

IPV - ESSV |

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu





Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de





Compreender significa ser capaz de fazer.

J. W. Von Goethe



## **Agradecimentos**

Nestas páginas vivem a gratidão e a amizade por quantos me ajudaram a percorrer este caminho de realização pessoal e profissional. Sem as portas que se foram abrindo à minha passagem neste percurso que encetei, não teria conseguido chegar aqui. Por isso, agora que vos posso tributar esta minha alegria, nada melhor que partilhar convosco esta aventura, que me parece começar onde se chega e não acaba.

Ao Professor Doutor António Madureira, pelas orientações, pelo apoio incondicional, confiança e disponibilidade concedida.

A todos os enfermeiros que se disponibilizaram a preencher os questionários, sem os quais este estudo não teria sido possível.

À minha esposa, por todo o apoio nos momentos de maior ansiedade e desânimo, pelas muitas horas de convívio e apoio que lhe subtraí, pelos mimos e carinhos com que impregna a minha vida.

Aos meus pais, pelo apoio e presença constantes na minha vida, estando sempre a meu lado nesta caminhada.

Aos meus avós, por me ajudarem a ser quem sou.

Por fim, a todos os que direta ou indiretamente tornaram possível este trabalho e que não mencionei, aqui ficam os meus agradecimentos.

O meu muito obrigado a todos.



## Resumo

**Enquadramento:** A síndrome de *burnout* associada ao stresse tem sido documentada em profissionais de saúde de muitas especialidades, sendo o pré-hospitalar um ambiente altamente stressante. Portanto, este estudo foi realizado para estudar os determinantes do *burnout* em enfermeiros que exercem no pré-hospitalar

**Objetivos:** Identificar as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais que interferem no *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar; determinar se o apoio em relação aos amigos interfere no *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar; verificar se existe relação entre as variáveis contextuais ao trabalho e *oburnout* em enfermeiros do pré-hospitalar; verificar se existe relação entre o estilo de vida e o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar; verificar se existe relação entre as variáveis contextuais à saúde e o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar; determinar se existe relação entre o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar e a inteligência emocional.

**Métodos:** Estudo quantitativo, com corte transversal, descritivo analítico-correlacional. Os dados foram colhidos junto de 139 enfermeiros a exercerem no INEM a nível de Portugal continental, maioritariamente do género masculino (60,4%) e na faixa etária dos 30-39 anos (56,8%). O instrumento de recolha de dados contém um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional, estilos de vida, contexto de trabalho, a Escala de Apgar Familiar (Smilkstein, 1978), versão portuguesa de Agostinho e Rebelo (1988), o Inventário de Burnout de Maslach (MBI), Maslach e Jackson (1978), versão de Carlotto e Câmara (2004) e a Escala de Inteligência Emocional validada para a população portuguesa por Rego e Fernandes (2005).

**Resultados:** As estatísticas relativas ao *burnout* indicam uma média mais elevada para a realização pessoal ( $M=4,14\pm 1,03$ ), seguindo-se a exaustão emocional ( $M=2,22\pm 1,18$ ). Os enfermeiros do género masculino têm níveis superiores de despersonalização ( $p=0,019$ ). Os enfermeiros que residem no mesmo concelho onde trabalham têm maiores níveis de exaustão emocional e de despersonalização ( $p=0,048$ ). Os participantes inseridos em famílias com maior funcionalidade apresentam níveis inferiores de exaustão emocional ( $p=0,003$ ) e de despersonalização ( $p=0,04$ ) e níveis superiores de realização profissional ( $p=0,002$ ). Os enfermeiros com um contrato por tempo indeterminado têm níveis de exaustão emocional e de despersonalização inferiores ( $p=0,003$ ). Os enfermeiros que deixariam a instituição onde trabalham, caso pudessem, apresentam maior exaustão emocional, maior despersonalização e menor realização profissional ( $p=0,000$ ). Os enfermeiros muito satisfeitos com o seu trabalho revelam mais realização profissional, menor exaustão emocional e menor despersonalização (exaustão emocional  $p=0,000$ ; despersonalização  $p=0,000$ ; realização profissional  $p=0,000$ ); os que têm muito boas relações com os colegas de trabalho revelam menor exaustão emocional, sendo os que admitem ter más relações com os colegas de aqueles que apresentam mais despersonalização, com maior realização profissional os enfermeiros que têm muito más relações com os colegas de trabalho, (exaustão emocional  $p=0,000$ ; despersonalização  $p=0,000$ ; realização profissional  $p=0,008$ ); com maior exaustão emocional os enfermeiros que consideram o seu trabalho bastante stressante e com maior realização profissional os que avaliam o seu trabalho como pouco stressante (exaustão emocional  $p=0,000$ ). Os enfermeiros que já recorreram ao serviço de psicologia do INEM e/ou outro apresentam um nível de exaustão emocional e de despersonalização superior, revelando mais realização profissional (exaustão emocional  $p=0,040$ ); os enfermeiros que consideram a sua saúde como “muito boa” têm menores níveis de exaustão emocional, enquanto os que consideram a sua saúde como “pouco boa” apresentam maiores níveis de exaustão emocional ( $p=0,001$ ), aqueles que manifestam mais despersonalização avaliam a sua saúde como “pouco boa” e os que a avaliam como “muito boa” revelam mais realização profissional. O autocontrolo perante as críticas, a empatia, a compreensão das emoções próprias, o auto-encorajamento, a compreensão das emoções dos outros e o autocontrolo emocional são variáveis preditoras de *burnout*.

**Conclusão:** O ambiente de trabalho determina as tensões físicas, sociais e mentais, que afetam a saúde dos enfermeiros. A equipa de enfermagem do pré-hospitalar, devido à natureza peculiar do seu trabalho, está exposta às tensões de situações de emergência que podem afetar a sua saúde, resultando em *burnout*.

**Palavras-chave:** *Burnout*, Enfermeiros; Pré-hospitalar.



## Abstract

**Background:** Stress-related burnout syndrome has been documented in health professionals in many specialties, with prehospital being a highly stressful environment. Therefore, this study was conducted to study the determinants of burnout in prehospital nurses

**Objectives:** To identify sociodemographic and professional variables that interfere with burnout in prehospital nurses; to determine if support for friends interferes with burnout in prehospital nurses; verify if there is a relationship between the contextual variables at work and burnout in prehospital nurses; to verify if there is a relationship between lifestyle and burnout in prehospital nurses; to verify if there is a relation between the contextual variables to health and burnout in prehospital nurses; to determine if there is a relationship between burnout in prehospital nurses and emotional intelligence.

**Methods:** Quantitative study, with cross-sectional, analytical-correlational descriptive. Data were collected from 139 nurses working in the INEM in mainland Portugal, mostly male (60.4%) and in the age group of 30-39 (56.8%). The data collection instrument contains a sociodemographic and professional characterization questionnaire, lifestyles, work context, the Family Apgar Scale (Smilkstein, 1978), the Portuguese version of Agostinho and Rebelo (1988), the Maslach Burnout Inventory (MBI), Maslach and Jackson (1978), Carlotto and Câmara version (2004) and the Emotional Intelligence Scale validated for the Portuguese population by Rego and Fernandes (2005).

**Results:** Burnout statistics indicate a higher mean for personal performance ( $M=4.14\pm 1.03$ ), followed by emotional exhaustion ( $M=2.22\pm 1.18$ ). Male nurses have higher levels of depersonalization ( $p=0.019$ ). Nurses residing in the same municipality where they work have higher levels of emotional exhaustion and depersonalization ( $p=0.048$ ). Participants enrolled in families with greater functionality presented lower levels of emotional exhaustion ( $p=0.003$ ) and depersonalization ( $p=0.04$ ) and higher levels of professional achievement ( $p=0.002$ ). Nurses with an indeterminate contract have lower levels of emotional exhaustion and depersonalization ( $p=0.003$ ). Nurses who would leave the institution where they work, if they could, present greater emotional exhaustion, greater depersonalization and lower professional achievement ( $p=0.000$ ). Nurses very satisfied with their work show more professional achievement, less emotional exhaustion and less depersonalization (emotional exhaustion  $p=0.000$ ; depersonalization  $p=0.000$ ; professional achievement  $p=0.000$ ); those who have very good relations with work colleagues reveal less emotional exhaustion, being those who admit to having bad relations with the colleagues of those who present more depersonalization, with greater professional achievement the nurses who have much worse relations with the work colleagues, (emotional exhaustion  $p=0.000$ , depersonalization  $p=0.000$ , professional achievement  $p=0.008$ ); with more emotional exhaustion, nurses who consider their work to be quite stressful and with greater professional achievement are those who evaluate their work as less stressful (emotional exhaustion  $p=0.000$ ). Nurses who have already applied to the INEM psychology department and/or others present a level of emotional exhaustion and superior depersonalization, revealing more professional achievement (emotional exhaustion  $p=0.040$ ); nurses who consider their health as "very good" have lower levels of emotional exhaustion, while those who consider their health as "poor" have higher levels of emotional exhaustion ( $p=0.001$ ), those with more depersonalization their health as "poor" and those who rate it as "very good" show more professional achievement. Self-control over criticism, empathy, understanding of one's emotions, self-encouragement, understanding of others' emotions, and emotional self-control are predictors of burnout.

**Conclusion:** The work environment determines the physical, social and mental tensions that affect nurses' health. The prehospital nursing team, due to the peculiar nature of their work, is exposed to the tensions of emergency situations that can affect their health, resulting in burnout.

**Keywords:** Burnout; Nurses; Pre-hospital.



## Sumário

	Pág.
Lista de Tabelas .....	XIII
Lista de Figuras .....	XV
Introdução.....	17
Parte I - Fundamentação Teórica.....	21
1. Stresse .....	23
1.1. Stresse ocupacional.....	25
1.2. Stresse em enfermagem .....	27
2. <i>Burnout</i> .....	29
3. <i>Burnout</i> nos enfermeiros do pré-hospitalar .....	35
II Parte – Estudo Empírico .....	39
1. Metodologia .....	41
1.1 Métodos .....	41
1.2. Participantes .....	44
1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	44
1.3. Instrumentos de recolha de dados.....	45
1.4. Procedimentos .....	50
1.5. Análise de dados.....	50
2. Apresentação dos resultados.....	53
2.1. Análise descritiva .....	53
2.2. Análise inferencial .....	63
3. Discussão dos resultados .....	80
Conclusão.....	89
Referências bibliográficas .....	93
Anexos .....	98
Anexo 1 – Instrumento de recolha de dados	
Anexo 2 – Autorização para aplicação da Escala da Inteligência Emocional	



## Lista de Tabelas

Pág.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica em função do género .....	45
Tabela 2 – Pontuação atribuída às respostas pela Escala de Apgar Familiar .....	47
Tabela 3 – Pontuação e correspondente Funcionalidade Familiar .....	47
Tabela 4 – Caracterização sociofamiliar em função do género .....	53
Tabela 5 – Estadísticas relativas à caracterização sociofamiliar em função do género .....	54
Tabela 6 – Caracterização socioprofissional em função do género.....	56
Tabela 7 - Tempo de serviço como Enfermeiro em função do género .....	58
Tabela 8 - Tempo de serviço no Pré-Hospitalar .....	58
Tabela 9 - Tempo de serviço como Enfermeiro no Pré-Hospitalar .....	58
Tabela 10 – Variáveis contextuais aos estilos de vida em função do género .....	59
Tabela 11 – Variáveis contextuais à saúde em função do género.....	60
Tabela 12 – Apoio em relação aos amigos em função do género.....	61
Tabela 13 – Variáveis contextuais ao trabalho em função do género .....	62
Tabela 14 – Estatísticas relativas à inteligência emocional .....	62
Tabela 15 – Estatísticas relativas ao burnout .....	63
Tabela 16 – Teste U de Mann-Whitney para a relação do burnout em função do género	64
Tabela 17 – Teste Kruskall Wallis para a relação do burnout em função do grupo etário	64
Tabela 18 – Teste Kruskall Wallis para a relação do burnout em função da funcionalidade familiar.....	65
Tabela 19 – Teste U de Mann-Whitney para a relação do burnout em função do estado civil .....	65
Tabela 20 – T-Test para a relação do burnout em função de concelho onde trabalha é o mesmo onde reside .....	65
Tabela 21 – Teste Kruskall Wallis para a relação do burnout em função das habilitações académicas/profissionais.....	66
Tabela 22 – Teste Kruskall Wallis para a relação do burnout em função do tempo de serviço como enfermeiro.....	67
Tabela 23 – Teste Kruskall Wallis para a relação do burnout em função do local onde o enfermeiro exerce funções .....	67
Tabela 24 – Teste Kruskall Wallis para a relação do burnout em função do tempo de serviço no pré-hospitalar.....	68
Tabela 25 – Teste Kruskall Wallis para a relação do burnout em função do tempo de serviço no pré-hospitalar como enfermeiro.....	68
Tabela 26 – Teste Kruskall Wallis para a relação do burnout em função da assiduidade contratual.....	69
Tabela 27 – Teste Kruskall Wallis para a relação do burnout em função das faltas ao serviço no último ano.....	69
Tabela 28 – Teste Kruskall Wallis para a relação do burnout em função da Delegação do INEM a que pertence.....	70
Tabela 29 – Teste Kruskall Wallis para a relação do burnout em função do número de ocorrências por mês .....	70
Tabela 30 – Teste Kruskall Wallis para a relação do burnout em função do número de horas por semana no INEM .....	70
Tabela 31 – Teste U de Mann-Whitney para a relação do burnout em função do exercício de funções na ambulância SIV .....	71
Tabela 32 – Teste U de Mann-Whitney para a relação do burnout em função do exercício de funções na VMER.....	71
Tabela 33 – Teste U de Mann-Whitney para a relação do burnout em função do exercício de funções no helicóptero.....	71
Tabela 34 – Teste U de Mann-Whitney para a relação do burnout em função de deixar a instituição onde trabalha se pudesse .....	72

Tabela 35 – Teste U de Mann-Whitney para a relação do burnout em função de mudança de profissão se pudesse .....	72
Tabela 36 – Teste Kruskal Wallis para a relação do burnout em função da satisfação com o trabalho.....	73
Tabela 37 – Teste Kruskal Wallis para a relação do burnout em função da relação com os colegas de trabalho.....	73
Tabela 38 – Teste Kruskal Wallis para a relação do burnout em função da avaliação do trabalho .....	74
Tabela 39 - Correlação de Spearman's rho entre o apoio em relação aos amigos e o burnout .....	74
Tabela 40 – Teste U de Mann-Whitney para a relação do burnout em função da prática de atividade física regular .....	75
Tabela 41 – Teste U de Mann-Whitney para a relação do burnout em função do consumo de tabaco.....	75
Tabela 42 – Teste U de Mann-Whitney para a relação do burnout em função do consumo de café.....	75
Tabela 43 – Teste U de Mann-Whitney para a relação do burnout em função do consumo de álcool .....	76
Tabela 44 – Teste U de Mann-Whitney para a relação do burnout em função da prática de técnica de relaxamento.....	76
Tabela 45 – Teste U de Mann-Whitney para a relação do burnout em função de recorrer ao serviço de psicologia do INEM e/ou outro .....	77
Tabela 46 – Teste Kruskal Wallis para a relação do burnout em função da forma como o enfermeiro avalia a sua saúde .....	77
Tabela 47 - Correlação de Pearson entre a exaustão emocional e a inteligência emocional .....	78
Tabela 48 - Análise de regressão múltipla entre a exaustão emocional e a inteligência emocional .....	79
Tabela 49 - Correlação de Pearson entre a despersonalização e a inteligência emocional .....	79
Tabela 50 - Análise de regressão múltipla entre a despersonalização e a inteligência emocional.....	80
Tabela 51 - Correlação de Pearson entre a realização profissional e a inteligência emocional .....	81
Tabela 52 - Análise de regressão múltipla entre a realização profissional e a inteligência emocional .....	82

## Lista de figuras

Pág.

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas.. .....	44
--	----



## Introdução

Os reptos colocados aos enfermeiros que trabalham no pré-hospitalar são complexos e exigentes, resultando em contextos de trabalho particularmente exigentes e desgastantes, podendo resultar em *burnout*. É neste contexto que surge a realização deste trabalho, que procura verificar quais os determinantes de *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar, sendo este um assunto pertinente para o crescimento pessoal e profissional.

O *burnout* é um tema

“relevante para as profissões, em que os relacionamentos humanos assumem particular importância, como é o caso dos enfermeiros. Os progressos da ciência, as inovações organizacionais, técnicas e tecnologias, associadas ao aumento progressivo e significativo do stresse ocupacional, instabilidade económica e política, têm exigido dos enfermeiros uma constante adaptação, maior consciência e grande habilidade para enfrentar tamanhas evoluções” (Patrão, 2012, pp. 13-14).

As transformações sociais das últimas décadas despoletaram igualmente mudanças nas relações de trabalho, na atuação dos profissionais e na qualidade dos serviços prestados. A qualificação profissional sustenta-se na capacidade de organizar, coordenar, inovar, agir em situações sempre previsíveis, decidir e cooperar com a equipa de trabalho. Estas alterações ocorrem quer ao nível operacional do trabalho, quer ao nível psicológico dos trabalhadores (França, Martino, Aniceto & Silva, 2012). De acordo com os mesmos autores, nos últimos anos, o nível de desgaste físico e emocional dos trabalhadores tem alcançado significativas proporções. Muitas instituições empregadoras optam por ignorar o sofrimento de seus colaboradores e manterem-se longe da realidade, para além de insistirem em capitalizar o trabalho de seus empregadores.

A exaustão profissional é um fenómeno multifacetado e um problema frequentemente encontrado entre os enfermeiros, sendo exemplo os enfermeiros que exercem no pré-hospitalar (Froutan, Khankeh, Fallahi, Ahmadi, & Norouzi, 2014).

O processo de trabalho no pré-hospitalar apresenta a possibilidade diária e contínua de ter como objeto de trabalho uma pessoa gravemente doente, que necessita de cuidados imediatos e que corre risco de vida. Neste sentido, França et al. (2012) referem a importância de se discutir e refletir acerca dos níveis de stresse em enfermeiros a exercer no pré-hospitalar, cujas características laborais são, *per si*, fatores despoletadores de stresse. “O desenvolvimento da síndrome de *burnout* abrange uma série de fatores individuais e laborais sendo, portanto, multicausal, onde as variáveis socio-ambientais são coadjuvantes do processo” (França et al., 2012, s.p.). Em conformidade com os mesmos

autores, o seu começo está associado a determinados fatores predisponentes, relacionados com os aspetos organizacionais, laborais, sociais e/ou pessoais. Por conseguinte, a identificação desses fatores preditores é fundamental em termos de conhecimento científico acerca do *burnout* e da enfermagem pré-hospitalar. A síndrome de *burnout* associada ao stresse tem sido documentada em profissionais de saúde em muitas especialidades, sendo o pré-hospitalar um ambiente altamente stressante (Cicchitti, Cannizzaro, Rosi, Maccaroni & Menditto, 2014).

Face a este contexto apresentado, torna-se relevante dar resposta aos seguintes objetivos:

- Identificar as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais que interferem no *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar;
- Determinar se o apoio em relação aos amigos interfere no *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar;
- Verificar se existe relação entre as variáveis contextuais ao trabalho e o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar;
- Verificar se existe relação entre o estilo de vida e o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar;
- Verificar se existe relação entre as variáveis contextuais à saúde e o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar;
- Determinar se existe relação entre o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar e a inteligência emocional.

É, assim, pertinente considerar-se a importância relativa à exigência e nível profissional que esta atividade profissional requer, a indispensabilidade de engrandecer as fontes de motivação dos enfermeiros de garantir um clima benéfico de realização profissional e produtividade, visando a prevenção do seu sofrimento psicológico e a promoção da saúde e bem-estar. Deste modo, serão ainda prestados melhores cuidados de saúde, sem que coloquem em risco as pessoas em situação crítica que assistem. Assume grande importância que os enfermeiros sejam abrangidos nas tomadas de decisão ao nível organizacional, alterando atitudes, práticas e conceitos, o que requer, para tal, que documentem as suas práticas e que se revelem capazes de atestar o impacto da sua intervenção na qualidade de cuidados prestados. Como futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o assunto a ser abordado revela-se de primordial importância. Estudar este tema permitirá aprofundar conceitos e despertar interesses por aspetos de grande importância para a prática profissional, resultando num desenvolvimento

peçoal e profissional. Possibilitará igualmente sistematizar o conhecimento nesta área do saber, o que contribuirá para uma futura atuação no contexto de Enfermagem Médico-Cirúrgica, no sentido da excelência.

O presente trabalho, em termos estruturais, contém uma primeira parte reservada à fundamentação teórica, na qual se aborda o conceito de stresse, fazendo-se alusão ao stresse ocupacional, particularizando na enfermagem. Tem lugar também a definição conceitual de *burnout*, de forma a poder-se contextualizar o *burnout* nos enfermeiros do pré-hospitalar. A segunda parte abrange todos os procedimentos metodológicos intrínsecos ao estudo empírico, começando-se pela concetualização do estudo, questões de investigação, objetivos, tipo de investigação e esquema conceptual de base. Segue-se a apresentação dos participantes, tendo em conta o tipo de amostra e a caracterização sociodemográfica da mesma, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos na recolha dos dados e procedimentos éticos, assim como a análise dos dados, onde se especificam os testes estatísticos utilizados. Seguem-se a apresentação e discussão dos resultados, juntamente com as principais conclusões e sugestões pertinentes a considerar.



**Parte I - Fundamentação Teórica**

---



## 1. Stresse

O stresse tornou-se numa das principais áreas de preocupação e, por excelência, cada vez mais destacado nas sociedades mais industrializadas, tornando-se numa das palavras mais usadas pelas pessoas no seu quotidiano. Mesmo sendo um dos termos mais utilizados, tanto pela comunidade científica, como pelo público em geral, continua a não existir um significado comum unanimemente aceite. Este contém diversas definições e diferentes perspetivas, mas na maior parte das definições propostas por diversos autores, definem o termo stresse como sendo uma resposta não específica do organismo a qualquer estímulo ou exigência externa. Considerando as repercussões que pode ter para a pessoa (e em particular para os enfermeiros a exercerem no pré-hospitalar), torna-se de importância fulcral definir o seu conceito, identificar as suas causas e conhecer os seus efeitos.

O stresse é visto por Lazarus e Folkman, referenciados por Ogden (2004), como resultado da transação/relação entre a pessoa e o meio ambiente, onde este é percebido como nefasto, ameaçando o seu bem-estar.

Quando se fala em stresse, não se está a referir obrigatoriamente a algo negativo. Surge, assim, a necessidade de aprofundar o seu conceito, os fatores indutores, relacioná-lo com a enfermagem de urgência e analisar alguns dos mecanismos/estratégias que permitam aos enfermeiros lidar com o mesmo.

Stresse é um vocábulo proveniente do verbo latino *stingo, stingere, strinxi, strictum* e é sinónimo de *apertar, comprimir, restringir*. Serra (2011, p.13) refere que “o stresse representa a relação que se estabelece entre a carga sentida pelo ser humano e a resposta psicofisiológica que, perante a mesma, o indivíduo desencadeia”. Para o mesmo autor, “ninguém está livre de stresse” (p. 29). Por conseguinte, de acordo com Capelo, Poncinho E Jesus (2009, p. 353), “o ser humano enfrenta as circunstâncias indutoras do stresse de forma diferenciada, a vulnerabilidade ao stresse também não é uniforme”.

Quando o ser humano se depara com situações, cuja resposta ultrapassa os seus limites, surge a incapacidade de manter o equilíbrio, contribuindo para deteriorar a qualidade de vida dos indivíduos, tornando-se potencial de doença (Santos & Teixeira, 2009; Silva, Kessler, Silva, Souza, Bittencourt & Celich, 2016).

São vários os cientistas que, ao longo dos anos, se têm debruçado sobre o conceito de stresse, sendo que Mendes (2002, p.19) afirma que este pode ser analisado por três pontos de vista diferentes:

“Como o estudo das respostas do individuo ao nível biológico, psicológico e/ou social; como o estudo dos fatores sociais, psicológicos e/ou biológicos potencialmente indutores de stresse e

por fim numa perspectiva transaccional, que analisa a forma como o individuo percebe as exigências do meio e observa as suas capacidades para lhes fazer face”.

