela 35. Distribuição dos valores da média, desvio-padrão, mínimo e máximo da IES-R total e subescalas

IES-R (0 - 4)	Nº Itens	N	M	DP	Mínimo	Máximo
Pensamentos intrusivos	8	113	1,28	0,72	0	3,75
Evitamento	8	113	1,19	0,68	0	2,88
Hiperativação	6	113	0,84	0,71	0	3,50
IES-R total (0 - 88)	22	113	24,76	13,91	0	74

Como é possível observar na Tabela 35, relativamente aos valores da IES-R total, os enfermeiros apresentaram uma média de 24,76 (DP=13,91), tendo em consideração que *scores* superiores a 33 indicam probabilidade acrescida de trauma psicológico. A subescala com valores mais elevados foi a de pensamentos intrusivos e a subescala com valores menores foi a de hiperativação.

Na Tabela 36 está apresentada a correlação de *Pearson* entre a IES-R e respetivas subescalas, de forma a avaliar o padrão de associação das mesmas.

Tabela 36. Coeficiente de correlação de *Pearson* entre a IES-R total e subescalas

IES-R	Pensamentos intrusivos	Evitamento	Hiperativação	IES-R total
Pensamentos intrusivos	1			
Evitamento	0,717**	1		
Hiperativação	0,782**	0,644**	1	
IES-R total	0,933**	0,883**	0,881**	1

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

As correlações entre a IES-R total e respetivas subescalas demonstraram-se todas positivas, estatisticamente significativas e entre valores moderados a fortes. A associação entre a IES-R total e a subescala de pensamentos intrusivos foi a mais elevada.

Os dados relativos à prevalência de trauma psicológico, tendo em conta *scores* superiores ou iguais a 33 para a IES-R, estão apresentados na Tabela 37.

Tabela 37. Prevalência de trauma psicológico nos enfermeiros, de acordo com os *scores* obtidos pela aplicação da escala IES-R

Prevalência de trauma psicológico	N	%
Sem trauma (Score <33)	86	76,1
Com trauma (Score ≥33)	27	23,9

Tal como indicado na Tabela 37, a prevalência de trauma psicológico nos enfermeiros foi de 23,9%.

Na Tabela 38 encontram-se explanados os dados que resultaram da aplicação do teste *Kruskall-Wallis*, realizado entre a IES-R total e subescalas e o tempo em que ocorreu o incidente crítico mencionado pelos enfermeiros.

Tabela 38. Teste *Kruskall-Wallis (H)* da IES-R total e subescalas em função do tempo em que ocorreu o incidente crítico

IES-R	Tempo de Ocorrência do Incidente Crítico	N	Mean Rank	H	p
Pensamentos intrusivos	< 6 meses	14	48,29	1,596	0,450
	6 – 12 meses	11	49,64		
	> 12 meses	86	58,07		
Evitamento	< 6 meses	14	42,61	2,966	0,227
	6 – 12 meses	11	54,00		
	> 12 meses	86	58,44		
Hiperativação	< 6 meses	14	51,36	0,753	0,686
	6 – 12 meses	11	62,55		
	> 12 meses	86	55,92		
IES-R total	< 6 meses	14	47,32	1,382	0,501
	6 – 12 meses	11	53,00		
	> 12 meses	86	57,80		

Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos entre o tempo de ocorrência do evento crítico e a IES-R total e respectivas subescalas. Contudo, na IES-R total e nas subescalas de pensamentos intrusivos e evitamento, os eventos ocorridos há mais de 12 meses apresentaram tendência para médias superiores. Na subescala de hiperativação, destaca-se, com uma média tendencialmente superior, o período de seis a 12 meses.

Na subcapítulo seguinte serão apresentados os resultados relativos à relação entre a IES-R total e respectivas subescalas e as variáveis sociodemográficas.

3.5 Relação entre trauma psicológico e variáveis sociodemográficas

Na Tabela 39 estão apresentados os resultados da análise da relação entre algumas das variáveis sociodemográficas (presença de filhos, pessoas dependentes a cargo atividades de lazer) e o trauma psicológico dos enfermeiros, através do teste *t* de *student*, visto que os pressupostos para utilização dos testes paramétricos foram cumpridos.

Tabela 39. Comparação de médias da IES-R total e subescalas em função da presença de filhos, pessoas dependentes a cargo e atividades de lazer

IES-R	Presença de filhos	N	M	DP	t	p
Pensamentos intrusivos	Sem filhos	36	1,05	0,74	-2,351	0,020
	Com filhos	77	1,38	0,69		
Evitamento	Sem filhos	36	1,05	0,72	-1,519	0,132
	Com filhos	77	1,26	0,65		
Hiperativação	Sem filhos	36	0,70	0,64	-1,401	0,164
	Com filhos	77	0,90	0,73		
IES-R total	Sem filhos	36	20,99	14,03	-1,997	0,048
	Com filhos	77	26,52	13,59		
IES-R	Pessoas dependentes a cargo	N	M	DP	t	p
Pensamentos intrusivos	Sim	52	1,40	0,74	1,634	0,105
	Não	59	1,18	0,70		
Evitamento	Sim	52	1,21	0,59	0,420	0,675
	Não	59	1,16	0,76		
Hiperativação	Sim	52	0,92	0,78	1,090	0,278
	Não	59	0,78	0,64		
IES-R total	Sim	52	26,48	14,05	1,168	0,245
	Não	59	23,37	13,96		
IES-R	Atividades de lazer	N	M	DP	t	p
Pensamentos intrusivos	Sim	64	1,15	0,58	-1,979	0,051
	Não	47	1,43	0,84		
Evitamento	Sim	64	1,08	0,67	-1,837	0,069
	Não	47	1,31	0,63		
Hiperativação	Sim	64	0,71	0,53	-2,138	0,036
	Não	47	1,01	0,85		
IES-R total	Sim	64	22,11	11,61	-2,310	0,023
	Não	47	28,01	15,29		

Em relação à variável presença de filhos, é possível aferir que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na IES-R total e na subescala de pensamentos intrusivos, sendo que, em ambas, enfermeiros com filhos apresentaram médias superiores.

No que diz respeito à variável pessoas dependentes a cargo, os resultados obtidos não foram estatisticamente significativos. Contudo, as médias dos enfermeiros com pessoas dependentes a cargo foram tendencialmente superiores na IES-R total e respetivas subescalas.

Pela Tabela 39 constata-se também que a variável atividades de lazer apresentou resultados estatisticamente significativos em relação à IES-R total e subescala de hiperativação. Em ambas as situações, enfermeiros que não realizam atividades de lazer para além do horário de trabalho apresentaram níveis mais elevados de trauma psicológico e de hiperativação.

A relação entre a IES-R total e respectivas subescalas e as variáveis sexo, estado civil e ajuda externa relativa à prestação de cuidados foram calculadas através do teste *Mann-Whitney* e encontram-se na Tabela 40.

Tabela 40. Teste de *Mann-Whitney (U)* da IES-R total e subescalas em função do sexo, estado civil e ajuda externa relativa à prestação de cuidados

IES-R	Sexo	N	Mean Rank	U	p
Pensamentos intrusivos	Feminino	101	57,05	499,500	0,583
	Masculino	11	51,41		
Evitamento	Feminino	101	56,34	539,500	0,876
	Masculino	11	57,95		
Hiperativação	Feminino	101	57,10	495,000	0,553
	Masculino	11	51,00		
IES-R total	Feminino	101	56,79	526,500	0,777
	Masculino	11	53,86		
IES-R	Estado Civil	N	Mean Rank	U	p
Pensamentos intrusivos	Com parceiro	85	58,39	1072,000	0,432
	Sem parceiro	28	52,79		
Evitamento	Com parceiro	85	57,75	1126,500	0,672
	Sem parceiro	28	54,73		
Hiperativação	Com parceiro	85	57,90	1113,500	0,609
	Sem parceiro	28	54,27		
IES-R total	Com parceiro	85	57,95	1109,500	0,592
	Sem parceiro	28	54,13		
SHAW	Ajuda externa relativa à prestação de cuidados	N	Mean Rank	U	p
Pensamentos intrusivos	Tem ajuda	28	24,91	291,500	0,747
	Não tem ajuda	22	26,25		
Evitamento	Tem ajuda	28	24,38	276,500	0,537
	Não tem ajuda	22	26,93		
Hiperativação	Tem ajuda	28	22,86	234,000	0,147
	Não tem ajuda	22	28,86		
IES-R total	Tem ajuda	28	23,93	264,1000	0,389
	Não tem ajuda	22	27,50		

Em relação à variável sexo, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos. Contudo, na IES-R total e subescalas de pensamentos intrusivos e hiperativação, as mulheres apresentaram tendencialmente níveis mais elevados.

Quanto ao estado civil, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a IES-R e subescalas. Tendencialmente, os enfermeiros com parceiro posicionaram-se em níveis mais elevados em todas as subescalas e IES-R total.

No que concerne à ajuda externa relativa à prestação de cuidados, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos, embora os enfermeiros sem ajuda tenham apresentado tendência para valores mais elevados em todas as subescalas e IES-R total.

Na Tabela 41 estão apresentados os dados que resultaram da aplicação do teste *Kruskall-Wallis*, realizado entre a IES-R total e subescalas e a variável idade.

Tabela 41. Teste *Kruskall-Wallis* (*H*) da IES-R total e subescalas em função da idade

IES-R	Idade	N	Mean Rank	H	p
Pensamentos intrusivos	≤ 30 anos	19	38,05	6,649	0,156
	31 – 40 anos	35	55,93		
	41 – 50 anos	31	56,71		
	51 – 60 anos	20	61,70		
	≥ 61 anos	2	52,75		
Evitamento	≤ 30 anos	19	41,18	7,881	0,096
	31 – 40 anos	35	52,07		
	41 – 50 anos	31	58,71		
	51 – 60 anos	20	64,80		
	≥ 61 anos	2	28,50		
Hiperativação	≤ 30 anos	19	41,95	6,397	0,171
	31 – 40 anos	35	56,74		
	41 – 50 anos	31	53,18		
	51 – 60 anos	20	58,25		
	≥ 61 anos	2	90,75		
IES-R total	≤ 30 anos	19	39,74	5,619	0,229
	31 – 40 anos	35	54,90		
	41 – 50 anos	31	56,50		
	51 – 60 anos	20	62,13		
	≥ 61 anos	2	53,75		

No que concerne à idade, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos. Contudo, enfermeiros com 51 a 60 anos apresentaram, tendencialmente, níveis mais elevados na IES-R total e nas subescalas de pensamentos intrusivos e evitamento. Na subescala de hiperativação, há uma tendência para níveis mais elevados nos enfermeiros com 61 ou mais anos.

No subcapítulo seguinte será analisada a relação entre as variáveis socioprofissionais e a IES-R e respetivas subescalas.

3.6 Relação entre trauma psicológico e variáveis socioprofissionais

Na Tabela 42 encontram-se os resultados da aplicação do teste *t* de *student*, relativo à IES-R total e subescalas em função das variáveis tempo de experiência profissional e horário de trabalho.

Tabela 42. Comparação de médias da IES-R total e subescalas em função do tempo de experiência profissional e do horário de trabalho

IES-R	Tempo de Experiência Profissional	N	M	DP	t	p
Pensamentos intrusivos	<16 anos	49	1,13	0,70	-1,867	0,065
	≥16 anos	64	1,39	0,73		
Evitamento	<16 anos	49	1,04	0,68	-2,061	0,042
	≥16 anos	64	1,30	0,65		
Hiperativação	<16 anos	49	0,72	0,60	-1,626	0,107
	≥16 anos	64	0,93	0,77		
IES-R total	<16 anos	49	21,69	13,17	-2,080	0,040
	≥16 anos	64	27,11	14,11		
IES-R	Horário de Trabalho	N	M	DP	t	p
Pensamentos intrusivos	Fixo	72	1,44	0,71	3,314	0,001
	Rotativo	40	0,99	0,66		
Evitamento	Fixo	72	1,34	0,61	3,117	0,002
	Rotativo	40	0,94	0,71		
Hiperativação	Fixo	72	0,99	0,77	2,909	0,004
	Rotativo	40	0,59	0,49		
IES-R total	Fixo	72	28,19	13,52	3,518	0,001
	Rotativo	40	19,03	12,64		

No que diz respeito ao tempo de experiência profissional, os resultados demonstraram-se estatisticamente significativos para a IES-R total e subescala de evitamento, sendo que enfermeiros com 16 ou mais anos de experiência profissional apresentaram médias superiores.

Relativamente à variável horário de trabalho, todos os resultados foram estatisticamente significativos, sendo que, na IES-R total e em todas as subescalas, os enfermeiros com horário de trabalho fixo apresentaram médias mais elevadas, representando também níveis de trauma psicológico mais elevados.

Na Tabela 43 estão apresentados os resultados da aplicação do teste *Mann Whitney* relativamente à escala IES-R total e respetivas subescalas em função do local de trabalho, habilitações académicas e do vínculo com a instituição.

Tabela 43. Teste de *Mann Whitney (U)* da IES-R total e subescalas em função do local de trabalho, habilitações académicas e do vínculo com a instituição

IES-R	Local de Trabalho	N	Mean Rank	U	p
Pensamentos intrusivos	Unidade Hospitalar	90	56,07	951,000	0,548
	Unidade de Saúde	23	60,65		
Evitamento	Unidade Hospitalar	90	55,96	941,500	0,504
	Unidade de Saúde	23	61,07		

Continua

Hiperativação	Unidade Hospitalar	90	55,91	937,000	0,483
	Unidade de Saúde	23	61,26		
IES-R total	Unidade Hospitalar	90	55,82	929,000	0,450
	Unidade de Saúde	23	61,61		
IES-R	Habilitações Académicas	N	Mean Rank	U	p
Pensamentos intrusivos	Bacharelato/Licenciatura	83	53,58	961,000	0,107
	Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento	29	64,86		
Evitamento	Bacharelato/Licenciatura	83	56,87	1172,500	0,837
	Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento	29	55,43		
Hiperativação	Bacharelato/Licenciatura	83	54,36	1026,000	0,237
	Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento	29	62,62		
IES-R total	Bacharelato/Licenciatura	83	54,81	1063,000	0,351
	Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento	29	61,34		
IES-R	Vínculo com a Instituição	N	Mean Rank	U	p
Pensamentos intrusivos	Precário	2	6,25	9,500	0,027
	Definitivo	110	57,41		
Evitamento	Precário	2	4,00	5,000	0,021
	Definitivo	110	57,45		
Hiperativação	Precário	2	13,50	24,000	0,058
	Definitivo	110	57,28		
IES-R total	Precário	2	4,25	5,500	0,022
	Definitivo	110	57,45		

Relativamente à variável local de trabalho, os resultados não se revelaram estatisticamente significativos. Contudo, tendencialmente, os enfermeiros da unidade de saúde posicionaram-se em níveis superiores na IES-R total e nas respetivas subescalas.

No que diz respeito às habilitações académicas, também não existiram resultados estatisticamente significativos. Os enfermeiros com pós-graduação/mestrado/doutoramento posicionaram-se em níveis superiores relativamente à IES-R total e subescalas de pensamentos intrusivos e hiperativação.

Quanto à variável vínculo com a instituição, os resultados revelaram-se estatisticamente significativos para a IES-R total e subescalas de pensamentos intrusivos e evitamento, sendo que enfermeiros com vínculo definitivo apresentaram níveis superiores.

Na Tabela 44 encontra-se a aplicação do teste *Kruskal-Wallis* tendo em conta a IES-R total e subescalas em função da categoria profissional dos enfermeiros.

Tabela 44. Teste *Kruskall-Wallis (H)* da IES-R total e subescalas em função da categoria profissional

IES-R	Categoria Profissional	N	Mean Rank	H	p
Pensamentos intrusivos	Enfermeiro generalista	82	53,75	2,213	0,331
	Enfermeiro especialista	20	64,43		
	Enfermeiro gestor	10	63,20		
Evitamento	Enfermeiro generalista	82	55,05	1,369	0,504
	Enfermeiro especialista	20	56,83		
	Enfermeiro gestor	10	67,75		
Hiperativação	Enfermeiro generalista	82	52,76	6,656	0,036
	Enfermeiro especialista	20	60,03		
	Enfermeiro gestor	10	80,10		
IES-R	Enfermeiro generalista	82	53,73	2,920	0,232
	Enfermeiro especialista	20	60,58		
	Enfermeiro gestor	10	71,05		

Em relação à variável categoria profissional, obtiveram-se resultados estatisticamente significativos na subescala de hiperativação, sendo que enfermeiros gestores apresentaram níveis mais elevados, seguindo-se os enfermeiros especialistas e por fim os enfermeiros generalistas.

No subcapítulo seguinte será apresentada a relação entre felicidade no trabalho e trauma psicológico dos enfermeiros.

3.7 Relação entre felicidade no trabalho e trauma psicológico em enfermeiros

Na Tabela 45 estão presentes as correlações de *Pearson* entre a SHAW e dimensões e a IES-R e subescalas.

