

1 – INTRODUÇÃO

As transformações no mundo do trabalho, e a crescente exigência colocada aos colaboradores e organizações, tem-se refletido no aumento e emergência de riscos psicossociais que influenciam negativamente a saúde dos colaboradores, a dinâmica das organizações e a atividade laboral.

Os riscos psicossociais têm assumido um relevo cada vez maior no contexto da saúde no trabalho, refletindo-se em níveis baixos de satisfação, problemas de saúde, elevado absentismo, níveis baixos de produtividade, e conseqüentemente um aumento de custos económicos. De entre os riscos psicossociais emergentes destaca-se o *burnout*. Este fenómeno tem sido alvo de atenção por parte dos investigadores a nível mundial, destacando-se o seu impacto sobretudo nas profissões que implicam relações de ajuda, como no caso da enfermagem.

Uma das motivações para a realização deste trabalho resulta na constatação de que as necessidades dos enfermeiros nem sempre são atendidas e a prevalência de morbilidade psicossocial é uma realidade. O Observatório Europeu dos Riscos concluiu que estão a emergir novos riscos psicossociais e tendo em conta que a contratação dos enfermeiros em Portugal se faz de forma, cada vez mais precária, e que as instituições, fruto de políticas nacionais de contenção, contratam cada vez menos profissionais para o mesmo volume de trabalho, parece-nos que o risco de insegurança e precariedade no trabalho, são realidades presentes na prática de enfermagem.

A realização do ensino clínico III - Toxicodependências, do I Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu, na Unidade de Desabilitação de Coimbra do Instituto da Droga e Toxicodependência, Instituto Público permitiu, em certa medida, acompanhar esta realidade uma vez que coincidiu com a reestruturação do Instituto da Droga e Toxicodependência, Instituto Público e respetiva mobilidade e despedimento de alguns enfermeiros da Unidade de Desabilitação de Coimbra.

Para cuidar do outro é imprescindível que os profissionais de saúde adquiram e mantenham uma saúde mental capaz, que lhes proporcione todas as condições para prestar cuidados de excelência. Com esse propósito, o Enfermeiro assume-se como um dos

principais intervenientes no processo terapêutico, no seio da equipa multidisciplinar, pelo que a sua saúde mental deve funcionar como instrumento de trabalho eficaz.

Para além desta realidade, a revisão bibliográfica mostra-nos que o *burnout* pode ainda surgir como consequência das relações interpessoais entre enfermeiro/utente, especialmente nas decorrentes da relação de ajuda. O contexto do ensino clínico na Unidade de Desabilitação de Coimbra revelou-se interessante para estudar o *burnout* dos enfermeiros, especialmente o *burnout* relacionado com as interações enfermeiro/utente. Este interesse teve também como ponto de partida o estudo de Pires *et al.* (2004) na Equipa de Tratamento das Taipas, onde os autores concluíram que existiam níveis elevados de despersonalização e exaustão emocional e níveis médios de realização pessoal, segundo a classificação de *burnout* de Maslach. Um outro estudo importante para esta investigação foi o de Duraisngam (2007) onde a maioria dos trabalhadores nos serviços de tratamento de dependentes de substâncias, apesar de satisfeitos com o seu trabalho, apresentavam níveis de *stress* acima da média.

Neste sentido foi realizado este estudo sobre: “*Burnout nos enfermeiros da Unidade de Desabilitação de Coimbra*”. Este estudo teve como objetivos: avaliar os níveis de *burnout* dos enfermeiros da Unidade de Desabilitação de Coimbra do Instituto da Droga e Toxicoddependência, Instituto Público e avaliar a relação do *burnout* com as características sociodemográficas, profissionais e individuais, levantando a seguinte questão de partida: Quais os níveis de *burnout* dos enfermeiros da Unidade de Desabilitação de Coimbra do Instituto da Droga e Toxicoddependência, Instituto Público.

Para a avaliação do *burnout* foi utilizado um instrumento recentemente validado para a população portuguesa, o *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), que, pelas subescalas que o compõem (*burnout* pessoal, relacionado com o trabalho e relacionado com o cliente) pareceu-nos o mais adequado à realidade que pretendíamos avaliar.

O presente documento consolida-se em duas partes. A primeira é relativa à revisão da literatura e pretende constituir um enquadramento teórico-conceptual que sirva de referência ao estudo empírico que será descrito na segunda parte do trabalho.

Na primeira parte abordaremos o *burnout* e alguns modelos explicativos, em particular os que estudam as implicações das relações interpessoais no *burnout* dos enfermeiros, o *burnout* e a relação de ajuda e, o *burnout* avaliado através do *Copenhagen Burnout Inventory*.

A segunda parte do trabalho integra a metodologia de investigação, onde apresentaremos os objetivos e as questões de investigação delineadas. Efetuaremos também a caracterização da amostra, a operacionalização das variáveis em estudo e a descrição do instrumento adotado para a recolha de dados. Indicaremos os procedimentos relativos à recolha de dados. Serão apresentados alguns indicadores da qualidade psicométrica do instrumento, a estatística descritiva relativa às variáveis em estudo e a análise das correlações que permitirão responder às questões de investigação. Por fim será apresentada a discussão dos resultados, integrando-os no enquadramento teórico conceptual, evidenciando os seus significados e retirando as implicações teóricas, empíricas e práticas. No final, teceremos algumas considerações relativas aos resultados da investigação evidenciando algumas limitações do estudo.