Existem situações e acontecimentos tidos como indutores de stresse, isto é, “que desencadeiam um conjunto de reações não específicas em resposta a um stressor e que exige adaptação por parte do indivíduo” (Pereira, 2018, p. 26). De acordo com a mesma autora, referenciando Serra (2011), “ a personalidade é um fator de extrema relevância para os efeitos do stresse no indivíduo, na medida em que, certos traços de personalidade podem atenuar os seus efeitos” (p.26).

O stresse “sempre esteve presente na História da humanidade – embora de formas diferentes – e não é causado apenas por situações traumáticas ou tristes. De facto, quase se pode afirmar que o stresse é universal, está frequentemente presente na vida das pessoas e desde o início da vida humana no planeta” (Pacheco, 2008, p. 90). A mesma autora acrescenta, que pode ser gerado por situações muito simples, como por exemplo, o prazo de entrega de um documento, ou por situações mais complexas, como a existência de um problema familiar. Pode também surgir em consequência de situações desagradáveis, como o aparecimento de uma doença grave. Nesta linha de ideias, apresenta-se a definição de Selye (1980), citado por Serra (2011, p. 301), “o stresse é a resposta não específica do organismo a qualquer exigência de adaptação”.

Quando uma resposta de stresse se desencadeia, determina a nível biológico, transformações no funcionamento dos sistemas nervoso vegetativo, endócrino e imunitário, cuja situação se torna mais grave, quanto mais prolongada e intensa for. Existem igualmente modificações a nível psicológico e a nível comportamental observável (Serra, 2011).

Em suma, o stresse faz parte da vida do ser humano e quando as capacidades pessoais, não são as mais adequadas, para lidar com as novas problemáticas, quando há baixa resistência à frustração, as situações de stresse podem ocorrer. Desta forma, perante as diferentes situações de vida, o indivíduo pode reagir com maiores ou menores níveis de stresse, que pode ser entendido como uma reação do organismo com componentes psicológicas, físicas, mentais e hormonais, que surgem quando existe a necessidade de uma adaptação a um determinado acontecimento. O stresse é, então, a relação que se estabelece entre as situações ou acontecimentos perturbados e as reações tais em sentimento, pensamento e comportamento.

### 1.1. Stresse ocupacional

O stresse “transformou-se, na atualidade, numa das mais relevantes áreas de preocupação com repercussões pessoais e organizacionais com elevados custos para as organizações. Na área da saúde, o stresse ocupacional tem sido alvo de vários estudos” (Martins, 2018, p. 30). De acordo com a mesma autora, “seja qual for a profissão, o stresse pode possuir aspetos positivos que desafiam os profissionais e lhes possibilitam evoluir pessoal e profissionalmente, bem como ter aspetos negativos, que lhes colocam obstáculos e deterioram a sua própria atitude perante o trabalho, ao longo do tempo” (Martins, 2018, p. 31). As maneiras como os profissionais fazem uma avaliação dos factos em contexto de trabalho e como lidam com eles, de acordo com a mesma autora, “tem um impacte a nível da sua saúde física e mental” (p. 32).

O stresse ocupacional tem como causas etiológicas fatores relacionados com o trabalho, constituindo-se um conjunto de atividades referentes aos valores, às intencionalidades, aos comportamentos e às representações (Bezerra, Silva & Ramos, 2012).

Em 1993, Cooper, como refere Miranda (2011, p. 9), definiu o stresse ocupacional como “um problema de natureza percetiva, resultante da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho, tendo como consequências os problemas em termos de saúde física, mental e na satisfação no trabalho, afetando o indivíduo e as organizações”.

De acordo com Coelho (2010, p. 28), o stresse ocupacional emerge quando “há a perceção, por parte do trabalhador, da sua incapacidade para realizar as tarefas solicitadas, o que causa sofrimento, mal-estar e um sentimento de incapacidade para enfrentá-las”. O stresse ocupacional consiste, assim, na interação entre as condições laborais e as características do trabalhador, podendo resultar na incapacidade de lidar com elas, ou seja, o trabalhador pode esgotar as estratégias de *coping* que lhe permitem lidar com o stresse (Ross e Atmaier, 1994, cit. por Coelho, 2010, p. 28).

De acordo com Cumbe (2010, p. 34), quando ocorre

“um desequilíbrio entre as exigências ocupacionais e os recursos ambientais ou pessoais, com que conta o trabalhador, surge uma série de reações que podem incluir: respostas fisiológicas (aumento do ritmo cardíaco ou da pressão arterial, hiperventilação, assim como secreção das hormonas de stresse, tais como a adrenalina e o cortisol); respostas emocionais (sentir-se nervoso ou irritado); respostas cognitivas (redução ou limitação na atenção e perceção, falta de memória), e reações comportamentais (agressividade, condutas impulsivas, cometer erros). Quando se está em estado de stresse, geralmente, surgem

estados como tensão, preocupação, estar-se menos vigilante ou atento e menos eficiente na execução das tarefas”.

Ainda na perspectiva de Martins (2018, p. 31), ao ponderar-se que o trabalho consiste num

“meio social regulador da vida da sociedade que possibilita ao homem lutar pelo seu bem-estar, a nível pessoal e social, é necessário considerar todos os fatores de risco que levam a pessoa a viver stresse ocupacional, resultante de condições laborais que nem sempre é capaz de controlar”.

Em conformidade com a autora supracitada, baseando-se em Miranda (2011), o stresse ocupacional é um problema atual, uma vez em que existem vários fatores indutores de stresse relacionados com o contexto laboral, designadamente: “a sobrecarga de trabalho, as incongruências e as ambiguidades das tarefas, os problemas com os superiores hierárquicos, entre outros, conduzem a situações de mal-estar no sujeito”. Porém, há outros fatores que, embora de não estejam subjacentes à organização, podem efectivamente afetar o desempenho da pessoa em igual proporção.

O stresse ocupacional pode definir-se como um desajuste entre as pessoas e a vida ocupacional e a competências da pessoa, que oscilam entre a motivação e as potencialidades ocorridas do trabalho (Reis, Fernandes & Gomes, 2010). O stresse ocupacional é um risco para a saúde, conhecido por uma série de distúrbios psicológicos, comportamentais e em termos de patologias. As organizações e os indivíduos podem atenuar esses distúrbios através da gestão preventiva do stresse, potenciando o bem-estar dos profissionais (Quick & Henderson, 2016).

O stresse no trabalho pode ser definido como respostas emotivas e físicas negativas que resultam de situações quando os requisitos do trabalho não correspondem aos recursos ou às necessidades dos profissionais. Por outras palavras, pode ser definido como uma interação entre o ambiente de trabalho e as características dos profissionais, os requisitos extras do trabalho e as pressões subsequentes que tornam a pessoa incapacitada em executar as suas tarefas. Além disso, o stresse no trabalho pode resultar em menor qualidade de vida (Najimi, Goudarzi & Sharifirad, 2012; Quick & Henderson, 2016).

Os fatores psicológicos, para além dos riscos físicos, químicos e biológicos no ambiente de trabalho, são os principais fatores indutores de stresse, podendo resultar muito em distúrbios psicológicos. As Nações Unidas (ONU), já em 1992, declararam que o stresse no trabalho era a doença do século XX e, mais recentemente, a Organização Mundial de Saúde (2015), como referem Quick e Henderson (2016), afirmou que é uma epidemia do século XXI. A Organização Internacional do Trabalho, em 2014, estimou o prejuízo causado

---

pelo stresse no trabalho em cerca de 1% a 3,5% da produção nacional bruta. Em diferentes pesquisas ficou demonstrado que cerca de 30% dos trabalhos em países desenvolvidos apresentam stresse laboral, não sendo os enfermeiros exceção (Quick & Henderson, 2016).

## 1.2. Stresse em enfermagem

Especialistas há muito que consideram o stresse no trabalho um risco ocupacional. Em 1960, o pesquisador Menzies identificou quatro causas de stresse entre os enfermeiros, incluindo o atendimento ao doente, tomada de decisões, responsabilização e mudança. No entanto, apesar do aumento da consciencialização sobre o problema, os enfermeiros continuam a vivenciar níveis crescentes de stresse (Najimi, Goudarzi & Sharifirad, 2012). De acordo com a *American Holistic Nurses Association*, referenciada pelos mesmos autores, os enfermeiros experienciam stresse no local de trabalho com níveis mais elevados do que a maioria das outras profissões. Esses fatores de stresse incluem as exigências físicas, os problemas de gestão, a falta de recursos e a dificuldade em manter um equilíbrio entre a vida familiar, social e o trabalho.

O dia-a-dia da enfermagem está repleto de potenciais stressores físicos, incluindo os ambientes de trabalho, falta de recursos humanos e materiais dos serviços, excesso de horas de trabalho e disparidade de rácio enfermeiro/doentes. Os enfermeiros que trabalham por turnos também podem sofrer perturbações nos seus ritmos circadianos naturais, que, por sua vez, podem predispô-los a níveis elevados de stresse (Najimi, Goudarzi & Sharifirad, 2012).

A enfermagem é, por natureza, percebida como um trabalho stressante. Menzies, em 1959, foi o primeiro autor que confirmou que o ambiente de prestação de cuidados desperta emoções fortes, como a piedade, a raiva, o ressentimento e a compaixão. O autor afirmou que os enfermeiros utilizam mecanismos de defesa, como o evitamento, a negação, o abuso de substâncias (Magama & Kgositau, 2018). Os mesmos autores realizaram um estudo sobre os sinais e os sintomas que os enfermeiros experienciam em situação de stresse, sobre os seus mecanismos de *coping* e como estes enfrentam o stresse no trabalho. Os resultados revelam que 90% dos enfermeiros têm um conhecimento adequado sobre o stresse, experienciando um elevado nível de stresse, tendo a maioria desenvolvido sinais e sintomas de stresse. Os principais stressores no ambiente de enfermagem foram as más condições do serviço, em particular estilos de má gestão, falta de recursos humanos, materiais e condições físicas inadequadas. Os enfermeiros utilizaram várias estratégias para

lidar com o stresse, incluindo consumo tabágico, consumo excessivo de café, revelando 43% comportamentos disfuncionais, como agressão, raiva e irritabilidade.

Os enfermeiros constituem a maioria dos profissionais de saúde e são considerados a espinha dorsal do sistema de saúde (Rabie, Klopper & Coetzee, 2017). Um estudo realizado na África do Sul revela que os enfermeiros que trabalham em hospitais do setor público estão mais insatisfeitos com os seus empregos, revelando níveis mais altos de stresse e têm mais intenção de deixar o local de trabalho (Coetzee, Klopper, Ellis, & Aiken, 2013, cit. por Rabie, Klopper & Coetzee, 2017). Os enfermeiros também percebem que a segurança do doente e a qualidade dos cuidados é menor (Coetzee et al., 2013). Neste âmbito, faz-se referência ao estudo de Aiken, Sermeus, Heede, Sloane, Busse e Mckee (2012) que teve como objetivo determinar se uma boa organização hospitalar, os recursos humanos e o ambiente de trabalho interferem na qualidade dos cuidados de enfermagem, numa amostra constituída por 33.659 enfermeiros e 11.318 doentes de hospitais de países Europeus; 27.509 enfermeiros e 120.000 doentes de hospitais dos EUA. No seu estudo os autores também observaram que a organização hospitalar e o ambiente de trabalho resultam em elevados níveis de stresse nos enfermeiros, insatisfação profissional, tenção de mudar de serviço, afetando a segurança do doente e a qualidade do atendimento.

Aiken, Sloane, Clarke, Poghosyan, Cho e You (2011) realizaram um projeto de pesquisa colaborativa, cujo instrumento comum foi a recolha de dados transversais referentes a 98 116 registos de enfermagem, entre 1999 e 2009. Trata-se de um estudo que envolveu hospitais de vários países (EUA, Canadá, Reino Unido, Alemanha, Japão, China, Coreia do Sul, Tailândia e Nova Zelândia), perfazendo um total de 1406 hospitais. Os resultados revelam a existência de um elevado nível de stresse em enfermeiros em todos os países, com exceção da Alemanha, variando aproximadamente um terço de enfermeiros para cerca de 60% dos enfermeiros da Coreia do Sul e do Japão. A insatisfação com o trabalho por parte dos enfermeiros aproximou-se cerca dos 20% na maioria dos países em estudo, com um valor mais expressivo no Japão (60%). Entre um quarto e um terço dos hospitais em cada país exibiam ambientes de trabalho pobres, com escassez de recursos humanos e técnicos, falta de equipamentos, espaço e instalações com poucas condições, o que se assumiu como fatores indutores de stresse nos enfermeiros. Trabalhar num hospital com um melhor ambiente de trabalho foi relacionado a probabilidades significativamente mais baixas de stresse nos enfermeiros e a melhores resultados de qualidade de cuidados.

## 2. *Burnout*

Nos últimos anos, tem-se atribuído uma relevante importância ao estudo do impacto do trabalho na saúde física e mental do ser humano, porque, *grosso modo*, os contextos laborais são caracterizados como frios, exigentes e direcionados sobretudo para a obtenção dos objetivos operacionais de produtividade das organizações. Como tal, este contexto resulta na pressão emocional e psicológica dos trabalhadores, tendo como implicações o surgimento do *burnout*.

A evocação do termo *burnout* adveio da própria experiência real, no local de trabalho e da “psicologia popular”, o que fez com que o mesmo se tornasse num campo de investigação inicialmente controverso (Maslach, 2001).

Maslach (2001), pioneiro no *burnout*, descreve-o como uma sequência de três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal. A exaustão emocional refere-se à elevada exigência emocional que leva ao esgotamento dos recursos dos indivíduos. A despersonalização diz respeito ao distanciamento emocional dos doentes e colegas de trabalho. A realização pessoal reduzida refere-se a um menor senso de realização e perda de autoestima. Geralmente, o esgotamento acarreta altos níveis de exaustão emocional, uma sensação marcante de despersonalização e baixos níveis de realização pessoal. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, enfrentam frequentemente sobrecarga de trabalho, disparidade de rácio enfermeiro/doentes, limitações de recursos e desequilíbrio entre o trabalho e a vida familiar, resultando em *burnout* (Stassen, Van Nugteren & Stein, 2013).

Esta síndrome pode resultar no surgimento de problemas de insatisfação e de realização pessoal e laboral, levando ao desinteresse e à desmotivação, à exaustão emocional e física que, conjuntamente, podem pôr em causa o funcionamento da própria instituição, no caso concreto, a prestação dos cuidados de saúde e a qualidade do trabalhador, enquanto profissional-pessoa (Pais, 2014).

O *burnout* define-se, de acordo com Patrão (2012, p. 27), como um estado de exaustão física, emocional e mental, resultante do envolvimento intenso com pessoas, levando a um gradual sentimento de inadequação e fracasso. Este abarca três fatores relevantes: exaustão emocional; despersonalização e baixa realização profissional. O termo *burnout* metaforicamente descreve um estado de esgotamento, semelhante ao esmorecer de uma fogueira ou ao extinguir de uma vela.

Ainda em conformidade com Barbosa e Neto (2010), o *burnout*, desenvolve-se em quatro fases: fase de entusiasmo, onde as aspirações são elevadas e existe uma grande

energia; a fase da estagnação caracterizada pelo facto de o entusiasmo diminuir e surgir a fadiga; a fase de frustração na qual se põe em causa o significado do trabalho, ocorrendo mudanças do comportamento e o aparecimento de perturbações somáticas; a fase de apatia, caracterizada pela carência de realização das funções profissionais, ocorrendo, deste modo, a descompensação psicológica.

Na perspetiva de Patrão (2012, p. 30), existem múltiplos fatores associados ao trabalho dos profissionais de saúde que transformam esta profissão numa ocupação vulnerável ao *burnout*. A mesma autora citada menciona ainda que alguns estudos têm sido realizados para detetar as variáveis responsáveis pelo desencadeamento do stresse e do *burnout* em profissionais de saúde.

Para Queirós, (2005, p.27), *burnout* é uma denominação que pode ser traduzida por “falha”, “desgaste por fora”, “queimado por fora, exaustão por gastos excessivos de energia, força ou recursos, como estoiro”. Segundo o mesmo autor, é uma metáfora empregue para referir um estado de fadiga física e mental, lembrando uma “vela ou fogueira que se apaga” ou da “bateria descarregada”.

De acordo com Patrão (2012, p. 27), Maslach (1978) descreveu o *burnout* como “uma síndrome de cansaço físico e emocional implicando o desenvolvimento de uma autoimagem negativa, uma atitude negativa em relação ao trabalho, uma perda de interesse e de sentimentos acerca dos clientes”. Ainda em conformidade com a mesma autora, em 1981, Maslach e Jackson definiram, com base nas definições já existentes, “o *burnout* como sendo uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e de redução de realização pessoal que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham com pessoas” (p. 27). O *burnout* ocorre como resultado do aumento do “fosso” entre o indivíduo e as exigências do trabalho, sendo a enfermagem inevitavelmente um trabalho exigente e stressante num ambiente organizacional complexo que pode resultar em *burnout*. Os fatores indutores de *burnout* têm um impacto negativo no bem-estar do enfermeiro, na segurança do doente e na organização de saúde como um todo. Trata-se de uma síndrome psicológica que surge como resposta aos stressores interpessoais e emocionais crónicos no trabalho.

Maslach (1993) define o *burnout* como um constructo multidimensional composto de exaustão emocional, despersonalização e competência pessoal diminuída. De acordo com a autora, o *burnout* é uma reação final que se manifesta como resultado dos fatores crónicos indutores de stresse no trabalho caracterizados por três dimensões que são o cinismo, a ineficácia e a exaustão. Isto implica que o esgotamento é caracterizado por um número de fatores não apenas por um único sintoma. O *burnout* será inevitável quando ocorre a discrepância entre o tipo de trabalho realizado e o tipo de pessoa que executa o trabalho. A

---

diferença crescente entre o indivíduo e as exigências do trabalho torna-se muito grande, eventualmente levando ao *burnout* (Maslach, 2005).

Na mesma linha, David e Quintão (2012) referem que o *burnout* é uma síndrome psicossocial tida como uma resposta crónica aos stressores emocionais e interpessoais que acontecem numa determinada situação de trabalho. Este caracteriza-se por sentimentos de exaustão física e emocional, onde a energia e os recursos emocionais estão esgotados por causa do contacto diário com os problemas; despersonalização, ou seja, desenvolvimento de sentimentos e de atitudes negativas face aos destinatários do trabalho; e baixa realização pessoal, ou seja, a tendência para uma evolução negativa no trabalho, que afeta as capacidades e o relacionamento com as pessoas usuárias do trabalho e com a organização.

Sá (2002) identifica como causas de *burnout*, fatores de natureza pessoal, que incluem as características dos trabalhadores e fatores de natureza situacional que englobam o contexto de trabalho e a dinâmica organizacional. A síndrome de *burnout* deteta-se pela presença de manifestações que diferem na sua natureza:

Física – em que o indivíduo sente um estado de fadiga crónica, esgotado, com cefaleias e alterações frequentes do sono e do peso, distúrbios gastrointestinais e agravamento de doenças crónicas já existentes. É levado a assumir comportamentos aditivos (consumo excessivo de café, tabaco, bebidas alcoólicas, tranquilizantes ou drogas ilícitas) para combater o estado em que se sente;

Emocional – associadas com sentimentos de fracasso, desilusão, falta de esperança e de significado no trabalho, surgimento de sentimentos depressivos;

Atitudinal – o indivíduo passa a mostrar-se indiferente, com atitudes negativas e de afastamento em relação ao trabalho, a colegas, a supervisores e à própria instituição.

Queirós (2005) refere que nos profissionais de saúde nota-se uma inexistência de sentimentos positivos, simpatia ou respeito pelos doentes e a comunicação torna-se impessoal. Assim sendo, a despersonalização constitui o elemento chave das três dimensões do *burnout*, pois é uma manifestação específica de stresse nas profissões assistenciais, uma vez que, para Martin *et al.* (1994, cit. por Queirós, 2005), quer a exaustão emocional, quer a diminuição da realização pessoal podem ocorrer noutras síndromes depressivas.

Para Maslach (1993), quanto mais desfasamento houver entre a pessoa e o trabalho, maior é o risco de desenvolver esta síndrome. A mesma autora identifica seis fontes de *burnout* que levam ao desfasamento entre a pessoa e o trabalho: a sobrecarga de trabalho, o controlo, a recompensa, a comunidade, a justiça e os valores.

Sobrecarga de trabalho: por norma, manifesta-se por ser uma carga de trabalho excessiva. Contudo, importa ressaltar que a sobrecarga de trabalho pode resultar do excesso de volume de trabalho e pode ocorrer quando as pessoas se encontram a desempenhar funções num posto de trabalho errado ou ainda quando não têm as habilidades para um determinado trabalho ou, inclusive, quando lhes são exigidas emoções incompatíveis com os seus sentimentos (Maslach, 1993).

Falta de controlo: as pessoas que não se encontram completamente envolvidas nas decisões subjacentes à sua prática profissional podem ser acometidas por uma crise de controlo, que, na maioria dos casos, é denotativa de que não possuem autonomia para resolver os seus problemas ou para fazer as suas escolhas de modo a alcançar os resultados pelos quais poderão ser responsabilizadas (Maslach, 1993).

Sentimento de recompensa insuficiente: este sentimento acontece quando as pessoas acreditam que não estão a ser completamente recompensadas no que respeita ao seu desempenho, quer ao nível monetário, quer ao nível do reconhecimento social.

Ausência de comunidade: esta situação ocorre quando as pessoas deixam de ter o senso de ligação positiva com os outros no local de trabalho (Maslach, 1993).

Falta de justiça: a falta de justiça e de respeito entre colegas assumem-se como variáveis predictoras de um ambiente de trabalho negativo. Ou seja, as situações de injustiça ocorrem, na maioria dos casos, quando existe desproporção na carga de trabalho ou até nos salários desiguais para o mesmo cargo, a promoção de colegas sem justo mérito e a desigualdade na carga de trabalho, fatores estes que despoletam um sentimento de perda de confiança na própria organização (Maslach, 1993).

Conflito de valores: esta situação pode ocorrer quando está patente um conflito entre as exigências da profissão e os princípios e valores do próprio profissional, que se pode sentir constrangido quando tem de realizar algo que não se encaixa nos princípios da ética e nos seus próprios valores. Os conflitos de valores são suscetíveis de acontecer quando as aspirações pessoais não coincidem com os valores da organização (Maslach, 1993).

Importa também referir que alguns autores atribuem aos fatores sociodemográficos a causa do *burnout*, sendo exemplo Pereda-Torales et al. (2009), que apontam como fatores etiológicos desta síndrome: o sexo, referindo que as mulheres são mais propensas ao *burnout* do que os homens, o que se deve a fatores psicológicos e culturais; o estado civil e a existência de filhos, ou seja, segundo os autores citados, os profissionais solteiros e sem filhos vivenciam níveis mais elevados de *burnout*; a idade, na medida em que os profissionais mais novos experienciam maiores níveis de *burnout*, o que se deve à inexperiência e à falta de estratégias de  *coping*; a antiguidade no posto de trabalho e na

profissão, ou seja, os profissionais com mais tempo de serviço experienciam menos *burnout* o que se justifica com o aumento da satisfação laboral e o aumento da efetividade das estratégias de *coping*.

Segundo Pereira (2011), são vários os fatores profissionais que podem despoletar o desenvolvimento da síndrome de *burnout*, designadamente: baixo nível de satisfação laboral; carência de treino/formação avançada; falta de reconhecimento pelo seu trabalho; conflitos na equipa e falta de coesão de grupo; má qualidade das relações da equipa, particularmente ao nível do relacionamento com chefia, colegas e subordinados; problemas de comunicação dentro da equipa; ambiguidade e conflito de papéis; indefinição de funções.

Na perspetiva do autor supramencionado, os fatores institucionais/organizacionais que estão na origem do *burnout* associam-se a outros fatores, nomeadamente: existência de uma inadequada dotação de recursos humanos, levando à sobrecarga laboral; poucos tempos livres, pausas e/ou férias; pressão assistencial; padronização de procedimentos; longos turnos de trabalho e em sistema de *roulement*; falta de recursos humanos e materiais; carência de autonomia; falta de participação no planeamento e tomada de decisão; falta de apoio social, emocional e institucional; pressões burocráticas; insatisfação em relação ao estilo de liderança/gestão; reduzidas probabilidades de promoção na carreira; baixas probabilidades de formação; inadequado ambiente físico (ruído, iluminação, temperatura, toxicidade, entre outros) (Pereira, 2011).