Tabela 45. Correlação de *Pearson* entre a SHAW e dimensões e a IES-R total e subescalas

SHAW	<i>Engagement</i>	Satisfação com o trabalho	Compromisso organizacional afetivo	SHAW total
IES-R				
Pensamentos intrusivos	-0,086	-0,263**	0,045	-0,108
Evitamento	-0,005	-0,200*	0,039	-0,055
Hiperativação	-0,158	-0,272**	0,075	-0,127
IES-R total	-0,086	-0,270**	0,057	-0,105

Legenda: *p<0,05; **p<0,01

De acordo com os valores das correlações de *Pearson* da Tabela 45, pode-se aferir que existiram resultados estatisticamente significativos para a dimensão satisfação com o trabalho da SHAW com a IES-R total e respectivas subescalas. Todas essas correlações são negativas e fracas, sendo que a subescala de hiperativação apresenta o maior valor, bastante próximo do valor da IES-R total e a subescala de evitamento apresenta o menor valor. Ou seja, quanto maior for a satisfação com o trabalho dos enfermeiros, menor serão os seus níveis de trauma psicológico (IES-R total e subescalas).

No que concerne ao tempo que ocorreu o incidente crítico, foi realizado o teste *Kruskall-Wallis* (Tabela 46).

Tabela 46. Teste *Kruskall-Wallis* (*H*) entre o tempo em que ocorreu o incidente crítico e a SHAW total e dimensões

SHAW	Tempo de Ocorrência do Incidente Crítico	N	Mean Rank	H	p
Engagement	< 6 meses	14	61,18	0,566	0,754
	6 – 12 meses	11	51,77		
	≥ 12 meses	86	55,70		
Satisfação com o trabalho	< 6 meses	14	64,21	1,343	0,511
	6 – 12 meses	11	49,95		
	≥ 12 meses	86	55,44		
Compromisso organizacional afetivo	< 6 meses	14	56,25	3,651	0,161
	6 – 12 meses	11	38,59		
	≥ 12 meses	86	58,19		
SHAW total	< 6 meses	14	61,43	1,089	0,580
	6 – 12 meses	11	47,95		
	≥ 12 meses	86	56,15		

Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos entre o tempo de ocorrência do incidente crítico e a SHAW total e dimensões. Relativamente à SHAW total e dimensões de *engagement* e satisfação com o trabalho, observou-se uma tendência para os valores das *mean rank* serem mais elevadas na categoria de há menos de seis meses.

No capítulo seguinte será apresentada a discussão dos resultados do presente estudo, com base nos objetivos inicialmente propostos.

4. DISCUSSÃO

No presente capítulo será apresentada a discussão dos resultados obtidos e apresentados no capítulo anterior, confrontando-os com outros estudos similares ou complementares disponíveis na literatura. Nesta fase do estudo será verificada a consecução dos objetivos inicialmente propostos (Vilelas, 2017), estando o capítulo organizado segundo os mesmos.

Felicidade no trabalho em enfermeiros

Os níveis médios obtidos através da aplicação da SHAW são moderados, sendo que a dimensão com média mais elevada é a de *engagement*, seguida pela dimensão de compromisso organizacional afetivo e por fim a dimensão de satisfação com o trabalho. Desta forma, os enfermeiros apresentam níveis de felicidade no trabalho moderados, apresentando níveis de *engagement* mais elevados e níveis de satisfação com o trabalho mais baixos.

Ainda são escassos os estudos que utilizam a SHAW para avaliação da felicidade no trabalhos em enfermeiros. Salas-Vallina e Alegre (2018a) avaliaram a felicidade no trabalho, através da SHAW, numa amostra heterogénea ($n=234$), incluindo médicos, enfermeiros, professores e bancários de Espanha e de Itália. Os níveis de felicidade no trabalho encontrados foram moderados ($M=3,3$; $DP=2,1$), sendo que a dimensão de *engagemet* ($M=3,6$; $DP=1,7$) também apresentou níveis mais elevados. Neste estudo, a dimensão com média inferior foi a de compromisso organizacional afetivo ($M=3,1$; $DP=1,9$).

Os mesmos autores (2018b) realizaram um estudo com base na SHAW, numa amostra de 292 trabalhadores do setor hoteleiro espanhol. A média da SHAW total foi de 3,2 ($DP=1,3$), valores próximos do primeiro estudo (Salas-Vallina & Alegre, 2018a), apresentando também valores moderados para a felicidade no trabalho.

Já no estudo de Salas-Vallina et al. (2020), realizado numa população de 492 bancários espanhóis, obtiveram uma média para a SHAW de 4,9 (DP=1,3), representando níveis de felicidade no trabalho moderados, mas mais elevados do que os do presente estudo.

Com base nos estudos supracitados, embora apenas o primeiro estudo tenha abrangido enfermeiros (Salas-Vallina & Alegre, 2018a), todos eles apresentaram níveis moderados de felicidade no trabalho (Salas-Vallina & Alegre, 2018a; Salas-Vallina & Alegre, 2018b; Salas-Vallina et al., 2020).

Relativamente a outros estudos, Abdollahi et al. (2014), Khosrojerdi et al. (2018) e Vakili et al. (2020) avaliaram a felicidade de enfermeiros iranianos a trabalhar em contexto hospitalar, sendo que os dois primeiros estudos utilizaram o *Oxford Happiness Inventory* e o terceiro o *Oxford Happiness Questionnaire*. Todos obtiveram níveis de felicidade moderados.

Em 2019, Gurdogan e Uslusoy realizaram um estudo com 345 enfermeiros turcos a trabalhar em contexto hospitalar, utilizando o *Oxford Happiness Questionnaire* validado para o seu país (Doğan & Çötök, 2011), tendo também encontrado níveis de felicidade moderados.

No Japão, Takeda et al. (2019) estudaram a felicidade de 143 enfermeiros a trabalhar em residências para idosos, através da *Subjective Happiness Scale*, tendo encontrado níveis de felicidade baixos a moderados.

Já Kawalya et al. (2019) estudaram a felicidade no trabalho de 800 enfermeiros, a trabalhar em contexto hospitalar no Uganda, utilizando um instrumento de recolha de dados próprio, tendo identificado níveis de felicidade baixos.

Da análise efetuada, pode-se aferir que os níveis de felicidade dos enfermeiros, referentes aos estudos anteriormente apresentados, foram moderados a baixos, indo ao encontro dos resultados do presente estudo.

Há que ter em conta que a divergência entre os valores poderá residir no facto de terem sido utilizados diferentes instrumentos, amostras e tipos de estudos (Khosrojerdi et al., 2018).

Atendendo a que a SHAW engloba as três dimensões de *engagement*, satisfação com o trabalho e compromisso organizacional afetivo (Fisher, 2010), será feita uma análise relativa a essas dimensões.

No que se refere ao *engagement*, Faria et. al (2019) concluíram que 85% dos enfermeiros demonstraram níveis elevados de *engagement* e Maio (2016) (cujo estudo envolveu enfermeiros açorianos) e Silva (2017) também avaliaram níveis de *engagement* elevados nos seus estudos. Estes dados vão ao encontro dos resultados obtidos no presente estudo.

Quanto ao compromisso organizacional afetivo, Sharma e Dhar (2016) identificaram níveis baixos em enfermeiros indianos. Já Orgambídez et al. (2019), constataram níveis de compromisso organizacional afetivo moderados em enfermeiros espanhóis. Assim, apenas o estudo espanhol vai ao encontro dos níveis moderados de compromisso organizacional afetivo observados no presente estudo.

Vieira (2016) e Silva (2017), aferiram níveis de satisfação com o trabalho moderados, sendo que os enfermeiros se posicionaram entre o “indiferente” e o “algo satisfeito”. Assim, os valores obtidos na dimensão de satisfação com o trabalho do presente estudo, vão ao encontro dos níveis moderados de satisfação com o trabalho avaliados por Vieira (2016) e Silva (2017).

Analisar as condições de trabalho atuais dos enfermeiros, refletindo simultaneamente sobre o significado de felicidade para estes profissionais, é um exercício útil, que poderá justificar os níveis moderados de felicidade no trabalho encontrados.

Por um lado, os enfermeiros trabalham em ambientes desgastantes (física e psicologicamente), intensos no que toca a carga de trabalho e, muitas das vezes, sem os recursos materiais e humanos suficientes para proporcionar os cuidados que gostariam (Borges, 2020). Todo este cenário, potencia uma descida relativamente aos níveis de satisfação com o trabalho, tal como foi observado no presente estudo.

Por outro lado, se formos analisar o conceito de felicidade para os enfermeiros, este está relacionado com sentimentos de realização e orgulho profissional (Buaklee et al., 2017; Einarsdóttir et al., 2012), produtividade, alcance de objetivos pessoais e organizacionais, ações significativas para os outros (Buaklee et al., 2017), ajudar utentes e famílias, obter resultados visíveis e positivos no seu trabalho e experienciar mais emoções positivas do que negativas (Einarsdóttir et al., 2012).

De acordo com os estudos de Buaklee et al. (2017) e Einarsdóttir et al. (2012) é possível perceber que todos estes fatores estão diretamente ou indiretamente relacionados com o envolvimento afetivo e cognitivo do trabalhador (*engagement*) e a ligação emocional com a instituição/serviço (compromisso organizacional afetivo). Desta forma, os níveis mais

elevados nas dimensões de *engagement* e de compromisso organizacional afetivo do presente estudo associam-se a uma grande motivação e desejo dos enfermeiros de proporcionarem os melhores cuidados possíveis aos seus utentes.

Assim, os níveis moderados de felicidade no trabalho dos enfermeiros encontrados no presente estudo, bem como em outros estudos internacionais, poderão ser justificados por esta dualidade, enfermeiros insatisfeitos com as condições de trabalho, mas motivados e emocionalmente ligados às suas instituições, utentes e famílias.

Khosrojerdi et al. (2018), com base na sua revisão, afirmam isso mesmo, que os enfermeiros apresentam níveis moderados a baixos de felicidade pela frequência com que experienciam sentimentos e emoções negativas durante a prestação de cuidados por: falta de recursos, carga de trabalho excessiva, apoio organizacional fraco, políticas organizacionais ineficazes, salários injustos e oportunidades de progressão na carreira limitadas. Duche-Pérez e Galdos (2019) também sustentam esta ideia, sendo que no seu estudo concluíram que o companheirismo e a vontade de atingir objetivos pessoais e profissionais mais ambiciosos, aumentou o sentido de felicidade dos enfermeiros.

De acordo com os estilos preditores de felicidade no trabalho de Singh e Aggarwal (2018), para os enfermeiros, e tendo em consideração a reflexão realizada, o estilo de felicidade frustrante poderá ser o mais adequado, visto que se encontram motivados e apresentam fluxo no trabalho, mas o ambiente laboral não é favorável nem encorajador.

No presente estudo, os valores da correlação de *Pearson* entre as dimensões e a SHAW total demonstram-se positivas e moderadas a fortes. No estudo de Salas-Vallina e Alegre (2018a), essas mesmas correlações também se demonstraram significativas, positivas e fortes. Já Orgambidez et al. (2019), obtiveram um efeito positivo direto do *engagement* relativamente ao compromisso organizacional afetivo, indo ao encontro dos resultados do presente estudo.

Relação entre felicidade no trabalho e variáveis sociodemográficas

Quanto à relação entre a felicidade no trabalho dos enfermeiros e as variáveis sociodemográficas, encontram-se resultados estatisticamente significativos para as

variáveis sexo, idade, pessoas dependentes a cargo e atividades de lazer. De salientar que todos esses resultados se verificam apenas na dimensão de satisfação com o trabalho.

Quanto ao sexo, a percentagem de enfermeiros (9,7%) foi bastante inferior à de enfermeiras (89,4%), o que vai ao encontro da proporção dos dados nacionais da Ordem dos Enfermeiros – 17,77% de enfermeiros e 82,23% de enfermeiras – e à proporção dos dados regionais da secção Açores – 18,25% de enfermeiros e 81,25% de enfermeiras (OE, 2019).

Para a variável **sexo**, os enfermeiros apresentam níveis mais elevados de satisfação com o trabalho do que as enfermeiras. Apesar de não se verificar outros resultados estatisticamente significativos, os enfermeiros também apresentam uma tendência para valores superiores na SHAW total e restantes dimensões.

Relativamente à felicidade, Gurdogan e Uslusoy (2019) concluíram que enfermeiros são mais felizes, indo ao encontro da tendência dos dados do presente estudo.

Segundo os estudos de Maio (2016) e Silva (2017), as enfermeiras apresentaram maiores níveis de *engagement* do que os enfermeiros, contrariamente à tendência do presente estudo.

Matsumoto e Yoshioka (2019), no estudo que realizaram sobre os níveis de satisfação com o trabalho em enfermeiros japoneses, os enfermeiros apresentaram também níveis mais elevados de satisfação com o trabalho. Também Fonseca (2014) e Nunes (2017) observaram uma tendência para que enfermeiros apresentassem valores superiores relativamente à satisfação com o trabalho, indo ao encontro dos resultados obtidos neste estudo.

Em muitas culturas, as mulheres assumem mais responsabilidades dentro do núcleo familiar, como companheiras e mães, para além dos compromissos laborais (Gurdogan & Uslusoy, 2019). Para além disso, segundo o relatório da Eurofound (2018) sobre a reconciliação da vida profissional e pessoal dos cidadãos europeus, o envolvimento em cuidados informais é muito mais pronunciado em mulheres do que em homens. Esta acumulação de funções levará a uma sobrecarga ainda maior, a qual poderá estar na razão dos níveis de satisfação com o trabalho mais baixos encontrados nas enfermeiras.

Relativamente à variável **idade**, enfermeiros com 61 ou mais anos apresentam níveis superiores de satisfação com o trabalho, estando imediatamente abaixo, os enfermeiros com 30 ou menos anos. Quanto à SHAW total e dimensão de *engagement* existe uma

tendência para enfermeiros mais novos apresentarem valores superiores.

Kawalya et al. (2019) concluíram que enfermeiros mais novos são mais felizes, indo ao encontro da tendência dos valores do presente estudo, enquanto os dados de Nam e Kwon (2013) e Khosrojerdi et al. (2018) indicam que enfermeiros mais velhos são mais felizes.

As diferenças entre o fator idade e a felicidade dos enfermeiros poderão estar relacionadas com questões culturais e com o ano de realização de cada estudo (Muthuri et al., 2020).

Quanto à satisfação com o trabalho, Albashayreh et al. (2019) concluíram que enfermeiros mais velhos apresentaram níveis mais elevados, indo ao encontro dos resultados deste estudo. Por outro lado, Matsumoto e Yoshioka (2019) concluíram que enfermeiros mais novos apresentaram níveis superiores de satisfação com o trabalho.

Segundo a revisão da literatura realizada por Buaklee et al. (2017), os enfermeiros são mais felizes à medida que envelhecem porque se tornam mais maduros, mais responsáveis e aceitam melhor a realidade dos seus contextos de trabalho. Estes argumentos vão ao encontro da perspectiva de Khosrojerdi et al. (2018), que afirmam que os enfermeiros mais velhos são mais felizes na medida em que possuem uma maior experiência de trabalho (e consecutivamente maior habilidade em lidar com situações difíceis), possivelmente um horário mais flexível e posições hierárquicas mais altas. Estes dois últimos fatores poderão levar a níveis de satisfação com o trabalho maiores, tal como se concluiu no presente estudo. Contudo, olhando para os níveis de felicidade no trabalho no total, a tendência do presente estudo foi para enfermeiros mais novos apresentarem níveis mais elevados.

No que concerne à variável **estado civil**, verifica-se uma tendência para enfermeiros com parceiro se posicionarem num nível superior na SHAW total e nas dimensões de *engagement* e compromisso organizacional afetivo.

Segundo Nam e Kwon (2013) e Khosrojerdi et al. (2018), enfermeiros casados (com parceiro) apresentaram níveis mais elevados de felicidade, indo ao encontro das tendências do presente estudo. Relativamente ao estudo de Maio (2016), enfermeiros açorianos com parceiro apresentaram níveis mais elevados de *engagement*, indo também ao encontro da tendência do presente estudo. Em relação à satisfação com o trabalho, Vieira (2016) apresentou níveis superiores para enfermeiros com parceiro, representando o oposto da tendência dos dados do presente estudo.

No que diz respeito à variável **presença de filhos**, verifica-se uma tendência para médias ligeiramente superiores nos enfermeiros sem filhos na SHAW total e dimensão de

satisfação com o trabalho, enquanto nas dimensões de *engagement* e compromisso organizacional afetivo os enfermeiros com filhos apresentam tendencialmente valores mais elevados.

Nam e Kwon (2013) e Khosrojerdi et al. (2018) concluíram que enfermeiros com filhos apresentaram níveis de felicidade mais elevados, representando resultados contrários às tendências do presente estudo.

Já Maio (2016) concluiu que enfermeiros com filhos apresentaram níveis mais elevados de *engagement*, indo ao encontro da tendência obtida neste estudo.