Esperamos com este trabalho contribuir para ampliar o conhecimento acerca do fenómeno *burnout*, no âmbito da saúde mental dos enfermeiros da Unidade de Desabilitação de Coimbra, Instituto da Droga e Toxicoddependência, Instituto Público.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 – BURNOUT NOS ENFERMEIROS

Na sociedade atual, as organizações oferecem maior ou menor qualidade de vida no trabalho e adotam as mais variadas políticas na gestão dos recursos humanos, influenciando de forma importante na satisfação do trabalho. Para Chiavenato (1995), a qualidade de vida no trabalho não é determinada apenas pelas características individuais (necessidades, valores, crenças e expectativas) ou situacionais (estrutura organizacional, tecnologia, sistemas de recompensas), mas sim pela interação sistémica de ambas. Se a qualidade de vida no trabalho for pobre pode originar insatisfação no trabalho e comportamentos desajustados, como erros de desempenho e absentismo). No entanto, uma elevada qualidade de vida no trabalho produz um clima de confiança e de respeito mútuo, no qual o indivíduo pode ativar o seu desenvolvimento psicológico.

O trabalho é desenvolvido esperando em troca compensações, não só económicas e materiais, mas também a satisfação de necessidades biológicas, de segurança, de relação social, de autoestima e de autorrealização (PEIRÓ, 1993). Porém, a realidade é muito diversificada, pois existem condições de trabalho que não proporcionam ao indivíduo oportunidades para desenvolver a sua autoestima, nem satisfazem, adequadamente, as necessidades sociais das pessoas.

Martins (2004), afirma que as condições em que se desempenha um posto de trabalho, a oportunidade de controlo, a adequação entre as exigências do cargo e as capacidades da pessoa que o desempenha, as relações interpessoais, a remuneração e a segurança física, entre outros, são fatores de relevo para o bem-estar psicológico dos trabalhadores e para a sua saúde mental. O mesmo autor (2004) refere que os fatores psicológicos conferem riscos para a manutenção da saúde mental, através do comportamento e da emoção. O *stress* no trabalho, a vulnerabilidade ao *stress*, a não satisfação do trabalho, a fadiga crónica, a ansiedade, o neuroticismo e a extroversão, o autoconceito e o *coping* pobres, parecem fazer-se acompanhar de um desconforto emocional significativo e podem aumentar a probabilidade do indivíduo desenvolver problemas de comportamento.

As profissões que implicam a prestação de cuidados a pessoas em situação de fragilidade física e emocional, exigem um investimento emocional elevado. Queirós (2010), escreve que as profissões na área da saúde, que implicam relação de ajuda, ao lidarem com o sofrimento alheio, ao serem responsabilizados pela prestação de cuidados em situação de

crise, exigem um forte equilíbrio psicológico. Se a estas situações emocionalmente exigentes se juntar difíceis condições de trabalho, meios humanos e materiais insuficientes e insatisfação com o trabalho, propiciam as condições para o surgir do *stress* laboral crónico, que pode conduzir ao *burnout*.

Numa abordagem à influência de fatores sociais na saúde mental, Uribe Vasco e Castell (1994) referem que a saúde mental deixou de ser a ausência de doença, problemas mentais e psíquicos, mas sim a perceção e consciência dos mesmos, e a possibilidade pessoal e/ou coletiva de os solucionar, de os modificar, de intervir sobre eles. Existindo diversas noções de Saúde Mental, todas elas contemplam o bem-estar subjetivo, a perceção da própria eficácia, a autonomia, a competência, a dependência e a autorrealização das capacidades intelectuais e emocionais.

Antes de cuidar do outro, o enfermeiro deve saber cuidar de si próprio, nomeadamente da sua saúde mental. Segundo Neto *et al.* (2009) a atividade de Enfermagem envolve estímulos físicos e mentais susceptíveis de desenvolver sentimentos de impotência profissional, ansiedade, depressão e angústia, comprometendo a qualidade da assistência prestada e interferindo diretamente na saúde mental do próprio enfermeiro. Para Guimarães e Grubits (2007) a prestação de cuidados é considerada como *stressante*, em função da intensa carga emocional que decorre da relação enfermeiro-doente, aliada às frequentes responsabilidades atribuídas a estes profissionais.

A eventual perda de controlo emocional, pode afetar gravemente a saúde dos doentes, pois, à medida que estes comportamentos destrutivos são repetidos, evidencia-se um ciclo vicioso: raciocínio prejudicado, sentimentos negativos e mais ações disfuncionais que impedem o enfermeiro de desempenhar normalmente as suas funções (BRUNNER e SUDDARTH, 2006). Neste contexto surge o *burnout*, que se caracteriza por uma reação à tensão emocional proveniente do *stress* profissional e que, cada vez mais, atinge esta profissão (GUIMARÃES e GRUBITS, 2007).