Já no que respeita aos sintomas físicos do *burnout*, de acordo com Dunwoodie e Auret (2007), os mesmos consistem em: sensação progressiva e constante de fadiga, distúrbios do sono, dores musculares ou ósseas, cefaleias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, perturbações do sistema respiratório, disfunções sexuais e alterações menstruais nas mulheres. Os sintomas psíquicos referem-se à falta de atenção e de concentração, às alterações de memória, ao aparecimento de sentimentos de alienação, solidão, impaciência, desânimo, depressão e desconfiança. Por sua vez, os sintomas comportamentais abarcam a irritabilidade, a agressividade, a incapacidade em relaxar, a dificuldade em aceitar mudanças, a perda de iniciativa, o aumento do consumo de substâncias, o comportamento de alto risco e o aumento da probabilidade de suicídio. Por último, os sintomas defensivos compreendem a propensão para o isolamento, o surgimento de sentimentos de onipotência, a perda do interesse pelo trabalho ou pelas atividades de lazer, insónias e cinismo.

Neste sentido, Gil-Monte (2008) refere que o *burnout* não surge apenas nos contextos de trabalho e nas sociedades consideradas desenvolvidas, ainda que os estudos se enfoquem mais nestes contextos. Contudo, esta síndrome é uma patologia geográfica e

culturalmente mais ampla, que ocorre em vários países e culturas, podendo considerar-se como uma ocorrência transcultural.

Em suma o *burnout* é uma síndrome psicológica que pode se desenvolver como resultado de um longo período de stresse ocupacional. Consiste em três dimensões, a saber: exaustão emocional - a sensação de ter usado todas as reservas emocionais; despersonalização - caracterizada pela adoção de uma atitude negativa, brusca e cínica em relação aos recetores dos cuidados; e o sentimento de redução da realização pessoal - a tendência para avaliar negativamente as realizações profissionais. A combinação destas três dimensões pode diferenciar o *burnout* de outras síndromes psicológicas, como a depressão. Considerando que a exaustão emocional também pode ser observada na depressão, a falta de motivação para o trabalho (despersonalização) e a baixa eficiência no trabalho (redução da realização pessoal) são sintomas típicos de *burnout*. Além disso, a diferença mais crucial entre *burnout* e outras síndromes psicológicas é que a causa do *burnout* pode ser atribuída ao ambiente de trabalho (Martínez-Zaragoza, 2018).

Muitos profissionais de saúde que trabalham em contextos stressantes, como os do pré-hospitalar por todas as suas características próprias, revelam consequências e efeitos negativos, quer ao nível da sua saúde física e psicológica, quer ao nível da qualidade dos cuidados que prestam, com interferência na qualidade global da própria organização de saúde, o que implica a necessidade de se estabelecerem estratégia de *coping* que possam ajudar estes profissionais a enfrentar as situações stressantes, de modo a que não cheguem ao seu extremo, ou seja, que desenvolvam *burnout*. O *burnout* é uma síndrome psicológica que abarca prolongadas respostas aos stressores no local de trabalho, bem como compreende o stresse crónico consequente da inconsistência entre o profissional de saúde e o trabalho (Miranda, 2011).

### 3. *Burnout* nos enfermeiros do pré-hospitalar

O *burnout*, como já referido anteriormente, consiste num estado de esgotamento, decepção e perda do interesse pelo trabalho, resultando em sofrimento na pessoa, com consequências no seu estado de saúde e no seu desempenho, uma vez que a pessoa com *burnout* manifesta alterações pessoais. Esta síndrome acomete, de forma significativa, os profissionais que trabalham em contacto direto com pessoas, sendo predominante nos enfermeiros (Barreto, Thomé & Moreira, 2012). Ainda de acordo com os mesmos autores, o *burnout* traduz-se num sentimento de sobrecarga emocional, um traço primordial desta síndrome, que se caracteriza pela perda de energia, esgotamento e sentimento de fadiga constante, podendo esses sintomas afetar o enfermeiro física ou psiquicamente ou, mesmo, das duas maneiras.

Os enfermeiros que trabalham em contexto pré-hospitalar diariamente enfrentam situações emocionalmente intensas, decidem muitas vezes, sob pressão, com urgência e em condições de risco e limitação de recursos, humanos e materiais, estando desta forma suscetíveis ao *burnout*, uma síndrome que resulta da exposição das pessoas ao stress laboral crónico, que afeta sobretudo os profissionais de enfermagem, estando associado ao absentismo laboral (Queirós, 2005).

As características pessoais dos enfermeiros, nomeadamente: idade, sexo, habilitações académicas, estado civil e personalidade são facilitadoras da ação de agentes stressores (Benevides-Pereira, 2002), uma correlação confirmada no estudo de França, Martino, Aniceto e Silva (2012), que revelou uma associação destas variáveis na sintomatologia de *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar. Ainda em conformidade com os mesmos autores, os enfermeiros mais novos revelam mais *burnout*, principalmente por parte dos que têm idade inferior aos 30 anos, bem como os que possuem menos experiência profissional. O mesmo estudo revela que quanto maior o tempo de experiência profissional maior será a segurança no trabalho e menor o desgaste físico e emocional em relação à tensão. Outra variável com influência no *burnout* foi a carga horária, tendo sido observado que a maior prevalência de exaustão emocional incidiu no grupo de enfermeiros que trabalhavam até 40 horas. Os enfermeiros, ao sentirem-se exaustos, relatam um sentimento de sobrecarga física e emocional acompanhada de dificuldade para relaxar, referindo um estado de fadiga diário. Segundo Pereira (2018, p. 43), “os enfermeiros, quando exaustos encontram-se com os recursos internos reduzidos para enfrentar as situações vivenciadas no exercício profissional, assim como a energia para desempenhar as atividades”.

Ainda em conformidade com o estudo de França et al. (2012), as médias da exaustão emocional e de realização profissional foram menos elevadas entre os enfermeiros que praticavam atividade física regular, bem como ao nível da despersonalização, onde as médias foram mais baixas comparativamente os enfermeiros que não praticam atividade física regular. O desgaste físico e emocional é sinal de uma disfunção importante na prática profissional e, portanto, assume-se como uma situação decorrente do ambiente de trabalho, isto porque, na opinião de França et al. (2012), o *burnout* não é um problema das pessoas, mas sobretudo do lugar onde a pessoa trabalha.

Cicchitti et al. (2014) realizaram um estudo com as 60 enfermeiros italianos a exercerem no pré-hospitalar, maioritariamente do sexo feminino (82%), tendo aplicado o *Maslach Burnout Inventory-General* (MBI-GS). O estudo revela que os sintomas relacionados o *burnout* foram identificados em pelo menos 50% dos enfermeiros: 50% revelam exaustão emocional média-alta, 75% despersonalização média-alta e 92,5% realização profissional reduzida média-alta. Os mesmos autores referem que os diferentes cenários em que os enfermeiros do pré-hospitalar estão presentes podem ter influências negativas ao nível da sua saúde física e mental, podendo resultar em *burnout*.

Moradi, Eslami e Hasanzadeh (2015) referem que, como a equipa de emergência pré-hospitalar desempenha um papel vital na intervenção à pessoa em situação crítica, trabalha sob muita pressão, o que pode resultar em exaustão emocional e profissional. Por conseguinte, realizaram um estudo transversal para determinar o *burnout* em enfermeiros a exercerem no pré-hospitalar, tendo utilizado o *Maslach Burnout Inventory* (MBI). A idade média dos enfermeiros era de  $26,97 \pm 7,7$ , maioritariamente do género masculino e solteiros. Os seus resultados revelam um score médio de exaustão emocional ( $25,59 \pm 20,39$ ), um score de despersonalização de  $10,57 \pm 7,83$  e o sentimento de realização pessoal foi de  $34,6 \pm 8,46$ , ou seja, a realização pessoal foi a dimensão com um valor médio mais elevado. Os dados obtidos neste estudo mostram que os enfermeiros do pré-hospitalar apresentam níveis médios de exaustão emocional e de despersonalização, mas sentem-se altamente realizados profissionalmente.

O *burnout* é uma síndrome associada à função profissional, independentemente dos problemas ou dificuldades da vida, geralmente relacionado com atividades de relacionamento constante e direto com outras pessoas, como a prestação de cuidados, com mais ênfase na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, como é o caso dos enfermeiros que exercem no pré-hospitalar. O *burnout* surge assim como uma resposta ao stress laboral crónico, que envolve atitudes e relacionamentos associados à relação com os outros, organização e processo de trabalho, bem como a sentimentos de desvalorização profissional. As experiências vivenciadas pelos enfermeiros do pré-hospitalar podem resultar

em stresse emocional constante, o que advém das complexas em cada intervenção (Sé, Silva & Figueiredo, 2017).

Nos cuidados de saúde de emergência pré-hospitalares, os enfermeiros lidam com situações limite que podem ter um impacto adverso no seu bem-estar mental, resultando em *burnout*.



**II Parte – Estudio Empírico**

---



## 1. Metodologia

A segunda parte deste relatório refere-se à investigação empírica que se inicia com as considerações metodológicas. Assim, neste capítulo, definem-se as estratégias para se estudar os determinantes de *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar. Deste modo, definem-se os procedimentos metodológicos que procurarão dar resposta às questões de investigação. Passa-se a descrever e a explicar o tipo de investigação, a amostragem realizada, os instrumentos de recolha de dados utilizados, os procedimentos efetuados, bem como o respetivo tratamento estatístico que permitirá chegar a conclusões acerca da problemática em estudo.

### 1.1 Métodos

Partindo-se do pressuposto que a atividade profissional deve ser fonte de satisfação, porém pode ser igualmente uma fonte de *stresse*, levando a pessoa a uma exaustão física e psicológica, ou seja, ao *burnout* (Maslach, 2005). Este estado tem consequências a nível individual e a nível dos serviços, podendo resultar num afastamento entre o profissional e o doente, o que se torna singularmente grave na área da emergência pré-hospitalar. Os enfermeiros que trabalham na emergência pré-hospitalar são um exemplo de profissionais de saúde que estão constantemente expostos a este tipo de situações, porque as ocorrências para as quais são chamados a intervir assumem formas muito diversificadas. Os enfermeiros do pré-hospitalar lidam com a pressão temporal, a sobrecarga de responsabilidades e de horas de trabalho, exigências físicas, cognitivas e emocionais, recursos por vezes limitados e expectativas sempre elevadas. No entanto, os estudos sobre os enfermeiros que exercem na emergência pré-hospitalares ainda são escassos, apesar destes profissionais de saúde estarem particularmente sob risco de *stresse* emocional (Baier, Roth, Felgner & Henschke, 2018).

Na procura de apresentar contributos, designadamente, novo conhecimento sobre esta problemática, o desenvolvimento deste estudo será orientado para responder às seguintes questões:

- Que variáveis sociodemográficas interferem no *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar?
- De que modo as variáveis socioprofissionais influenciam no *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar?

- De que modo o apoio em relação aos amigos interfere no *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar?

- Existe relação ente as variáveis contextuais ao trabalho e *oburnout* em enfermeiros do pré-hospitalar?

- Existe relação entre o estilo de vida e o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar?

- Existe relação entre as variáveis contextuais à saúde e o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar?

- Existe relação entre o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar e a inteligência emocional?

Tendo por base estas inquietações, delineou-se um conjunto de objetivos que representam o que se pretende estudar para responder às questões de investigação:

- Identificar as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais que interferem no *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar;

- Determinar se o apoio em relação aos amigos interfere no *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar;

- Verificar se existe relação ente as variáveis contextuais ao trabalho e o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar;

- Verificar se existe relação entre o estilo de vida e o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar;

- Verificar se existe relação entre as variáveis contextuais à saúde e o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar;

- Determinar se existe relação entre o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar e a inteligência emocional.

De modo a poder obter-se respostas às questões de investigação traçadas, optou-se por um tipo de investigação com as características dos estudos quantitativos e não experimentais em corte transversal, descritivos e correlacionais, uma vez que se pretende estudar o modo como as variáveis independentes se refletem no *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar.

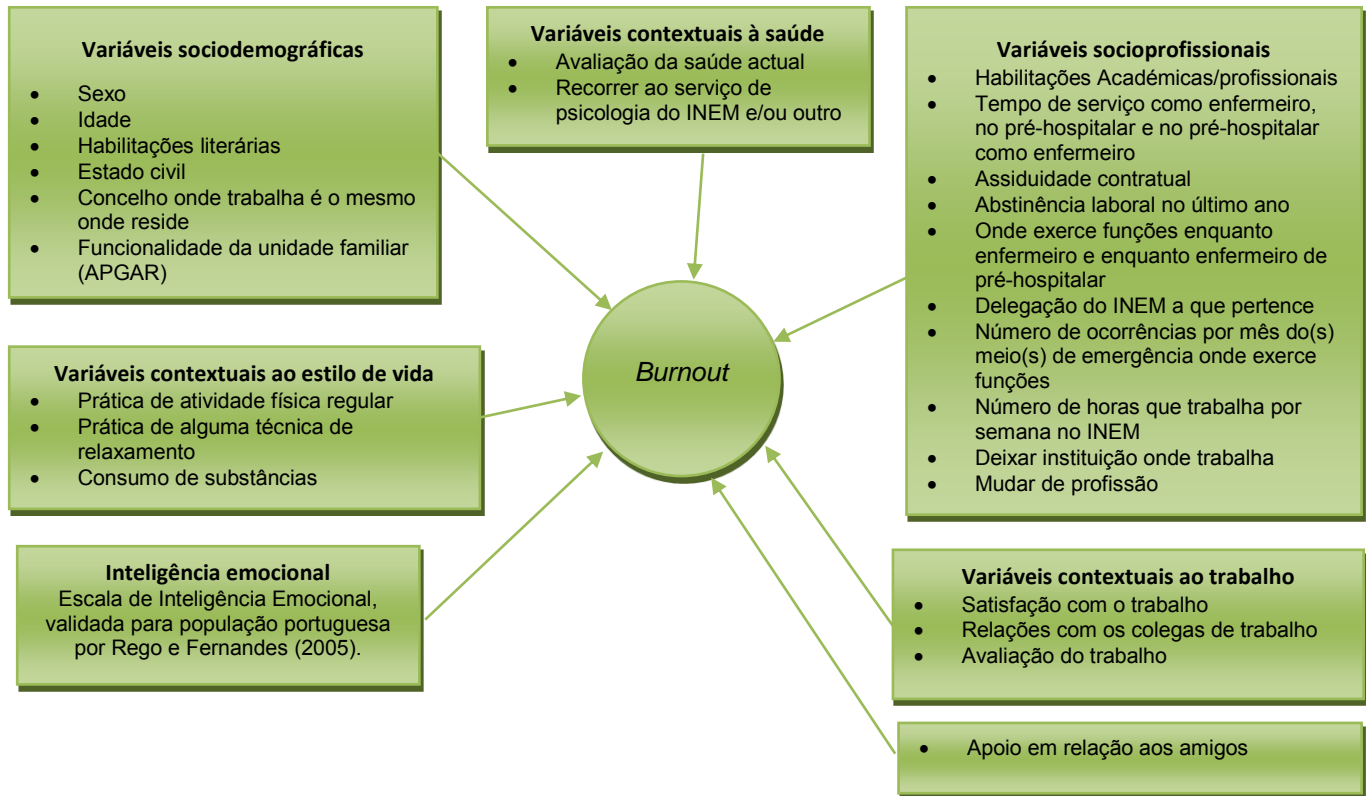
Com o intuito de se alcançarem os objetivos suprarreferidos, seguiu-se um estudo quantitativo, com corte transversal, com análise descritiva e correlacional. O recurso à metodologia quantitativa deve-se ao facto de os dados facultarem realidades objetivas quanto às variáveis em estudo, suscetíveis de serem conhecidas. Este tipo de estudo “visa analisar a incidência, distribuição e relações entre variáveis que são estudadas tal e qual

existem, em contexto natural, sem manipulação, sendo quase sempre classificados em função desses três objetivos básicos: descrever, explicar ou ainda explorar” (Coutinho, 2014, p. 277).

Assumiu-se desenvolver um estudo descritivo uma vez que se pretende descobrir a incidência e a distribuição de determinados traços ou atributos de uma determinada população. O presente estudo pode ser caracterizado como tal, porquanto se pretende estudar a distribuição do traço (variável) numa amostra representativa dos enfermeiros que exerceram no pré-hospitalar (Coutinho, 2014). É igualmente um estudo transversal, na medida em que os dados foram recolhidos num só momento no tempo numa amostra representativa de enfermeiros a exercerem no pré-hospitalar, quer para descrever, quer para detetar possíveis relações entre as variáveis (Coutinho, 2014).

Decorrente do exposto e tendo-se em consideração as considerações metodológicas adotadas para este estudo, procedeu-se à elaboração de uma representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis independentes (sociodemográficas, profissionais, apoio em relação aos amigos, variáveis contextuais ao trabalho, estilo de vida, variáveis contextuais à saúde, inteligência emocional) e a variável dependente (*burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar).

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas



## 1.2. Participantes

A população alvo é constituída por enfermeiros a exercerem no INEM a nível de Portugal continental. A amostra é não probabilística por conveniência, constituída por 139 enfermeiros.

### 1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Na tabela 1 apresentam-se os dados referentes às características sociodemográficas que permitiram identificar que dos 139 enfermeiros inquiridos 60,4% são do género masculino e 39,6% do género feminino, situando-se a maioria na faixa etária dos 30-39 anos (56,8%), dos quais 54,8% são do género masculino e 45,2% do género feminino, seguindo-se os participantes com idade compreendida entre 40-49 anos (35,4%), onde 35,7% são do género masculino e 64,3% do género feminino, com a maioria (56,1%) casados, sendo 65,5% do género masculino e 34,5% do género feminino, com diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=10,200$ ;  $p=0,017$ ), situadas entre os enfermeiros do género masculino e casados e os enfermeiros do género feminino divorciados. Verifica-se que a maioria da

amostra (55,4%) refere que trabalha no mesmo concelho onde reside, fazendo parte deste grupo 52,4% dos homens e 60,0% das mulheres, enquanto 44,6% não reside no mesmo concelho onde trabalha.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica em função do género

Variáveis	Género		Masculino (n=84)		Feminino (n=55)		Total (n=139)		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	nº	%	nº	%	nº	%	1	2				
	<b>Idade</b>											
20-29 anos	3	3,6	2	3,6	5	3,6	,0	,0			n.a.	n.a.
30-39 anos	46	54,8	33	60,0	79	56,8	-,6	,6				
40-49 anos	30	35,7	18	32,7	48	34,5	,4	-,4				
50-59 anos	5	6,0	2	3,6	7	5,0	,6	-,6				
<b>Estado civil</b>												
Solteiro	12	14,3	12	21,8	24	17,3	-1,1	1,1				
Casado	55	65,5	23	41,8	78	56,1	<b>2,7</b>	-2,7			10,200	0,017
Divorciado	5	6,0	11	20,0	16	11,5	-2,5	<b>2,5</b>				
União de facto	12	14,3	9	16,4	21	15,1	-,3	,3				
<b>Concelho de residência é o mesmo onde trabalha</b>												
Sim	44	52,4	33	60,0	77	55,4	-,9	,9			0,781	0,377
Não	40	47,6	22	40,0	62	44,6	,9	-,9				

### 1.3. Instrumentos de recolha de dados

Como método de colheita de dados optou-se por um protocolo constituído por um questionário (cf. Anexo I) e escalas, por ser o método que permite a recolha de informação, junto dos enfermeiros com a maior celeridade com o mínimo de interferência e influência externa. Na primeira parte, o questionário apresenta: 5 perguntas de **caracterização sociodemográfica** (sexo, idade, estado civil, concelho onde trabalha é o mesmo onde reside) e a funcionalidade da unidade familiar (Escala de Apgar Familiar (Smilkstein, 1978) – Versão Portuguesa de Agostinho & Rebelo, 1988); 13 questões de **caracterização profissional** (habilitações literárias, tempo de serviço como enfermeiro, tempo de serviço no pré-hospitalar, tempo de exercício profissional no pré-hospitalar como enfermeiro, assiduidade contratual, abstinência laboral no último ano, onde exerce funções, onde exerce funções, enquanto enfermeiro de pré-hospitalar, delegação do INEM a que pertence,

número de ocorrências por mês do(s) meio(s) de emergência onde exerce funções, número de horas que trabalha por semana no INEM, deixar instituição onde trabalha, mudar de profissão); 3 questões relativas ao **estilo de vida** (prática de atividade física regular, prática de alguma técnica de relaxamento, consumo de substâncias); 3 questões que permitem recolher informação acerca do **contexto de trabalho** (satisfação com o trabalho, relações com os colegas de trabalho, avaliação do trabalho); 1 questão referente ao apoio em relação aos amigos; 2 questões contextuais à saúde (avaliação da saúde actual, recorrer ao serviço de psicologia do INEM e/ou outro). Na segunda parte consta o Inventário MBI (*Maslach Burnout Inventory*) (Maslach & Jackson, 1986) e na terceira parte a Escala de Inteligência Emocional, validada para população portuguesa por Rego e Fernandes (2005).

### **Escala de Apgar Familiar (Smilkstein, 1978), versão portuguesa de Agostinho e Rebelo (1988)**

Para a avaliação da funcionalidade familiar utilizou-se a Escala de Apgar Familiar, elaborada por Smilkstein (1978), que quantifica a existência de disfunção familiar e o grau desta, através de cinco questões.

A Escala de Apgar Familiar foi desenvolvida por Smilkstein (1978), traduzida para a versão portuguesa por Agostinho e Rebelo (1988), e possibilita identificar a funcionalidade familiar. É constituída por cinco perguntas que quantificam a perceção que a pessoa tem do funcionamento da sua família. Trata-se de um instrumento de medida fidedigna, válida e útil para medir a satisfação da pessoa relativamente ao funcionamento familiar (Smilkstein, Ashworth & Montano, 1982). O seu princípio é que os membros de uma família percecionam o funcionamento familiar, o que lhes possibilita manifestar o seu grau de satisfação através do cumprimento de parâmetros básicos da função familiar definidos pelo acrónimo APGAR:

- **Adaptação (*Adaptability*)** – diz respeito à utilização dos recursos, dentro e fora da família, para a resolução de problemas que ameaçam o equilíbrio da mesma, durante uma crise;
- **Participação/Comunicação (*Partnership*)** – refere-se à partilha da tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família;
- **Crescimento/Desenvolvimento (*Growth*)** – abarca a maturidade física, psíquica, emocional e realização alcançada pelos membros da família, através de um mútuo apoio e orientação;
- **Afeto (*Affection*)** – existência de relações de cuidados ou ternura entre os membros da família;

- **Resolução/Dedicação ou decisão (*Resolve*)** – reflete o compromisso tomado de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente, implicando também a decisão na partilha de bens e espaço.

Cada questão permite três tipos de resposta: “QUASE SEMPRE”, “ALGUMAS VEZES” e “QUASE NUNCA”, sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respetivamente. O resultado final da escala obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das questões e varia entre zero (0) e dez (10) pontos (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Pontuação atribuída às respostas pela Escala de Apgar Familiar

Resposta	Pontuação
Quase sempre	2
Algumas Vezes	1
Quase Nunca	0

O resultado final é obtido através do somatório da pontuação atribuída a cada uma das perguntas. A cada somatório é atribuída uma classificação da funcionalidade familiar (cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Pontuação e correspondente Funcionalidade Familiar

Pontuação	Funcionalidade familiar
7 – 10	Altamente Funcional
4 – 6	Moderadamente Funcional
0 – 3	Disfunção Acentuada

De acordo com vários estudos que estudaram as propriedades psicométricas deste instrumento, o mesmo apresenta boa consistência interna (Good, Smilkstein, Good, Shaffer&Arrons, 1978; Smilkstein, Ashworth& Montano, 1982). Numa amostra pequena (N=38), sem perturbação clínica diagnosticada, chegou-se a uma correlação elevada (0.80) entre o APGAR Familiar (Smilkstein, 1978) e o Pless-SatterwhiteFamilyFunction Índice, um instrumento previamente utilizado para avaliar a funcionalidade familiar (Good, Smilkstein, Good, Shaffer& Arrons,1978). Os mesmos autores evidenciaram uma correlação também significativa (0.63) entre o APGAR Familiar (Smilkstein, 1978) e as avaliações dos terapeutas acerca da disfuncionalidade familiar. Importa referir que esta escala avalia unicamente o grau de satisfação familiar manifestado e exprimido pelo próprio respondente (Smilkstein, Ashworth& Montano, 1982).