Para os enfermeiros, o facto de ter parceiro e ter filhos pode representar uma fonte de apoio e suporte emocional acrescida, estimulando a motivação, *engagement*, bem-estar geral e realização profissional (Maio, 2016).

Relativamente à variável **peçoas dependentes a cargo**, os enfermeiros sem dependentes a cargo apresentam níveis superiores de satisfação com o trabalho. Embora não tenham sido encontrados resultados estatisticamente significativos para a SHAW total e restantes dimensões, os enfermeiros sem dependentes a cargo apresentam uma tendência para valores mais elevados em todas as situações. De salientar que no presente estudo, as peçoas dependentes a cargo são maioritariamente crianças, idosos ou crianças e idosos.

No estudo de Vieira (2016), os enfermeiros sem dependentes a cargo apresentaram também médias mais elevadas para a satisfação com o trabalho.

Relativamente à variável **ajuda externa relativa à prestação de cuidados**, existe uma tendência para enfermeiros sem ajuda apresentarem valores mais elevados na SHAW total e dimensões de satisfação com o trabalho e compromisso organizacional afetivo, enquanto enfermeiros com ajuda apresentam uma tendência para valores ligeiramente mais elevados na dimensão *engagement*.

Maio (2016) concluiu no seu estudo que enfermeiros sem ajuda externa na prestação de cuidados apresentaram níveis de *engagement* mais elevados, não indo ao encontro da tendência do presente estudo.

Segundo a Eurofound (2018), a prestação de cuidados informais torna-se numa realidade desafiadora e real para muitos trabalhadores ao longo da sua vida, bem como ao longo da sua velhice, impactando em grande escala o equilíbrio entre vida profissional e vida privada).

O cuidado às crianças atinge uma maior percentagem de trabalhadores entre os 35 e os 49 anos, enquanto que cuidar de pessoas idosas atinge maiores percentagens em pessoas com idades entre 50 e 64. Desta forma, cuidar de alguém dependente torna-se num aspeto quase permanente na vida dos profissionais. Relativamente aos cuidados a idosos, esta tendência irá certamente aumentar, devido ao envelhecimento exponencial da população e à não criação de novas estruturas formais que possam dar apoio a estes trabalhadores (Eurofound, 2018).

Segundo o estudo de Gonçalves (2012), sobre a conciliação da vida privada com a vida profissional dos enfermeiros portugueses (n=925), estes despendem menos de 48 horas semanais à vida privada, sendo que esse tempo é dedicado, em primeiro lugar, à família, em segundo lugar a atividades de lazer e por fim a outras atividades realizadas na comunidade. O tempo dedicado à família acontece predominantemente durante a semana e as restantes atividades durante o fim-de-semana e feriados. Os cuidados diários que os enfermeiros prestam, nomeadamente a crianças e a idosos, poderá ser a razão desta divisão do tempo familiar, acrescenta o autor.

Ter que cuidar de alguém após um dia de trabalho significa combinar horários apertados, ter menos tempo para atividades de lazer e reformular rotinas diárias em função desse cuidado. Assim, é necessário nutrir o equilíbrio trabalho – vida pessoal, de forma a permanecer no trabalho, ter maiores níveis de *engagement*, de produtividade e de felicidade (Eurofound, 2018).

Em relação à variável **atividades de lazer**, enfermeiros que realizam atividades de lazer fora do horário de trabalho apresentam níveis superiores de satisfação com o trabalho. Na SHAW total e na dimensão de *engagement* observa-se uma tendência para valores superiores nos enfermeiros que realizam atividades de lazer, ao contrário da tendência para valores menores na dimensão de compromisso organizacional afetivo.

Segundo o estudo de Vieira (2016), os enfermeiros que realizavam atividades de lazer apresentaram maiores níveis de satisfação intrínseca no trabalho, indo ao encontro dos resultados do presente estudo.

No estudo de Hwang (2019), os enfermeiros que realizavam exercício físico regular apresentaram níveis de felicidade mais elevados, podendo esta ser considerada uma atividade de lazer. Também Khosrojerdi et al. (2018) concluíram que enfermeiros envolvidos em atividades recreativas apresentaram níveis de felicidade mais elevados, sendo que ambos os resultados corroboram as tendências deste estudo.

O facto dos enfermeiros realizarem atividades de lazer fora do horário de trabalho, significa que estão a adotar comportamentos de auto-cuidado, promovendo o seu bem-estar e a sua saúde mental. Khosrojerdi et al. (2018) concluíram no seu estudo que possuir uma boa saúde mental foi o maior preditor para níveis mais elevados de felicidade entre os enfermeiros, desta forma, a realização de atividades de lazer levará a uma saúde mental mais robusta e a maiores níveis de felicidade.

Relação entre felicidade no trabalho e variáveis socioprofissionais

Quanto à relação entre felicidade no trabalho e as variáveis socioprofissionais, não existem diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das variáveis. Contudo serão discutidas as tendências encontradas entre os enfermeiros.

Em relação à variável **local de trabalho**, tendencialmente, os enfermeiros da unidade hospitalar apresentam valores superiores na SHAW total e nas dimensões de *engagement* e satisfação com o trabalho, enquanto os enfermeiros da unidade de saúde posicionam-se em níveis bastante superiores na dimensão de compromisso organizacional afetivo.

Segundo o estudo de Faria et al. (2019), enfermeiros a trabalhar em contexto de cuidados de saúde primários apresentaram maiores níveis de *engagement* relativamente aos enfermeiros a trabalhar em contexto hospitalar. Lino (2018) concluiu que os enfermeiros dos centros de saúde apresentaram níveis de satisfação com as condições físicas de trabalho mais altos. Os resultados das pesquisas anteriores não vão ao encontro das tendências observadas no presente estudo.

O posicionamento em níveis mais elevados de compromisso organizacional afetivo dos enfermeiros da unidade de saúde, poderá estar intrinsecamente relacionado com a ligação emocional que os mesmos estabelecem com os utentes e famílias que acompanham na continuidade de cuidados. Mesmo que essa relação não seja estabelecida diretamente com a organização como um todo, esse fator é determinante para a construção de uma ligação afetiva com a própria instituição. Na unidade hospitalar, onde as dinâmicas organizacionais são muitas das vezes mais complexas e existe uma rotatividade de utentes maior, torna-se mais difícil o estabelecimento de ligações afetivas.

No momento da recolha de dados do presente estudo, os enfermeiros da unidade de saúde apresentavam uma carga de trabalho muito mais elevada do que a normal, visto que se tinham tornado no centro de gestão da doença COVID-19 na ilha, incluindo o acompanhamento de casos e de suspeitos e os procedimentos de recolha de amostras para análise. Desta forma, as tendências para valores superiores relativamente à SHAW total e às dimensões de *engagement* e satisfação com o trabalho para os enfermeiros da unidade hospitalar poderão ser justificadas por esse aspeto.

No que concerne à variável **habilitações académicas**, enfermeiros com pós-graduação/mestrado/doutoramento apresentam uma tendência para níveis superiores na SHAW total e todas as suas dimensões.

Segundo o estudo de Nam e Kwon (2013), enfermeiros com habilitações académicas superiores apresentaram níveis de felicidade mais elevados. Também Hwang (2019), concluiu que enfermeiros com mestrado ou algum grau académico superior apresentaram níveis de felicidade mais elevados, indo ao encontro da tendência deste estudo.

Relativamente à satisfação com o trabalho, Vieira (2016) obteve valores mais elevados na perceção de satisfação com o ambiente físico de trabalho nos enfermeiros com especialidade/pós-graduação/mestrado. Estes dados também vão ao encontro das tendências do presente estudo.

No contexto açoriano onde se desenvolveu o estudo, os enfermeiros com habilitações académicas superiores, ocupam, normalmente, cargos de gestão no contexto de cuidados de saúde, pelo que a sua felicidade e restantes dimensões são mais elevadas, devido, possivelmente, a melhores condições de trabalho e a uma maior autonomia, a qual se demonstrou um aspeto fundamental na felicidade dos enfermeiros (Hwang, 2019).

O facto de desempenharem cargos que vão ao encontro das suas expectativas profissionais e aspirações académicas, também poderão ser fatores preponderantes face às tendências observadas no presente estudo.

Relativamente à variável **tempo de experiência profissional**, enfermeiros com 16 ou mais anos de experiência profissional apresentam uma tendência para médias mais elevadas quanto à SHAW total e dimensões de *engagement* e compromisso organizacional afetivo.

Nam e Kwon (2013) e Khosrojerdi et al. (2018) concluíram que enfermeiros com maior experiência profissional apresentaram níveis de felicidade mais elevados. Também Maio (2016) avaliou níveis superiores de *engagement* para enfermeiros com mais anos de

experiência profissional (≥ 14 anos), sendo que ambos os resultados vão ao encontro das tendências observadas no presente estudo.

Segundo o estudo de Albashayreh et al. (2019), os enfermeiros com mais anos de experiência profissional apresentaram níveis de satisfação com o trabalho mais elevados, não corroborando a tendência deste estudo. Já Lino (2018) conclui que enfermeiros com menor experiência profissional apresentaram níveis superiores na dimensão da satisfação com o trabalho referente ao reconhecimento pelos outros do trabalho realizado, indo ao encontro da tendência do presente estudo relativamente a essa dimensão.

Quanto à variável **categoria profissional**, na dimensão de satisfação com o trabalho, os enfermeiros gestores apresentam uma tendência para valores médios bastante mais elevados, enquanto que os enfermeiros generalistas apresentam valores superiores para a SHAW total e restantes dimensões.

Nam e Kwon (2013) concluíram que enfermeiros gestores apresentaram níveis de felicidade mais elevados, não indo ao encontro da tendência do presente estudo.

Já Lino (2018), no estudo que realizou sobre satisfação com o trabalho, conclui que enfermeiros gestores apresentaram valores mais elevados nas dimensões de reconhecimento pelos outros do trabalho realizado e de relação com os outros, indo ao encontro da tendência deste estudo.

Tal como já foi referido na variável idade, enfermeiros mais velhos, terão uma experiência profissional maior e, conseqüentemente, serão mais felizes, pela maior habilidade em lidar com situações problemáticas ou stressantes. Estes apresentarão também maior satisfação com o trabalho, possivelmente pela oportunidade de terem um horário mais flexível e ocuparem posições hierárquicas mais elevadas (Khosrojerdi et al., 2018), o que lhes trará maior autonomia (Hwang, 2019). Assim, esta poderá representar uma justificação para os níveis mais elevados de satisfação com o trabalho tendencialmente apresentados pelos enfermeiros gestores.

No que concerne à variável **horário de trabalho**, enfermeiros com horário rotativo posicionam-se em níveis ligeiramente superiores na SHAW total e em todas as dimensões.

Segundo o estudo de Khosrojerdi et al. (2018), os enfermeiros com horário fixo apresentaram níveis mais elevados de felicidade, sendo que o presente estudo apresentou uma tendência contrária. Nos estudos de Maio (2016) e Faria et al. (2019), enfermeiros que

possuíam horário fixo apresentaram níveis maiores de *engagement*, dados também opostos às tendências deste estudo.

Relativamente à satisfação com o trabalho, Nunes (2017) e Lino (2018) avaliaram níveis mais elevados em enfermeiros com horário fixo. Por outro lado, Vieira (2016) concluiu que enfermeiros a realizar turnos rotativos apresentaram maior satisfação com o trabalho, indo ao encontro da tendência do presente estudo.

A flexibilidade de horário foi um fator potenciador da felicidade dos enfermeiros segundo o estudo de Atkinson e Hall (2011), proporcionando um equilíbrio entre vida profissional e pessoal mais saudável, levando a uma melhor *performance* de trabalho e, consequentemente, a níveis de felicidade no trabalho mais elevados.

No que diz respeito à variável **vínculo com a instituição**, existe uma tendência para enfermeiros com vínculo definitivo apresentarem valores superiores na SHAW total e na dimensão de compromisso organizacional afetivo, opondo-se aos valores tendencialmente superiores nos enfermeiros com vínculo precário nas dimensões de *engagement* e satisfação com o trabalho.

Duche-Pérez e Galdos (2019) concluíram no seu estudo que enfermeiros com contrato por tempo indeterminado (vínculo definitivo) apresentaram pontuações mais elevadas em relação à felicidade do que enfermeiros em regime de substituição ou com contrato com termo, indo ao encontro da tendência apresentada no presente estudo.

Segundo Faria et al. (2019), os enfermeiros com vínculo definitivo apresentaram níveis de *engagement* superiores do que os enfermeiros com vínculo precário, dados estes que não vão ao encontro da tendência observada neste estudo.

É compreensível que enfermeiros com vínculo definitivo apresentem tendência para níveis de felicidade e de compromisso organizacional afetivo mais elevados, pois a sua escolha foi permanecer na instituição, sentindo-se felizes e afetivamente ligados à mesma.

De acordo com o exposto relativamente aos níveis de felicidade/felicidade no trabalho e a sua relação com as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais, é possível aferir que os resultados dos estudos não são consensuais (Khosrojerdi et al., 2018).

O impacto das características do ambiente de trabalho estarão associadas à felicidade e infelicidade no trabalho em graus e formas diferentes, dependendo dos valores, da

personalidade, dos processo cognitivos e afetivos de cada pessoa, num determinado período temporal (Warr, 2013).

Existe também uma interdependência relativamente à felicidade de cada um. Todos influenciam a felicidade do outro, quer seja por ajudas diretas ou indiretas, ensinamentos, influências, compromissos sociais ou por contágio emocional. Os enfermeiros, enquanto cuidadores, constroem grande parte da sua felicidade (no trabalho e fora dele) através das experiências positivas que têm junto dos seus utentes. Desta forma, “cuidar de outras pessoas não se torna num projeto totalmente distinto de cuidar de si próprio” (Ahuvia et al., 2015, p. 13).

Por outro lado, a felicidade pode ser vista como um sentimento interno de satisfação, o qual é diretamente afetado pela saúde mental de cada um. Desta forma, gestores de enfermagem necessitam aplicar estratégias que promovam a saúde mental, já que foi identificada como um dos maiores preditores da felicidade dos enfermeiros (Khosrojerdi et al., 2018). Mas, mais do que aplicar estratégias, há que selecionar aquelas que possam ser facilmente implementadas em períodos de menor movimento no serviço, sem acartar sobrecarga adicional à equipa de enfermagem (Takeda et al., 2019).

Trauma psicológico em enfermeiros

Da aplicação da IES-R, pode-se aferir que 100% dos enfermeiros da amostra vivenciaram pelo menos um incidente crítico que marcou o seu percurso profissional, estando esse evento relacionado com situações de morte, de impotência profissional, ambas as situações em simultâneo, de agressão física ou verbal, morte de criança, *bullying*, conflitos inter-pares ou com familiares de utentes, entre outros. Estes dados vão ao encontro dos resultados obtidos por Fonseca et al. (2019) e Marques (2020).

Relativamente ao tempo de ocorrência do evento crítico, estes aconteceram maioritariamente há mais de 12 meses, indo também ao encontro dos resultados de Marques (2020), seguindo-se o período de há menos de seis meses e entre seis e 12 meses.

Quanto à relação entre a IES-R e subescalas e o tempo de ocorrência do evento crítico verifica-se que na IES-R total e subescalas de pensamentos intrusivos e evitamento, os eventos ocorridos há mais de 12 meses apresentam tendência para médias superiores,

enquanto na subescala de hiperativação destaca-se, com uma média tendencialmente superior, o período de seis a 12 meses. De salientar que segundo a quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 2014), a sintomatologia relativa aos pensamentos intrusivos, evitamento e hiperativação tem de persistir pelo menos durante um mês após a ocorrência do evento traumático.

No que concerne ao **trauma psicológico**, os níveis encontrados relativos à IES-R total são baixos, sendo que a subescala de pensamentos intrusivos é a que apresenta médias superiores, indo ao encontro dos resultados de Komachi et al. (2012) e Lima et al. (2018), seguindo-se a subescala de evitamento e por fim a subescala de hiperativação. A prevalência de trauma psicológico nos enfermeiros, ou seja, enfermeiros que apresentam *scores* superiores ou iguais a 33 na IES-R total, é de **23,9%**.

Komachi et al. (2012), Lima et al. (2018) e Marques (2020) aplicaram a IES-R em profissionais de enfermagem, tendo avaliado também níveis baixos de trauma psicológico.

Relativamente a estudos com técnicos de emergência pré-hospitalar (incluindo enfermeiros), utilizando a IES-R, os níveis de trauma psicológico encontrados também foram baixos, estando compreendidos entre 19% e 28% (Cunha et al., 2017; Fonseca et al., 2019; Fonseca et al., 2020).

Quanto aos estudos encontrados na literatura utilizando a *Secondary Traumatic Stress Scale*, as percentagens correspondentes a níveis moderados a elevados de stresse traumático secundário foram as mais prevalentes. Nos estudos de Duffy et al. (2015), Ratrouf e Hamdan-Mansour (2020), Morrison e Joy (2016) e Beck et al. (2017), 64%, 52,3%, 38% e 29% dos enfermeiros, respetivamente, apresentaram critérios para a presença de stresse traumático secundário.