Segundo Dias e Queirós (2010) e Fonte (2011), o *burnout* parece ocorrer quando os profissionais sentem que os seus recursos pessoais são insuficientes para lidar com as exigências que lhes são colocadas, enfrentando um conjunto alargado de problemas, provocados pela diversidade de tarefas e papéis que tanto são desafiantes como são sinónimos de desgaste emocional. Definem *burnout* como falha, desgaste ou exaustão devido a exigências excessivas de energia, força ou recursos.

Os profissionais de enfermagem são um grupo vulnerável ao *burnout*, nesta senda, Forte e Queirós (2010), destacam os enfermeiros psiquiátricos como muito propensos a sentir *burnout* pois têm de cuidar de utentes com quadros psicopatológicos\privação severos e em condições onde por vezes faltam recursos físicos e materiais, constituindo fontes de *stress* laboral crónico, promovendo forte desgaste emocional.

Os primeiros estudos sobre *burnout* iniciaram-se na década de setenta nos Estados Unidos da América com Maslach e com Freudenberer em 1974 a descrever as vivências de um grupo de voluntários que trabalhavam num serviço de reabilitação de toxicodependentes (TOMÁS, 2011). Verificam que alguns deles apresentavam sintomas físicos e psicológicos e vivenciavam uma diminuição gradual da energia, perda de motivação e de envolvimento com o trabalho.

Burnout, foi inicialmente conceituado como uma combinação indefinida de vários fatores de exaustão emocional crónica, de longa duração, fadiga física, ausência de envolvimento laboral, desumanização dos recetores de cada serviço e baixa realização pessoal (SOARES, 2010). Freudenberg observou que quem trabalhava em unidades de saúde apresentava uma perda gradual das emoções, da motivação e do empenhamento, acompanhado de sintomas físicos e mentais, notando um particular estado de exaustão.

Na procura de uma definição focada nos componentes principais do *burnout*, Maslach e Jackson (1981) relatam-no como uma resposta inadequada a um *stress* emocional crónico cujas principais características são o esgotamento físico e\ou psicológico; o desenvolvimento de atitudes frias e despersonalização; sentimento de incompetência, inadequação pessoal.

Maslach (1982) afirma que a característica principal do *burnout* é uma mudança na forma como se encara os outros, passando de uma forma positiva e preocupada a uma forma negativa a negligente. Maslach e Jackson redefiniram o conceito ao considerarem-no uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham com pessoas, e que conduz a uma perda de motivação e eventualmente progride com sentimentos de inadequação e fracasso (QUEIRÓS, 2005). Mais tarde Maslach (1987) redefine-o como uma resposta à pressão emocional crónica resultante do envolvimento intenso com outras pessoas e propõe-lhe uma organização tridimensional:

- **Exaustão emocional**, seria usada para caracterizar a depleção de energia emocional necessária para atender os requisitos do trabalho;

- **Despersonalização**, caracteriza-se por um conjunto de respostas distanciadas por parte dos profissionais em relação aos seus clientes. Pode acontecer, dado que o sujeito, pelo facto de se proteger dos sentimentos negativos que o acompanham, tem necessidade de se isolar, num evitamento das relações interpessoais (MARTÍN, 1994). Mostra-se cínico, distanciado e utiliza rótulos depreciativos para se referir aos utilizadores dos seus serviços. A despersonalização é o elemento chave de entre as três características de *burnout*. É a despersonalização que constitui uma manifestação específica de *stress* das profissões assistenciais, pois, tanto a exaustão emocional, como a diminuição na realização pessoal, podem encontra-se noutras síndromes específicas (QUEIRÓS, 2005). Segundo Alvarez *et al.* (1993) todos os comportamentos denominados de despersonalização, surgem como uma forma de aliviar a tensão experienciada. Os profissionais restringem o grau e a intensidade das relações com os outros, pois estão a tratar de se adaptar a uma nova situação;
- **Redução da realização pessoal**, é a terceira componente do *burnout*, sendo definida como um sentimento completo de inadequação pessoal e profissional no local de trabalho e pela incapacidade de responder ao que é solicitado. Desencadeado por um declínio no sentimento de competência pessoal e desempenho adequados. Alvarez *et al.* (1993) afirmam ainda que esta componente caracteriza-se pela sensação de não poder dar mais de si aos outros.

Maslach (1993) devido ao seu interesse no estudo do estímulo emocional provocado pelo trabalho e nas estratégias cognitivas desenvolvidas de afastamento e desumanização, verificou existir uma relação entre as emoções e comportamentos individuais no trabalho. Alvarez *et al.* (1993) salientam que os sintomas surgem em grupos profissionais que realizavam tarefas vocacionais, assumidas como supostamente gratificantes para os próprios, quer a nível pessoal, quer social. Estes ocorrem em indivíduos que lidam com os outros numa perspectiva de assistência e ajuda, cuja característica principal é o contacto interpessoal e onde as relações de ajuda são mais intensas. Estes profissionais, com uma filosofia mais humanista, são confrontados com situações desumanizadas e despersonalizadas às quais têm de se adaptar, podendo estas situações justificar uma grande parte dos comportamentos descritos.