Consideramos uma família altamente funcional aquela que apresenta um score total entre 7 a 10 pontos, uma família moderadamente funcional a que apresenta um score de 4 a 6 e uma família com disfunção acentuada aquela que apresenta um score de 0 a 3. Neste questionário entendeu-se como família o(s) indivíduo(s) com quem a pessoa habitualmente vive. No caso de viver só, considera-se família todos aqueles com quem mantém laços afetivos mais intensos.

### **Inventário MBI (*Maslach Burnout Inventory*) (Maslach & Jackson, 1986)**

O Inventário de *Burnout* de Maslach (MBI), elaborado por Maslach e Jackson em 1978, foi projetado para avaliar a Síndrome de Burnout em trabalhadores. A sua construção partiu de duas dimensões, exaustão emocional e despersonalização, sendo que a terceira dimensão, realização profissional, surgiu após um estudo desenvolvido com centenas de pessoas de uma ampla gama de profissionais (Maslach, 1993) (Carlotto & Câmara, 2004).

Inicialmente, o inventário possuía 47 itens que foram administrados numa amostra de 605 sujeitos de várias ocupações profissionais. Dez fatores emergiram e, por meio de uma avaliação criteriosa, foram eliminados seis deles, juntamente com 24 itens que não possuíam peso fatorial superior a 0,40. Após a aplicação numa nova amostra de 420 sujeitos com perfil igual ao anterior, os mesmos quatro fatores emergiram, mas apenas três destes apresentaram significância empírica (Maslach & Jackson, 1981, cit. por Carlotto & Câmara, 2004). A consistência interna das três dimensões do inventário é satisfatória, pois apresenta um alfa de Cronbach que vai desde 0,71 até 0,90 e os coeficientes de teste e reteste vão de 0,60 a 0,80 em períodos de até um mês (Maslach & Jackson, 1981, cit. por Carlotto & Câmara, 2004).

O MBI avalia como o trabalhador vivencia o seu trabalho, de acordo com três dimensões conceituais: exaustão emocional, realização profissional e despersonalização. Na sua primeira versão, o inventário avaliava a intensidade e a frequência das respostas com uma escala de pontuação do tipo *Likert*, variando de 0 a 6 (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter, 1997). A segunda edição do MBI, realizada em 1986, passou a utilizar apenas a avaliação da frequência, pois foi detetada a existência de alta associação entre as duas escalas, sendo que muitos estudos apontaram uma correlação superior a 0,80 (Maslach & Jackson, 1986; Maslach, 1993; Moreno e cols., 1997, cit. por Carlotto & Câmara, 2004).

O MBI é um instrumento utilizado exclusivamente para a avaliação da síndrome, não tendo em consideração os elementos antecedentes e as consequências do seu processo. Avalia índices de *burnout* de acordo com os scores de cada dimensão, sendo que altos

scores em exaustão emocional e despersonalização e baixos scores em realização profissional (esta subescala é inversa) indicam alto nível de *burnout* (Maslach & Jackson, 1986). Gil-Monte e Peiró (1997) reforçam a importância de avaliar o MBI como um constructo tridimensional, ou seja, as três dimensões devem ser avaliadas e consideradas, a fim de manter sua perspectiva de síndrome.

A escala utilizada neste trabalho é constituída por 22 itens, subdivididos por três fatores: exaustão emocional que é constituída pelos itens 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7; a despersonalização contém os itens 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 14 e o fator 3 realização pessoal pelos itens 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 e 22.

### **Escala de Inteligência Emocional**

**Escala de Inteligência Emocional** validada para a população portuguesa por Rego e Fernandes (2005). Trata-se de uma escala de tipo *Likert* de sete pontos (1: “Não se aplica rigorosamente nada a mim”; 2: “De uma forma geral, não se aplica nada a mim”; 3: “Aplica-se pouco”; 4: “Aplica-se alguma coisa”; 5: “Aplica-se muito”; 6: “Aplica-se bastante”; e 7: “Aplica-se completamente a mim”), e compreende 19 itens.

Sendo este um modelo hexadimensional, o mesmo compreende as seguintes dimensões:

1. Autocontrolo perante as críticas (IEACC) - Constituída por quatro itens, 1, 7, 13 e 19, todos invertidos, que avaliam a autoconsciência, a perceção e expressão das emoções;
2. Empatia (IEE) – Contém três itens (5, 11 e 17) sendo o 5 e 11 invertidos, alusivos ao contágio emocional, à sintonia no relacionamento com os outros e à capacidade empática dos indivíduos reagirem a determinados estímulos dos outros.
3. Compreensão das emoções próprias (IECEP) - É avaliada pelos itens 6, 12 e 18, que estão relacionados com o grau em que o indivíduo compreende os seus sentimentos e emoções, bem como as suas causas;
4. Auto-encorajamento (IEAE) - Compreende três itens (2, 8 e 14) relacionados com o uso das emoções e reflete a capacidade de um indivíduo se auto motivar e encorajar, dotado de espírito de iniciativa e orientado para o objetivo. Corresponde à regulação das emoções, à aplicação do conhecimento emocional e à autogestão.

5. Compreensão das emoções dos outros (IECEO) - Avaliada pelos itens 4, 10 e 16, relacionados com a dimensão compreensão emocional e com a avaliação das emoções dos outros;

6. Autocontrolo emocional (IEACE) - Avaliada pelos itens 3, 9 e 15, mede a capacidade de um indivíduo controlar as suas emoções em situações de elevada carga emocional e a capacidade de priorizar e redirecionar o pensamento.

#### 1.4. Procedimentos

Considerando os preceitos éticos e deontológicos a ter em conta neste tipo de estudos, foi realizado um pedido de parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu, bem como ao INEM antes da aplicação do instrumento de recolha de dados (cf. Anexo II). O questionário foi preenchido via *on-line*, o mesmo não contempla a identificação pessoal dos participantes, tendo sido garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

A colheita de dados decorreu durante Outubro e Novembro de 2018.

#### 1.5. Análise de dados

Os dados obtidos foram transformados em grandezas expressas por números, lançados numa base de dados informatizada e processados no programa de estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 24 para Windows.

Para sistematizar a informação fornecida pelos dados recolhidos e dependendo dos dados em questão, utilizou-se a estatística descritiva e inferencial.

A estatística descritiva foi utilizada para estruturar a informação numérica e, assim, obter-se uma imagem geral das variáveis medidas, que, neste estudo, foram determinadas pelas seguintes medidas de estatística: frequências absolutas ( $n^{\circ}$ ) e relativas (%), medidas de tendência central (média, moda e mediana), medidas de dispersão, tal como o desvio padrão ( $\bar{\sigma}$ ) e mínimos ( $X_{\min}$ ) e máximos ( $X_{\max}$ ), medidas de forma como assimetria e achatamento e medidas de associação como coeficiente de correlação de Pearson, que possibilita determinar dados de uma variável quantitativa devendo os resultados obtidos ser interpretados em conformidade com os seguintes valores de referência (Pestana & Gageiro 2014):

<b>Coefficiente de variação</b>	<b>Classificação do Grau de dispersão</b>
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

O coeficiente de **correlação linear de Pearson** é uma medida de associação usual no estudo de variáveis quantitativas. Os valores oscilam entre -1 e +1 e quanto mais elevado o índice mais forte a correlação. Diz-se que uma correlação é inversa quando apresenta valores negativos, significando que quando aumenta o valor dos índices de uma variável a outra oscila em sentido contrário. Uma correlação é positiva ou direta quando os índices das duas variáveis aumentam ou diminuem no mesmo sentido. A comparação dos dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação ( $R^2$ ), que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra.

Por convenção, para interpretação de resultados utilizam-se como valores de referência (Pestana & Gageiro 2014):

- $r < 0.2$  – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$  – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$  – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$  – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$  – associação muito alta

Para estudar a relação entre as variáveis, usou-se a análise inferencial, através do **Teste de qui quadrado ( $X^2$ )**, que se usa para o estudo de relações entre variáveis categoriais. Este é aplicado a uma amostra em que a variável tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. No que se refere à relação entre as variáveis, tem de se localizar as células onde se verificam as diferenças através dos resíduos ajustados estandardizados que se situam fora do intervalo -1.96 e 1.96, (Pestana & Gageiro, 2014). A interpretação dos resíduos ajustados precisa de um número mínimo de oito elementos quer ao nível do total da linha, quer da coluna.

Recorreu-se também aos **Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais, bem como à **análise de variância a um fator (ANOVA)** e ao **Teste de KruskalWallis** - para

comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. O teste *One-Way* Anova é uma extensão do teste t de *Student* que permite comparar mais de dois grupos em estudo. Todavia, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se habitualmente aos testes *post-hoc*, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2014).

## 2. Apresentação dos resultados

No presente capítulo, estruturado em duas partes, começa-se por apresentar os resultados relativos à estatística descritiva, seguindo-se os dados pertencentes à estatística inferencial.

### 2.1. Análise descritiva

#### Caracterização sociofamiliar

A maioria dos enfermeiros (66,2%) apresenta-se como altamente funcional em termos familiares, onde se incluem 66,7% dos homens e 65,5% das mulheres, seguindo-se os participantes moderadamente funcionais em termos familiares (28,8%), onde se incluem 28,6% homens e 29,1% mulheres (cf. Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização sociofamiliar em função do género

Variáveis	Género		Masculino (n=84)		Feminino (n=55)		Total (n=139)		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	nº	%	nº	%	nº	%	1	2				
<b>Funcionalidade familiar</b>												
Disfunção acentuada	4	4,8	3	5,5	7	5,0	-,2	,2			n.a.	n.a.
Moderadamente funcional	24	28,6	16	29,1	40	28,8	-,1	,1				
Altamente funcional	56	66,7	36	65,5	92	66,2	,1	-,1				

No que diz respeito à funcionalidade familiar em função do género, constata-se, para o total da amostra, um mínimo de 0 e um máximo de 10, com uma média de  $7,20 \pm 2,13$ . Para o género masculino, o mínimo registado é 0 e o máximo 10 e, para o género feminino o mínimo e o máximo oscilam entre 1 e 10. Os enfermeiros do género feminino ( $M=7,23 \pm 1,99$ ) revelam ter uma funcionalidade familiar ligeiramente mais elevada do que os do género masculino ( $M=7,19 \pm 2,23$ ). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão moderada e elevada em relação às médias encontradas (cf. Tabela 5).

Tabela 5 – Estatísticas relativas à caracterização sociofamiliar em função do género

		N	Min	Max	Média	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Funcionalidade familiar	Masculino	84	0	10	7,19	2,23	31,02	-4,17	2,65
	Feminino	55	1	10	7,23	1,99	27,63	-2,75	0,90
	<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>7,20</b>	<b>2,13</b>	<b>29,61</b>	<b>-4,99</b>	<b>2,77</b>

### Caracterização socioprofissional

Na Tabela 6 encontram-se os resultados da caracterização socioprofissional da amostra, verificando-se que prevalecem os enfermeiros com graduação nível 1 (Pós-graduação/Especialidade) (41,0%), sendo 25,2% do género masculino e 15,8% do género feminino, secundados pelos que possuem a formação base (Bacharelato/Licenciatura) (35,3%), onde se inserem 19,4% do género masculino e 15,8% do género feminino. Constata-se ainda que 23,7% dos enfermeiros possuem graduação nível 2 (Mestrado/Doutoramento).

Quanto ao tempo de serviço como enfermeiros, constata-se que estão em maioria os enfermeiros com tempo de serviço entre os 11-20 anos (46,0%), dos quais 44,0% são do género masculino e 49,1% do género feminino, seguindo-se os que exercem há  $\leq 10$  anos (30,9%), onde se incluem 32,1% dos participantes do género masculino e 49,1% do género feminino.

Verifica-se que 31,7% dos participantes têm entre 6-10 anos de serviço no pré-hospitalar, com 34,5% do género masculino e 27,3% do género feminino. É também de referir que 27,3% exercem no pré-hospitalar entre 11-15 anos (género masculino 29,8% vs. género feminino 23,6%), com diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=8,202$ ;  $p=0,042$ ).

Constata-se que a maioria dos participantes tem um tempo de exercício profissional no pré-hospitalar como enfermeiro  $\leq 5$  anos (43,2%), sendo 36,9% do género masculino e 52,7% do género feminino. Apura-se ainda que 25,9% exercem como enfermeiros no pré-hospitalar entre 6-10 anos (género masculino 32,1% vs. género feminino 16,4%).

Em relação à assiduidade contratual, constata-se que a grande maioria dos enfermeiros (79,9%) tem Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Termo Indeterminado, dos quais 77,4% são do género masculino e 83,6% do género feminino. Refere-se ainda que 17,3% dos enfermeiros possui Contrato Coletivo de Trabalho, sendo 17,9% do género masculino e 16,4% do género feminino.

Procurou-se saber se os enfermeiros faltaram no último ano ao serviço, verificando-se que prevalecem, os que referem nunca ter faltado (75,5%), fazendo parte deste grupo 79,8% dos enfermeiros do género masculino e 69,1% do género feminino, tendo 18,7% mencionado que faltaram raramente, correspondendo a 16,7% dos enfermeiros do género masculino e a 21,8% do género feminino.

Quanto ao local onde os enfermeiros exercem funções, consideraram-se três grupos distintos: Unidade de prestação de cuidados diferenciados (INEM/Serviço de Urgência Polivalente/Cuidados Intensivos Coronários/Cuidados Intensivos Polivalente/Bloco Operatório/Cirurgia geral/Psiquiatria/Traumatologia/Ortopedia/Internamento/Cardiologia/Serviço de Urgência Médico Cirúrgico), Unidade de prestação de cuidados não diferenciados (SUB / Consulta) e Funções de gestão (Adjunto de direcção/Gestão). De acordo com os resultados apurados, verifica-se que a grande maioria (82,6%) exercem funções numa unidade de prestação de cuidados diferenciados, sendo 51,4% do género masculino e 31,2% do género feminino. Apura-se também que 15,2% dos enfermeiros exercem funções numa unidade de prestação de cuidados não diferenciados (género masculino 7,2% vs. género feminino 8,0%).

Constata-se que 58,3% dos enfermeiros exercer funções em ambulâncias de suporte imediato de vida, fazendo parte deste grupo 51,2% do género masculino e 69,1% do género feminino; 50,4% exercem funções, enquanto enfermeiros do pré-hospitalar, na Viatura Médica de Emergência e Reanimação, sendo 58,3% do género masculino e 38,2% do género feminino, com apenas 16,5% a exercerem no Helicóptero de Emergência Médica (género masculino 17,9% vs. género feminino 14,5%).

No que diz respeito à delegação do INEM de pertença, apura-se que a maioria está afeta à Delegação do Norte (60,4%), com uma representatividade de 64,3% de homens e 54,5% de mulheres. É ainda de referir que 23,0% pertence à Delegação do INEM do Centro (género masculino 23,8% vs. género feminino 21,8%).

Quanto ao número de ocorrências por mês do(s) meio(s) de emergência onde exerce funções, sobressaem os enfermeiros que referem uma média de ocorrências entre 91-150 (31,9%), dos quais 36,6% são do género masculino e 24,5% do género feminino, seguindo-se os que mencionam entre 31-60 ocorrências por mês (género masculino 19,5% vs. género feminino 28,3%).

Procurou-se saber o número de horas que os enfermeiros trabalham por semana no INEM, constatando-se que a maioria (49,6%) trabalha <35 horas por semana, com uma representatividade de 54,8% de enfermeiros do género masculino e 41,8% do género

feminino, seguindo-se os que trabalham no INEM 35 horas por semana (33,1%), dos quais 26,2% são do género masculino e 43,6% do género feminino.

Perguntou-se aos enfermeiros se pudessem, deixariam a instituição onde exercem funções, constatando-se que mais de metade da amostra referiu que não (69,1%), uma opinião partilhada por 66,7% dos homens e por 72,7% das mulheres, contrariamente a 30,9% que admiram que mudariam (género masculino 33,3% vs. género feminino 34,5%).

Inquiram-se os participantes acerca de mudarem de profissão, se pudessem, constatando-se que prevalecem os que não mudariam (66,2%), sendo unânime a 66,7% dos homens e 65,5% das mulheres, enquanto 33,8% admitem que mudariam, caso pudessem (género masculino 33,3% vs. género feminino 34,5%).

Tabela 6 – Caracterização socioprofissional em função do género

Variáveis	Masculino (n=84)		Feminino (n=55)		Total (n=139)		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	nº	%	nº	%	nº	%	1	2		
<b>Habilitações</b>										
<b>Académicas/profissionais</b>										
Formação base (Bacharelato / Licenciatura)	27	19,4	22	15,8	49	35,3	-,9	,9	n.a.	n.a.
Graduação nível 1 (Pós-graduação / Especialidade)	35	25,2	22	15,8	57	41,0	,2	-,2		
Graduação nível 2 (Mestrado / Doutoramento)	22	15,8	11	7,9	33	23,7	,8	-,8		
<b>Tempo de serviço enfermeiros</b>										
≤10 anos	27	32,1	16	29,1	43	30,9	,4	-,4	0,341	0,843
11-20 anos	37	44,0	27	49,1	64	46,0	-,6	,6		
>20 anos	20	23,8	12	21,8	32	23,0	,3	-,3		
<b>Tempo de serviço no pré-hospitalar</b>										
≤5 anos	13	15,5	20	36,4	33	23,7	-2,8	2,8	8,202	<b>0,042</b>
6-10 anos	29	34,5	15	27,3	44	31,7	,9	-,9		
11-15 anos	25	29,8	13	23,6	38	27,3	,8	-,8		
>15 anos	17	20,2	7	12,7	24	17,3	1,1	-1,1		
<b>Tempo de exercício profissional no pré-hospitalar como enfermeiro</b>										
≤5 anos	31	36,9	29	52,7	60	43,2	-1,8	1,8	5,494	0,139
6-10 anos	27	32,1	9	16,4	36	25,9	2,1	-2,1		
11-15 anos	16	19,0	12	21,8	28	20,1	-,4	,4		
>15 anos	10	11,9	5	9,1	15	10,8	,5	-,5		
<b>Assiduidade contratual</b>										
Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Termo Indeterminado	65	77,4	46	83,6	111	79,9	-,9	,9	n.a.	n.a.
Contrato de Trabalho em Funções Públicas a Termo Resolutivo Certo	2	2,4	0	0,0	2	1,4	1,2	-1,2		
Contrato Individual de Trabalho	15	17,9	9	16,4	24	17,3	,2	-,2		
Contrato de Prestação de Serviços	1	1,2	0	0,0	1	0,7	,8	-,8		
Ajuste Direto	1	1,2	0	0,0	1	0,7	,8	-,8		
<b>Faltar no último ano ao serviço</b>										
Nunca	67	79,8	38	69,1	105	75,5	1,4	-1,4	n.a.	n.a.
Raramente	14	16,7	12	21,8	26	18,7	-,8	,8		

Algumas vezes	3	3,6	4	7,3	7	5,0	-1,0	1,0		
Bastantes vezes	0	0,0	1	1,8	1	0,7	-1,2	1,2		
<b>Exercer funções</b>	<b>n=83</b>		<b>n=55</b>		<b>n=138</b>					
Funções de gestão	2	1,4	1	0,7	3	2,2	,2	-,2	n.a.	n.a.
Unidade de prestação de cuidados diferenciados	71	51,4	43	31,2	114	82,6	1,1	-1,1		
Unidade de prestação de cuidados não diferenciados	10	7,2	11	8,0	21	15,2	-1,3	1,3		
<b>Exercer funções em ambulâncias de Suporte Imediato de Vida</b>										
Sim	43	51,2	38	69,1	81	58,3	-2,1	2,1	4,380	0,036
Não	41	48,8	17	30,9	58	41,7	2,1	-2,1		
<b>Na Viatura Médica de Emergência e Reanimação</b>										
Sim	49	58,3	21	38,2	70	50,4	2,3	-2,3	5,399	0,020
Não	35	41,7	34	61,8	69	49,6	-2,3	2,3		
<b>No Helicóptero de Emergência Médica</b>										
Sim	15	17,9	8	14,5	23	16,5	,5	-,5	0,264	0,607
Não	69	82,1	47	85,5	116	83,5	-,5	,5		
<b>Delegação do INEM a pertence</b>										
Norte	54	64,3	30	54,5	84	60,4	1,1	-1,1	3,344	0,188
Centro	20	23,8	12	21,8	32	23,0	,3	-,3		
Sul	10	11,9	13	23,6	23	16,5	-1,8	1,8		
<b>Número de ocorrências por mês do(s) meio(s) de emergência onde exerce funções</b>										
≤30	10	12,2	5	9,4	15	11,1	,5	-,5		
31-60	16	19,5	15	28,3	31	23,0	-1,2	1,2	8,951	0,062
61-90	9	11,0	14	26,4	23	17,0	-2,3	2,3		
91-150	30	36,6	13	24,5	43	31,9	1,5	-1,5		
>150	17	20,7	6	11,3	23	17,0	1,4	-1,4		
<b>Número de horas que trabalha por semana no INEM</b>										
<35 horas	46	54,8	23	41,8	69	49,6	1,5	-1,5		
35 horas	22	26,2	24	43,6	46	33,1	-2,1	2,1	4,569	0,102
>35 horas	16	19,0	8	14,5	24	17,3	,7	-,7		
<b>Se pudesse, deixaria a instituição onde exerce</b>										
Sim	28	33,3	15	27,3	43	30,9	,8	-,8	0,571	0,450
Não	56	66,7	40	72,7	96	69,1	-,8	,8		
<b>Se pudesse, mudaria de profissão</b>										
Sim	28	33,3	19	34,5	47	33,8	-,1	,1	0,022	0,883
Não	56	66,7	36	65,5	92	66,2	,1	-,1		

Quanto aos dados relativos ao tempo de serviço como enfermeiro em função do género, apurou-se um mínimo de 1,33 anos e um máximo de 32 anos, correspondendo a uma média de  $14,91 \pm 7,04$  anos de tempo de serviço como enfermeiro. Regista-se um mínimo e um máximo, para os enfermeiros do género feminino o mínimo é 2 anos e o máximo 35 anos. Em média, os enfermeiros do género feminino ( $14,95 \pm 6,88$  anos) têm ligeiramente mais tempo de serviço como enfermeiros do que os do género masculino ( $14,88 \pm 7,18$  anos), com coeficientes de variação a indicar uma dispersão elevada em relação à média encontrada (cf. tabela 7).

Tabela 7 - Tempo de serviço como Enfermeiro em função do género

		<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>CV (%)</b>	<b>Sk/erro</b>	<b>K/erro</b>
Tempo de Serviço como Enfermeiro	Masculino	84	1,33	32	14,88	7,18	48,25	0,842	-1,444
	Feminino	55	2	35	14,95	6,88	46,03	0,946	0,048
	<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>1,33</b>	<b>35</b>	<b>14,91</b>	<b>7,04</b>	<b>47,21</b>	<b>1,206</b>	<b>-1,226</b>

Na tabela 8 encontram-se as estatísticas relativas ao tempo de serviço no pré-hospitalar, cujos mínimos e máximos oscilam entre 83 meses e 34 anos para a amostra global, correspondendo-lhe uma média de  $10,36 \pm 5,95$  anos. Nos enfermeiros do género masculino, o mínimo de tempo de serviço no pré-hospitalar é 1 anos e o máximo 24 anos ( $M=11,15 \pm 5,53$  anos). A média encontrada para os enfermeiros do género feminino é de  $9,14 \pm 6,39$  anos, onde o mínimo e o máximo oscilam, entre 83 meses e 34 anos, os coeficientes de variação indicam uma dispersão elevada em relação às médias encontradas.

Tabela 8 - Tempo de serviço no Pré-Hospitalar

		<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>CV (%)</b>	<b>Sk/erro</b>	<b>K/erro</b>
Tempo de Serviço no Pré-Hospitalar	Masculino	84	1	24	11,15	5,53	49,61	1,20	-1,02
	Feminino	55	0,83	34	9,14	6,39	69,91	4,40	4,94
	<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>0,83</b>	<b>34</b>	<b>10,36</b>	<b>5,95</b>	<b>57,42</b>	<b>3,67</b>	<b>2,04</b>

A tabela 9 refere-se às estatísticas relativas ao tempo de serviço como enfermeiro no pré-hospitalar, cujos mínimos e máximos oscilam entre 83 meses e 34 anos para a amostra global, correspondendo-lhe uma média de  $7,99 \pm 6,05$  anos. Nos enfermeiros do género masculino, o mínimo de tempo de serviço como enfermeiro no pré-hospitalar é 1 anos e o máximo 23 anos ( $M=8,34 \pm 5,83$  anos). A média encontrada para os enfermeiros do género feminino é de  $7,46 \pm 6,38$  anos, onde o mínimo e o máximo oscilam, entre 83 meses e 34 anos, os coeficientes de variação indicam uma dispersão elevada em relação às médias encontradas.