Embora as prevalências de trauma psicológico encontradas neste estudo e nos estudos de Komachi et al. (2012), Lima et al. (2018) e Marques (2020) tenham sido baixas, é necessário não esquecer o efeito do trabalhador saudável que poderá exercer alguma influência nestes resultados. Esse efeito afirma que enfermeiros que estão a passar por sofrimento psicológico, ou não se voluntariam para participar no estudo ou já abandonaram a profissão, restando apenas como elegíveis os profissionais que ainda se percecionam como saudáveis (Borges et al., 2019; Fonseca et al., 2019).

Visto que o desenvolvimento deste estudo decorreu durante a pandemia da COVID-19, torna-se importante refletir sobre o impacto deste período nos enfermeiros a nível de saúde mental.

Em primeiro lugar, trabalhar em saúde durante a pandemia, deveria ser considerado, por si só, um incidente crítico, com potencial para escalar para uma reação aguda de stresse ou PPST (Rudolph et al., 2020). Neste contexto pandémico, os stressores já existentes no dia-a-dia dos enfermeiros são agravados pela alta intensidade de trabalho, pela falta de equipamento de proteção individual e de conhecimento/treino específico sobre a doença, por diretrizes pouco claras quanto ao controlo de infeção, por emoções negativas do próprio e de colegas, pelo medo de ser infetado (ou de infetar familiares ou amigos) e, conseqüentemente, por um grande sentimento de angústia (Rudolph et al., 2020; Saniasiaya & Ramasamy, 2020).

Visto que a população alvo do presente estudo se trata de uma comunidade rural e um pouco isolada, outras dificuldades acrescidas são levantadas. Devido aos poucos recursos que possam existir num momento de grande crise, os líderes e gestores deverão avaliar e aproveitar as oportunidades da melhor maneira, sejam elas tecnológicas ou relativas aos recursos humanos, de forma a maximizar o acesso da população aos serviços necessários (UDHHS, 2020).

Segundo a *US Department of Health and Human Services* (2020), comunidades rurais poderão correr um risco acrescido de sofrer crises de saúde mental ou até de uso de substâncias. Por isso, deverão ser disponibilizados serviços de saúde mental adequados, com os recursos que for possível reunir.

Para Raudenská et al. (2020), alguns dos problemas mentais mais graves que poderão surgir nos profissionais de saúde derivados da pandemia da COVID-19 são: trauma psicológico, reação aguda de stresse, PPST, stresse traumático secundário, danos morais e *burnout*.

Os mesmos autores sugerem algumas intervenções face à saúde mental dos profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19, fazendo um apontamento inicial de que, nem todas as pessoas são iguais, nem vão necessitar das mesmas intervenções, pelo que, há que ter em conta aspetos como a situação pandémica no país/cidade, a cultura e a personalidade (Raudenská et al., 2020).

Algumas dessas intervenções podem passar pela educação em saúde e a promoção de políticas organizacionais que visem a minimização de riscos psicossociais nos profissionais

de saúde. A parte fisiológica terá também grande impacto na parte psicológica, pelo que uma boa nutrição, hidratação, descanso suficiente e evitar carga excessiva de trabalho serão aspetos preponderantes. Para além disso, o acesso a equipamentos individuais de segurança (como máscaras, viseiras, óculos de proteção, batas, etc.) e apoio psicológico no local de trabalho é imprescindível de igual forma (Raudenská et al., 2020).

Dada a pandemia, têm surgido alguns estudos no âmbito da avaliação da saúde mental dos profissionais de saúde. Shahrour e Dardas (2020) avaliaram a prevalência de reação aguda de stresse e os preditores de sofrimento psicológico durante a pandemia da COVID-19, em 448 enfermeiros, na Jordânia e concluíram que cerca de 64% dos enfermeiros apresentaram RAS, estando portanto em risco de desenvolver PPST e 41% demonstraram sofrimento psicológico significativo. A idade, os sintomas de RAS e a autoeficácia para ultrapassar o trauma foram todos preditores do sofrimento psicológico.

Em Portugal, Sampaio et al. (2020) realizaram um estudo com 727 enfermeiros, durante a pandemia da COVID-19, de forma a comparar dados relativos à saúde mental dos mesmos com dados relativos à população em geral. Os autores concluíram que os enfermeiros apresentaram níveis mais elevados de depressão, ansiedade e stresse em relação à população portuguesa em geral.

Para além disso, enfermeiros que não consideraram a quantidade e a qualidade dos equipamentos de proteção individual adequadas, apresentaram níveis significativamente mais elevados de depressão, ansiedade e stresse. Outro aspeto importante foi que, numa escala de 0 a 10, o medo de ser infetado teve uma média de 7,6 e de infetar familiares de 8,9, sendo que os enfermeiros que apresentaram níveis mais elevados em ambas as variáveis, apresentaram mais depressão, ansiedade e stresse (Sampaio et al., 2020).

Assim, a prevalência de trauma psicológico, de RAS ou PPST nos contextos laborais dos enfermeiros é comum, revelando-se sempre como um fator prejudicial para a saúde de enfermeiros e para a sustentabilidade das organizações (Laschinger et al., 2019), sendo que atualmente, mais do que nunca, há que olhar por quem cuida.

As correlações entre a IES-R total e respetivas subescalas revelam-se todas estatisticamente significativas, positivas e entre valores moderados a fortes. Isto significa que a escala total e as suas subescalas evoluem no mesmo sentido de forma positiva. Marques (2020) obteve resultados semelhantes na aplicação da IES-R em enfermeiros.

Relação entre trauma psicológico e variáveis sociodemográficas

No que diz respeito à relação entre o trauma psicológico e as variáveis sociodemográficas, obtiveram-se resultados estatisticamente significativos para as variáveis presença de filhos e atividades de lazer.

Em relação à variável **sexo**, a tendência encontrada é para enfermeiras apresentarem valores mais elevados na IES-R total e subescalas de pensamentos intrusivos e hiperativação.

Marques (2020) observou as mesmas tendências no seu estudo. Cunha et al. (2017) concluíram também que enfermeiras revelaram níveis de sintomatologia intrusiva mais elevados e Borges et al. (2019) aferiram que enfermeiras demonstraram maiores níveis de stresse traumático secundário. Gates e Gillespie (2008) vão mais além, e afirmam que, com base nos estudos que analisaram, independentemente da profissão, as mulheres apresentam, na maioria dos casos, níveis de trauma psicológico mais elevados.

De facto, as mulheres gerem os seus estados emocionais de forma diferente dos homens, de acordo com os estudos de Ekman (2004). Este fator, aliado à maior capacidade empática das mulheres de se relacionarem com utentes e famílias, e, por consequência, sentirem os seus medos e traumas mais profundamente (Stamm, 2010), poderá estar por detrás dos valores tendencialmente mais elevados de trauma psicológico nas enfermeiras deste estudo.

Relativamente à **idade**, tendencialmente, enfermeiros mais velhos apresentam níveis mais elevados na IES-R total e todas as subescalas.

Günüşen et al. (2018) também concluíram que enfermeiros mais velhos apresentaram níveis de trauma mais elevados, bem como Marques (2020) que apresentou uma tendência igual no seu estudo.

Por outro lado, Shahrour e Dardas (2020) concluíram que os enfermeiros mais jovens demonstraram maior propensão para níveis de sofrimento psicológico mais elevados durante a pandemia da COVID-19. Esse aspeto poderá estar relacionado com uma inexperiência e inocência maiores, presentes em enfermeiros mais novos, relacionadas com eventos adversos que possam surgir na prestação de cuidados (Marques, 2020).

Segundo Günüşen et al. (2018), alguns enfermeiros mais velhos vão aprendendo como enfrentar as dificuldades e os eventos adversos de forma eficaz, adaptando-se melhor às circunstâncias do seu trabalho, enquanto outros não conseguem lidar tão bem com esses aspetos, mas continuam no seu emprego, porque lhes é necessário. Cunha et al. (2017) acrescentam que a exposição cumulativa a eventos adversos torna-se num fator de risco para o desenvolvimento de trauma, tal como foi evidenciado no trabalho de Barleycorn (2019), colocando assim os enfermeiros mais velhos em maior risco, indo ao encontro dos dados obtidos.

No que concerne ao **estado civil**, tendencialmente, os enfermeiros com parceiro posicionam-se em níveis mais elevados em todas as subescalas e IES-R total.

Marques (2020) obteve uma tendência contrária à deste estudo, enquanto que Cunha (2018) conclui que profissionais sem parceiro apresentaram níveis mais elevados de resiliência, colocando-os em menor risco de desenvolver trauma psicológico, o que vai ao encontro das tendências deste estudo.

Em relação à variável **presença de filhos**, existem resultados estatisticamente significativos para a IES-R total e subescala de pensamentos intrusivos, sendo que, em ambas, enfermeiros com filhos apresentam valores mais elevados.

Fonseca et al. (2019) concluíram que enfermeiros com filhos apresentaram maiores níveis de evitamento. Embora a tendência deste estudo relativa a essa subescala não tenha sido a mesma, os autores fazem um apontamento importante, que vai ao encontro dos dados encontrados neste estudo.

Embora vários estudos tenham concluído que o apoio social é fator protetor para o desenvolvimento de trauma psicológico nos enfermeiros (Barleycorn, 2019; Duffy et al., 2015; Günüşen et al., 2018; Morrison & Joy, 2016), o facto de ter filhos, poderá não constituir necessariamente um fator de suporte, antes pelo contrário, especialmente na presença de filhos pequenos (Fonseca et al., 2019).

Complementando com os dados de Lima et al. (2018), resultantes da sua pesquisa qualitativa sobre eventos adversos em cuidados intensivos pediátricos, afirmam que, se os enfermeiros vêem na criança ou adolescente alguma semelhança com o seu próprio filho e/ou criam uma ligação muito forte com o mesmo, as situações tornam-se muito mais complicadas de gerir, provocando grande sofrimento psicológico. A mesma reflexão poderá

ser transportada para a variável estado civil, visto que, ter parceiro poderá não se apresentar como um fator protetor.

No que diz respeito às variáveis **pessoas dependentes a cargo** e **ajuda externa relativa à prestação de cuidados**, enfermeiros com pessoas dependentes a cargo e sem ajuda externa demonstram valores tendencialmente superiores na IES-R total e subescalas.

Tal como já foi referido na reflexão sobre a felicidade no trabalho, o facto de possuir alguém dependente a cargo, para além de todos os compromissos laborais, poderá provocar um desequilíbrio entre a vida profissional e privada, exigindo muito mais esforço por parte do trabalhador, assim como uma gestão de horários muito mais apertada (Eurofound, 2018). Isto contribuirá para um aumento de stresse, potenciando assim o desenvolvimento de situações traumáticas e de PPST.

Von Rueden et al. (2010) e Morrison e Joy (2016) corroboram esta reflexão, afirmando que a vida pessoal e familiar tem um impacto significativo na capacidade dos enfermeiros de gerir o stresse traumático secundário no local de trabalho.

Em relação à variável **atividades de lazer**, enfermeiros que não realizam atividades de lazer para além do horário de trabalho apresentam níveis de trauma psicológico e de hiperativação mais elevados.

Barleycorn (2019) na sua revisão da literatura, identificou os comportamentos de autocuidado como fator protetor para o trauma psicológico em enfermeiros, pelo que atividades de lazer também podem ser consideradas como comportamentos que a pessoa adota para o seu próprio bem-estar.

Também Von Rueden (2010) afirma que enfermeiros com stresse traumático secundário apresentaram menos participação em *hobbies* e Pehlivan e Güner (2018) concluíram que enfermeiros que não realizavam atividades de lazer estavam mais expostos a stresse traumático secundário e *burnout*, corroborando os resultados do presente estudo.

Estes dados vão ao encontro da ideia de que enfermeiros que não investem no seu bem-estar e qualidade de vida, vão focalizar toda a sua energia no trabalho, sendo que quando este não vai ao encontro das suas expectativas, emerge um grande sofrimento psicológico (Pehlivan & Güner, 2018).

Relação entre trauma psicológico e variáveis socioprofissionais

No que concerne à relação entre trauma psicológico e variáveis socioprofissionais, existem resultados estatisticamente significativos para as variáveis tempo de experiência profissional, horário de trabalho, vínculo com a instituição e categoria profissional.

Relativamente à variável **tempo de experiência profissional**, enfermeiros com 16 ou mais anos de experiência profissional apresentam níveis mais elevados de trauma psicológico e sintomatologia de evitamento.

Também Gates e Gillespie (2008), Cunha et al. (2017), Fonseca et al. (2019), Fonseca et al. (2020) concluíram que enfermeiros com mais anos de experiência profissional apresentaram maiores níveis de trauma psicológico. Contudo, Von Rueden et al. (2010), Borges et al. (2019) e Salimi et al. (2020) concluíram que enfermeiros com menos tempo de experiência profissional manifestaram níveis mais altos de trauma.

Tal como já foi referido na variável idade, enfermeiros mais velhos, que não desistam da profissão, vão apresentando uma acumulação de exposição a eventos adversos no local de trabalho, potenciando assim o desenvolvimento de trauma psicológico (Cunha et al., 2017). Tais reflexões são transponíveis para esta variável, visto que mais idade significará mais experiência profissional, na maioria dos casos.

Estes dados justificam a importância de existir uma cultura preventiva e de abertura organizacional no que toca aos eventos adversos no contexto de trabalho dos enfermeiros, potenciando a sua saúde mental e a sua resiliência (Fonseca et al., 2019). Algumas soluções poderão passar pela formação direcionada às necessidades de cada serviço e instituir uma supervisão diferenciada face a este aspeto (Cunha et al., 2019).

Quanto à variável **horário de trabalho**, enfermeiros com horário de trabalho fixo apresentam níveis mais elevados na IES-R total e em todas as subescalas. Também Marques (2020) apresentou resultados estatisticamente significativos para esta variável, sendo que enfermeiros com horário fixo apresentaram níveis superiores na IES-R total e subescala de evitamento, indo ao encontro dos resultados do presente estudo.

Em relação à variável **vínculo com a instituição**, enfermeiros com vínculo definitivo apresentam níveis superiores de trauma psicológico e de sintomatologia intrusiva.

Em relação à variável **local de trabalho**, existe uma tendência para enfermeiros da unidade de saúde se posicionarem em níveis superiores na IES-R total e respetivas subescalas.

O facto de estabelecer empatia e relações emocionais fortes com os utentes e prestar cuidados prolongados ao(s) mesmo(s) utente(s) foram dois fatores de risco identificados por Arnold (2020) para o desenvolvimento de trauma psicológico em enfermeiros. Desta forma, e fazendo uma reflexão sobre as variáveis horário de trabalho, vínculo com a instituição e local de trabalho, o facto dos enfermeiros terem um horário fixo (onde a rotatividade de utentes é, normalmente, menor), um vínculo definitivo com a instituição (onde já foi cimentada uma ligação forte com a organização e utentes) e trabalharem na unidade de saúde (onde são prestados cuidados a uma determinada carteira de utentes fixa), irá promover certamente o estabelecimento de ligações emocionais mais fortes e uma prestação de cuidados mais prolongada a determinados utentes. Desta forma, estes fatores levarão a níveis de trauma psicológico mais elevados, corroborando os dados do presente estudo.

No que concerne às **habilitações académicas**, enfermeiros com pós-graduação/mestrado/doutoramento apresentam uma tendência para valores superiores na IES-R total e subescalas de pensamentos intrusivos e hiperativação. De igual modo, Gates e Gillespie (2008) concluíram que enfermeiros com habilitações académicas mais elevadas apresentaram maiores níveis de trauma secundário.

Quanto à variável **categoria profissional**, enfermeiros gestores apresentam níveis mais elevados na subescala de hiperativação, seguindo-se os enfermeiros especialistas e por fim os enfermeiros generalistas. Também existe uma tendência para que enfermeiros gestores apresentem valores mais elevados na IES-R e subescala de evitamento.

De acordo com as características da amostra do presente estudo, os enfermeiros com maiores habilitações académicas ocupam normalmente cargos de chefia ou de maior responsabilidade dentro dos serviços. Por sua vez, as posições de gestão/chefia em enfermagem requerem grandes responsabilidades e, conseqüentemente, grandes pressões laborais e níveis de stresse elevados. Por sua vez, estes fatores foram identificados como potenciadores de trauma psicológico em enfermeiros (Barleycorn, 2019; Fonseca et al., 2020), pelo que, segundo o estudo de Fonseca et al. (2020), mais stresse levará à utilização de estratégias disfuncionais de *coping*, o que por sua vez levará a níveis mais elevados de sintomatologia traumática.