Ao expandir a definição de *burnout* para uma crise nas relações com o trabalho e não apenas nos serviços que trabalham com pessoas, Maslach e Leiter (1997) redefinem as

três dimensões passando a ser designadas de exaustão emocional e física; cinismo; ineficácia profissional. Posteriormente Maslach, Shaufeli e Leiter (2001) formulam o conceito como uma resposta prolongada a *stressores* crônicos, emocionais e interpessoais no trabalho e com três dimensões: **exaustão; cinismo; ineficácia**.

O *burnout*, ao não ser encarado apenas como um estado, mas como um processo, Mendonça (1993) e Queirós (2005) descrevem três fases: a de alarme, onde surge a frustração e alguns sintomas de culpa; a fase de resistência, onde o indivíduo já se torna rígido, cínico e inflexível; e a fase de exaustão, onde a fadiga física crônica, o pessimismo e o cinismo são acompanhados de sintomas de abandono e incompreensão.

Nem todos os indivíduos vivenciam a multidimensionalidade do *burnout*. Inicialmente podem confundir-se com um simples estado de fadiga ou cansaço, devido a um aumento das queixas psicológicas ou fraca avaliação de desempenho, que podem ser agrupados em sintomas psicossomáticos, comportamentais, emocionais e defensivos (ALVAREZ *et al.*, 1993). Fora dos agrupamentos anteriores, o autor destaca ainda o decréscimo do interesse pelos clientes e a percepção dos clientes como frustrantes, crônicos e desmotivadores. Burger (1995) salienta que o afastamento emocional torna-se a expressão de rejeição, que pode adquirir a forma de irritabilidade ou mesmo agressão relativamente aos utentes e colegas. Este estado conduzirá à auto depreciação e a uma sensação de desânimo aliada a uma sensação de que a capacidade profissional se perdeu.

Existem diversos modelos que procuram expor o *burnout*, analisando o conceito, os antecedentes principais, bem como as consequências e as principais manifestações. No entanto, para este estudo iremos continuar a promover aqueles que atribuem importância às relações interpessoais no *burnout*, independentemente da sequência com que surgem as suas dimensões.

Assim, o modelo de Cherniss (1980) dá ênfase além da característica particular do ambiente de trabalho à interação dos indivíduos entre si. A importância dos aspetos da interação entre os indivíduos como tendo um papel primordial nas expectativas criadas em relação a essa mesma interação (PINES, 1993).

No modelo de Golembiewsky, Munzenreider e Stevenson de 1983, o *burnout* pode ser analisado como um processo que envolve a noção de fases dentro do próprio conceito de *burnout*. A despersonalização é a primeira etapa a surgir, sendo a etapa da exaustão emocional a mais grave (FONTE, 2011).

Buunk e Schaufeli (1993) desenvolvem um modelo para explicar a etiologia do *burnout* nos profissionais de enfermagem, referindo que o *burnout* tem uma dupla etiologia: os processos de intercâmbio social com os utentes e os processos de afiliação e comparação social com os colegas. Nos processos de intercâmbio com os utentes, identificam três variáveis relevantes para o desenvolvimento de *burnout*: a incerteza – falta de clareza sobre o que se sente e pensa sobre como intervir; a percepção de justiça – refere-se ao equilíbrio entre o que os enfermeiros transmitem e o que recebem; falta de controlo – a possibilidade do enfermeiro controlar o resultado das suas ações. As expectativas de recompensa e justiça são frequentemente frustradas, pois os utentes normalmente estão ansiosos e preocupados, não sendo a interação com eles gratificante.

Para Richardsen e Burke (1995), o modelo de Leiter situa a exaustão emocional numa posição central, pois está associada a níveis elevados de despersonalização e a baixos níveis de realização pessoal. A despersonalização aparece como uma tentativa ineficaz para lidar com sentimentos de exaustão, surgidos no relacionamento interpessoal. Defende que a exaustão emocional se desenvolve em primeiro lugar porque é mais sensível às causas e ao *stress* no trabalho e à medida que aumenta, surge como resposta a despersonalização. Defende que as relações positivas com o utente e a autonomia são aspetos que evitam o *burnout*.

Maslach, Jackson e Leiter (1996) destacam as relações de exaustão sobre o cinismo, sendo este o aspeto mais seguro do modelo. O *burnout* surge como o resultado de exigências, tais como a sobrecarga do trabalho e o conflito pessoal, conjugado com a falta de recursos que conduzem ao aparecimento de exaustão, cinismo e redução na eficácia profissional. O *burnout* é o resultado de uma discordância entre os ideais individuais e a realidade da vida laboral diária que leva a uma perda de motivação com tendência a sentimentos progressivos de inadequação e fracasso. A despersonalização pode levar ao desenvolvimento de atitudes negativas, como a irritação, cinismo e diminuição da sensibilidade para com os clientes.