Tabela 9 - Tempo de serviço como Enfermeiro no Pré-Hospitalar

		<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>CV (%)</b>	<b>Sk/erro</b>	<b>K/erro</b>
Tempo de Serviço no Pré-Hospitalar como Enfermeiro	Masculino	84	1	23	8,34	5,83	69,87	2,67	-0,52
	Feminino	55	0,83	34	7,46	6,38	85,56	5,42	7,12
	<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>0,83</b>	<b>34</b>	<b>7,99</b>	<b>6,05</b>	<b>75,65</b>	<b>5,55</b>	<b>4,14</b>

## Estilos de vida

Na tabela 10 encontram-se os resultados das variáveis contextuais aos estilos de vida em função do género, verificando-se que a maioria dos enfermeiros (52,5%) não pratica atividade física regular, com 51,2% do género masculino e 54,5% do género feminino, enquanto 47,5% referem praticar atividade física regularmente, dos quais 48,8% são do género masculino e 45,5% do género feminino.

No que diz respeito à prática de alguma técnica de relaxamento, apura-se que grande parte da amostra (83,5%) refere que não pratica, uma situação comum a 85,7% dos enfermeiros do género masculino e a 80,0% do género feminino, com apenas 16,5% a praticar alguma técnica de relaxamento.

Constata-se que grande parte da amostra não consome tabaco (82,7%) (homens 84,5% vs. mulheres 80,0%), com 17,3% a confirmarem o seu consumo.

Em relação ao consumo de café, a grande maioria dos enfermeiros refere consumir (83,5%), o que é comum a 88,1% dos homens e 76,4% das mulheres.

Procurou-se também saber se os enfermeiros consomem habitualmente álcool, constatando-se que mais de metade da amostra refere que não consome (87,1%), com 81,0% de homens e 96,4% de mulheres, enquanto 12,9% consomem habitualmente bebidas alcoólicas.

Tabela 10 – Variáveis contextuais aos estilos de vida em função do género

Variáveis	Masculino (n=84)		Feminino (n=55)		Total (n=139)		Residuais	
	nº	%	nº	%	nº	%	1	2
<b>Prática de atividade física regular</b>								
Sim	41	48,8	25	45,5	66	47,5	,4	-,4
Não	43	51,2	30	54,5	73	52,5	-,4	,4
<b>Prática de alguma técnica de relaxamento</b>								
Sim	12	14,3	11	20,0	23	16,5	-,9	,9
Não	72	85,7	44	80,0	116	83,5	,9	-,9
<b>Consumo de tabaco</b>								
Sim	13	15,5	11	20,0	24	17,3	-,7	,7
Não	71	84,5	44	80,0	115	82,7	,7	-,7
<b>Consumo de café</b>								
Sim	74	88,1	42	76,4	116	83,5	1,8	-1,8
Não	10	11,9	13	23,6	23	16,5	-1,8	1,8
<b>Consumo de álcool</b>								
Sim	16	19,0	2	3,6	18	12,9	2,6	-2,6
Não	68	81,0	53	96,4	121	87,1	-2,6	2,6

### Variáveis contextuais à saúde

Na Tabela 11 apresentam-se os resultados referentes às variáveis contextuais à saúde em função do género.

Solicitou-se aos enfermeiros que avaliassem a sua saúde no momento de preenchimento do questionário, constatando-se que a maioria classificou-a como “boa” (55,4%), uma avaliação feita por 54,8% dos homens e 56,4% das mulheres. É ainda de referir que 25,9% dos enfermeiros classificou a sua saúde como “mais ou menos boa” (homens 25,0% vs. mulheres 27,3%).

Quase a totalidade da amostra (93,5%) não recorreu ao serviço de psicologia do INEM e/ou outro, fazendo parte deste grupo 95,2% dos homens e 90,9% das mulheres, com apenas 6,5% dos enfermeiros a confirmarem o recurso ao serviço de psicologia do INEM e/ou outro.

Tabela 11 – Variáveis contextuais à saúde em função do género

Variáveis	Masculino (n=84)		Feminino (n=55)		Total (n=139)		Residuais	
	nº	%	nº	%	nº	%	1	2
<b>Avaliação da saúde actual</b>								
Pouco boa	4	4,8	2	3,6	6	4,3	,3	-,3
Mais ou menos boa	21	25,0	15	27,3	36	25,9	-,3	,3
Boa	46	54,8	31	56,4	77	55,4	-,2	,2
Muito boa	13	15,5	7	12,7	20	14,4	,5	-,5
<b>Recorrer ao serviço de psicologia do INEM e/ou outro</b>								
Sim	4	4,8	5	9,1	9	6,5	-1,0	1,0
Não	80	95,2	50	90,9	130	93,5	1,0	-1,0

### Apoio em relação aos amigos

A Tabela 12 reporta-se à classificação feita pelos enfermeiros em relação ao apoio dos amigos em função do género, tendo em conta que 1 correspondia a “sem apoio” e 10 a “altamente apoiado”. Deste modo, apura-se que o percentual mais elevado corresponde ao grau 8 (25,2%), onde se incluem 26,2% dos enfermeiros do género masculino e 23,6% do género feminino, sugerindo que se sentem apoiados pelos amigos. Refere-se ainda que 18,0% também revelam sentir-se apoiados pelos amigos, com uma representatividade de 17,9% dos homens e 18,2% das mulheres; 16,5% dos enfermeiros classificaram o apoio dos amigos muito próximo do “altamente apoiado” (homens 15,5% vs. mulheres 18,2%).

Tabela 12 – Apoio em relação aos amigos em função do género

Variáveis	Masculino (n=84)		Feminino (n=55)		Total (n=139)	
	nº	%	nº	%	nº	%
<b>Apoio em relação aos amigos</b>						
2 (sem apoio)	1	1,2	3	5,5	4	2,9
3	4	4,8	1	1,8	5	3,6
4	2	2,4	0	0,0	2	1,4
5	13	15,5	6	10,9	19	13,7
6	12	14,3	10	18,2	22	15,8
7	15	17,9	10	18,2	25	18,0
8	22	26,2	13	23,6	35	25,2
9	13	15,5	10	18,2	23	16,5
10 (altamente apoiado)	2	2,4	2	3,6	4	2,9

### Variáveis contextuais ao trabalho

A Tabela 13 reporta-se aos dados alcançados em relação às variáveis contextuais ao trabalho, donde se extrai que, em relação à satisfação com o trabalho, o percentual mais elevado corresponde aos enfermeiros que admitem estar satisfeitos (44,6%), o que é consensual a 47,6% dos homens e a 40,0% das mulheres, secundados pelos enfermeiros que estão mais ou menos satisfeitos com o trabalho (30,2%), fazendo parte deste grupo 28,6% dos homens e 32,7% das mulheres. É de salientar que 14,4% dos enfermeiros sentem-se pouco satisfeitos com o trabalho.

Solicitou-se aos enfermeiros que manifestassem como consideram as suas relações com os colegas de trabalho, constatando-se que mais de metade da amostra (57,6%) considera ter boas relações com os colegas de trabalho, fazendo parte deste grupo 59,5% dos homens e 54,5% das mulheres. É também de referir que 24,5% dos enfermeiros consideram ter razoáveis relações com os colegas de trabalho (homens 21,4% vs. mulheres 29,1%), enquanto 16,5% manifestam ter muito boas relações com os colegas de trabalho (homens 17,9% vs. mulheres 14,5%).

Por fim, pediu-se aos enfermeiros que expressassem a sua opinião em relação ao seu trabalho, verificando-se que a maioria (43,2%) refere que o seu trabalho é stressante, o que é consensual a 40,5% dos homens e a 47,3% das mulheres. É também expressivo o percentual de enfermeiros que admitem que o seu trabalho é razoavelmente stressante (29,5%), enquanto 23,7% referem que o seu trabalho é bastante stressante.

Tabela 13 – Variáveis contextuais ao trabalho em função do género

Variáveis	Masculino (n=84)		Feminino (n=55)		Total (n=139)		Residuais	
	nº	%	nº	%	nº	%	1	2
<b>Satisfação com o trabalho</b>								
Nada satisfeito	0	0,0	1	1,8	1	0,7	-1,2	1,2
Pouco satisfeito	11	13,1	9	16,4	20	14,4	-,5	,5
Mais ou menos satisfeito	24	28,6	18	32,7	42	30,2	-,5	,5
Satisfeito	40	47,6	22	40,0	62	44,6	,9	-,9
Muito satisfeito	9	10,7	5	9,1	14	10,1	,3	-,3
<b>Relações com os colegas de trabalho</b>								
Muito más	0	0,0	1	1,8	1	0,7	-1,2	1,2
Más	1	1,2	0	0,0	1	0,7	,8	-,8
Razoáveis	18	21,4	16	29,1	34	24,5	-1,0	1,0
Boas	50	59,5	30	54,5	80	57,6	,6	-,6
Muito boas	15	17,9	8	14,5	23	16,5	,5	-,5
<b>Avaliação do trabalho</b>								
Pouco stressante	3	3,6	2	3,6	5	3,6	,0	,0
Razoavelmente stressante	27	32,1	14	25,5	41	29,5	,8	-,8
Stressante	34	40,5	26	47,3	60	43,2	-,8	,8
Bastante stressante	20	23,8	13	23,6	33	23,7	,0	,0

## Inteligência emocional

Na tabela 14 encontram-se as estatísticas relativas à inteligência emocional, cujos índices mínimos e máximos oscilam entre 3,67 e 7,00 para a amostra global. A dimensão auto-encorajamento é a que apresenta uma média mais elevada ( $M=5,58\pm 1,03$ ). Segue-se o autocontrolo perante as críticas ( $M=5,42\pm 0,93$ ) e a compreensão das emoções próprias ( $M=5,29\pm 1,01$ ). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão baixa e moderada em relação às médias encontradas.

Tabela 14 – Estatísticas relativas à inteligência emocional

	N	Min	Max	Média	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Autocontrolo perante as críticas	139	2,75	7,00	5,42	0,93	17,15	-0,89	-0,94
Empatia	139	2,33	7,00	5,18	0,94	18,14	-1,89	-0,85
Compreensão das emoções próprias	139	2,33	7,00	5,29	1,01	19,09	-2,94	-0,30
Auto-encorajamento	139	2,00	7,00	5,58	1,03	18,45	-3,51	1,12
Compreensão das emoções dos outros	139	2,33	7,00	5,28	0,83	15,71	-3,73	2,51
Autocontrolo emocional	139	2,33	7,00	4,85	1,03	21,23	-0,10	-1,74
Inteligência emocional global	139	3,67	7,00	5,27	0,63	11,95	-0,63	-0,75

## **Burnout**

As estatísticas relativas ao *burnout* indicam um mínimo e um máximo a oscilarem entre 0,00 e 5,88, com uma média mais elevada para a realização pessoal ( $M=4,14\pm 1,03$ ), seguindo-se a exaustão emocional ( $M=2,22\pm 1,18$ ). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão moderada e elevada em relação às médias encontradas (cf. tabela 15).

Tabela 15 – Estatísticas relativas ao *burnout*

	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>CV (%)</b>	<b>Sk/erro</b>	<b>K/erro</b>
Exaustão emocional	139	0,00	5,43	2,22	1,18	53,15	2,69	1,18
Despersonalização	139	0,00	5,71	1,31	1,08	82,44	7,07	5,73
Realização pessoal	139	1,00	5,88	4,14	1,03	24,87	3,91	0,61

## 2.2. Análise inferencial

Apresentam-se de seguida dos resultados da análise inferencial, tendo como objetivo responder às questões de investigação inicialmente delineadas.

### **Que variáveis sociodemográficas interferem no *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar?**

#### **Relação entre género e *Burnout***

Relativamente à relação entre género e *burnout*, verifica-se que os enfermeiros do género masculino têm níveis significativamente superiores de despersonalização comparativamente ao género feminino ( $p=0,019$ ).

Os participantes do género masculino apresentam ainda uma maior exaustão emocional e uma menor realização profissional do que os do género feminino, mas esta diferença não é estatisticamente significativa.

Tabela 16 – Teste U de Mann-Whitney para a relação do *burnout* em função do género.

<i>Burnout</i>	Género	Masculino	Feminino	UMW	P
		OM	OM		
Exaustão emocional		70,62	69,05	2258,000	,823
Despersonalização		76,47	60,12	1766,500	,019
Realização pessoal		69,79	70,33	2292,000	,938

### Relação entre grupo etário e *Burnout*

Com o intuito de analisar a relação entre a idade e o *burnout*, os participantes neste estudo foram divididos em quatro grupos etários, tendo em conta a sua idade: dos 20 aos 29 anos, dos 30 aos 39 anos, dos 40 aos 49 anos e dos 50 aos 59 anos.

Verifica-se que os inquiridos com maior exaustão profissional se encontram no grupo etários dos 40 aos 49 anos (72,60) e dos 30 aos 39 anos (69,16). De forma semelhante, estes grupos etários são também os que têm maior nível de despersonalização (73,12 dos 30 aos 39 anos e 69,05 dos 40 aos 49 anos). Por sua vez, os participantes do grupo etário dos 50 aos 59 anos são os que têm uma maior realização pessoal (89,21), seguidos dos pertencentes ao grupo etário dos 20 aos 29 anos (78,60). Contudo, não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre estas variáveis e o grupo etário.

Tabela 17 – Teste Kruskal Wallis para a relação do *burnout* em função do grupo etário.

<i>Burnout</i>	Grupo etário	20-29	30-39	40-49	50-59	X <sup>2</sup>	P
		OM	OM	OM	OM		
Exaustão emocional		64,00	69,16	72,60	65,86	,421	,936
Despersonalização		55,70	73,12	69,05	51,50	2,620	,454
Realização pessoal		78,60	68,84	68,21	89,21	1,987	,575

### Relação entre funcionalidade familiar e *burnout*

A funcionalidade da unidade familiar na qual o enfermeiro se insere foi avaliada através da escala de APGAR, através da inclusão destes em três grupos distintos consoante a pontuação obtida: família altamente funcional, família moderadamente funcional e família com disfunção acentuada (cf. tabela 18).

Com recurso ao Teste Kruskal Wallis, constata-se que os participantes inseridos em famílias com maior funcionalidade, de acordo com a escala de APGAR, apresentam níveis significativamente inferiores de exaustão emocional ( $p=0,003$ ) e de despersonalização ( $p=0,04$ ) e níveis significativamente superiores de realização profissional ( $p=0,002$ ).

Tabela 18 – Teste Kruskal Wallis para a relação do *burnout* em função da funcionalidade familiar.

APGAR	Disfunção acentuada	Moderadamente funcional	Altamente funcional	X <sup>2</sup>	p
	OM	OM	OM		
<b>Burnout</b>					
Exaustão Emocional	113,86	76,96	63,64	11,820	,003
Despersonalização	109,00	78,63	63,28	11,007	,004
Realização Profissional	46,57	54,40	78,57	12,567	,002

### Relação entre estado civil e *burnout*

Quanto à relação entre estado civil e *burnout*, verifica-se que os inquiridos casados e em união de facto apresentam maiores níveis de despersonalização, mas têm uma maior realização pessoal e menor exaustão emocional do que os solteiros ou divorciados, não sendo estas relações estatisticamente significativas (cf. tabela 19).

Tabela 19 – Teste U de Mann-Whitney para a relação do *burnout* em função do estado civil.

Estado civil	Solteiro ou divorciado	Casado ou em união de facto	UMW	P
	OM	OM		
<b>Burnout</b>				
Exaustão emocional	74,99	67,98	1780,500	,353
Despersonalização	63,51	72,62	1720,500	,226
Realização pessoal	65,71	71,73	1808,500	,424

### Relação entre concelho onde trabalha é o mesmo onde reside e *burnout*

Analisando a tabela 20, verifica-se que os enfermeiros que residem no mesmo concelho onde trabalham têm maiores níveis de exaustão emocional e de despersonalização (média de 2,45 e 1,50, respetivamente) do que os que residem num concelho diferente de onde trabalham (média de 1,94 e 1,08, respetivamente). Pelo contrário, o nível de realização pessoal é superior que nos que não residem no mesmo concelho onde trabalham (4,06) do que nos que residem no mesmo concelho onde trabalham (4,23). Apenas a relação entre concelho onde trabalha é o mesmo onde reside e despersonalização foi estatisticamente significativa ( $p=0,048$ ).

Tabela 20 – T-Test para a relação do *burnout* em função de concelho onde trabalha é o mesmo onde reside

Concelho onde trabalha é o mesmo onde reside	Sim		Não		T	p
	Média	Dp	Média	Dp		
<b>Burnout</b>						
Exaustão emocional	2,45	1,19	1,94	1,10	2,619	,363
Despersonalização	1,50	1,16	1,08	,92	2,314	,048
Realização pessoal	4,06	1,03	4,23	1,03	-,979	,466

## De que modo as variáveis socioprofissionais influenciam no *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar?

### Relação entre habilitações literárias e *burnout*

Relativamente às habilitações académicas/profissionais dos enfermeiros, agruparam-se as respostas dos inquiridos em três grupos distintos: Formação base (Bacharelato/Licenciatura), Graduação nível 1 (Pós-graduação/Especialidade) e Graduação nível 2 (Mestrado/Doutoramento). Os enfermeiros com graduação nível 2 possuem maior exaustão emocional, maior despersonalização e menor realização profissional do que aqueles com formação base ou graduação nível 1. Contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas (cf. tabela 21).

Tabela 21 – Teste *Kruskall Wallis* para a relação do *burnout* em função das habilitações académicas/profissionais

Habilitações Académicas/profissionais	Formação base (Bacharelato / Licenciatura)	Graduação nível 1 (Pós-graduação / Especialidade)	Graduação nível 2 (Mestrado / Doutoramento)	X <sup>2</sup>	p
	OM	OM	OM		
<b><i>Burnout</i></b>					
Exaustão Emocional	68,93	67,58	75,77	,921	,631
Despersonalização	65,24	71,71	74,11	1,134	,567
Realização Profissional	73,93	69,09	65,74	,867	,648

### Relação entre tempo de serviço como enfermeiro e *burnout*

Para analisar o tempo de serviço como enfermeiro, dividiu-se esta variável em três grupos: tempo de serviço inferior ou igual a 10 anos, entre 11 e 20 anos e maior ou igual a 20 anos. Verifica-se que os inquiridos com tempo de serviço como enfermeiro inferior ou igual a 10 anos são os que têm menores níveis de exaustão emocional e de despersonalização e que possuem maior realização profissional. Pelo contrário, os participantes com 11 a 20 anos de serviço como enfermeiro são que têm maior exaustão emocional, maior despersonalização e menor realização profissional. Não se verifica relação estatisticamente significativa entre tempo de serviço com enfermeiro e *burnout* (cf. tabela 22).

Tabela 22 – Teste *Kruskall Wallis* para a relação do *burnout* em função do tempo de serviço como enfermeiro

Tempo de serviço como Enfermeiro	≤10 anos	11 a 20 anos	>20 anos	X <sup>2</sup>	p
	OM	OM	OM		
<b>Burnout</b>					
Exaustão Emocional	58,85	77,27	70,45	5,396	,067
Despersonalização	61,17	78,83	64,20	5,829	,054
Realização Profissional	72,30	69,13	68,66	,207	,902

### Relação entre o local onde o enfermeiro exerce funções e *burnout*

Verifica-se que os enfermeiros que trabalham em unidades de prestação de cuidados diferenciados constituem o grupo com maior nível não só de exaustão emocional e de despersonalização, mas também de realização profissional. Por sua vez, os enfermeiros que ocupam funções de gestão, são os que tem menores níveis tanto de exaustão emocional e de despersonalização como de realização profissional. Contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas (cf. tabela 23).

Tabela 23 – Teste *Kruskall Wallis* para a relação do *burnout* em função do local onde o enfermeiro exerce funções

Local onde exerce funções	Funções de gestão	Unidade de prestação de cuidados diferenciados	Unidade de prestação de cuidados não diferenciados	X <sup>2</sup>	p
	OM	OM	OM		
<b>Burnout</b>					
Exaustão Emocional	60,83	71,04	62,40	,972	,615
Despersonalização	58,00	70,89	63,60	,848	,655
Realização Profissional	55,00	70,99	63,50	1,028	,598

### Relação entre tempo de serviço no pré-hospitalar e *burnout*

Para a relação entre o tempo de serviço no pré-hospitalar e o *burnout* definiram-se quatro grupos: tempo de serviço no pré-hospitalar inferior ou igual a 5 anos, entre 6 e 10 anos, entre 11 e 15 anos e maior a 15 anos.

Analisando a relação entre o *burnout* e o tempo de serviço no pré-hospitalar, constata-se que o grupo que apresenta menor realização profissional trabalha no pré-hospitalar há 5 ou menos anos. O grupo que possui maior realização profissional é o grupo dos enfermeiros que têm entre 6 e 10 anos de serviço, seguido dos enfermeiros com mais de 15 anos de serviço. Os enfermeiros com níveis de exaustão emocional mais elevados são os que possuem menos tempo de serviço no pré-hospitalar, bem como mais despersonalização, com diferenças estatisticamente significativas na realização profissional ( $p=0,031$ ) (cf. tabela 24).

Tabela 24 – *Teste Kruskal Wallis* para a relação do *burnout* em função do tempo de serviço no pré-hospitalar

Tempo de serviço no Pré-Hospitalar	≤5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	>15 anos	X <sup>2</sup>	P
	OM	OM	OM	OM		
<b>Burnout</b>						
Exaustão Emocional	79,83	63,84	67,54	71,67	3,186	,364
Despersonalização	80,41	69,40	63,80	66,60	3,299	,348
Realização Profissional	54,73	81,85	67,49	73,25	8,885	,031

### Relação entre tempo de serviço no pré-hospitalar como enfermeiro e *burnout*

Tal como para o tempo de serviço no pré-hospitalar, dividiu-se a variável tempo de serviço no pré-hospitalar como enfermeiro em quatro grupos: tempo de serviço no pré-hospitalar como enfermeiro inferior ou igual a 5 anos, entre 6 e 10 anos, entre 11 e 15 anos e maior a 15 anos.

Analisando-se a relação entre o tempo de serviço no pré-hospitalar como enfermeiro e *burnout*, verifica-se que não existe relação estatisticamente significativa entre o Tempo de serviço no pré-hospitalar como Enfermeiro e *burnout* (cf. tabela 25).

Tabela 25 – *Teste Kruskal Wallis* para a relação do *burnout* em função do tempo de serviço no pré-hospitalar como enfermeiro.

Tempo de serviço no Pré-Hospitalar como Enfermeiro	≤5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	>15 anos	X <sup>2</sup>	p
	OM	OM	OM	OM		
<b>Burnout</b>						
Exaustão Emocional	73,14	64,83	67,07	75,30	1,368	,713
Despersonalização	71,65	71,75	64,52	69,43	,694	,875
Realização Profissional	63,48	75,25	74,71	74,70	2,782	,426

### Relação entre assiduidade contratual como enfermeiro e *burnout*

Para a assiduidade contratual, definiram-se dois grupos: um correspondente a contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado e outro comportando outros tipos de contrato de natureza menos vinculatória e mais precária (contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo certo, contrato individual de trabalho, contrato coletivo de trabalho, contrato de prestação de serviços e ajuste direto).

Ao comparar os níveis de *burnout* nestes dois grupos, verifica-se que os inquiridos que possuem um contrato por tempo indeterminado têm níveis de exaustão emocional e despersonalização inferiores aos que têm um contrato mais precário, sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $p=0,003$ ) (cf. tabela 26).

Tabela 26 – Teste *Kruskall Wallis* para a relação do *burnout* em função da assiduidade contratual.

Assiduidade contratual	Contrato por tempo indeterminado	Outro tipo de contrato	UMW	p
	OM	OM		
<b>Burnout</b>				
Exaustão Emocional	64,82	90,54	979,000	,003
Despersonalização	64,96	89,96	995,000	,003
Realização Profissional	72,10	61,68	1321,000	,221

### Relação entre faltas ao serviço no último ano como enfermeiro e *burnout*

Para analisar o parâmetro “faltas ao serviço no último ano”, consideraram-se três grupos: nunca faltou, raramente faltou e faltou algumas vezes/bastantes vezes. Consta-se a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a realização profissional e as faltas ao serviço no último ano ( $p=0,003$ ), sendo que os inquiridos que nunca faltaram ao trabalho no último ano têm uma maior realização profissional do que os que faltaram.