De forma a concluir a análise ao trauma psicológico, a exposição dos profissionais de enfermagem a eventos traumáticos em contexto laboral é real e recorrente, independentemente do local ou período em que nos encontremos. Este facto levará a emoções avassaladoras, sofrimento psicológico e adoção de papéis inadequados, o qual poderá evoluir para PPST (Missouridou, 2017).

Para além das consequências individuais, os cuidados prestados por estes profissionais serão menos seguros, pondo em risco os seus utentes e diminuindo a produtividade e sustentabilidade de empresas e organizações (Gates & Gillespie, 2008).

É necessário consciencializar para o tema, criar um clima organizacional de abertura e tomar medidas práticas nos serviços e organizações de forma a que seja possível prevenir ou minimizar os danos mentais, físicos e sociais das situações traumáticas (Missouridou, 2017).

Face à pandemia atual da COVID-19, as intervenções psicológicas neste âmbito são ainda mais necessárias, devendo ser aplicadas com o intuito de reduzir efeitos psicológicos nefastos agudos bem como prevenir distúrbios mentais a longo prazo, como a PPST (Wang et al., 2020).

Relação entre felicidade no trabalho e trauma psicológico em enfermeiros

Quanto à relação entre a felicidade no trabalho e o trauma psicológico dos enfermeiros da amostra, verificam-se resultados estatisticamente significativos (negativos e fracos) para a dimensão satisfação com o trabalho da SHAW com a IES-R total e todas as subescalas.

No que diz respeito à relação entre o tempo de ocorrência do incidente crítico e a SHAW verifica-se uma tendência para valores mais elevados na categoria de há menos de seis meses (com exceção para o compromisso organizacional afetivo).

Sendo o conceito de felicidade no trabalho tão recente e existindo no geral poucos estudos na área relativos a enfermeiros, tornou-se difícil encontrar alguns que interligassem a felicidade com o trauma. Contudo, serão apresentados estudos que tiveram como base as duas variáveis e feita uma análise qualitativa da relação.

No estudo realizado por Chaverri et al. (2018) com 153 profissionais de saúde mental nos EUA, os resultados demonstraram que os profissionais com historial de trauma,

apresentaram índices de felicidade menores. Para além disso, mais de um terço dos níveis de felicidade puderam ser explicados por dois preditores principais, baixos níveis de trauma e um número elevado de sessões por utente, ou seja, maior contacto com os utentes. Este último poderá estar relacionado com o sentimento de ajuda e de satisfação que o profissional experiencia quando consegue alcançar progressos com o cliente, culminando no aumento da sua própria felicidade.

De acordo com o estudo de Chaverri et al. (2018), o sentimento de satisfação que os profissionais de saúde mental experienciavam com o seu próprio trabalho, levava a um nível de felicidade maior e, conseqüentemente, a níveis de trauma psicológico menores. Estes dados, aliados aos de Setti e Argentero (2016), Barleycorn (2019) e Wang et al. (2019), que concluíram que baixos níveis de satisfação com o trabalho eram fator de risco para desenvolvimento de trauma psicológico nos enfermeiros, corroboram os dados do presente estudo.

Páez et al. (2013) referem que cerca de dois terços das pessoas que passam por eventos stressantes ou traumáticos, não só descrevem efeitos negativos do sucedido, mas também positivos, como o facto de terem crescido e melhorado como pessoa ou de se reaproximarem de algumas pessoas importantes da sua vida. Para além disso, enfatizar as respostas positivas que a pessoa desenvolveu relativamente ao trauma está associado a uma melhor adaptação ao evento.

Após o evento traumático, torna-se fundamental descobrir novas forças e capacidades e retirar da experiência os pontos positivos que forem possíveis, de forma a atingir de novo o equilíbrio. A comunicação verbal sobre experiências positivas que ocorreram auxiliam a manter e reforçar os níveis de felicidade. Esse impacto é maior se o ouvinte confirmar e validar com positividade os acontecimentos, caso contrário o efeito será destrutivo. A escrita de acontecimentos traumáticos também poderá ajudar os indivíduos a ultrapassá-los mais facilmente, ajudando a organizar cognitivamente o sucedido, contribuindo para uma melhor regulação emocional (Páez et al., 2013).

É necessário estudar os efeitos do trauma pessoal dos profissionais de saúde na sua própria felicidade, pois a compreensão mais profunda dessas relações poderá auxiliar outros profissionais e estudantes a cuidar melhor de si e da sua saúde mental, diminuindo o stress e o *burnout* (Chaverri et al., 2018).

Os custos pessoais, organizacionais e sociais relativos à saúde mental no trabalho são um problema de saúde pública urgente. Desta forma, promover a saúde mental em instituições

de saúde é imperativo, de forma a que os profissionais estejam aptos a cuidar dos outros (Joyce et al., 2016).

Salanova (2020), na reflexão que faz sobre a resiliência organizacional em tempos de pandemia da COVID-19, afirma que algumas empresas conseguirão sobreviver, adaptando-se às novas realidades, podendo até crescer face às adversidades, enquanto outras poderão extinguir-se. Pretende-se que todas estejam na primeira situação descrita, onde é feita uma aprendizagem a partir de situações menos favoráveis e até traumáticas, crescendo a nível económico, social e de desempenho.

CONCLUSÃO

Dadas as mudanças tecnológicas, demográficas, climáticas e organizacionais do mundo laboral, torna-se importante perceber que riscos surgem dessas mudanças e como os podemos colmatar.

Relativamente aos ambientes e condições de trabalho dos enfermeiros, existe uma necessidade global de melhoria, nomeadamente a nível da promoção de trabalho digno, remuneração justa, regulamentação da profissão, permanência dos enfermeiros nos seus locais de trabalho, carga laboral e recursos materiais e humanos.

Para além da falta de condições laborais, aliadas ao trabalho dos enfermeiros, surgem grandes cargas emocionais negativas, derivadas de situações de stresse, de tomadas de decisão difíceis e de eventos adversos.

Atualmente, dada a pandemia mundial COVID-19, as exigências emocionais e físicas já existentes são ainda maiores, devido aos stressores adicionais relacionados com o medo e desconhecimento da doença. As circunstâncias obrigam-nos a ser cuidadores, utentes e familiares, simultaneamente. Revela tanto a humanidade como a fragilidade de cada um, sendo imperativo cuidar dos profissionais de saúde, de modo a reorganizar e auto-consciencializar cada um das consequências mentais da pandemia.

Posto isto, e tendo em consideração todo o percurso investigativo percorrido, em que os objetivos foram concretizados, importa apresentar as conclusões obtidas:

- Os enfermeiros apresentaram níveis moderados de felicidade no trabalho, evidenciando médias de *engagement* superiores às de compromisso organizacional afetivo e da satisfação com o trabalho;
- Quanto à relação entre felicidade no trabalho e variáveis sociodemográficas, os enfermeiros do sexo masculino, com 61 ou mais anos, sem dependentes a cargo e que realizavam atividades de lazer apresentaram valores mais elevados de satisfação com o trabalho;
- Relativamente à relação da felicidade no trabalho e às variáveis socioprofissionais, não se identificaram diferenças estatisticamente significativas. Contudo, enfermeiros a

trabalhar na unidade hospitalar, com pós-graduação/mestrado/doutoramento, com 16 ou mais anos de experiência profissional, generalistas, com horário rotativo e com vínculo definitivo, apresentaram tendência para níveis superiores na SHAW total;

- Em relação ao trauma psicológico, 100% dos enfermeiros vivenciaram pelo menos um incidente crítico durante a sua vida profissional, sendo que a situação de morte foi a mais referenciada, seguindo-se situações de impotência profissional, situações de agressão, contacto com vítima de acidente, entre outras, como morte e impotência profissional simultâneas, morte de criança e *bullying*. A maioria dos incidentes ocorreram há mais de 12 meses;
- Os enfermeiros apresentaram níveis baixos de trauma psicológico, sendo a média de pensamentos intrusivos superior à de evitamento e hiperativação. A prevalência de trauma psicológico foi de 23,9%;
- No que concerne à relação entre o trauma psicológico e as variáveis sociodemográficas, os enfermeiros com filhos apresentaram valores superiores na IES-R total e subescala de pensamentos intrusivos e os que não realizavam atividades de lazer apresentaram valores superiores na IES-R total e subescala de hiperativação;
- Quanto à relação entre trauma psicológico e variáveis socioprofissionais, observou-se que: enfermeiros com 16 ou mais anos de experiência profissional apresentaram médias superiores para a IES-R total e subescala de evitamento; enfermeiros gestores apresentaram valores superiores na subescala de hiperativação; enfermeiros com horário fixo apresentaram médias mais elevadas em todas as subescalas e IES-R total; e enfermeiros com vínculo definitivo apresentaram níveis superiores na IES-R total e subescalas de pensamentos intrusivos e evitamento;
- Identificaram-se correlações estatisticamente significativas, negativas e fracas entre a dimensão de satisfação com o trabalho da SHAW e a IES-R total e todas as subescalas, sendo que, quanto maiores forem os níveis de satisfação com o trabalho, menores serão os níveis de trauma psicológico dos enfermeiros.

Sendo que em todas as caminhadas existem obstáculos e limitações, este estudo não foi exceção.

O facto de existirem poucos estudos a abordar o conceito de felicidade no trabalho em enfermeiros utilizando a SHAW, foi sem dúvida uma das grandes limitações deste estudo. Por outro lado, o facto de ambos os temas serem relativamente novos na investigação portuguesa em enfermeiros, principalmente no que diz respeito à felicidade no trabalho, tornou-se um desafio significativo.

O contexto pandémico no qual se inseriu a maior parte deste percurso de investigação, trouxe também alguns obstáculos à sua realização, nomeadamente o não cumprimento do cronograma inicial, fazendo com que a colheita de dados fosse adiada e, por conseguinte, todo o tratamento, apresentação e discussão dos resultados.

Outro fator importante recai sobre a amostra de conveniência e localização geográfica, assim como o momento de recolha de dados, que foi apenas um, através da aplicação do questionário, o qual também torna este estudo limitado no tempo, não possibilitando a extrapolação de dados.

Desta forma, como sugestões resultantes deste percurso investigativo é fundamental continuar a investir em estudos que avaliem a saúde ocupacional dos enfermeiros, focando variáveis como a felicidade no trabalho, a resiliência, a qualidade de vida no trabalho, o trauma psicológico, stresse laboral e *burnout*. Assim como, a opção por estudos longitudinais, no sentido de comparar resultados ou verificar o impacto de intervenções, nomeadamente, num período pós-pandemia, tendo especial atenção aos valores a longo prazo de PPST.

A aplicação de projetos e estratégias, no seio de uma equipa diferenciada e multidisciplinar de saúde ocupacional torna-se no cenário ideal. Estratégias a nível individual, como a prática de *mindfulness*, treino cognitivo-comportamental, relaxamento muscular progressivo, *yoga*, dança ou outra prática de exercício físico, educação em saúde sobre hábitos de vida saudáveis, formação e treino em competências comunicacionais, musicoterapia e estratégias a nível organizacional, como potenciar o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros, criar grupos de partilha que potenciem o suporte psicológico e a supervisão e humanização das dinâmicas laborais, são algumas das sugestões que se propõe.

Outro aspeto importante a salientar é a formação e treino relacionados com eventos adversos e desenvolvimento de trauma psicológico no contexto da prestação de cuidados, dirigidos a enfermeiros, mas também a estudantes de enfermagem, de modo a tornar mais resiliente a força de trabalho futura.

A divulgação deste estudo em eventos científicos e publicações em revistas será também uma mais valia para promover o conhecimento na área da saúde ocupacional em Portugal, direcionada aos enfermeiros, bem como dar a conhecer a realidade da força de trabalho da enfermagem açoriana.

Assim, baseados nas premissas da psicodinâmica do trabalho e da psicologia positiva, é importante perceber o que mantém os trabalhadores motivados, felizes e saudáveis, da mesma forma que é importante colmatar dificuldades e problemas relacionados com o ambiente de trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- Abdollahi, A., Abu Talib, M., Yaacob, S., & Ismail, Z. (2014). Hardiness as a mediator between perceived stress and happiness in nurses. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(9), 789-796. <https://doi.org/10.1111/jpm.12142>
- Agorastos, A., Pittman, J., Angkaw, A., Nievergelt, C., Hansen, C., Aversa, L., & Baker, D. (2014). The cumulative effect of different childhood trauma types on self-reported symptoms of adult male depression and PTSD, substance abuse and health-related quality of life in a large active-duty military cohort. *Journal of Psychiatric Research*, 58, 46-54. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.07.014>
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2017). *Comparação internacional dos custos dos acidentes e doenças relacionadas com o trabalho*. <https://osha.europa.eu/pt/publications/international-comparison-cost-work-related-accidents-and-illnesses/view>
- Ahuvia, A., Thin, N., Haybron, D., Biswas-Diener, R., Ricard, M., & Timsit, J. (2015). Happiness: An interactionist perspective. *International Journal of Wellbeing*, 5(1), 1-18. <https://www.internationaljournalofwellbeing.org/index.php/ijow/article/view/351>
- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(1), 99-106. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=284/28440110>
- Albashayreh, A., Al Sabei, S., Al-Rawajfah, O., & Al-Awaisi, H. (2019). Healthy work environments are critical for nurse job satisfaction: Implications for Oman. *International nursing review*, 66(3), 389-395. <https://doi.org/10.1111/inr.12529>
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P., & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática do stresse (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica*, 16, 309-320. <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/1209/861>
- Alonso, J., Petukhova, M., Vilagut, G., Chatterji, S., Heeringa, S., Üstün, T., Alhamzawi, A., Viana, M., Angermeyer, M., Bromet, E., Bruffaerts, R., Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J., Hinkov, H., Hu, C., Karam, E., Kovess, V., ... Kessler, R. (2011). Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Molecular psychiatry*, 16(12), 1234-1246. <https://doi.org/10.1038/mp.2010.101>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^o ed.).
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^oed.).

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Climepsi Editores.
- Amin, S. (2020). The psychology of coronavirus fear: Are healthcare professionals suffering from corona-phobia?. *International Journal of Healthcare Management*, 13(3), 249-256. <https://doi.org/10.1080/20479700.2020.1765119>
- Areosa, J. (2019). O mundo do trabalho em (re)análise: um olhar a partir da psicodinâmica do trabalho. *Laboreal*, 15(2), 1-24. <http://dx.doi.org/10.4000/laboreal.15504>
- Argyle, M., Martin, M., & Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounters. In J. Forgas, & J. Innes, *Recent advances in social psychology: An international perspective* (pp. 189–203). Elsevier.
- Argyle, M., Martin, M., & Lu, L. (1995). Testing for stress and happiness: The role of social and cognitive factors. In C. Spielberger, & I. Sarason, *Stress and emotion* (pp. 173–187). Taylor & Francis.
- Arnold, T. (2020). An evolutionary concept analysis of secondary traumatic stress in nurses. *Nursing Fórum*, 55(2). 149-156. <https://doi.org/10.1111/nuf.12409>
- Associação Médica Mundial. (2013). *Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial: Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos*. <https://www.ufp.pt/app/uploads/2019/06/declaracao-de-helsinquia-2013.pdf>
- Atkinson, C., & Hall, L. (2011). Flexible working and happiness in the NHS. *Employee Relations*, 33(2), 88-105. <https://doi.org/10.1108/01425451111096659>
- Autoridade para as Condições de Trabalho. (2015). *Estratégia nacional para a segurança e saúde no trabalho 2015-2020*. [https://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/Itens/Noticias/Documents/ENSST%202015-20120.pdf](https://www.act.gov.pt/(pt-PT)/Itens/Noticias/Documents/ENSST%202015-20120.pdf)
- Autoridade para as Condições de Trabalho. (2019, 10 Janeiro). *Estatística de acidentes de trabalho*. [http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/CentroInformacao/Estatistica/Paginas/default.aspx](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/CentroInformacao/Estatistica/Paginas/default.aspx)
- Awa, W., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78 (2), 184-190. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.008>
- Baker, D., Greenberg, C., & Hemingway, C. (2006). *What happy companies know: How the new science of happiness can change your company for the better*. Pearson Education.
- Barleycorn, D. (2019). Awareness of secondary traumatic stress in emergency nursing. *Emergency Nurse*, 27(5), 19-22. <https://doi.org/10.7748/en.2019.e1957>
- Beck, C., Cusson, R., Gable, R., Dowling, D., & Thibeau, S. (2017). Secondary traumatic stress in NICU nurses. *Advances in Neonatal Care*, 17(6), 478-488. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000428>
- Berger, W., Mendlowicz, M., Souza, W., & Figueira, I. (2004). Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(2), 167-175. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082004000200006>

- Blackburn, L., Thompson, K., Frankenfield, R., Harding, A., & Lindsey, A. (2020). The THRIVE Program: Building oncology nurse resilience through self-care strategies. *Oncology Nursing Fórum*, 47(1), 25-34. <https://doi.org/10.1188/20.ONF.E25-E34>
- Blake, H., Bermingham, F., Johnson, G., & Tabner, A. (2020). Mitigating the psychological impact of COVID-19 on healthcare workers: a digital learning package. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 2997. <https://doi.org/10.3390/ijerph17092997>
- Boehm, J., & Lyubomirsky, S. (2008). Does happiness promote career success?. *Journal of career assessment*, 16(1), 101-116. <https://doi.org/10.1177/1069072707308140>
- Bonanno, G., Galea, S., Bucchiarelli, A., & Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science*, 17(3), 181-186. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01682.x>
- Booker, J., Fivush, R., Graci, M., Heitz, H., Hudak, L., Jovanovic, T., Rothbaum, B., & Stevens, J. (2020). Longitudinal changes in trauma narratives over the first year and associations with coping and mental health. *Journal of Affective Disorders*, 272, 116-124. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.009>
- Borges, E. (2012). *Qualidade de vida relacionada com o trabalho: stresse e violência psicológica nos enfermeiros*. [Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Instituto das Ciências da Saúde]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/18553>
- Borges, E., & Ferreira, T. (2015). Bullying no trabalho: Adaptação do Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R) em enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (13), 25-33.
- Borges, E. (2018). *Enfermagem do trabalho: Formação, investigação e estratégias de intervenção*. Lidel.
- Borges, E. (2020). Nursing now: Reafirmación de la enfermería. *Metas de Enfermería*, 23(6), 3-6. <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.23.1003081616>
- Bosmans, M. (2015). *Trauma-related coping self-efficacy: Measurement, predictors and interplay with posttraumatic stress symptoms*. [Tese de Doutoramento, Universidade de Tilburg]. Tilburg University Research Portal. <https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/trauma-related-coping-self-efficacy-measurement-predictors-and-in>
- Bostani, S., Rambod, M., Irani, P., & Torabizadeh, C. (2020). Comparing the effect of progressive muscle relaxation exercise and support group therapy on the happiness of nursing students: A randomized clinical trial study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 13, Artigo 100218. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100218>
- Bowling, N., Beehr, T., Wagner, S., & Libkuman, T. (2005). Adaptation-level theory, opponent process theory, and dispositions: An integrated approach to the stability of job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 90(6), 1044–1053. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.6.1044>
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(10), 923-929.