O modelo de *stress* laboral de Gil-Monte, Rojas e Ocaña (2009), baseia-se no facto de que o *burnout* é uma resposta ao *stress* laboral crónico que deriva das relações interpessoais problemáticas laborais. Caracteriza-se por uma deterioração cognitiva (perda de ilusão pelo trabalho) e por uma deterioração emocional (atitudes e comportamentos de indiferença, indolência, distanciamento). Nalguns casos surgem sentimentos de culpa. Este modelo define quatro dimensões:

- Ilusão pelo trabalho – Define-se como o desejo do indivíduo em alcançar as metas laborais, percebe o seu trabalho como atrativo e alcançar as metas profissionais é fonte de realização pessoal.
- Desgaste psíquico – Define-se como o aparecimento do esgotamento emocional e físico, uma vez que no trabalho tem de tratar diariamente com pessoas que apresentam ou causam problemas.
- Apatia – Define-se como a presença de atitudes de indiferença e cinismo para com os usuários da organização.
- Culpa – Define-se como o aparecimento de sentimentos de culpa pelo comportamento e pelas atitudes negativas desenvolvidas no trabalho, em especial para com as pessoas com quem estabelecem relações laborais.

Para Marques-Teixeira (2002), o fenómeno exaustão emocional tem uma grande relevância no *burnout*. Trata-se do primeiro aspeto a ser despoletado, acabando por se manifestar nos aspetos organizacionais, individuais e nas relações interpessoais. Para este autor a despersonalização, uma resposta específica do *burnout*, funciona como uma estratégia de *coping* para lidar com a exaustão emocional. Quando este mecanismo se revela inadequado ou insuficiente para a resolução do problema, emergem sentimentos de auto-ineficácia.

Como fatores desencadeantes do *burnout*, Freudenberger aponta para os individuais enquanto Maslach (1976), considera primordial a relação interpessoal entre o trabalhador e o utente. Cherniss (1980) tem uma perspetiva centrada na organização, mas julga que o contacto com os utentes é capaz de provocar o *stress*. No entanto, defende que além de fator desencadeante, os problemas com os utentes também podiam surgir como sequência do processo de *burnout* (QUEIRÓS, 2005).

Soares (2011), citando Cordes e Dougherty (1993), refere que as diferentes exigências, restrições e outros fatores que compõem os antecedentes do *burnout* podem ser agrupados em três categorias, sendo que na primeira categoria fazem referência às características do trabalho e do desempenho. Cordes e Dougherty (1993) afirmam que nesta categoria, são as características do relacionamento trabalhador-cliente que aparecem na literatura como as variáveis mais influentes no aparecimento do *burnout*, considerando como papel primordial o das relações interpessoais. A segunda categoria diria respeito às características organizacionais, enquanto a terceira refere-se às características pessoais.

Soares (2011) encontra semelhanças no estudo de Harvey e Raider (1984) onde são identificados como agentes *stressores* as relações interpessoais, focalizando-se os

indivíduos nas dificuldades de relacionamento entre o indivíduo e o utente. Maslach e Leiter (1997) citam seis fontes responsáveis pelo *burnout*: carga excessiva de trabalho, falta de controlo, baixos salários, falha na equidade e justiça, fadiga, fragmentação das relações interpessoais e conflito de valores.

Maslach, Shaufeli e Leiter (2001) escrevem sobre os fatores situacionais – onde ocorre o *burnout*; e os fatores individuais – características demográficas, da personalidade e atitudes para com o trabalho. Gil-Monte e Peiró (1997), afirmam que as variáveis desencadeantes categorizam-se em três grupos: ambiente físico do trabalho e do conteúdo do posto; disfunções do papel, relações interpessoais e desenvolvimento da carreira, e por fim, o *stress* relacionado com as novas tecnologias e outros aspetos organizacionais, que incluem a estrutura e o clima organizacional. Como principais antecedentes organizacionais do *burnout*, Maslach (2009), redefine os conceitos, identificando a sobrecarga de trabalho, a falta de controlo, os sentimentos de recompensa insuficiente, a ausência de comunidade, a falta de justiça e o conflito de valores. Marques-Teixeira (2002) mantém como principais antecedentes o conflito de papéis, a sobrecarga do trabalho, os conflitos interpessoais, falta de autonomia e a falta de recompensa.

A problemática do *burnout* tem consequências sociais de primeira ordem, pois sendo um transtorno de adaptação crónico, prejudica a qualidade de vida do profissional e a qualidade do seu trabalho assistencial, originando um aumento dos custos económicos e sociais. Zamora, Castejón e Ibáñez (2004) acrescentam que os problemas resultantes do *burnout* podem ser de origem interpessoal, pessoal, ou comportamental, influenciando o rendimento no trabalho. Benevides-Pereira e Moreno-Jimenez (2003), caracterizam o *burnout* pela presença de quatro tipos de sintomas: os sintomas físicos, os psíquicos, comportamentais e os defensivos. Gil-Monte (2003), categoriza-os de sintomas emocionais, sintomas atitudinais, sintomas comportamentais e os sintomas psicossomáticos.

O *burnout* pode ter um carácter insidioso, surgindo de uma forma gradual, evoluindo lentamente do entusiasmo à decepção. Um trabalhador que pensa ser capaz de realizar tudo, torna-se um alvo natural de *burnout*.