Os participantes que nunca faltaram ao trabalho no último ano têm menores níveis de exaustão emocional e de despersonalização do que os que faltaram, mas esta diferença não é estatisticamente significativa (cf. tabela 27).

Tabela 27 – Teste *Kruskall Wallis* para a relação do *burnout* em função das faltas ao serviço no último ano

Faltas ao serviço no último ano	Nunca	Raramente	Algumas vezes / Bastantes vezes	$\chi^2$	p
	OM	OM	OM		
<b>Burnout</b>					
Exaustão Emocional	67,73	77,02	77,00	1,368	,504
Despersonalização	68,34	71,21	87,81	1,774	,412
Realização Profissional	76,61	49,98	48,31	11,604	,003

### Relação entre delegação do INEM a que pertence e *burnout*

Verifica-se que os participantes a trabalhar na Delegação Norte do INEM são os que possuem maior exaustão emocional e maior despersonalização. Por sua vez, os que trabalham na Delegação Centro do INEM são os que têm uma menor realização profissional. Contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas (cf. tabela 28).

Tabela 28 – *Teste Kruskal Wallis* para a relação do *burnout* em função da Delegação do INEM a que pertence

Delegação do INEM a que pertence	Norte	Centro	Sul	X <sup>2</sup>	p
	OM	OM	OM		
<b>Burnout</b>					
Exaustão Emocional	73,52	65,53	63,35	1,668	,434
Despersonalização	74,32	70,55	53,46	4,876	,087
Realização Profissional	70,14	68,83	71,13	,046	,977

### Relação entre número de ocorrências por mês e *burnout*

Analisando os níveis de *burnout* relativamente ao número de ocorrências por mês, verifica-se que os inquiridos que possuem mais de 150 ocorrências por mês são os que apresentam maior exaustão emocional e maior despersonalização. Apesar disso, este é o grupo onde existe uma maior realização profissional. Os inquiridos com 31 a 60 ocorrências por mês são os que possuem uma menor despersonalização e o segundo grupo com menor exaustão emocional e com maior realização profissional (cf. tabela 29).

Tabela 29 – *Teste Kruskal Wallis* para a relação do *burnout* em função do número de ocorrências por mês

Número ocorrências por mês	≤30	31 a 60	61 a 90	91 a 150	>150	X <sup>2</sup>	p
	OM	OM	OM	OM	OM		
<b>Burnout</b>							
Exaustão Emocional	55,07	58,18	69,22	74,83	75,70	5,829	,212
Despersonalização	62,77	55,55	64,07	75,74	77,65	6,756	,149
Realização Profissional	71,33	71,73	61,07	64,15	74,93	2,258	,688

### Relação entre número de horas de trabalho por semana no INEM e *burnout*

Quanto ao *burnout* em relação à carga horária laboral no INEM, os inquiridos que trabalham 35 horas semanais são os que apresentam menor exaustão emocional, menor despersonalização e maior realização profissional. Não se verifica relação estatisticamente significativa entre o número de horas de trabalho por semana no INEM e o *burnout* (cf. tabela 30).

Tabela 30 – *Teste Kruskal Wallis* para a relação do *burnout* em função do número de horas por semana no INEM

Número de horas por semana no INEM	<35	35	>35	X <sup>2</sup>	p
	OM	OM	OM		
<b>Burnout</b>					
Exaustão Emocional	73,63	64,67	69,77	1,369	,504
Despersonalização	76,64	62,28	65,71	3,853	,146
Realização Profissional	68,64	72,74	68,67	,319	,853

### Relação entre os meios onde exerce funções no pré-hospitalar e *burnout*

Verificou-se que os enfermeiros inquiridos que exercem funções em ambulância SIV têm uma menor exaustão emocional do que os que não realizam funções neste meio (62,39 vs. 80,63;  $p=0,008$ ). De igual forma, os que trabalham em ambulância SIV possuem uma maior despersonalização do que os que não trabalham (59,89 vs. 84,12;  $p=0,000$ ). Os que exercem funções em ambulância SIV apresentam mais realização profissional (cf. tabela 31).

Tabela 31 – *Teste U de Mann-Whitney* para a relação do *burnout* em função do exercício de funções na ambulância SIV

Exerce funções na SIV	Sim	Não	UMW	P
	OM	OM		
<b>Burnout</b>				
Exaustão Emocional	62,39	80,63	1732,500	,008
Despersonalização	59,89	84,12	1530,000	,000
Realização Profissional	74,43	63,82	1990,500	,125

Os enfermeiros que exercem funções na VMER apresentam níveis de exaustão emocional e despersonalização superiores aos que não trabalham na VMER ( $p=0,003$  vs.  $p=0,001$ , respetivamente), os quais manifestam mais realização profissional (cf. tabela 32).

Tabela 32 – *Teste U de Mann-Whitney* para a relação do *burnout* em função do exercício de funções na VMER

Exerce funções na VMER	Sim	Não	UMW	P
	OM	OM		
<b>Burnout</b>				
Exaustão Emocional	80,19	59,67	1702,000	,003
Despersonalização	81,46	58,38	1613,000	,001
Realização Profissional	66,02	74,04	2136,500	,240

Constata-se que os enfermeiros que revelam mais exaustão emocional e despersonalização são os que exercem funções no helicóptero, todavia com mais realização profissional. Não se registam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (cf. tabela 33).

Tabela 33 – *Teste U de Mann-Whitney* para a relação do *burnout* em função do exercício de funções no helicóptero

Exerce funções no Helicóptero	Sim	Não	UMW	P
	OM	OM		
<b>Burnout</b>				
Exaustão Emocional	70,96	69,81	1312,000	,901
Despersonalização	70,26	69,95	1328,000	,973
Realização Profissional	78,41	68,33	1140,500	,272

### Relação entre se pudesse deixaria a instituição onde trabalha e *burnout*

Ao analisar a tabela 34, constata-se uma relação estatisticamente significativa entre se o profissional pudesse deixaria a instituição onde trabalha e os níveis de exaustão emocional, de despersonalização e de realização profissional, sendo que os participantes que deixariam a instituição onde trabalham se pudessem apresentam maior exaustão emocional, maior despersonalização e menor realização profissional do que os que permaneceriam na instituição de trabalho ( $p=0,000$ ).

Tabela 34 – Teste *U* de Mann-Whitney para a relação do *burnout* em função de deixar a instituição onde trabalha se pudesse

Se pudesse deixaria a instituição onde trabalha	Sim	Não	UMW	P
	OM	OM		
<b>Burnout</b>				
Exaustão Emocional	89,12	61,44	1242,000	,000
Despersonalização	90,05	61,02	1202,000	,000
Realização Profissional	49,74	79,07	1193,000	,000

### Relação entre se pudesse mudava de profissão e *burnout*

A relação entre se pudesse mudava de profissão e o *burnout* é estatisticamente significativa: os que mudavam de profissão se pudessem apresentam maior exaustão emocional ( $p=0,000$ ), maior despersonalização ( $p=0,000$ ) e menor realização profissional do que os que não mudavam de profissão ( $p=0,002$ ) (cf. tabela 35).

Tabela 35 – Teste *U* de Mann-Whitney para a relação do *burnout* em função de mudava de profissão se pudesse

Se pudesse mudava de profissão	Sim	Não	UMW	p
	OM	OM		
<b>Burnout</b>				
Exaustão Emocional	90,98	59,28	1176,000	,000
Despersonalização	90,86	59,34	1181,500	,000
Realização Profissional	55,01	77,66	1457,500	,002

### Existe relação ente as variáveis contextuais ao trabalho e o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar?

#### Relação entre a satisfação com o trabalho e *burnout*

Quanto à relação entre a satisfação com o trabalho e o *burnout*, verifica-se que são os enfermeiros muito satisfeitos com o seu trabalho os que revelam mais realização profissional, menor exaustão emocional e menor despersonalização. Os enfermeiros pouco satisfeitos com o seu trabalho são os que manifestam menor realização profissional e os

que admitem não estarem nada satisfeitos com o seu trabalho revelam mais exaustão emocional e mais despersonalização, resultando em diferenças estatisticamente significativas (exaustão emocional  $p=0,000$ ; despersonalização  $p=0,000$ ; realização profissional  $p=0,000$ ) (cf. tabela 36).

Tabela 36 – Teste *Kruskall Wallis* para a relação do *burnout* em função da satisfação com o trabalho

Satisfação com o trabalho	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Mais ou menos satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	$\chi^2$	p
	OM	OM	OM	OM	OM		
<b>Burnout</b>							
Exaustão Emocional	137,00	103,75	76,20	62,56	31,32	32,908	,000
Despersonalização	122,50	102,60	75,48	60,56	45,04	24,471	,000
Realização Profissional	43,50	40,45	64,51	73,53	114,93	29,963	,000

### Relação com os colegas de trabalho e *burnout*

Analisando os níveis de *burnout* relativamente à relação com os colegas de trabalho, afere-se que são os enfermeiros com muito boas relações com os colegas de trabalho os que revelam menor exaustão emocional, sendo os que admitem ter más relações com os colegas de aqueles que apresentam mais despersonalização, com maior realização profissional os enfermeiros que têm muito más relações com os colegas de trabalho, resultando em relevância estatisticamente significativa (exaustão emocional  $p=0,000$ ; despersonalização  $p=0,000$ ; realização profissional  $p=0,008$ ) (cf. tabela 37).

Tabela 37 – Teste *Kruskall Wallis* para a relação do *burnout* em função da relação com os colegas de trabalho

Relação com os colegas de trabalho	Muito más	Más	Razoáveis	Boas	Muito boas	$\chi^2$	p
	OM	OM	OM	OM	OM		
<b>Burnout</b>							
Exaustão Emocional	71,50	65,00	91,56	68,84	42,30	20,749	,000
Despersonalização	53,50	33,50	94,19	69,27	39,09	26,953	,000
Realização Profissional	109,50	50,00	57,16	68,06	94,89	13,674	,008

### Relação entre a avaliação do trabalho e *burnout*

No que diz respeito à variável avaliação do trabalho, os enfermeiros que apresentam uma maior exaustão emocional são os que consideram o seu trabalho bastante stressante, seguidos dos que o consideram pouco stressante. Por outro lado, os que apresentam menor exaustão emocional são os que definem o seu trabalho como razoavelmente stressante ( $p=0,000$ ). Os enfermeiros com maior realização profissional são os que avaliam o seu trabalho como pouco stressante. No global, os enfermeiros com maior índice de *burnout* são os que avaliam o seu trabalho como bastante stressante, com diferenças estatisticamente significativas na exaustão emocional ( $p=0,000$ ) (cf. tabela 38).

Tabela 38 – *Teste Kruskal Wallis* para a relação do *burnout* em função da avaliação do trabalho

Avaliação do trabalho	Pouco stressante	Razoavelmente stressante	Stressante	Bastante stressante	X <sup>2</sup>	p
	OM	OM	OM	OM		
<b>Burnout</b>						
Exaustão Emocional	85,40	47,56	69,89	95,74	27,001	,000
Despersonalização	70,40	65,02	69,22	77,55	1,815	,612
Realização Profissional	82,10	67,63	72,05	67,38	,891	,828

### De que modo o apoio em relação aos amigos interfere no *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar?

Os resultados da Correlação de Spearman's rho entre o apoio em relação aos amigos e o *burnout* revelam, na globalidade, valores negativos e significativamente correlacionados. Perante estes resultados, apura-se que o aumento ou diminuição dos fatores do *burnout* se encontra associado a aumentos ou diminuições nos índices de apoio em relação aos amigos nos restantes fatores (cf. tabela 39).

Tabela 39 - Correlação de Spearman's rho entre o apoio em relação aos amigos e o *burnout*

	Apoio em relação aos amigos	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização profissional
Apoio em relação aos amigos	-	-,270**	-,306**	,236**
Exaustão emocional	-,270**	-	,699**	-,328**
Despersonalização	-,306**	,699**	-	-,346**
Realização profissional	,236**	-,328**	-,346**	-

### Existe relação entre o estilo de vida e o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar?

#### Relação entre prática de actividade física regular e *burnout*

No que diz respeito à relação entre *burnout* e prática de actividade física regular, constata-se que os inquiridos praticantes de actividade física regular têm um nível de exaustão emocional inferior, mas um nível de despersonalização superior aos participantes que não praticam actividade física regular. O nível de realização pessoal é mais elevado nos enfermeiros que não praticam actividade física regular e 70,17. Contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas (cf. tabela 40).

Tabela 40 – *Teste U de Mann-Whitney* para a relação do *burnout* em função da prática de actividade física regular

Prática de actividade física regular	Sim	Não	UMW	P
	OM	OM		
Exaustão emocional	68,89	71,01	2335,500	,756
Despersonalização	74,23	66,17	2129,500	,237
Realização pessoal	69,81	70,17	2396,500	,958

### Relação entre consumo de tabaco e *burnout*

Analisando a relação entre consumo de tabaco e *burnout*, constata-se que os participantes fumadores têm uma maior realização pessoal e menores níveis de exaustão emocional e de despersonalização do que os não fumadores, não sendo estas diferenças estatisticamente significativas (cf. tabela 41).

Tabela 41 – *Teste U de Mann-Whitney* para a relação do *burnout* em função do consumo de tabaco.

Burnout	Consumo de tabaco	Sim	Não	UMW	P
		OM	OM		
Exaustão emocional		65,71	70,90	1277,000	,566
Despersonalização		64,88	71,07	1257,000	,492
Realização pessoal		77,25	68,49	1206,000	,332

### Relação entre consumo de café e *burnout*

Analisando a relação entre consumo de café e *burnout*, verifica-se que os participantes consumidores de café têm maiores níveis de exaustão emocional e de despersonalização e possuem menor realização pessoal do que os que não consomem café, não sendo estas diferenças estatisticamente significativas (cf. tabela 42).

Tabela 42 – *Teste U de Mann-Whitney* para a relação do *burnout* em função do consumo de café.

Burnout	Consumo de café	Sim	Não	UMW	P
		OM	OM		
Exaustão emocional		71,26	63,63	1187,500	,406
Despersonalização		72,96	55,07	990,500	,051
Realização pessoal		69,78	71,11	1308,500	,885

### Relação entre consumo de álcool e *burnout*

Quanto ao *burnout* relativamente ao consumo de álcool, constata-se que os participantes consumidores de álcool não só têm maiores níveis de exaustão emocional e de despersonalização, como também possuem um maior nível de realização pessoal do que os

que não consomem álcool. Estas diferenças não são estatisticamente significativas (cf. tabela 43).

Tabela 43 – Teste *U* de Mann-Whitney para a relação do *burnout* em função do consumo de álcool.

<i>Burnout</i>	Consumo de álcool	Sim	Não	UMW	P
		OM	OM		
Exaustão emocional		62,22	71,16	949,000	,379
Despersonalização		69,58	70,06	1081,500	,962
Realização pessoal		67,67	70,35	1047,000	,792

### Existe relação entre as variáveis contextuais à saúde e o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar?

#### Relação entre a prática técnica de relaxamento e *burnout*

Comparando os níveis de *burnout* entre os enfermeiros que praticam técnicas de relaxamento e os que não praticam, verifica-se que, na globalidade, são os enfermeiros que praticam técnicas de relaxamento os que manifestam mais exaustão emocional, mas maior realização profissional, enquanto os que não praticam apresentam mais despersonalização. Todavia, não existem diferenças estatisticamente significativas (cf. tabela 44).

Tabela 44 – Teste *U* de Mann-Whitney para a relação do *burnout* em função da prática de técnica de relaxamento

<i>Burnout</i>	Prática técnica de relaxamento	Sim	Não	UMW	P
		OM	OM		
Exaustão emocional		72,30	69,54	1281,000	,764
Despersonalização		60,85	71,81	1123,500	,232
Realização pessoal		83,35	67,35	1027,000	,081

#### Relação entre o recurso ao serviço de psicologia do INEM e/ou outro e *burnout*

Constata-se que os enfermeiros que recorreram ao serviço de psicologia do INEM e/ou outro apresentam um nível de exaustão emocional e de despersonalização superior aos que não recorreram a esta equipa e/ou outra, mas são estes também os que revelam mais realização profissional, com relevância estatisticamente significativa na exaustão emocional ( $p=0,040$ ) (cf. tabela 45).

Tabela 45 – Teste *U* de Mann-Whitney para a relação do *burnout* em função de recorrer ao serviço de psicologia do INEM e/ou outro

Recorrer ao serviço de psicologia do INEM e/ou outro	Sim	Não	UMW	P
	OM	OM		
<i>Burnout</i>				
Exaustão emocional	96,61	68,16	345,500	,040
Despersonalização	90,06	68,61	404,500	,122
Realização pessoal	78,83	69,39	505,500	,496

### Relação entre auto-avaliação da sua saúde e *burnout*

Os enfermeiros foram inquiridos relativamente à forma como avaliam a sua saúde tendo sido definidos 4 níveis distintos: “pouco boa”, “mais ou menos boa”, “boa” e “muito boa”. Constatou-se que aqueles que consideram a sua saúde como “muito boa” são os que têm menores níveis de exaustão emocional, seguidos daqueles que avaliam a sua saúde como “boa”. Por outro lado, aqueles que consideram a sua saúde como “pouco boa” são os que apresentam maiores níveis de exaustão emocional, sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $p=0,001$ ). Afere-se também que os enfermeiros a manifestarem mais despersonalização são os que avaliam a sua saúde como “pouco boa”. Por sua vez, os enfermeiros que avaliam a sua saúde como “muito boa” revelam mais realização profissional (cf. tabela 46).

Tabela 46 – Teste *Kruskall Wallis* para a relação do *burnout* em função da forma como o enfermeiro avalia a sua saúde

Como avalia a sua saúde	Pouco boa	Mais ou menos boa	Boa	Muito boa	$\chi^2$	p
	OM	OM	OM	OM		
<i>Burnout</i>						
Exaustão Emocional	96,58	89,86	63,36	51,85	17,565	,001
Despersonalização	81,92	79,56	67,06	60,55	4,082	,253
Realização Profissional	56,17	60,29	72,27	82,90	5,110	,164

### Existe relação entre o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar e a inteligência emocional?

Para se estudar a relação entre o *burnout* e a inteligência emocional, efectuou-se uma regressão linear múltipla univariada, por se considerar ser o melhor método quando se pretende analisar simultaneamente a relação entre uma variável dependente e duas ou mais variáveis independentes, de natureza quantitativa. Foi usado o método *stepwise*, para a seleção das variáveis.

O primeiro fator do *burnout* a ser estudado, através da regressão, foi a **exaustão emocional**. Na tabela 47 encontra-se a matriz de correlação, cujos resultados indicam valores correlacionais negativos para todos os fatores da inteligência emocional, com diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 47 - Correlação de Pearson entre a exaustão emocional e a inteligência emocional

Variáveis	r	p
Autocontrole perante as críticas	-,338	,000
Empatia	-,033	,351
Compreensão das emoções próprias	-,214	,006
Auto-encorajamento	-,194	,011
Compreensão das emoções dos outros	-,215	,006
Autocontrole emocional	-,236	,003

As variáveis preditoras da exaustão emocional são o autocontrole perante as críticas, a empatia, a compreensão das emoções próprias, o auto-encorajamento, a compreensão das emoções dos outros e o autocontrole emocional que explicam na sua totalidade 16,2% da variabilidade, com um erro padrão de regressão de 1,10 e os valores de F ( $f=4,25$ ;  $p=0,001$ ), com significância estatística, o que leva a inferir que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a exaustão emocional.

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que o autocontrole perante as críticas, a compreensão das emoções próprias, o auto-encorajamento, a compreensão das emoções dos outros e o autocontrole emocional estabelecem uma relação inversa e a empatia uma relação direta com a exaustão emocional, sugerindo que quanto menos autocontrole perante as críticas, compreensão das emoções próprias, auto-encorajamento, compreensão das emoções dos outros e autocontrole emocional, maior é a exaustão emocional, quanto mais empatia os enfermeiros revelam maior é a exaustão emocional. Recorreu-se também ao VIF (*variance inflation factor*), cujos valores apontam que as variáveis presentes no modelo não são colineares (cf. tabela 48).

O modelo final ajustado para o Fator 1 – Exaustão emocional é dado pela seguinte fórmula:

**Fator 1 – Exaustão emocional = 5,364 + -,413 Autocontrole perante as críticas +,154 empatia + -,070 Compreensão das emoções próprias + -,038 Auto-encorajamento + -,149 Compreensão das emoções dos outros + -,068 Autocontrole emocional**

Tabela 48 - Análise de regressão múltipla entre a exaustão emocional e a inteligência emocional

Variável dependente: Fator 1 – Exaustão emocional					
R = 0,402					
R <sup>2</sup> = 0,162					
R <sup>2</sup> Ajustado=0,124					
Erro padrão de estimativa=1,10					
Incremento de R <sup>2</sup> =0,162					
F=4,25					
p=0,001					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	Colinearidade VIF
Constante	5,364		6,497	,000	
Autocontrolo perante as críticas	-,413	-,326	-3,677	,000	1,239
Empatia	,154	,123	1,380	,170	1,260
Compreensão das emoções próprias	-,070	-,060	-,606	,545	1,565
Auto-encorajamento	-,038	-,033	-,324	,746	1,609
Compreensão das emoções dos outros	-,149	-,104	-,979	,329	1,793
Autocontrolo emocional	-,068	-,060	-,569	,570	1,727
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média quadrados	F	p
Regressão	31,318	6			
Residual	162,103	132	5,220	4,25	0,001
Total	193,421	138	1,228		

O segundo fator do *burnout* a ser estudado, através da regressão, foi a **despersonalização**. Na tabela 49 encontra-se a matriz de correlação, cujos resultados indicam valores correlacionais negativos para todos os fatores da inteligência emocional, verificando-se diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 49 - Correlação de Pearson entre a despersonalização e a inteligência emocional

Variáveis	r	p
Autocontrolo perante as críticas	-,372	,000
Empatia	-,192	,012
Compreensão das emoções próprias	-,206	,008
Auto-encorajamento	-,278	,000
Compreensão das emoções dos outros	-,227	,004
Autocontrolo emocional	-,202	,008

As variáveis preditoras da despersonalização são o autocontrolo perante as críticas, a empatia, a compreensão das emoções próprias, o auto-encorajamento, a compreensão das emoções dos outros e o autocontrolo emocional que explicam na sua totalidade 18,5% da variabilidade, com um erro padrão de regressão de 0,99 e os valores de F (f=4,48; p=0,000), com significância estatística, o que leva a inferir que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a despersonalização.

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que o autocontrolo perante as críticas, a empatia, a compreensão das emoções próprias, o auto-encorajamento, a compreensão das emoções dos outros estabelecem uma relação inversa e o autocontrolo

emocional uma relação direta com a despersonalização, sugerindo que quanto menos autocontrolo perante as críticas, empatia, compreensão das emoções próprias, auto-encorajamento e compreensão das emoções dos outros, maior é a despersonalização, quanto mais autocontrolo emocional os enfermeiros revelam maior é a despersonalização. Recorreu-se também ao VIF (*variance inflation factor*), cujos valores apontam que as variáveis presentes no modelo não são colineares (cf. tabela 50).