<https://doi.org/10.1177/070674370204701003>

- Brewin, C., Andrews, B., & Valentine, J. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(5), 748-766. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
- Bride, B., & Kintzle, S. (2011). Secondary traumatic stress, job satisfaction, and occupational commitment in substance abuse counselors. *Traumatology, 17*(1), 22–28. <https://doi.org/10.1177/1534765610395617>
- Bride, B., Robinson, M., Yegidis, B., & Figley, C. (2004). Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on social work practice, 14*(1), 27-35. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>
- Brooks, S., Amlôt, R., Rubin, G., & Greenberg, N. (2018). Psychological resilience and post-traumatic growth in disaster-exposed organisations: overview of the literature. *BMJ Military Health, 166*(1), 52-56. <http://dx.doi.org/10.1136/jramc-2017-000876>
- Bruin E., Valentin S., Baartmans J., Blok M., & Bögels S. (2020). Mindful2Work the next steps: Effectiveness of a program combining physical exercise, yoga and mindfulness, adding a wait-list period, measurements up to one year later and qualitative interviews. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 39*, Artigo 101137. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101137>
- Buaklee, P., Fongkaew, W., Turale, S., Akkadechanunt, T., & Sansiriphun, N. (2017). Unveiling the experiences of happiness at work through narrative inquiry: Advance practice nurses' perspectives. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 21*(3), 206-219. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/76287>
- Butler, A., Chapman, J., Forman, E., & Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review, 26*(1), 17-31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Buurman, B., Mank, A., Beijer, H., & Olf, M. (2011). Coping with serious events at work: A study of traumatic stress among nurses. *Journal of The American Psychiatric Nurses Association, 17*(5), 321-329. <https://doi.org/10.1177/1078390311418651>
- Campos, J., Carlotto, M., & Marôco, J. (2012). Oldenburg burnout inventory student version: Cultural adaptation and validation into Portuguese. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 25*(4), 709- 718. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000400010>
- Cardoso, S. (2014). Conciliação família-trabalho em famílias monoparentais: Uma abordagem comparativa de género. [Tese de Doutoramento em Ciências Sociais, Universidade de Lisboa, Instituto de Ciências Sociais]. <http://hdl.handle.net/10451/10800>
- Carrillo, S., Feijóo, M. L., Gutiérrez, A., Jara, P., & Schellekens, M. (2017). El papel de la dimensión colectiva en el estudio de la felicidad. *Revista Colombiana de Psicología, 26*(1), 115-129. <http://dx.doi.org/10.15446/rcp.v26n1.54624>
- Carvalho, P. (2011). *Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: tradução e adaptação cultural da escala “Professional Quality of Life 5”* [Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Instituto das Ciências da Saúde]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.

<http://hdl.handle.net/10400.14/8918>

- Chaverri, J., Praetorius, R., & Ruiz, E. (2018). Counselor happiness: Effects of therapy work with similar trauma. *Social Work in Mental Health*, 16(4), 419-435. <https://doi.org/10.1080/15332985.2017.141953>
- Choi, K., Heilemann, M., Fauer, A., & Mead, M. (2020). A second pandemic: Mental health spillover from the novel coronavirus (COVID-19). *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(4), 340-343. <https://doi.org/10.1177/1078390320919803>
- Coo, C., & Salanova, M. (2018). Mindfulness can make you happy-and-productive: A mindfulness controlled trial and its effects on happiness, work engagement and performance. *Journal of Happiness Studies*, 19(6), 1691-1711. <https://doi.org/10.1007/S10902-017-9892-8>
- Cunha, S. (2018). Stress e incidentes críticos em operacionais de emergência médica pré-hospitalar. [Tese de Doutoramento em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/112278>
- Cunha, S., Gama, C., Fevereiro, M., Vasconcelos, A., Sousa, S., Neves, A., Casanova, J., Teixeira, M., Rodrigues, S., Ribeira, S., & Firmino-Machado, J. (2018). A felicidade e o engagement no trabalho nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 34(1), 26-32. <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v34i1.12360>
- Cunha, S., Queirós, C., Fonseca, S., & Campos, R. (2017). Resiliência como preditor do impacto traumático em técnicos de emergência pré-hospitalar. *Internacional Journal on Working Conditions*, (13), 51-67. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/106526/2/205901.pdf>
- Davidson, J., Malik, M., & Travers, J. (1997). Structured interview for PTSD (SIP): Psychometric validation for DSM-IV criteria. *Depression And Anxiety*, 5(3), 127-129. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6394\(1997\)5:3<127::AID-DA3>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6394(1997)5:3<127::AID-DA3>3.0.CO;2-B)
- Decreto-Lei nº 102/2009 de 10 de setembro. *Diário da República* nº 176/2009 – I Série. 6197 – 6192. <https://dre.pt/application/conteudo/490009>
- Decreto-Lei nº 42/2012 de 28 de agosto. *Diário da República* nº 166/2012 – I Série. 4761–4766 . <https://dre.pt/pesquisa/-/search/174778/details/maximized>
- Decreto-Lei nº 3/2014 de 28 de janeiro. *Diário da República* nº 19/2014 – I Série. 554–591. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/571052/details/maximized>
- DeFraia, G. (2016). Workplace Disruption following Psychological Trauma: Influence of Incident Severity Level on Organizations' Post-Incident Response Planning and Execution. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 7(2), 75-86. <http://dx.doi.org/10.15171/ijoem.2016.746>
- Del Junco, J., Espasandín, F., Dutschke, G., & Palacios, B. (2013). An approach to the design of a scale for measuring happiness at work of Iberian Companies Athens. *ATINER'S Conference Paper Series*, (855). <https://www.atiner.gr/papers/SME2013-0855.pdf>
- Delaney, M. (2018). Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience. *PloS one*, 13(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207261>

- DePierro, J., Lowe, S., & Katz, C. (2020). Lessons learned from 9/11: Mental health perspectives on the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 288, Artigo 113024. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113024>
- Dias, L. (2012). *Estudo de caso: Programa de gestão do stress organizacional enquanto projeto de promoção de saúde ocupacional num contexto empresarial Português*. [Tese de Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/6922>
- Direção Geral de Saúde. (2010). *Circular Informativa nº 05 – Organização de serviços de segurança e saúde do trabalho/saúde ocupacional nos cuidados primários de saúde – ACES e sede de ARS*. <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/referenciais-tecnicos-e-normativos/circulares/circular-informativa-n-05dsppsdcvae-de-03032010-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional: 2º ciclo – 2013/2017*. https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-so/pnsoc_2_ciclo_programa_norma_026_2013-pdf.aspx
- Direção Geral de Saúde. (2014). *Orientação 008/2014 – Organização e funcionamento do serviço de saúde ocupacional/saúde e segurança do trabalho dos centros hospitalares/hospitais*. https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-so/orientacao_08_2014-pdf.aspx
- Direção Geral de Saúde. (2018). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional: Extensão 2018-2020*. <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/programa-nacional4.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2019). *Saúde ocupacional: as vantagens para as empresas – trabalhadores mais saudáveis, empresas com mais sucesso!*. <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-so/conpublica-vantagens-so-pdf.aspx>
- Doğan, T., & Çötök, N. (2011). Adaptation of the short form of the oxford happiness questionnaire into turkish: A validity and reliability study. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(36), 165-170. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tpdrd/issue/21456/229762>
- Duche-Pérez, A., & Galdos, G. (2019). Job satisfaction and happiness in Peruvian nurses. *Enfermería Global*, 18(2), 364-373. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.334741>
- Duffy, E., Avalos, G., & Dowling, M. (2015). Secondary traumatic stress among emergency nurses: a cross-sectional study. *International emergency nursing*, 23(2), 53-58. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.05.001>
- Dutschke, G., Jacobsohn, L., Dias, A., & Combadão, J. (2019). The job design happiness scale (JDHS). *Journal of Organizational Change Management*, 32(7), 709-724. <https://doi.org/10.1108/JOCM-01-2018-0035>
- Dutton, V., & Edmunds, L. (2007). A model of workplace happiness. *Selection and Development Review*, 23(3), 9-15. https://issuu.com/iopenerinstituteiberia/docs/dutton_and_edmunds_2007_-_a_model
- Edmunds, L., Lindsay, J., & Pryce-Jones, J. (2009). *The process of change in a charity with challenge*. [Apresentação de Conferência]. 2º Applied Positive Psychology Conference, Warwick, UK.

- Edrees, H., Connors, C., Paine, L., Norvell, M., Taylor, H., & Wu, A. (2016). Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open*, 6(9), 1-12. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011708>
- Einarsdóttir, J. (2012). Happiness in the neonatal intensive care unit: merits of ethnographic fieldwork. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 7(1), 1-9. <https://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.19699>
- Ekman, P. (2004). *Emotions revealed: understanding faces and feelings*. Phoenix.
- Esfahani, A., Ghandehari, N., & Ghandehari, Z. (2013). The effect of supervisors' self-esteem on the nurses' happiness (case study: azrate liasghar and oor Hospitals employees). *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 3(12), 122-132. <http://dx.doi.org/10.6007/IJARBS/v3-i12/419>
- Eurofound & Internacional Labour Organization. (2017). *Working anytime, anywhere*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2806/372726>
- Eurofound & Internacional Labour Organization. (2019). *Working conditions in a global perspective*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2806/870542>
- Eurofound. (2018). *Striking a balance: Reconciling work and life in the EU*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/doi:10.2806/560184>
- Eurofound. (2019a). *Working conditions and workers' health*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/doi:10.2806/909840>
- Eurofound. (2019b). *How to respond to chronic health problems in the workplace?*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2806/400505>
- European Agency for Safety and Health at Work. (2018). *Healthy workers, thriving companies - a practical guide to wellbeing at work: tackling psychological risks and musculoskeletal disorders in small businesses*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2802/237140>
- European Agency for Safety and Health at Work. (2019). *Third european survey of enterprises on new and emerging risks (ESENER 3)*. <https://osha.europa.eu/pt/publications/third-european-survey-enterprises-new-and-emerging-risks-esener-3/view>
- European Trade Union Institute. (2014). HesaMag#10: ocupacional health services in need of emergency care. https://www.researchgate.net/publication/322052459_HesaMag_10_Occupational_health_services_in_need_of_emergency_care_autumn-Winter_2014/citations
- Faria, S., Queirós, C., Borges, E., & Abreu, M. (2019). Saúde mental dos enfermeiros: Contributos do burnout e engagement no trabalho. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (22), 09-18. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0258>
- Farnia, F., Yazdi, F., & Abarghouei, M. (2016). Effect of life skills education on nurses' happiness. *American Journal of Experimental and Clinical Research*, 3(2), 157-160. <http://ajecr.org/index.php/ajecr/article/view/70/160>
- Figley, C. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress in those who treat the traumatized*. Psychology Press.

Fisher, C. (2010). Happiness at work. *International Journal of Management Reviews*, 12 (4), 384-412. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2009.00270.x>

Fischer, G., & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (3ª ed.). Reinhardt.

Foa, E., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9(4), 445-451. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.445>

Foa, E., McLean, C., Zang, Y., Zhong, J., Powers, M., Kauffman, B., Rauch, S., Porter, K., & Knowles, K. (2016). Psychometric properties of the Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5). *Psychological Assessment*, 28(10), 1166-1171. <https://doi.org/10.1037/pas0000258>

Fonseca, R. (2014). *Satisfação Profissional nas USF da ARS Centro: Fatores intrínsecos e extrínsecos do trabalho*. [Tese de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra]. <http://hdl.handle.net/10316/27359>

Fonseca, S., Cunha, S., Campos, R., Gonçalves, S., & Queirós, C. (2019). Saúde ocupacional dos profissionais de emergência pré-hospitalar: contributo do trauma e coping. *International Journal on Working Conditions*, (17), 69-88. <https://doi.org/10.25762/ndmt-0c23>

Fonseca, S., Cunha, S., Campos, R., & Queirós, C. (2020). Stress e trauma na emergência médica pré-hospitalar: coping disfuncional como mediador. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 21(1), 176-182. <http://dx.doi.org/10.15309/20psd210126>

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.

Frutos, B., Ruiz, M. & San Martin, R. (1998) Confirmatory factor analysis on the dimensions of organizational commitment. *Psicologica*, 19(3), 345-366.

Gabini, S. (2018). Adaptación y validación de un instrumento para medir felicidad en el trabajo. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 36(2), 36-45. <http://revista.cincel.com.co/index.php/RPO/article/view/214>

Galvão, A., Jesus, S., Pinheiro, M., & Viseu, J. (2020). The dimensions of happiness within the Oxford happiness questionnaire: developing a valid multidimensional measurement instrument for a portuguese sample. *Revista INFAD de Psicología, International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 465-478. <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEPA/article/view/1871>

Garzón-Castrillon M. (2017). Cómo gestionar la felicidad en el trabajo. *Revista Ide@s Concyteg*, 12(164), 5-20. <https://sices.guanajuato.gob.mx/resources/ideas/ebooks/164/descargas.pdf>

Gates, D., & Gillespie, G. (2008). Secondary traumatic stress in nurses who care for traumatized women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(2), 243-249. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00228.x>

Ghadi, M., & Almanaga'h, K. (2020). The role of job crafting in the relationship between empowering leadership and happiness at work: an empirical analysis. *Business: Theory and Practice*, 21(1), 244-251. <https://doi.org/10.3846/btp.2020.11109>

Ghorji, M., Keshavarz, Z., Ebadi, A., & Nasiri, M. (2018). Persian translation and psychometric properties of professional quality of life scale (ProQOL) for health care providers. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 28(163), 93-106.