2.1 – BURNOUT E A RELAÇÃO DE AJUDA – IMPLICAÇÃO NA ENFERMAGEM

Maslach e Jackson (1981) defendem que o trabalho contínuo com pessoas que estão em sofrimento, psicológico, social e/ou físico, pode causar *stress* crónico e ser emocionalmente desgastante, contribuindo para o risco de *burnout*. Isto afeta sobretudo os profissionais dos serviços humanos, como enfermeiros, médicos, psicólogos. As implicações a nível organizacional são diversas e o risco do desenvolvimento de atitudes e sentimentos negativos para com os utentes, inclusive considerando-os merecedores dos problemas, parece estar relacionado com a exaustão emocional.

Gil-Monte (2001), refere que as atitudes de despersonalização, a falta de realização profissional e a exaustão emocional ocorrem com frequência em quem trabalha diretamente com utentes, que acabam por desenvolver atitudes ou comportamentos disfuncionais no trabalho. Estão associadas a esta síndrome estratégias de *coping* inadequadas o que faz com que este estado se perpetue.

O ICN (2010, p. 41), na sua definição refere igualmente o *burnout* como um “processo de *coping* comprometido: depleção de energia devido a *stress* não aliviado, falta de apoio e de relações, conflitos entre as expectativas e a realidade”. Kristensen *et al.* (2005) também referem que é mais reconhecido entre os profissionais de saúde, nos quais o trabalho assenta na relação entre quem presta e quem recebe o serviço. Na perspetiva de Fonte (2011), o *burnout* é causado pelo envolvimento duradouro em situações de elevada exigência emocional no local de trabalho, instalando-se quando o individuo se confronta com o desfasamento entre as expectativas e as motivações pessoais e profissionais.

Nas profissões de ajuda, como no caso da Enfermagem, o núcleo central do trabalho situa-se nas relações humanas estabelecidas. Para Parreira (1998) e Sá (2008) devido ao contacto contínuo e exaustivo com outras pessoas, especialmente as que têm problemas ou são problemáticas, caminha-se para um aumento da tensão emocional crónica e esforço excessivo. Marques-Teixeira (2002) afirma que 25%-30% dos profissionais de saúde desenvolvem *burnout*, com sentimentos de exaustão emocional, despersonalização em relação aos seus utentes. Noutro estudo, Garcia (1990), salienta que as profissões com um risco especial são aquelas que lidam intimamente com pessoas que sofrem graves problemas físicos, mentais e sociais. Nestes casos, Mota-Cardoso *et al.* (2000) salientam a exaustão como sendo a dimensão prematura do sofrimento do *burnout*, no entanto a dimensão despersonalização seria possivelmente a mais grave.

Na opinião de Garcia (1990), os fatores que poderão estar relacionados com o *burnout* no exercício da enfermagem são a incongruência entre as ideias profissionais e a realidade; falta de controlo no posto de trabalho; ambiguidade sobre quem é que define a conduta laboral apropriada; falta de retorno acerca do valor do próprio esforço; consequência de uma relação direta, contínua e intensa com as pessoas. Queirós (2005) reafirma que as categorias mais referenciadas são as situações relativas às características do trabalho, sendo a subcategoria mais referenciada as características das tarefas, a sobrecarga de trabalho e as exigências organizacionais de interação. Para Delbrouck (2006) a exaustão é considerada uma doença do ideal, pois atinge indivíduos munidos de um ideal ego elevado que os faz desenvolverem uma imagem de si desfasada das suas verdadeiras personalidades. Para este autor (2006) estes dois fatores associam-se no sentido do *burnout*, podendo ser assumido como um estado de incongruência vivenciado pelo indivíduo, como um estado de desfasamento entre as exigências do contexto laboral e a sua capacidade de resposta. Dado se tratar de uma relação de ajuda, as instituições estimulam um envolvimento intenso em situações exigentes, tendo como principal objetivo a satisfação dos utentes e a rentabilidade da prestação de cuidados.

Para rematar, Vara e Queirós (2010), afirmam que um dos aspetos centrais das profissões de ajuda é a interação com as pessoas, desempenhando a regulação das emoções um papel importante nesta interação. As expectativas do trabalhador quanto ao seu trabalho e as interações no âmbito da sua tarefa profissional constituem fatores determinantes para a satisfação e desencadeiam emoções específicas. Zapf e Holz (2006) e Lourel *et al.* (2008) afirmam que as exigências do trabalho podem ser preditores da despersonalização e da exaustão emocional, tendo efeitos no bem-estar psicológico do profissional. Marques-Pinto e Chambel (2008) defendem que as situações laborais originam emoções que têm influência direta sobre as condutas e atitudes no contexto de trabalho, podendo ao longo do tempo conduzir ao desgaste emocional e ao *burnout*.

2.2 – BURNOUT E O COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY

A maioria dos estudos e investigações realizados em torno do *burnout* é com base no instrumento de medida Maslach *Burnout Inventory* (MBI) de Maslach e Jackson (1981). Este instrumento tem sido aplicado em mais de 90% dos estudos sobre o *burnout* em todo o mundo, o que lhe confere um monopólio nesta área. Esta preferência na utilização do MBI tornou a concetualização do *burnout* como sendo equivalente à forma de como o mesmo é medido, ou seja, o *burnout* será o que o MBI mede (SCHAUFELI, 1999).