O modelo final ajustado para o Fator 2 – Despersonalização é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Fator 2 – Despersonalização} = 4,984 + -,354 \text{ Autocontrolo perante as críticas} + -,037 \text{ empatia} + -,041 \text{ Compreensão das emoções próprias} + -,158 \text{ Auto-encorajamento} + -,105 \text{ Compreensão das emoções dos outros} + ,020 \text{ Autocontrolo emocional}$$

Tabela 50 - Análise de regressão múltipla entre a despersonalização e a inteligência emocional

Variável dependente: Fator 2 – Despersonalização					
R = 0,430					
R <sup>2</sup> = 0,185					
R <sup>2</sup> Ajustado=0,148					
Erro padrão de estimativa=0,99					
Incremento de R <sup>2</sup> =0,185					
F=4,98					
p=0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	Colinearidade VIF
Constante	4,984		6,702	,000	
Autocontrolo perante as críticas	-,354	-,306	-3,502	,001	1,239
Empatia	-,037	-,032	-,367	,714	1,260
Compreensão das emoções próprias	-,041	-,039	-,393	,695	1,565
Auto-encorajamento	-,158	-,151	-1,514	,132	1,609
Compreensão das emoções dos outros	-,105	-,081	-,766	,445	1,793
Autocontrolo emocional	,020	,019	,182	,856	1,727
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média quadrados	F	p
<b>Regressão</b>	29,776	6			
<b>Residual</b>	131,525	132	4,963	4,98	0,000
<b>Total</b>	161,301	138	,996		

O terceiro e último fator do *burnout* a ser estudado, através da regressão, foi a **realização profissional**. Na tabela 51 encontra-se a matriz de correlação, cujos resultados indicam valores correlacionais positivos para todos os fatores da inteligência emocional, com diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 51 - Correlação de Pearson entre a realização profissional e a inteligência emocional

Variáveis	r	p
Autocontrolo perante as críticas	,240	,002
Empatia	,297	,000
Compreensão das emoções próprias	,347	,000
Auto-encorajamento	,535	,000
Compreensão das emoções dos outros	,377	,000
Autocontrolo emocional	,337	,000

As variáveis predictoras da realização profissional são o autocontrolo perante as críticas, a empatia, a compreensão das emoções próprias, o auto-encorajamento, a compreensão das emoções dos outros e o autocontrolo emocional que explicam na sua totalidade 34,4% da variabilidade, com um erro padrão de regressão de 0,85 e os valores de F ( $f=11,53$ ;  $p=0,000$ ), com significância estatística, o que leva a inferir que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a realização profissional.

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que todos os fatores da inteligência emocional estabelecem uma relação direta com a realização profissional, sugerindo que quanto maior é a exaustão emocional, quanto mais o autocontrolo perante as críticas, a empatia, a compreensão das emoções próprias, o auto-encorajamento, a compreensão das emoções dos outros e o autocontrolo emocional os enfermeiros revelam maior é a realização profissional. Recorreu-se também ao VIF (*variance inflation factor*), cujos valores apontam que as variáveis presentes no modelo não são colineares (cf. tabela 52).

O modelo final ajustado para o Fator 3 – Realização profissional é dado pela seguinte fórmula:

**Fator 3 – Realização profissional = -,460 +,048 Autocontrolo perante as críticas +,191 empatia + ,087 Compreensão das emoções próprias + ,397 Auto-encorajamento +,103 Compreensão das emoções dos outros + ,028 Autocontrolo emocional**

Tabela 52 - Análise de regressão múltipla entre a realização profissional e a inteligência emocional

<b>Variável dependente: Fator 3 – Realização profissional</b>					
R = 0,587					
R <sup>2</sup> = 0,344					
R <sup>2</sup> Ajustado=0,314					
Erro padrão de estimativa=0,85					
Incremento de R <sup>2</sup> =0,344					
F=11,53					
p=0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	Colinearidade VIF
Constante	-,460		-,720	,473	
Autocontrolo perante as críticas	,048	,043	,554	,580	1,239
Empatia	,191	,175	2,208	,029	1,260
Compreensão das emoções próprias	,087	,085	,964	,337	1,565
Auto-encorajamento	,397	,395	4,423	,000	1,609
Compreensão das emoções dos outros	,103	,082	,873	,384	1,793
Autocontrolo emocional	,028	,028	,299	,765	1,727
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média quadrados	F	p
<b>Regressão</b>	50,884	6			
<b>Residual</b>	97,028	132	8,481	11,53	0,000
<b>Total</b>	147,913	138	,735		

### 3. Discussão dos resultados

O presente estudo tem como amostra 139 enfermeiros a exercerem no pré-hospitalar, sendo a maioria do gênero masculino (60,4%), com prevalência dos que se encontram na faixa etária dos 30-39 anos (56,8%), casados (56,1%) e a trabalhar no mesmo concelho onde residem. A maioria dos enfermeiros (66,2%) apresenta-se como altamente funcional em termos familiares. Prevaecem os enfermeiros com graduação nível 1 (Pós-graduação/Especialidade) (41,0%), com tempo de serviço entre os 11-20 anos (46,0%), 31,7% têm entre 6-10 anos de serviço no pré-hospitalar, com um tempo de exercício profissional no pré-hospitalar como enfermeiro  $\leq 5$  anos (43,2%). A grande maioria dos enfermeiros (79,9%) tem Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Termo Indeterminado, verificando-se que prevaecem os que referem nunca ter faltado no último ano ao serviço (75,5%), os que exercem funções numa unidade de prestação de cuidados diferenciados (82,6%), em ambulâncias de suporte imediato de vida (58,3%), estando maioritariamente afetos à Delegação do Norte do INEM (60,4%). Quanto ao número de ocorrências por mês do(s) meio(s) de emergência onde exercem funções, sobressaem os enfermeiros que referem uma média de ocorrências entre 91-150 (31,9%). A maioria (49,6%) trabalha <35 horas por semana no INEM. Mais de metade da amostra referiu que não deixariam a instituição onde exercem funções (69,1%), prevaecendo os que não mudariam de profissão, se pudessem (66,2%), enquanto 33,8% admitem que mudariam, caso pudessem.

No que diz respeito aos estilos de vida, uma percentagem significativa de enfermeiros (52,5%) não pratica atividade física regular, nem praticam alguma técnica de relaxamento (83,5%). Uma grande parte da amostra não consome tabaco (82,7%) e bebidas alcoólicas com regularidade (87,1%), mas consome café (83,5%). A maioria dos enfermeiros classificou a sua saúde como “boa” (55,4%). Quase a totalidade da amostra (93,5%) não recorreu ao serviço de psicologia do INEM e/ou outro.

Em relação à satisfação com o trabalho, o percentual mais elevado corresponde aos enfermeiros que admitem estar satisfeitos (44,6%), considerando maioritariamente que as suas relações com os colegas de trabalho são boas (57,6%), tendo também a maioria (43,2%) referido que o seu trabalho é stressante. Estes resultados corroboram os encontrados por Rahimzadeh, Zafarnia, Borhani et al. (2016), onde grande parte dos enfermeiros que exercem no pré-hospitalar, maioritariamente do gênero masculino, admitem estar satisfeitos com o seu trabalho, ainda que o considerem complexo, exigente e indutor de stresse.

A primeira questão de investigação previa saber que variáveis sociodemográficas interferem no *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar, tendo-se, assim, constatado que os enfermeiros do género masculino têm níveis superiores de despersonalização comparativamente ao género feminino ( $p=0,019$ ). Os enfermeiros que residem no mesmo concelho onde trabalham têm maiores níveis de exaustão emocional e de despersonalização (média de 2,45 e 1,50, respetivamente) do que os que residem num concelho diferente de onde trabalham (média de 1,94 e 1,08, respetivamente), sendo a despersonalização estatisticamente significativa ( $p=0,048$ ). Os participantes inseridos em famílias com maior funcionalidade apresentam níveis significativamente inferiores de exaustão emocional ( $p=0,003$ ) e de despersonalização ( $p=0,04$ ) e níveis significativamente superiores de realização profissional ( $p=0,002$ ). Importa referir que as características pessoais dos enfermeiros, nomeadamente idade, sexo, habilitações académicas, estado civil e personalidade assumem-se como facilitadoras da ação de agentes stressores (Benevides-Pereira, 2002), o que é corroborado no estudo de França et al. (2012), onde se revela uma associação destas variáveis na sintomatologia de *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar.

Procurou-se igualmente saber de que modo as variáveis profissionais influenciam no *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar, constatando-se que os inquiridos com tempo de serviço como enfermeiro  $\leq 10$  anos são os que têm menores níveis de exaustão emocional e de despersonalização e que possuem maior realização profissional, apesar de não se verificar relação estatisticamente significativa entre o tempo de serviço como enfermeiro e o *burnout*. Estes resultados não corroboram os de França et al. (2012), onde os enfermeiros mais novos foram os que revelaram mais exaustão emocional e despersonalização, sobretudo os que possuem idade inferior aos 30 anos e os que detêm menos experiência profissional. O mesmo estudo revela que quanto maior o tempo de experiência profissional maior será a segurança no trabalho e menor o desgaste físico e emocional em relação à tensão. Nogueira (2016) refere que os enfermeiros com mais idade e mais experiência profissional manifestam índices de *burnout* mais baixos, o que é explicado pelo facto destes profissionais desenvolverem melhores estratégias e expectativas profissionais mais concretas. O mesmo autor salienta ainda que os enfermeiros com menos idade e menos expeditos revelam maior risco de desenvolver *burnout*. Porém, salvaguarda que as variáveis sociodemográficas, no total, explicam somente uma percentagem mínima de variância do *burnout* em cerca de 5 a 15%. Constatou-se que o grupo de enfermeiros que apresenta menor realização profissional trabalha no pré-hospitalar há 5 ou menos anos, sendo o grupo que possui maior realização profissional dos enfermeiros que têm entre 6 e 10 anos de serviço, seguido dos enfermeiros com mais de 15 anos de serviço. Os enfermeiros com

níveis de exaustão emocional mais elevados são os que possuem menos tempo de serviço no pré-hospitalar, bem como mais despersonalização, com diferenças estatisticamente significativas na realização profissional ( $p=0,031$ ). Segundo Nogueira (2016), os enfermeiros mais jovens com menos tempo de antiguidade no cargo/serviço são menos expeditos e, como tal, apresentam maior risco de desenvolver *burnout*.

Verificou-se que os enfermeiros que exercem funções em ambulância SIV têm menor exaustão emocional do que os que não realizam funções neste meio (62,39 vs. 80,63;  $p=0,008$ ). De igual forma, os que trabalham em ambulância SIV possuem maior despersonalização do que os que não trabalham (59,89 vs. 84,12;  $p=0,000$ ). Os que exercem funções em ambulância SIV apresentam mais realização profissional. Os enfermeiros que exercem funções na VMER apresentam níveis de exaustão emocional e despersonalização superiores aos que não trabalham na VMER ( $p=0,003$  vs.  $p=0,001$ , respetivamente), os quais manifestam mais realização profissional. No estudo de Martins (2016) no que respeita à perceção dos enfermeiros sobre o stresse sentido quando exercem funções em ambulância SIV manifestam menos exaustão emocional.

Inferiu-se que os enfermeiros com um contrato por tempo indeterminado têm níveis de exaustão emocional e de despersonalização inferiores aos que têm um contrato mais precário, sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $p=0,003$ ). Estes resultados poder-se-ão justificar com o fator segurança em relação ao trabalho, estando estes resultados em conformidade com o referido por Nogueira (2016). Crowe, Bower, Cash, Panchal et al. (2017) referem que os enfermeiros que exercem no pré-hospitalar geralmente trabalham muitas horas e sofrem frequentes exposições a eventos traumáticos. Os fatores stressantes inerentes ao ambiente pré-hospitalar podem aumentar a probabilidade de experienciarem *burnout* e despoletar um desejo de abandonar a profissão.

Constatou-se a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a realização profissional e as faltas ao serviço no último ano ( $p=0,003$ ), sendo que os inquiridos que nunca faltaram ao trabalho no último ano têm uma maior realização profissional do que os que faltaram. Os enfermeiros, ao sentirem-se exaustos, têm tendência a abster-se do trabalho, relatando um sentimento de sobrecarga física e emocional, referindo um estado de fadiga diário (Pereira, 2018).

Apurou-se uma relação estatisticamente significativa entre se os enfermeiros pudessem deixariam a instituição onde trabalham e os níveis de exaustão emocional, de despersonalização e de realização profissional, sendo que os participantes que deixariam a instituição onde trabalham, caso pudessem, apresentam maior exaustão emocional, maior despersonalização e menor realização profissional do que os que permaneceriam na

instituição de trabalho ( $p=0,000$ ). Cicchitti et al. (2014), no seu estudo, também constataram que os enfermeiros com menor satisfação em relação ao trabalho são os que apresentam maiores índices de *burnout*. De igual modo, Rabie, Klopper e Coetzee (2017) referem que os enfermeiros mais insatisfeitos com os seus empregos manifestam níveis mais altos de stresse e têm mais intenção de deixar o local de trabalho, como consequência de menor realização profissional.

A relação entre se pudesse mudar de profissão e o *burnout* é estatisticamente significativa, tendo-se constatado que os enfermeiros que mudavam de profissão, se pudessem, apresentam maior exaustão emocional ( $p=0,000$ ), maior despersonalização ( $p=0,000$ ) e menor realização profissional do que os que não mudavam de profissão ( $p=0,002$ ). Rabie, Klopper e Coetzee (2017) referem que os profissionais de saúde que revelam intenção de mudar de profissão são os que apresentam mais propensão a *burnout*, uma vez que se sentem desmotivados e sem realização profissional. Os resultados do presente estudo corroboram os encontrados por Cavaco (2016), uma vez que a autora verificou que os níveis de exaustão emocional e de despersonalização são mais elevados em profissionais de saúde que pretendem ou gostariam de mudar de profissão, enquanto os que se sentem mais realizados pessoal e profissionalmente não gostariam de mudar de profissão.

Procurou-se saber se existe relação entre as variáveis contextuais ao trabalho e o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar, aferindo-se que os enfermeiros muito satisfeitos com o seu trabalho revelam mais realização profissional, menor exaustão emocional e menor despersonalização, resultando em diferenças estatisticamente significativas (exaustão emocional  $p=0,000$ ; despersonalização  $p=0,000$ ; realização profissional  $p=0,000$ ). Verificou-se também que os enfermeiros com muito boas relações com os colegas de trabalho revelam menor exaustão emocional, sendo os que admitem ter más relações com os colegas de aqueles que apresentam mais despersonalização, com maior realização profissional os enfermeiros que têm muito más relações com os colegas de trabalho, resultando em relevância estatisticamente significativa (exaustão emocional  $p=0,000$ ; despersonalização  $p=0,000$ ; realização profissional  $p=0,008$ ). A satisfação com o trabalho relaciona-se com o *burnout*, bem como com a qualidade da experiência de trabalho percebida, muitas vezes agregada à mudança de campo de atuação. De acordo com Ruviano e Bardagi (2010), a insatisfação no trabalho associa-se positivamente às dimensões de exaustão emocional e despersonalização, mas, ainda em conformidade com os mesmos autores, contrariamente ao esperado, apresenta fraca correlação com o sentimento de desenvolvimento pessoal no trabalho, o que não se verificou no presente estudo, uma vez

que os enfermeiros muito satisfeitos com o seu trabalho revelam mais realização profissional.

Apurou-se que os enfermeiros que apresentam uma maior exaustão emocional são os que consideram o seu trabalho bastante stressante. Por outro lado, os que apresentam menor exaustão emocional são os que definem o seu trabalho como razoavelmente stressante ( $p=0,000$ ). Os enfermeiros com maior realização profissional são os que avaliam o seu trabalho como pouco stressante. No global, os enfermeiros com maior índice de *burnout* são os que avaliam o seu trabalho como bastante stressante, com diferenças estatisticamente significativas na exaustão emocional ( $p=0,000$ ). Estes resultados corroboram o referido por Cruz e Abellán (2015), segundo os quais os enfermeiros que percecionam o seu trabalho como muito stressante apresentam mais propensão a desenvolverem exaustão emocional, elevada despersonalização e baixa realização profissional, estando os resultados apurados em conformidade. Os mesmos autores encontraram uma relação significativa e positiva entre o nível de stresse no trabalho e as dimensões de exaustão emocional e despersonalização.

Quanto à relação entre as variáveis contextuais à saúde e o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar, apurou-se que os enfermeiros que já recorreram ao serviço de psicologia do INEM e/ou outro apresentam um nível de exaustão emocional e de despersonalização superior aos que não recorreram a esta equipa e/ou outra, mas são estes também os que revelam mais realização profissional ( $p=0,040$ ). Os enfermeiros que consideram a sua saúde como “muito boa” são os que têm menores níveis de exaustão emocional, enquanto os que consideram a sua saúde como “pouco boa” apresentam maiores níveis de exaustão emocional, sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $p=0,001$ ). Aferiu-se também que os enfermeiros a manifestarem mais despersonalização são os que avaliam a sua saúde como “pouco boa”. Por sua vez, os enfermeiros que avaliam a sua saúde como “muito boa” revelam mais realização profissional. Estes resultados poderão ser justificados precisamente com o facto de os enfermeiros sentirem que a sua saúde é “muito boa” e, como tal, não revelam exaustão emocional e despersonalização, revertendo-se em maior realização profissional, ou seja, poder-se-á dizer que se está perante uma relação causa-efeito.

Por último, procurou-se saber se existe relação entre o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar e a inteligência emocional, tendo-se constatado que o autocontrolo perante as críticas, a empatia, a compreensão das emoções próprias, o auto-encorajamento, a compreensão das emoções dos outros e o autocontrolo emocional são variáveis preditoras de *burnout*. Assim, apurou-se que quanto menos autocontrolo perante as críticas, compreensão das emoções próprias, auto-encorajamento, compreensão das emoções dos

outros e autocontrolo emocional, maior é a exaustão emocional, quanto mais empatia os enfermeiros revelam maior é a exaustão emocional; quanto menos autocontrolo perante as críticas, empatia, compreensão das emoções próprias, auto-encorajamento e compreensão das emoções dos outros, maior é a despersonalização, quanto mais autocontrolo emocional os enfermeiros revelam maior é a despersonalização; quanto mais o autocontrolo perante as críticas, a empatia, a compreensão das emoções próprias, o auto-encorajamento, a compreensão das emoções dos outros e o autocontrolo emocional os enfermeiros revelam maior é a realização profissional. No estudo de Cavaco (2015), os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) com maiores níveis de inteligência emocional apresentam-se como menos afetados pelo *burnout*. Poder-se-á referir que exercer no pré-hospitalar exige dos enfermeiros uma forte capacidade de regulação emocional, resultando, por vezes, em situações extremas de stresse que podem desencadear *burnout*. Refere-se que, no estudo de Bento (2012), os enfermeiros com maiores níveis de inteligência emocional são menos afetados pela síndrome de *burnout*. A autora salienta a importância de formação na área da inteligência emocional, quer na formação de base dos enfermeiros, quer no contexto profissional, para que se possam ter enfermeiros mais resistentes ao *burnout*. A inteligência emocional pode afetar o comportamento de cada pessoa das mais distintas formas, quer a nível pessoal, quer laboral (Soares, Nobre-Lima, Mónico & Ferro, 2015). Moradi, Eslami e Hasanzadeh (2015) referem que, como a equipa de emergência pré-hospitalar desempenha um papel vital na intervenção à pessoa em situação crítica, trabalha sob muita pressão, podendo resultar em exaustão emocional e profissional, o que implica que estes profissionais de saúde tenham uma boa capacidade de inteligência emocional, que é um fator protetor de *burnout*.

## Conclusão

O presente estudo permitiu responder às questões de investigação e alcançar os objetivos inicialmente delineados, numa amostra de 139 enfermeiros a exercerem no pré-hospitalar, sendo a maioria do género masculino, com prevalência dos que se encontram na faixa etária dos 30-39 anos, casados, a trabalhar no mesmo concelho onde residem, apresentando-se como altamente funcional em termos familiares. Há um domínio de enfermeiros com graduação nível 1 (Pós-graduação/Especialidade), com tempo de serviço entre os 11-20 anos, com tempo de serviço no pré-hospitalar entre 6-10 anos e com um tempo de exercício profissional no pré-hospitalar como enfermeiro  $\leq 5$  anos. A grande maioria dos enfermeiros tem Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Termo Indeterminado, prevalecendo os que referem nunca ter faltado no último ano ao serviço, que exercem funções numa unidade de prestação de cuidados diferenciados, em ambulâncias de suporte imediato de vida, estando maioritariamente afetos à Delegação do Norte do INEM. Sobressaem os enfermeiros que referem uma média de ocorrências entre 91-150 por mês do(s) meio(s) de emergência onde exercem funções, trabalhando também  $< 35$  horas por semana no INEM, alegando que não deixariam a instituição onde exercem funções e que não mudariam de profissão, se pudessem.

Concluiu-se também que a maioria dos enfermeiros não pratica atividade física regular, nem praticam alguma técnica de relaxamento; uma grande parte não consome tabaco e bebidas alcoólicas com regularidade, mas consome café; maioritariamente, os enfermeiros classificaram a sua saúde como “boa”; quase a totalidade da amostra não recorreu ao serviço de psicologia do INEM e/ou outro.

Quanto à satisfação com o trabalho, aferiu-se que estão em maioria os enfermeiros que admitem estar satisfeitos com o trabalho, considerando maioritariamente que as suas relações com os colegas de trabalho são boas, tendo também a maioria referido que o seu trabalho é stressante.

No que se refere à relação entre as variáveis sociodemográficas e o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar, concluiu-se que:

- os enfermeiros do género masculino têm níveis significativamente superiores de despersonalização ( $p=0,019$ );
- os enfermeiros que residem no mesmo concelho onde trabalham têm maiores níveis de exaustão emocional e de despersonalização, sendo a despersonalização estatisticamente significativa ( $p=0,048$ );

- os participantes inseridos em famílias com maior funcionalidade apresentam níveis inferiores de exaustão emocional ( $p=0,003$ ) e de despersonalização ( $p=0,04$ ) e níveis superiores de realização profissional ( $p=0,002$ ).

Quanto à relação entre as variáveis profissionais e o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar, constatou-se que:

- o grupo de enfermeiros que apresenta menor realização profissional trabalha no pré-hospitalar há  $\leq 5$  anos, sendo o grupo que possui maior realização profissional dos enfermeiros que têm entre 6-10 anos de serviço, seguido dos enfermeiros com mais de 15 anos de serviço. Os enfermeiros com níveis de exaustão emocional mais elevados são os que possuem menos tempo de serviço no pré-hospitalar, bem como mais despersonalização ( $p=0,031$ );

- os enfermeiros que exercem funções em ambulância SIV têm menor exaustão emocional ( $p=0,008$ ), possuem maior despersonalização ( $p=0,000$ ), mas apresentam mais realização profissional;

- os enfermeiros que exercem funções na VMER apresentam níveis de exaustão emocional e despersonalização superiores aos que não trabalham na VMER ( $p=0,003$  vs.  $p=0,001$ , respetivamente), os quais manifestam mais realização profissional;

- os enfermeiros com um contrato por tempo indeterminado têm níveis de exaustão emocional e de despersonalização inferiores aos que têm um contrato mais precário ( $p=0,003$ );

- existência de uma relação estatisticamente significativa entre a realização profissional e as faltas ao serviço no último ano ( $p=0,003$ ), sendo os inquiridos que nunca faltaram ao trabalho no último ano que têm uma maior realização profissional;

- relação estatisticamente significativa entre se os enfermeiros pudessem deixariam a instituição onde trabalham e os níveis de exaustão emocional, de despersonalização e de realização profissional, com os participantes que deixariam a instituição onde trabalham, caso pudessem, a apresentarem maior exaustão emocional, maior despersonalização e menor realização profissional ( $p=0,000$ );

- relação estatisticamente significativa entre se pudesse mudaria de profissão e o *burnout*, sendo os enfermeiros que mudariam de profissão a apresentar maior exaustão emocional ( $p=0,000$ ), maior despersonalização ( $p=0,000$ ) e menor realização profissional ( $p=0,002$ ).

No que concerne à relação ente as variáveis contextuais ao trabalho e o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar, concluiu-se que:

- os enfermeiros muito satisfeitos com o seu trabalho revelam mais realização profissional, menor exaustão emocional e menor despersonalização (exaustão emocional  $p=0,000$ ; despersonalização  $p=0,000$ ; realização profissional  $p=0,000$ );

- os enfermeiros com muito boas relações com os colegas de trabalho revelam menor exaustão emocional, sendo os que admitem ter más relações com os colegas aqueles que apresentam mais despersonalização, com maior realização profissional os enfermeiros que têm muito más relações com os colegas de trabalho (exaustão emocional  $p=0,000$ ; despersonalização  $p=0,000$ ; realização profissional  $p=0,008$ );

- os enfermeiros que apresentam uma maior exaustão emocional são os que consideram o seu trabalho bastante stressante e os que apresentam menor exaustão emocional definem o seu trabalho como razoavelmente stressante ( $p=0,000$ ); os enfermeiros com maior realização profissional avaliam o seu trabalho como pouco stressante, tendo sido, no global, os enfermeiros com maior índice de *burnout* os que avaliam o seu trabalho como bastante stressante (exaustão emocional  $p=0,000$ ).