<http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-10095-en.html>

- Golparvar, M., & Abedini, H. (2014). A comprehensive study on the relationship between meaning and spirituality at work with job happiness, positive affect and job satisfaction. *Management Science Letters*, 4(2), 255-268. <https://doi.org/10.5267/j.msl.2013.12.030>
- Gomes, A., Cruz, J. & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25, 307-318. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000300004>
- Gomes, J., & Queirós, P. (2018). Prática clínica do enfermeiro do trabalho. In E. Borges, *Enfermagem do trabalho: Formação, investigação e estratégias de intervenção* (pp. 67-80). Lidel Edições Técnicas.
- Gonçalves, V. (2012). *Conciliação da vida privada com a vida profissional dos enfermeiros portugueses*. [Tese de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra]. Repositório Científico UC. <http://hdl.handle.net/10316/21504>
- Griffin, G. (2020). Defining trauma and a trauma-informed COVID-19 response. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 279-280. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000828>
- Günüşen, N., Wilson, M., & Aksoy, B. (2018). Secondary traumatic stress and burnout among Muslim nurses caring for chronically ill children in a Turkish hospital. *Journal of Transcultural Nursing*, 29(2), 146-154. <https://doi.org/10.1177/1043659616689290>
- Gurdogan, E., & Uslusoy, E. (2019). The Relationship between quality of work life and happiness in nurses: A sample from Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 12(3), 1364-1371. [http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/7_gurdogan_original_12_3\[20352\].pdf](http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/7_gurdogan_original_12_3[20352].pdf)
- Hackman, J., & Oldham, G. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16(2), 250–279.
- Halbesleben, J., & Demerouti, E. (2005). The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the english translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work & Stress*, 19(3), 208-220. <https://doi.org/10.1080/02678370500340728>
- Hammarberg, M. (1992). Penn inventory for posttraumatic stress disorder: psychometric properties. *Psychological Assessment*, 4(1), 67. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.1.67>
- Hartley, H. (2018). Concept review: Second traumatization and the role of a perioperative advanced practice nurse. *ORNAC Journal*, 36(4), 37-53. <https://go.gale.com/ps/anonymou?id=GALE%7CA568117794&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=19276141&p=HRCA&sw=w>
- Hayes, B., Bonner, A., & Pryor, J. (2010). Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. *Journal of nursing management*, 18(7), 804-814. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01131.x>
- Held, B. (2004). The negative side of positive psychology. *Journal of humanistic*

- psychology, 44(1), 9-46. <https://doi.org/10.1177/0022167803259645>
- Hills, P., & Argyle, M. (2002). The oxford happiness questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences, 33*(7), 1073-1082. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00213-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00213-6)
- Hirschinger, L., Scott, S., & Hahn-Cover, K. (2015). Clinician support: five years of lessons learned. *Patient Saf Qual Health Care, 12*(2), 26-31. <https://www.psqh.com/analysis/clinician-support-five-years-of-lessons-learned/>
- Hwang, E. (2019). Effects of the organizational culture type, job satisfaction, and job stress on nurses' happiness: a cross-sectional study of the long-term care hospitals of South Korea. *Japan Journal of Nursing Science, 16*(3), 263-273. <https://doi.org/10.1111/jjns.12235>
- Internacional Labour Organization, International Social Security Association, & Korea Ocupacional Safety & Health Agency. (2008). *Seol declaration on safety and health at work*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/meetingdocument/wcms_151736.pdf
- International Labour Organization. (2020). *Concept Note: Global Summit COVID-19 and the World of Work*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/meetingdocument/wcms_747931.pdf
- International Council of Nurses. (2012). *Closing the gap: from evidence to action*. <http://www.old.icn.ch/publications/2012-closing-the-gap-from-evidence-to-action/>
- Jahner, S., Penz, K., & Stewart, N. (2019). Psychological impact of traumatic events in rural nursing practice: An Integrative review. *Online Journal of Rural Nursing & Health Care, 19*(1), 105-135. <https://doi.org/10.14574/ojrnhc.v19i1.523>
- Joint Action & Comissão Europeia. (2016). *Linhas de ação estratégica para a saúde mental e bem-estar da união europeia*. https://jointactionmhwb.lisboninstitutegmh.org/assets/docs/publications/RelatorioNOV A_PT-20160406150225.pdf
- Jornal Oficial da União Europeia. (2016). *Carta dos direitos fundamentais da união europeia*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT&from=FR>
- Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P., & Harvey, S. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological medicine, 46*(4), 683-697. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002408>
- Kable, A., Kelly, B., & Adams, J. (2018). Effects of adverse events in health care on acute care nurses in an australian context: a qualitative study. *Nursing & health sciences, 20*(2), 238-246. <https://doi.org/10.1111/nhs.1240>
- Kaschka, W., Korczak, D., & Broich, K. (2011). Burnout: A fashionable diagnosis. *Deutsches Ärzteblatt International, 108*(46), 781-787. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3230825/>
- Katwyk, P., Fox, S., Spector, P., & Kelloway, E. (2000). Using the Job-Related Affective Well-Being Scale (JAWS) to investigate affective responses to work stressors. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*(2), 219-230. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.2.219>

- Kawalya, C., Munene, J., Ntayi, J., Kagaari, J., Mafabi, S., & Kasekende, F. (2019). Psychological capital and happiness at the workplace: The mediating role of flow experience. *Cogent Business & Management*, 6(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/23311975.2019.1685060>
- Kessler, R., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E., Cardoso, G., Degenhardt, L., Girolamo, G., Dinolova, R., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J., Huang, Y., Karam, E., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J., Levinson, D., ... Koenen, K. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European journal of psychotraumatology*, 8(5). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Khosrojerdi, Z., Tagharrobi, Z., Sooki, Z., & Sharifi, K. (2018). Predictors of happiness among Iranian nurses. *International journal of nursing sciences*, 5(3), 281-286. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.06.008>
- Komachi, M., Kamibeppu, K., Nishi, D., & Matsuoka, Y. (2012). Secondary traumatic stress and associated factors among japanese nurses working in hospitals. *International journal of nursing practice*, 18(2), 155-163. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02014.x>
- Kravits, K., McAllister-Black, R., & Kirk, C. (2010). Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervencion for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied Nursing Research*, 23 (3), 130-138. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.08.002>
- Lan, H., Subramanian, P., Rahmat, N., & Kar, P. (2014). The effects of mindfulness training program on reducing stress and promoting well-being among nurses in critical care units. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 22-31. <https://www.ajan.com.au/archive/Vol31/Issue3/3Pathma.pdf>
- Laschinger, H., & Leiter, M. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout engagement. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 36(5), 259-267.
- Laschinger, H., Wong, C., Read, E., Cummings, G., Leiter, M., Macphee, M., Regan, S., Rhéaume-Brüning, A., Ritchie, J., Burkoski, V., Grinspun, D., Gurnham, M., Huckstep, S., Jeffs, L., Macdonald-Rencz, S., Ruffolo, M., Shamian, j., Wolff, A., Young-Ritchie, C., Wood, K. (2019). Predictors of new graduate nurses' health over the first 4 years of practice. *Nursing Open*, 6(2), 245-259. <https://doi.org/10.1002/nop2.231>
- Lehmann-Willenbrock, N., Allen, J., & Belyeu, D. (2016). Our love/hate relationship with meetings. *Management Research Review*, 39(10), 1293-1312. <https://doi.org/10.1108/MRR-08-2015-0195>
- Lima, L., Gonçalves, S., & Pinto, C. (2018). Sudden death in pediatrics as a traumatic experience for critical care nurses. *Nursing in critical care*, 23(1), 42-47. <https://doi.org/10.1111/nicc.12326>
- Lino, M. (2018). *Satisfação com o trabalho dos profissionais de Enfermagem na Unidade Local de Saúde do Nordeste*. [Tese de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde]. Biblioteca Digital IPB. <http://hdl.handle.net/10198/19104>
- Lomas, T., & Ivtzan, I. (2016). Second wave positive psychology: Exploring the positive-negative dialectics of wellbeing. *Journal of Happiness Studies*, 17(4), 1753-1768.

<https://doi.org/10.1007/s10902-015-9668-y>

- Lopes, H. (2017). *Avaliação cognitiva, stress ocupacional e burnout em profissionais de saúde: Estudo com enfermeiros*. [Tese de Mestrado Integrado em Psicologia, Universidade do Minho, Escola de Psicologia]. RepositóriUM. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/49331>
- López, J., & Fierro, I. (2015). Determinantes de la felicidad en los administradores: una investigación realizada en las farmacias del Grupo Difare en Ecuador. *Universidad & Empresa*, 17(29), 181-211. <https://www.redalyc.org/pdf/1872/187243745008.pdf>
- Luthans, F. (2002). Positive organizational behavior: Developing and managing psychological strengths. *Academy of Management Perspectives*, 16(1), 57-72. <https://doi.org/10.5465/ame.2002.6640181>
- Luthans, F., & Avolio, B. (2009). The “point” of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 30(2), 291-307. <https://doi.org/10.1002/job.589>
- Luthans, F., Youssef, C., & Avolio, B. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford University Press.
- Lutterbie, S. & Pryce-Jones, J. (2013). Measuring happiness at work. *Assessment and Development Matters*, 5(2), 13-15. https://issuu.com/iopenerinstituteiberia/docs/lutterbie_and_pryce-jones_2013_-
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46(2), 137–155. <https://doi.org/10.1023/A:1006824100041>
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of general psychology*, 9(2), 111-131. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.111>
- Lynch, M., Plant, R. & Ryan, R. (2005) Psychological needs and threat to safety: implications for staff and patients in a psychiatric hospital for youth. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 415-425. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.415>
- Maia, A., & Fernanades, E. (2003). Epidemiologia da perturbação pós-stress traumático (PTSD) e avaliação de resposta ao trauma. In M. Pereira, & J. Ferreira, *Stress traumático: aspetos teóricos e intervenção* (pp.35-54). Climepsi.
- Maio, T. (2016). *Bullying e engagement em enfermeiros*. [Tese de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/17531>
- Maio, T., Borges, E., & Abreu, M. (2018). Bullying and engagement among nurses. *Revista ROL de Enfermería*, 41(11-12), 222-230. <http://hdl.handle.net/10400.26/31743>
- Marcelino, D., & Gonçalves, S. (2012). Perturbação pós-stress traumático: características psicométricas da versão portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist–Civilian Version (PCL-C). *Revista portuguesa de saúde pública*, 30(1), 71-75. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.03.003>

- Marques, P. (2020). *Burnout e trauma psicológico em enfermeiros em contexto hospitalar* [Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/31951>
- Martins, J. (2013). *Validação da versão portuguesa do questionário Utrecht Work Engagement no trabalho dos profissionais dos cuidados de saúde primários* [Projeto de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, ISCTE Business School]. Repositório ISCTE-IUL. <http://hdl.handle.net/10071/6322>
- Maslach, C., & Jackson, S. (1986). *Maslach burnout inventory* (2ª ed.). Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Martins, S. (2011). O impacto traumático de experiências de vergonha: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da impact of event scale-revised. *Psychologica*, (54), 413-438. <https://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/1114>
- Matsumoto, Y., & Yoshioka, S. (2019). Factors influencing psychiatric nurses' job satisfaction levels: Focusing on their frequency of experiencing negative emotions toward patients and support at their workplaces. *Yonago Acta Medica*, 62(4), 309-309. <https://doi.org/10.33160/yam.2019.11.008>
- McNally, R., Bryant, R., & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress?. *Psychological science in the public interest*, 4(2), 45-79. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01421>
- Meliá, J., & Peiró, J. (1989). El cuestionario de satisfacción S10/12: Estructura factorial, fiabilidad y validez. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 4 (11), 179-187. https://www.uv.es/~meliaj/Research/Art_Satisf/ArtS10_12.PDF
- Meyer, J., Allen, N., & Smith, C. (1993). Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of applied psychology*, 78(4), 538-551. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.78.4.538>
- Missouridou, E. (2017). Secondary posttraumatic stress and nurses' emotional responses to patient's trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 24(2), 110-115. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000274>
- Moccia, S. (2016). Happiness at work. *Psychologist Papers*, 37(2), 143-151. <http://www.psychologistpapers.com/English/2699.pdf>
- Monteiro, M. (2011). *Validação da escala de impacto de acontecimentos revista (IES-R)*. [Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte]. CESPU Repository. <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/197>
- Moran, D., Wu, A., Connors, C., Chappidi, M., Sreedhara, S., Selter, J., & Padula, W. (2017). Cost-benefit analysis of a support program for nursing staff. *Journal of patient safety*, 1-5. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000376>
- Morrison, L., & Joy, J. (2016). Secondary traumatic stress in the emergency department. *Journal of advanced nursing*, 72(11), 2894-2906. <https://doi.org/10.1111/jan.13030>

- Moura, S. (2012). *Satisfação dos Profissionais de Enfermagem*. [Tese de Mestrado em Gestão das Organizações, Ramo de Unidades de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Tecnologia e Gestão]. Biblioteca Digital IPB. <http://hdl.handle.net/10198/8024>
- Muthuri, R., Senkubuge, F., & Hongoro, C. (2020). Determinants of happiness among healthcare professionals between 2009 and 2019: a systematic review. *Humanities and Social Sciences Communications*, 7(1), 1-14. <https://doi.org/10.1057/s41599-020-00592-x>
- Nam, M., & Kwon, Y. (2013). Factors influencing happiness index of hospital nurses. *Journal of Korean academy of nursing administration*, 19(3), 329-339. <https://doi.org/10.1111/jkana.2013.19.3.329>
- Norris, F., Friedman, M., Watson, P., Byrne, C., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry: Interpersonal and biological processes*, 65(3), 207-239. <https://doi.org/10.1521/psyc.65.3.207.20173>
- Nunes, C. (2017). *Satisfação com o trabalho: a percepção dos enfermeiros perioperatórios da Unidade Local de Saúde do Nordeste*. [Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde]. Biblioteca Digital IPB. <http://hdl.handle.net/10198/14683>
- Nunes, F., Meira, P., Martins, A., Carvalho, I., Saraiva, M., Silva, P., Ribeiro, G. (2009). *Manual de Trauma: Para Apoio ao Curso de Abordagem Integrada do Traumatizado Para Enfermeiros* (5ª ed.). Lusociência.
- Oliveira, E. (2019). *Felicidade no trabalho: Uma análise a partir das dimensões do bem-estar*. [Tese de Doutoramento em Administração, Universidade Metodista de Piracicaba, Faculdade de Gestão e Negócios]. http://iepapp.unimep.br/biblioteca_digital/pdfs/docs/13032019_133504_elizangeladejesusoliveira_ok.pdf
- Oliveira, E., Pantoja, H., Damião, W., Coelho, M., & Andrade, D. (2019, Dezembro, 4-6). *Felicidade e bem-estar no trabalho são sinónimos?* [Apresentação de Conferência]. IX Congresso Brasileiro de Engenharia de Produção, Ponta Grossa, Brasil. http://aprepro.org.br/conbrepro/2019/anais/arquivos/09302019_120934_5d921946e4a25.pdf
- Olsson, L., Gärling, T., Ettema, D., Friman, M., & Fujii, S. (2013). Happiness and satisfaction with work commute. *Social indicators research*, 111(1), 255-263. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0003-2>
- Ordem dos Enfermeiros & Associação Nacional de Enfermeiros do Trabalho. (2014). *O enfermeiro do trabalho na gestão em saúde ocupacional*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8894/livroenfermagemtrabalhooms_vfinal_proteg.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento nº 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%Aancias-comuns-do-enfermeiro->

- [especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/](#)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Anuário Estatístico 2019*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/estatistica/2019_AnuarioEstatisticos.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2010). *Ambientes de trabalho saudáveis: Um modelo para ação, para empregadores, trabalhadores, formuladores de políticas e profissionais*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44307>
- Orgambídez, A., Borrego, Y., & Vázquez-Aguado, O. (2019). Self-efficacy and organizational commitment among Spanish nurses: the role of work engagement. *International nursing review*, 66(3), 381-388. <https://doi.org/10.1111/inr.12526>
- Organização Mundial do Trabalho. (2019). *Segurança e saúde no centro do futuro do trabalho: Tirando partido de 100 anos de experiência*. https://www.ilo.org/lisbon/publica%C3%A7%C3%B5es/WCMS_690142/lang--pt/index.htm
- Ormel, J., Petukhova, M., Chatterji, S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M., Bromet, E., Burger H., Demyttenaere, K., Girolamo, G., Haro, J., Hwang, I., Karam, E., Kawakami, N., Lepine, J., Medina-Mora, M., Posada-Villa, J., Sampson, N., Scott, K., ... Kessler, R. (2008). Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *The British Journal of Psychiatry*, 192(5), 368-375. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.039107>
- Páez, D., Campos, M., Bilbao, M. (2008). Del trauma a la felicidad: pautas para la intervención. In C. Vázquez & G. Hervás, *Psicología positiva aplicada* (pp. 237-262). Publidisa.
- Palma, S. (1999). Elaboración y validación de una escala de satisfacción laboral SL-SPC para trabajadores de lima metropolitana. *Revista Teoría e Investigación en Psicología*, 9(1), 27-34.
- Paschoal, T., & Tamayo, A. (2008). Construção e validação da escala de bem-estar no trabalho. *Avaliação psicológica*, 7(1), 11-22. <https://www.redalyc.org/pdf/3350/335027183004.pdf>
- Paulino, M., Dumas-Diniz, R., Brissos, S., Brites, R., Alho, L., Simões, M., & Silva, C. (2020). COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on the general population. *Psychology, Health & Medicine*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1808236>
- Pehlivan, T., & Güner, P. (2018). Compassion fatigue: The known and unknown. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 9(2), 129-134. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.25582>
- Pesce, R., Assis, S., Avanci, J., Santos, N., Malaquias, J., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde pública*, 21, 436-448.
- Peterson, S., Luthans, F., Avolio, B., Walumbwa, F., & Zhang, Z. (2011). Psychological capital and employee performance: A latent growth modeling approach. *Personnel psychology*, 64(2), 427-450. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2011.01215.x>
- Pinto, A., Gonçalves, S., & Lima, M. (2012). Stress e trauma, continuidades e descontinuidades: Para uma reflexão sobre a PPST. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1),

49-65. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1645-00862012000100005

- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Artmed Editora.
- Proudfoot, J., Corr, P., Guest, D., & Dunn, G. (2009). Cognitive-behavioural training to change attributional style improves employee well-being, job satisfaction, productivity and turnover. *Personality & Individual Differences*, 46(2), 147-153. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.09.018>
- Pryce-Jones, J. (2010). *Happiness at work, maximizing your psychological capital for success*. Wiley-Blackwell.
- Pryce-Jones, J., & Lindsay, J. (2014). What happiness at work is and how to use it. *Industrial and Commercial Training*. 46 (3), 130-134. <http://dx.doi.org/10.1108/ICT-10-2013-0072>
- Queirós, C., Borges, E., Teixeira, A., & Maio, T. (2018). Estratégias de prevenção do stress, *burnout* e *bullying* no trabalho. In E. Borges, *Enfermagem do trabalho: Formação, investigação e estratégias de intervenção* (pp. 139-157). Lidel Edições Técnicas.
- Queirós, C., Faria, S., Fonseca, S., & Oliveira, S. (2020). *Relatório interno: Hipertermia de corpo inteiro e seu impacto no stress, burnout e ansiedade (resultados outubro 2019 - junho 2020)*. Porto: LABP-FPCEUP.
- Ramírez-Gañan, A., Orozco-Quintero, D., & Garzón-Castrillón, M. (2020). Gestión de la felicidad, bienestar subjetivo y satisfacción laboral. *Dimensión Empresarial*, 18(2). <https://doi.org/10.15665/dem.v18i2.2057>
- Ramirez-Garcia, C., Perea, J., & Del Junco, J. (2019). Happiness at work: Measurement scale validation. *Revista de Administração de Empresas*, 59(5), 327-340. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020190503>
- Ratrout, H., & Hamdan-Mansour, A. (2020). Secondary traumatic stress among emergency nurses: Prevalence, predictors, and consequences. *International Journal of Nursing Practice*, 26(1), 1-9. <https://doi.org/10.1111/ijn.12767>
- Raudenská, J., Steinerová, V., Javůrková, A., Urits, I., Kaye, A., Viswanath, O., & Varrassi, G. (2020). Occupational burnout syndrome and posttraumatic stress among healthcare professionals during the novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.07.008>
- Regehr, C., Goldberg, G., Glancy, G., & Knott, T. (2002). Posttraumatic Symptoms and Disability in Paramedics. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(10), 953-958. <https://doi.org/10.1177/070674370204701007>
- Regulamento 372/2018 de 15 de junho. *Diário da República* nº 114/2018 – II Série. 16804-16810. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115522772/details/normal?l=1>
- Resolução da Assembleia da República nº 1/2001. *Diário da República* nº 2/2001 – I Série-A. 14 – 36. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/235128/details/maximized>
- Ribeiro, J. (2010). *Investigação e avaliação em Psicologia e Saúde*. Placebo Editora.

- Richardson, K., & Rothstein, H. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1), 69-93. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.13.1.69>
- Rodríguez-Muñoz, A., & Sanz-Vergel, A. (2013). Happiness and well-being at work: A special issue introduction. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 29(3), 95-97. <http://dx.doi.org/10.5093/tr2013a14>
- Rodríguez, C. (2020). *La felicitat laboral dels millennials*. [Tese de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos, Universitat Oberta de Catalunya]. Repositório Institucional. <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/handle/10609/110367>
- Rudolph, C., Allan, B., Clark, M., Hertel, G., Hirschi, A., Kunze, F., Shockley, K., Shoss, M., Sonnentag, S., & Zacher, H. (2020). Pandemics: Implications for research and practice in industrial and organizational psychology. *Industrial and Organizational Psychology: Perspectives on Science and Practice*. <https://psyarxiv.com/k8us2/download?format=pdf>
- Saenghiran, N. (2013). Towards enhancing happiness at work: A case study. *Social Research Reports*, 5(25), 21-33. https://www.researchreports.ro/images/researchreports/social/srr_2013_vol025_002.pdf
- Salanova, M. (2020). How to survive COVID-19? Notes from organisational resilience. *International Journal of Social Psychology*, 35(3), 670-676. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1795397>
- Salas-Vallina, A., & Alegre, J. (2018a). Happiness at work: Developing a shorter measure. *Journal of Management & Organization*, 1-21. <https://doi.org/10.1017/jmo.2018.24>
- Salas-Vallina, A., Alegre, J. (2018b). Unselfish leaders? Understanding the role of altruistic leadership and organizational learning on happiness at work (HAW)". *Leadership & Organization Development Journal*, 39(5), 633-649. <https://doi.org/10.1108/LODJ-11-2017-0345>
- Salas-Vallina, A., Alegre, J., & Guerrero, R. (2018c). Happiness at work in knowledge-intensive contexts: Opening the research agenda. *European research on management and business economics*, 24(3), 149-159. <https://doi.org/10.1016/j.iedeen.2018.05.003>
- Salas-Vallina, A., Alegre, J., & Fernández, R. (2017a). On the road to happiness at work (HAW): Transformational leadership, organizational learning capability and happiness at work. *Personnel Review*, 46(2), 314-338. <https://doi.org/10.1108/PR-06-2015-0186>
- Salas-Vallina, A., Alegre, J., & Fernández, R. (2017b). Happiness at work and organisational citizenship behaviour. *International Journal of Manpower*, 38(3), 470-488. <https://doi.org/10.1108/IJM-10-2015-0163>
- Salas-Vallina, A., Alegre, J., & Guerrero, R. (2013). La medición de la felicidad en el trabajo y sus antecedentes: un estudio empírico en el área de alergología de los hospitales públicos españoles. *Trabajo: revista iberoamericana de relaciones laborales*, 28, 83-116. <http://hdl.handle.net/10272/9306>
- Salimi, S., Pakpour, V., Rahmani, A., Wilson, M., & Feizollahzadeh, H. (2020). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among critical care nurses in Iran. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(1), 59-66. <https://doi.org/10.1177/1043659619838876>

- Sampaio, F., Sequeira, C., & Teixeira, L. (2020). Nurses' mental health during the Covid-19 outbreak: a cross-sectional study. *Journal of occupational and environmental medicine*, 62(10), 783-787. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001987>
- San, E. (2015). Concept analysis of nurses' happiness. *Nursing Forum*, 50 (1), 55-62. <https://doi.org/10.1111/nuf.12099>
- Sánchez-Vázquez, J. (2018). El significado vital en las organizaciones: aportaciones de la economía de la felicidad. *Cauriensia*, 13, 143-156. <https://doi.org/10.17398/2340-4256.13.143>
- Sánchez-Vázquez, J., & Sánchez-Ordóñez, R. (2019). Happiness Management: Revisión de literatura científica en el marco de la felicidad en el trabajo. *RETOS, Revista de Ciencias de la Administración y Economía*, 9(18), 259-271. <http://dx.doi.org/10.17163/ret.n18.2019.05>
- Saniasiaya, J., & Ramasamy, K. (2020). Schwartz rounds for healthcare personnel in coping with covid-19 pandemic. *Postgraduate Medical Journal*. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-137806>
- Santos, M. (2017). *Trauma psicológico e resiliência: relação com o tipo de evento potencialmente traumático e o crescimento pós-traumático* [Tese de Mestrado Integrado em Psicologia, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia]. Repositório ULisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/33203>
- Schaufeli, W. (2006). Intervenciones sobre el síndrome de burnout. In P. Gil-Monte, M. Salanova, J. Aragón & W. Schaufeli, *El Síndrome de quemarse por el trabajo en servicios sociales* (pp. 63-75). Diputación de València.
- Schaufeli, W., & Bakker, A. (2003). *UWES Utrecht work engagement scale, preliminary manual*. Occupational Health Psychology Unit.
- Schaufeli, W., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness studies*, 3(1), 71-92. <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>
- Scott, S., Hirschinger, L., Cox, K., McCoig, M., Hahn-Cover, K., Epperly, K., Phillips, E., & Hall, L. (2010). Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(5), 233-240. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(10\)36038-7](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(10)36038-7)
- Scott, S. (2015). Second victim support: implications for patient safety attitudes and perceptions. *Patient Safety & Quality Healthcare*. <https://www.psqh.com/analysis/second-victim-support-implications-for-patient-safety-attitudes-and-perceptions/>
- Sebaoun, G. (2017). *Rapport d'Information n° 4487: en conclusion des travaux de la mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnelle (ou burn out)*. Paris: Assemblée Nationale.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychological Association*, 55(1), 5-14.

- Sequeira, C., Amaral, C., & Amaral, C. (2018). Comunicação/estratégias de comunicação em enfermagem do trabalho. In E. Borges, *Enfermagem do trabalho: Formação, investigação e estratégias de intervenção* (pp. 126-138). Lidel Edições Técnicas.
- Setti, I., & Argentero, P. (2016). Traumatization and PTSD in rescue workers: Prevention, assessment, and interventions. In C. Martin, V. Preedy, & V. Patel, *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorders* (pp. 1-317). Springer International Publishing.
- Sexton, J., & Adair, K. (2019). Forty-five good things: a prospective pilot study of the Three Good Things well-being intervention in the USA for healthcare worker emotional exhaustion, depression, work–life balance and happiness. *BMJ Open*, 9(3), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022695>
- Shanafelt, T., Oreskovich, M., Dyrbye, L., Satele, D., Hanks, J., & Sloan, J. (2012). Avoiding burnout: The personal health habits and wellness practices of US surgeons. *Annals of Surgery*, 255(4), 625-633. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31824b2fa0>
- Sharma, J., & Dhar, R. (2016). Factors influencing job performance of nursing staff. *Personnel Review*. 45(1), 161-182. <https://doi.org/10.1108/PR-01-2014-0007>
- Shimomistu T. (2005) *Manual for Stress Measurement Using the Self-administered New Brief Job Stress Questionnaire - To More Effectively Improve Working Environments*. Ministry of Health, Labour, and Welfare.
- Silva, M. (2017). *Engagement e satisfação no trabalho dos enfermeiros do pré-hospitalar*. [Tese de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/21100>
- Silva, M., Borges, E., Baptista, P., & Queirós, C. (2019). Engagement e satisfação dos enfermeiros do pré-hospitalar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (7), 25-30. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0243>
- Silveira, E., Batista, K., Grazziano, E., Bringuete, M., & Lima, E. (2020). Effect of progressive muscle relaxation on stress and workplace well-being of hospital nurses. *Enfermería Global*, (58), 485-493. <https://revistas.um.es/eglobal/article/download/396621/280381/>
- Singh, S., & Aggarwal, Y. (2018). Happiness at work scale: Construction and psychometric validation of a measure using mixed method approach. *Journal of Happiness Studies*, 19(5), 1439-1463. <https://doi.org/10.1007/s10902-017-9882-x>
- Southwick, S., Bonanno, G., Masten, A., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European journal of psychotraumatology*, 5(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Southwick, S., Pietrzak, R., Tsai, J., Krystal, J., & Charney, D. (2015). Resilience: an update. *PTSD Research Quarterly*, 25(4), 1-10. https://www.ptsd.va.gov/publications/rq_docs/V25N4.pdf
- Spitzer, R., Williams, J., Gibbon, M., & First, M. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 624–629. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820080032005>
- Stamm, B. (2010). *The concise ProQOL manual* (2º ed.). Pocatello.

- Suvarnarong, K., Kaesornsamut, P., Kumpalasisri, N., Kongsuriyanavin, W., & Krongthammachart, K. (2013). The effects of yoga program on happiness, self-esteem and depressive symptoms in nursing students. *Nursing Science Journal of Thailand*, 31(4), 66-78. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/26510>
- Takeda, S., Nakayama, S., Uddin, M., Hiramoto, A., & Inoue, M. (2019). Correlation between subjective happiness and pleasant activities at workplace in nursing staff for older individuals in japan. *Community Mental Health Journal*, 56, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00539-w>
- Torres Bernal, A., & Mille, D. (2011). Healing from trauma: Utilizing effective assessment strategies to develop accessible and inclusive goals. *KAIROS-Slovenian Journal of Psychotherapy*, 5(1/2), 28-42.
- Turato, E. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde pública*, 39(3), 507-514.
- US Department of Health and Human Services. (2014). *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services - Treatment Improvement Protocol (TIP 57)*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://store.samhsa.gov/product/TIP-57-Trauma-Informed-Care-in-Behavioral-Health-Services/SMA14-4816>
- US Department of Health and Human Services. (2020). *National guidelines for behavioral health crisis care: a best practice toolkit knowledge informing transformation*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://www.samhsa.gov/find-help/implementing-behavioral-health-crisis-care>
- Vakili, M., Farzanh, F., & Momayyez, M. (2020). Evaluation of Happiness and its Related Factors among Nurses in Educational Hospitals of Yazd Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, 2016. *Tolooebehdasht*, 19(3), 1-11. <https://doi.org/10.18502/tbj.v19i3.4168>
- Valentine, P. (2003). Trauma: Definição, diagnóstico, efeitos e prevalência. In M. Pereira, & J. Monteiro-Ferreira, *Stress traumático: Aspectos teóricos e intervenção* (pp. 19-33). Climepsi Editores.
- Vieira, M. (2016). *Satisfação no trabalho e absentismo dos enfermeiros de um ACES*. [Tese de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/14212>
- Vieira, M., Borges, E., Freire, R. (2019) Satisfação no trabalho dos enfermeiros de um agrupamento de centros de saúde. *Revista ROL Enfermería*, 42(11-12), 113.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. (2ª ed.) Edições Sílabo.
- Von Rueden, K., Hinderer, K., McQuillan, K., Murray, M., Logan, T., Kramer, B., Gilmore, R., & Friedmann, E. (2010). Secondary traumatic stress in trauma nurses: prevalence and exposure, coping, and personal/environmental characteristics. *Journal of Trauma Nursing*, 17(4), 191-200. <https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e3181ff2607>
- Wagner, S., Fraess-Phillips, A., & Mikkelson, K. (2016). Recruit firefighters: personality and mental health. *International Journal of Emergency Services*, 5(2), 199-211. <https://doi.org/10.1108/IJES-08-2016-0015>

- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and psychometric. *Journal of nursing measurement, 1*(2), 165-178.
- Walton, M., Murray, E., & Christian, M. (2020). Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care, 9*(3), 241-247. <https://doi.org/10.1177/2048872620922795>
- Wang, J., Okoli, C., He, H., Feng, F., Li, J., Zhuang, L., & Lin, M. (2019). Factors associated with compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among Chinese nurses in tertiary hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies, 102*, Artigo 103472. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103472>
- Wang, Y., Ma, S., Yang, C., Cai, Z., Hu, S., Zhang, B., Tang, S., Bai, H., Guo, X., Wu, J., Du, H., Kang, L., Tan, H., Li, R., Yao, L., Wnag, G., Liu, Z. (2020). Acute psychological effects of Coronavirus Disease 2019 outbreak among healthcare workers in China: a cross-sectional study. *Translational psychiatry, 10*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-01031-w>
- Warr, P. (2002). *Psychology at work*. Penguin UK.
- Warr, P. (2013). Fuentes de felicidad e infelicidad en el trabajo: una perspectiva combinada. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 29*(3), 99-106. <http://dx.doi.org/10.5093/tr2013a15>
- Watts, J., & Robertson, N. (2015). Selecting a measure for assessing secondary trauma in nurses. *Nurse Researcher, 23*(2). 30-35. <https://doi.org/10.7748/nr.23.2.30.s7>
- Weathers F., Litz B., Herman D., Huska J., & Keane T. (1993, Outubro). *The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility* [Apresentação de Conferência]. Annual Meeting of International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, EUA.
- Wei, H., Kifner, H., Dawes, M., Wei, T., & Boyd, J. (2020). Self-care strategies to combat burnout among pediatric critical care nurses and physicians. *Critical Care Nurse, 40*(2), 44-53. <https://doi.org/10.4037/ccn2020621>
- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The impact of event scale – revised. In J. Wilson & T. Keane, *Assessing psychological trauma and PTSD: A practitioner's handbook* (pp. 399-411). Guilford Press.
- West, C., Dyrbye, L., Erwin, P., & Shanafelt, T. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *Lancet, 5*(388), 2272-2281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
- Wheeler, K., & Phillips, K. (2019). The development of trauma and resilience competencies for nursing education. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 1*-12. <https://doi.org/10.1177/1078390319878779>
- World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
- Wortmann, J., Jordan, A., Weathers, F., Resick, P., Dondanville, K., Hall-Clark, B., Foa, E., Young-McCaughan, S., Yarvis, J., Hembree, E., Mintz, J., Peterson, A., & Litz, B. (2016). Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. *Psychological Assessment, 28*(11), 1392-1403.

<https://doi.org/10.1037/pas0000260>

Yılmaz, G., Üstün, B., & Günüşen, N. (2018). Effect of a nurse-led intervention programme on professional quality of life and post-traumatic growth in oncology nurses. *International journal of nursing practice*, 24(6), 1-7.
<https://doi.org/10.1111/ijn.12687>