Ainda que este instrumento (MBI) tenha sido o mais usado na década de 80, outros novos instrumentos estão a ser desenvolvidos na Europa, fato este que pressupõe uma reconceptualização do conceito de *burnout*. Um deles, na sua última versão, é o *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (BORRITZ e KRISTENSEN, 2004). Segundo Schaufeli e Taris (2005), com a introdução de uma nova ferramenta para medir o *burnout*, CBI, a discussão sobre as principais dimensões do conceito de *burnout* foi retomada. Este instrumento avalia o *burnout* em três dimensões, relacionadas com aspetos pessoais, do utente e do trabalho: “*personal burnout*”, “*work-related burnout*” e “*client-related burnout*” (BORRITZ e KRISTENSEN, 2004).

O CBI é um instrumento construído no âmbito do Projeto de *Burnout*, Motivação e Satisfação no Trabalho (PUMA), levado a cabo em 1997 (KRISTENSEN *et al.*, 2005). O estudo PUMA foi desenhado como um estudo de intervenção longitudinal desenvolvido ao longo de cinco anos, tendo como objetivos o estudo da prevalência e distribuição do *burnout*, as suas causas e consequências e as possíveis intervenções para minimizar o seu desgaste, caso necessário. Desta forma, o CBI foi desenvolvido para avaliar o *burnout* em trabalhadores de serviços humanos (BORRITZ e KRISTENSEN, 2004), isto é, serviços que trabalham para pessoas.

No que se refere às suas características psicométricas, os autores salientam os resultados encorajadores obtidos com a sua utilização.

A validação do CBI foi realizada em inúmeros estudos em diferentes culturas e países, em profissionais que trabalham na área dos cuidados de saúde.

Fonte (2011), no seu processo de validação e adaptação do CBI para a população portuguesa, analisou através de um processo de revisão, a utilização do instrumento nas diferentes culturas. Os resultados apresentados no quadro 1 (ANEXO I), mostram que na maioria dos estudos as amostras são predominantemente femininas, com uma média de idade que oscila entre os 29 e os 43 anos. No que concerne à área profissional, como seria de esperar, todos os participantes em todos os estudos desempenham a sua atividade em serviços humanos (FONTE, 2011).

Relativamente à tabela 1, que expressa os valores das características psicométricas dos instrumentos nas validações nos diferentes países, verifica-se que o valor de alfa de Cronbach oscila, para o *burnout* pessoal entre 0,93 e 0,83, para o *burnout* relacionado com o trabalho os valores oscilam entre 0,87 e 0,73 e para o *burnout* relacionado com o cliente os valores vão de 0,91 a 0,76. Esta estabilidade dos valores demonstra que os itens não são influenciados pela diversidade cultural das amostras (FONTE, 2011).

Tabela 1 – Características psicométricas do CBI na validação nos diferentes países

País Autor	Ano	Características Psicométricas		
		α <i>Burnout</i> Pessoal	α <i>Burnout</i> relacionado com o Trabalho	α <i>Burnout</i> relacionado com o Cliente
Dinamarca Borritz e Kristensen	2004	0,87	0,87	0,85
Japão Shimizutani, <i>et al.</i>	2004	0,91	0,75	0,85
Taiwan Yeh, W-Y. <i>et al.</i>	2004	0,93	0,86	-
Austrália Winwood e Winefield	2004	0,89	0,79	0,85
Canadá Bourbonnai, <i>et al.</i>	2006	0,88	0,86	0,79
Nova Zelândia Milfont, <i>et al.</i>	2007	0,87	0,87	0,79
Irlanda do Norte Quinn	2007	0,88	0,81	0,76
África do Sul Williams, C.	2007	0,91	0,86	0,88
Estados Unidos da América Wahl, S. E.	2008	0,92	0,80	0,91
Suécia Liljegren e Ekberg	2008	0,90	0,73	0,88
Austrália Benson, <i>et al.</i>	2009	0,83	0,82	0,83

Fonte: FONTE, 2011, p. 33

Como se verifica pela análise da tabela 2, relativamente ao *burnout* pessoal os valores médios oscilam entre 35,90 e 54,50; relativamente ao *burnout* relacionado com o trabalho os valores estão compreendidos entre 33,00 e 51,98; em relação ao *burnout* relacionado com o cliente, estes valores variam entre 22,20 e 43, 57. Destaca-se o fato de o *burnout* pessoal apresentar valores mais elevados (54,50) no estudo de Shimizutani e colaboradores, levado a cabo no Japão. O valor mais baixo de *burnout* foi encontrado no estudo de Benson e colaboradores, conduzido na Austrália, estando relacionado com o cliente. Da análise dos valores de cada uma das três subescalas do *burnout* verifica-se que é no *burnout* relacionado com o trabalho que os trabalhadores apresentam níveis mais elevados, por outro lado, é no *burnout* relacionado com o cliente onde se verificam os níveis mais baixos (FONTE, 2011).