Quanto à relação entre as variáveis contextuais à saúde e o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar, apurou-se que:

- os enfermeiros que já recorreram ao serviço de psicologia do INEM e/ou outro apresentam um nível de exaustão emocional e de despersonalização superior, mas são estes também os que revelam mais realização profissional (exaustão emocional  $p=0,040$ );

- os enfermeiros que consideram a sua saúde como “muito boa” têm menores níveis de exaustão emocional, enquanto os que consideram a sua saúde como “pouco boa” apresentam maiores níveis de exaustão emocional ( $p=0,001$ ), aqueles que manifestam mais despersonalização avaliam a sua saúde como “pouco boa” e os que a avaliam como “muito boa” revelam mais realização profissional.

Relativamente à relação entre o *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar e a inteligência emocional, concluiu-se que:

o autocontrolo perante as críticas, a empatia, a compreensão das emoções próprias, o auto-encorajamento, a compreensão das emoções dos outros e o autocontrolo emocional são variáveis preditoras de *burnout*,

- quanto menos autocontrolo perante as críticas, compreensão das emoções próprias, auto-encorajamento, compreensão das emoções dos outros e autocontrolo emocional, maior é a exaustão emocional, quanto mais empatia os enfermeiros revelam maior é a exaustão emocional;

- quanto menos autocontrolo perante as críticas, empatia, compreensão das emoções próprias, auto-encorajamento e compreensão das emoções dos outros, maior é a despersonalização, quanto mais autocontrolo emocional os enfermeiros revelam maior é a despersonalização;

- quanto mais o autocontrolo perante as críticas, a empatia, a compreensão das emoções próprias, o auto-encorajamento, a compreensão das emoções dos outros e o autocontrolo emocional os enfermeiros revelam maior é a realização profissional.

Face aos resultados obtidos e perante uma reflexão sobre o quadro teórico realizado, pode dizer-se que, para os enfermeiros do pré-hospitalar, a prestação de cuidados se caracteriza principalmente pela sua complexidade e especificidade. Deste modo, um maior grau de experiência e de destreza é fundamental, o que poderá resultar em menores dificuldades laborais e menores níveis de stresse, com inferior propensão para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Não obstante, sugere-se a criação de espaços de partilha entre enfermeiros, onde estes possam expressar o que esteja menos bem e partilhar experiências, servindo de ponto de partida para ganhos de mais inteligência emocional como fator protetor de *burnout*, o que inclui o reforço de canais de comunicação e formação de dinâmicas de grupo.

A elaboração deste trabalho proporcionou uma experiência de aprendizagem na área da investigação, constituindo-se num percurso que possibilitou o aprofundamento dos conhecimentos relativos às questões abordadas e o desenvolvimento de competências na prática da investigação. É de realçar igualmente a pertinência de investigações futuras desta natureza, designadamente, para se compreender a relação entre o exercício de funções do enfermeiro no pré-hospitalar e os construtos do *burnout*, de modo a poderem delinear-se mecanismos de *coping* que ajudem os enfermeiros a enfrentar as situações geradoras de stresse e que possam desencadear *burnout*.

## Referências bibliográficas

- Aiken, L., Sermeus, W., Heede, K., Sloane, D., Busse, R. & Mckee, M. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*; 344:e1717 doi: 10.1136/bmj.e1717
- Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L., Heede, K. & Sermeus, W. (2013). Nurses`reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*. 50, 143-153.
- Baier, N., Roth, K., Felgner, S., & Henschke, C. (2018). Burnout and safety outcomes - a crosssectional nationwide survey of EMS-workers in Germany. *BMC Emergency Medicine*, 18,24, 2-9 <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0177-2>.
- Barbosa, A., & Neto, I.G. (2010). *Manual de cuidados paliativos* (2ª ed). Lisboa: Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barreto, A.S., Thomé, G.C.E., & Moreira, L.A.N, et al. (2012). Síndrome de Burnout: Sistemática de um problema. *Rev. Enfermagem Revista*. V. 16, 3, 276-296.
- Bento, M.C.B.F. (2012). *Relação entre inteligência emocional e burnout nos enfermeiros de hemodiálise: um estudo exploratório*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria. Acedido em <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/3372/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20final%20Marta%20Bento%20%28suporte%20digital%29.pdf?sequence=1>
- Capelo, M. R., Pocinho, M., & Jesus, S. N. (2009). Stresse, estratégias de coping e autoeficácia em professores. In S. N. Jesus, I. Leal & M. Rezende (Edts). *Actas do I Congresso LusoBrasileiro de Psicologia da Saúde*, 643-658. Faro: CUIP.
- Cavaco, C.I.M. (2015). *A relação entre inteligência emocional e o burnout em médicos e enfermeiros*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve. Acedido em [https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/8648/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.Catari naCavaco.pdf](https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/8648/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.Catari%20naCavaco.pdf)
- Cicchitti, C., Cannizzaro, G., Rosi, F., Maccaroni, R., & Menditto, V.G. (2014). Burnout syndrome in pre-hospital and hospital emergency. Cognitive study in two cohorts of nurses. *Recenti Prog Med.*;105(7-8), 275-80. doi: 10.1701/1574.17110.
- Coelho, A.S.F.P. (2010). *Stress na prática de enfermagem o efeito na qualidade dos cuidados (percepção dos enfermeiros)*. Trabalho Projecto apresentado para a

- obtenção do grau de Mestre em Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56934/4/trabalho%20projecto%20final.pdf>
- Coutinho, C.P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Crowe, R.P., Bower, J.K., Cash, R.E., Panchal, A.R. et al. (2017). Association of Burnout with Workforce-Reducing Factors among EMS Professionals. *Journal Prehospital Emergency Care*, vol. 22, 2, 229-236. Acedido em <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10903127.2017.1356411?scroll=top&needAccess=true>
- Cruz, S.P. de la., & Abellán, M.V. (2015). Desgaste profissional, stress e satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem Forthcoming*, 2-10. DOI: 10.1590/0104-1169.0284.2586 [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- Cumbe (2010). *Síndrome de Burnout em Médicos e Enfermeiros Cuidadores de Pacientes com Doenças Neoplásicas em Serviços de Oncologia*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55421/2/Sndrome%20de%20Burnout%20em%20Mdcos%20e%20Enfermeiros%20Cuidadores%20de%20Pacientes%20com%20Doenas%20Neopsicas%20em%20Servios%20de%20Oncologia.pdf>
- David, I.C., & Quintão, S. (2012). Burnout em Professores: a sua Relação com a Personalidade, Estratégias de Coping e Satisfação com a Vida. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, v.25, 3, 145-155.
- Dunwoodie, D.A., & Auret, K. (2007). Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia. *Intern Med Jt*, v37(10):693-8. Epub 2007 May 21.
- França, S.P.S., Martino, M.M.F., Aniceto, E.V.S., & Silva, L.L. (2012). Preditores da Síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. *Revista Acta pauista de enfermagem*, vol.25, 1. SP.
- Froutan, R., Khankeh, H.R., Fallahi, M., Ahmadi, F., & Norouzi, K. (2014). Pre-hospital burn mission as a unique experience: a qualitative study. *Burns*; 40(8), 1805-12, <http://doi.org/10.1016/j.burns....>
- Gil-Monte, P.R. (2008). Magnitude of relationship between burnout and absenteeism: A preliminary study. *Psychological Reports*, 102, 465-468.

- Kendall, E., Murphy, P., O'Neill, V., & Bursnall, S. (2000). *Occupational Stress: Factors that Contribute to its Occurrence and Effective Management Centre for Human Services*. Western Australia.
- Martínez-Zaragoza, F. (2018). Personality and interpersonal behaviour may impact on burnout in nurses. Nursing issues. Cross-sectional study. *Evid Based Nurs*, 21, 1, 24. Acedido em <https://ebn.bmj.com/content/ebnurs/21/1/24.full.pdf>
- Martins, A.S.L. (2016). *Perceção do Stress do Enfermeiro de Ambulância SIV Integrada num SU*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Acedido em [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1540/1/Ana\\_Lima\\_Martins.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1540/1/Ana_Lima_Martins.pdf)
- Martins, M.I.L. (2018). *Stresse em Profissionais de Saúde das Unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4861/1/MariaInesLopesMartins\\_DM.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4861/1/MariaInesLopesMartins_DM.pdf)
- Maslach C. (2001). What we have learned about burnout and health. *Psychol Health*.;16, 607–611.
- Maslach, L. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Maslach, L. (2005). *Reversing burnout: How to rekindle your passion for your work*. Acedido em [http://www.choixdecariere.com/pdf/6573/Maslach\\_Leiter.pdf](http://www.choixdecariere.com/pdf/6573/Maslach_Leiter.pdf).
- Mendes, A. (2002). *Stress e imunidade: Contribuição para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress*. Coimbra: Formasau.
- Miranda, S.C.C. (2011). *Stress Ocupacional, Burnout e Suporte Social nos Profissionais de Saúde Mental*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Braga. Acedido em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8796/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Susana%20Miranda.pdf>
- Moradi, Z., Eslami, A.A., & Hasanzadeh, A. (2015). Job Burnout Status among Pre-Hospital Emergency Technicians. *Iranian Journal of Emergency Medicine. Official Journal of Emergency Medicine Department, SBMU*. ACEDIDO EM <http://journals.sbmj.ac.ir/en-iranjem/article/view/7818>

- Najimi, A., Goudarzi, A.M., & Sharifirad, G. (2012). Causes of job stress in nurses: A cross-sectional study. *Iran J Nurs Midwifery Res.*; 17(4), 301–305. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3702151/>
- Nogueira, C. (2016). *Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Acedido em [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1864/1/Carlos\\_Nogueira.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1864/1/Carlos_Nogueira.pdf)
- Ogden, J. (2014). *Psicologia da saúde*. Coimbra: Climepsi editores.
- Patrão, C.N.R. (2012). *Burnout nos Enfermeiros de Cuidados Paliativos*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1805/1/PATRAO%20Cristina%20Nair%20Ribeiro%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>
- Pereda-Torales, L., Celedonio, M., Guillermo, F., Hoyos Vásquez, M. T., & Yáñez Zamora, M. I. (2009) Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental*, 32, 5, 399-404.
- Pereira, M.J. (2018). Fatores desencadeantes de stresse em sala de emergência. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em [https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id\\_type\[\]=8&academic\\_programs\[\]=3](https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type[]=8&academic_programs[]=3)
- Pereira, S. (2011). *Burnout em cuidados paliativos. Uma perspectiva bioética*. (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Bioética, Porto, Portugal.
- Queirós, P. (2005). *Burnout: no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Sinais Vitais.
- Quick, J.C., & Henderson, D.F. (2016). Occupational Stress: Preventing Suffering, Enhancing Wellbeing. *International Journal of Environmental. Research and Public Health*. 13, 459, 1-13. doi:10.3390/ijerph13050459
- Rabie, T., Klopper, H.C., & Coetzee, S.K. (2017). Creating positive practice environments in a primary health care setting. *Int J Nurs Pract.*; 23(4). doi: 10.1111/ijn.12555. Epub 2017 May 28.
- Rahimzadeh, M., Zafarnia, N., Borhani, F. et al. (2016). barriers professional competence and its relationship with job satisfaction of nurses' moral distress and pre-hospital emergency city of Bam and Jiroft in 1393. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5, 5(S), 47-51. Acedido em <https://www.ijmrhs.com/medical->

research/barriers-professional-competence-and-its-relationship-with-job-satisfaction-of-nurses-moral-distress-and-prehospital-eme.pdf

- Reis, A.L.P.P. dos, Fernandes, S.R.P., & Gomes, A.F. (2010). Estresse e fatores psicossociais. *Psicol. Cienc. Prof.*, Brasília, 30, 4, 712-725.
- Ruviaro, M.F.S., & Bardagi, M.P.B. (2010). Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais da área de enfermagem do interior do RS. *Barbarói*, 33,194-216. Acedido em <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/1555/1317>.
- Santos, J.M., & Teixeira, Z. (2009). *O stresse Profissional dos Enfermeiros. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. 6, 368-378. ISSN: 1646-0480.
- Sé, A.C.S., Silva, T.A.S.M., & Figueiredo, N.M.A. (2017). Healthcare settings and the burnout syndrome: a study with prehospital care nurses. *Rev baiana enferm.*; 31(3):e17931. DOI 10.18471/rbe.v31i3.17931
- Serra, A. V. (2011). *O Stress na vida de todos os dias*. (3ª, Ed.) Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Silva, T. G., Kessler, R., Silva, P. C., Souza, S. S., Bittencourt, J. V., & Celich, K. L. (2016). Estress de profissionais enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva do estado de Santa Catarina. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 5, 29-30.
- Soares, N., Nobre-Lima, L., Mónico, L., & Ferro, M. J. (2015). A Relação entre o Burnout e a Inteligência Emocional em Estudantes do Ensino Superior. In. C. Sequeira, J. Carvalho & L. Sá (Eds.) E-book: VI *Congresso Internacional ASPESM. A Pessoa, a Família, a Comunidade e a Saúde Mental* (pp. 268- 277). Porto: ASPESM
- Stassen, W., Van Nugteren, B., & Stein, C. (2013). Burnout among advanced life support paramedics in Johannesburg, South Africa. *Emerg Med J.*; 30, 331–333.

**Anexos**

---



## Anexo 1 – Instrumento de recolha de dados



Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

5º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

---

(Não preencher este quadrado)

Nº Questionário

--	--	--	--	--

### QUESTIONÁRIO

Caro(a) enfermeiro(a):

Este questionário destina-se a colher dados no sentido de estudar os Determinantes de *burnout* em enfermeiros do pré-hospitalar, para um estudo transversal, quantitativo, descritivo e correlacional, no âmbito do 6º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, que se está a desenvolver sob orientação do Professor Doutor António Madureira. Para tal, solicito a sua participação, bastando, para isso, responder às questões que lhe são colocadas.

As respostas são confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a alínea que está de acordo com o seu caso. Não existem respostas certas ou erradas, dado que todas as respostas visam exclusivamente obter informação sobre a realidade vivenciada por cada enfermeiro.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, peço que não deixe nenhuma questão por responder.

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

Tiago Manuel Malaquias Nunes

## I Parte

### Dados sociodemográficos e profissionais

#### 1 - Idade

- 20-29 anos
- 30-39 anos
- 40-49 anos
- 50-59 anos
- ≥60 anos

#### 2 - Sexo

- Masculino
- Feminino

#### 3 - Estado civil

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Divorciado(a)
- União de facto
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

#### 4 – Habilitações literárias?

- Licenciatura
- Pós-graduação
- Mestrado
- Doutoramento
- Outra
- Qual? \_\_\_\_\_

#### 5 - O concelho onde trabalha é o mesmo onde reside?

- Sim
- Não

6 – Tempo de serviço como enfermeiro \_\_\_\_\_

7 – Tempo de serviço no pré-hospitalar \_\_\_\_\_

8 – Tempo de exercício profissional no pré-hospitalar como enfermeiro \_\_\_\_\_

#### 9 - Assiduidade contratual

- Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Termo Indeterminado
- Contrato de Trabalho em Funções Públicas a Termo Resolutivo Certo
- Contrato Individual de Trabalho

- Contrato Coletivo de Trabalho
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

10 - No último ano faltou ao serviço?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Bastantes vezes

11 – Exerce funções:

- Serviço de Urgência Básico
- INEM
- Serviço de Urgência Polivalente
- Cuidados Intensivos Coronários
- Cuidados Intensivos Polivalente
- Bloco Operatório
- Outro? Qual \_\_\_\_\_

12 – Enquanto enfermeiro de pré-hospitalar, onde exerce funções?

- No Helicóptero de Emergência Médica
- Nas Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV)
- Na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)

13 – A que delegação do INEM pertence? \_\_\_\_\_

14 – Em média, qual o número de ocorrências por mês do(s) meio(s) de emergência onde exerce funções? \_\_\_\_\_

15 - Qual o número de horas que trabalha por semana no INEM? \_\_\_\_\_

16 – Se pudesse:	Sim	Não
Deixaria a instituição onde trabalha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mudaria de profissão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 – Pratica:	Sim	Não
Atividade física regular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguma técnica de relaxamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18 - Escala de Apgar Familiar (SMILKSTEIN, 1978) – Versão Portuguesa de Agostinho & Rebelo (1988)

A Escala de Apgar é um instrumento que demonstra como os membros da família percebem o nível da funcionalidade da unidade familiar de forma global. Marque com uma cruz (X) a opção que melhor traduz o que sente.

	<b>Quase sempre (2)</b>	<b>Algumas vezes (1)</b>	<b>Quase nunca (0)</b>
1 – Está satisfeito (a) com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa o (a) preocupa?			
2 – Está satisfeito (a) pela forma como a sua família discute assuntos de interesse comum e partilha consigo a solução do problema?			
3 – Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida?			
4 – Está satisfeito (a) com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?			
5 – Está satisfeito (a) com o tempo que passa com a sua família?			
TOTAL			

19 – Numa escala de 0 a 10, classifique o apoio em relação aos amigos

Sem apoio 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Altamente apoiado

20 - De que maneira está satisfeito com o seu trabalho?

- Nada satisfeito
- Pouco satisfeito
- Mais ou menos satisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito

21 - Como considera as suas relações com os colegas de trabalho?

- Muito más
- Más
- Razoáveis
- Boas
- Muito boas

22 – Considera que o seu trabalho é:

- Muito pouco exigente
- Pouco exigente
- Razoavelmente exigente

- Exigente
- Bastante exigente
- Muito pouco stressante
- Pouco stressante
- Razoavelmente stressante
- Exigente
- Bastante exigente

23 - Habitualmente consome alguma(s) das seguintes substâncias?"

	Sim	Não
Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 - Como avalia a sua saúde neste momento?

- Nada boa
- Pouco boa
- Mais ou menos boa
- Boa
- Muito boa

25 - Alguma vez recorreu ao serviço de psicologia do INEM e/ou outro?

- Sim
- Não

## II Parte

### Inventário MBI (*Maslach Burnout Inventory*)

(Maslach e Jackson, 1986)

As afirmações seguintes abordam sentimentos relacionados com o trabalho. Leia cuidadosamente cada afirmação e decida sobre a frequência com que se sente da forma descrita em relação ao seu trabalho, assinalando a sua resposta de acordo com o quadro seguinte:

Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Regularmente	Bastantes vezes	Quase sempre	Sempre
0	1	2	3	4	5	6
Nenhuma vez	Poucas vezes por ano	Uma vez por mês	Poucas vezes por mês	Uma vez por semana	Poucas vezes por semana	Todos os dias

	Exaustão emocional	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Regularmente	Bastantes vezes	Quase sempre	Sempre
1	Sinto-me emocionalmente esgotado por causa do meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
2	Trabalhar durante todo o dia com pessoas requer um grande esforço	0	1	2	3	4	5	6
3	Sinto que o meu trabalho está a dar cabo de mim	0	1	2	3	4	5	6
4	Sinto-me frustrado com o meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
4	Sinto que trabalho bastante no meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
5	Stressa-me muito trabalhar diretamente com pessoas	0	1	2	3	4	5	6
6	Sinto que estou a chegar ao meu limite	0	1	2	3	4	5	6

	Despersonalização	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Regularmente	Bastantes vezes	Quase sempre	Sempre
1	Penso que trato os meus pacientes/clientes como se fossem objetos impessoais	0	1	2	3	4	5	6
2	Quando me levanto de manhã sinto-me cansado só de pensar que tenho de encarar mais um dia de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
3	Tenho a impressão que os meus pacientes/clientes me responsabilizam pelos seus problemas	0	1	2	3	4	5	6
4	No final do meu dia de trabalho sinto-me sem paciência	0	1	2	3	4	5	6
4	Eu realmente não me interesso com o que acontece a alguns dos meus pacientes/clientes	0	1	2	3	4	5	6
5	Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a trabalhar	0	1	2	3	4	5	6
6	Este trabalho está a tornar-me numa pessoa sem sentimentos	0	1	2	3	4	5	6

	Realização profissional	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Regularmente	Bastantes vezes	Quase sempre	Sempre
1	Realizo muitas coisas neste trabalho que valem a pena	0	1	2	3	4	5	6
2	Sinto-me cheio de energia	0	1	2	3	4	5	6
3	Consigo compreender facilmente aquilo que os meus pacientes/clientes sentem	0	1	2	3	4	5	6
4	Cuido dos problemas dos meus pacientes/clientes eficazmente	0	1	2	3	4	5	6
4	No meu trabalho lido com os problemas emocionais muito calmamente	0	1	2	3	4	5	6
5	Através do meu trabalho, sinto que tenho uma influência positiva nas pessoas	0	1	2	3	4	5	6
6	Consigo facilmente criar um ambiente relaxado com os meus pacientes/clientes	0	1	2	3	4	5	6
7	Sinto-me bem quando estou perto dos meus pacientes/clientes, no trabalho	0	1	2	3	4	5	6

### III Parte

#### Escala de Inteligência Emocional

**Escala de Inteligência Emocional, validada para população portuguesa por Rego e Fernandes (2005).**

Neste grupo, deverá pensar em si próprio e depois assinalar o número cujo valor melhor reflete o seu grau de acordo com a afirmação. Utilize a chave de respostas em baixo:

	Não se aplica rigorosamente nada a mim	De uma forma geral, não se aplica nada a mim.	Aplica-se pouco	Aplica-se alguma coisa	Aplica-se muito	Aplica-se bastante	Aplica-se completamente a mim				
	1	2	3	4	5	6	7				
1. Quando sou derrotado num jogo, perco o controlo.					1	2	3	4	5	6	7
2. Normalmente encorajo-me, a mim próprio, para dar o meu melhor.					1	2	3	4	5	6	7
3. Consigo permanecer calmo mesmo quando os outros estão zangados.					1	2	3	4	5	6	7

4. Empenho-me em compreender os pontos de vista dos outros.	1	2	3	4	5	6	7
5. Sou indiferente à felicidade dos outros.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu compreendo as causas das minhas emoções.	1	2	3	4	5	6	7
7. É difícil, para mim, falar com pessoas que não partilham dos mesmos pontos de vista que eu.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu dou o máximo de mim para atingir os meus objetivos.	1	2	3	4	5	6	7
9. Reajo com calma quando estou sob tensão.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu realmente compreendo as emoções das pessoas com quem me relaciono.	1	2	3	4	5	6	7
11. O sofrimento dos outros não me afeta	1	2	3	4	5	6	7
12. Quando estou triste, sei os motivos.	1	2	3	4	5	6	7
13. Fico zangado quando os outros me criticam – mesmo sabendo que têm razão.	1	2	3	4	5	6	7
14. Usualmente, costumo estabelecer objetivos para mim próprio.	1	2	3	4	5	6	7
15. Raramente fico furioso.	1	2	3	4	5	6	7
16. Consigo compreender as emoções e sentimentos dos meus amigos vendo os seus comportamentos	1	2	3	4	5	6	7
17. Vivo os problemas dos meus amigos como se fossem os meus problemas.	1	2	3	4	5	6	7
18. Eu realmente sei o que estou a sentir.	1	2	3	4	5	6	7
19. É difícil, para mim, aceitar uma crítica.	1	2	3	4	5	6	7

**Obrigado pela sua colaboração!**

## Anexo 2 – Autorização para aplicação da Escala da Inteligência Emocional

Fwd: Pedido de aprovação de uso de escala

Caixa de entrada

**Tiago Malaquias**

----- Forwarded message -----  
From: **Arménio Rego** <[arego@porto.ucp.pt](mailto:arego@porto.ucp.pt)>  
Date: 11/06/2018 à(s) 09:55  
Subject: RE: Pedido de aprovação de uso de escala  
To: [tiagomalaquiasn@gmail.com](mailto:tiagomalaquiasn@gmail.com) <[tiagomalaquiasn@gmail.com](mailto:tiagomalaquiasn@gmail.com)>

Estimado Tiago  
Está autorizado.  
Bom trabalho  
Arménio

**Arménio Rego**  
Professor of Organizational Behavior

**Católica Porto Business School**  
Universidade Católica Portuguesa | Porto  
Rua de Diogo Botelho, 1327  
4169-005 Porto, Portugal  
Tel.: +351 226 196 200  
Email: [arego@porto.ucp.pt](mailto:arego@porto.ucp.pt)  
[www.catolicabs.porto.ucp.pt](http://www.catolicabs.porto.ucp.pt)

**A única escola do norte do País com Acreditação Internacional EQUIS**  
LICENCIATURAS | MESTRADOS | FORMAÇÃO EXECUTIVA | MBAs