Tabela 2 – Caracterização das amostras relativas às dimensões do *burnout* do CBI nos diferentes países

País Autor	Ano	Valores Médios do CBI					
		<i>Burnout</i> Pessoal		<i>Burnout</i> relacionado com o Trabalho		<i>Burnout</i> relacionado com o Cliente	
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Dinamarca Borritz e Kristensen	2004	35,90	16,50	33,00	17,70	30,90	17,60
Japão Shimizutani, <i>et al.</i>	2004	54,50	21,60	50,40	20,90	33,80	20,90
Taiwan Yeh, W-Y. <i>et al.</i>	2004	45,00	17,10	36,80	15,60	-	-
Austrália Winwood e Winefield	2004	40,90	19,90	36,60	20,30	33,30	20,10
Irlanda do Norte Quinn, G. M.	2007	44,00	20,70	45,40	16,60	43,00	17,70
Nova Zelândia Milfont, T. M. <i>et al.</i>	2007	43,00	17,70	41,50	18,30	40,40	16,30
Africa do Sul Williams, C.	2007	44,50	22,14	42,23	20,27	31,82	21,20
Estados Unidos da América Wahl, S. E.	2008	44,06	22,56	46,79	18,76	29,17	23,34
Suécia Liljegren e Ekberg	2008	44,10	19,10	38,40	19,60	36,20	19,40
Taiwan Tsai, F. J. e Chan, C. C.	2009	49,97	20,67	51,36	16,31	43,57	17,44
Taiwan Tsai, F. J. <i>et al.</i>	2009	51,92	21,08	51,98	14,79	37,52	13,37
Austrália Benson, <i>et al.</i>	2009	39,50	15,30	35,50	15,30	22,20	15,70

Fonte: FONTE, 2011, p. 34

Como referido anteriormente, o estudo PUMA (KRISTENSEN *et al.*, 2005) avaliou os níveis de *burnout* em diferentes profissões, de entre as quais, a enfermagem. Assim, pela análise da tabela 3, constata-se que os níveis de *burnout* pessoal são mais baixos nos enfermeiros chefes. Em relação ao *burnout* relacionado com o trabalho verifica-se que os níveis médios oscilam entre 35,00 nos enfermeiros e mais baixo nos enfermeiros chefes (28,80). No que concerne ao *burnout* relacionado com os clientes são também os enfermeiros chefes que experimentam níveis mais baixos (FONTE, 2011).

Tabela 3 – Pontuações de *burnout* das subescalas do CBI para as 15 principais profissões no estudo de referência – PUMA

	<i>Burnout</i> Pessoal		<i>Burnout</i> relacionado com Trabalho		<i>Burnout</i> relacionado com Cliente	
	Profissões	Média	Profissões	Média	Profissões	Média
1	Parteiras	44,7	Parteiras	43,5	Guardas Prisionais	41,2
2	Ajudantes de Lar	43,1	Ajudantes de Lar	41,8	Parteiras	38,4
3	Secretárias Hospitalares	39,4	Médicos Hospitalares	39,8	Ajudantes de Lar	35,9
4	Trabalhadores Sociais	38,8	Secretárias Hospitalares	37,8	Trabalhadores Sociais	34,1
5	Assistentes Sociais	38,7	Auxiliares de Enfermagem	36,1	Assistentes Sociais	33,1
6	Enfermeiros Distritais	38,4	Assistentes Sociais	35,8	Auxiliares de Enfermagem	31,4
7	Auxiliares de Enfermagem	37,9	Enfermeiros	35,0	Enfermeiros	29,7
8	Enfermeiros	36,9	Trabalhadores Sociais	34,6	Supervisores	26,8
9	Médicos Hospitalares	36,6	Guardas Prisionais	32,6	Médicos Hospitalares	26,7
10	Pessoal Administrativo	35,0	Enfermeiros Distritais	31,4	Pessoal Administrativo	26,3
11	Guardas Prisionais	33,0	Pessoal Administrativo	29,8	Ajudantes de Lar	26,2
12	Ajudantes de Lar	32,6	Médico Chefe	28,8	Médicos Chefe	25,8
13	Médicos Chefe	31,3	Enfermeiros Chefe	28,8	Enfermeiros Distritais	25,3
14	Supervisores	30,8	Supervisores	27,9	Secretárias Hospitalares	21,4
15	Enfermeiros Chefe	29,5	Ajudantes de lar	26,4	Enfermeiros Chefe	19,7
	Média	35,9	Média	33,0	Média	30,9

Fonte: FONTE, 2011, p. 35

No estudo de Fonte (2011) realizado com 228 enfermeiros portugueses os resultados evidenciam que os enfermeiros apresentam níveis baixos de *burnout* nas três subescalas do CBI.

Em relação ao *burnout* pessoal a média obtida foi de 41,63, o que revela um nível baixo de *burnout*. O desvio padrão de 15,30 obtido sugere a existência de dispersão quanto ao *burnout* dos inquiridos. O enfermeiro com nível mais baixo de *burnout* obteve uma pontuação de 8,33 e aquele que apresentou o valor mais elevado obteve 79,17 (FONTE, 2011).

No *burnout* relacionado com o trabalho o valor médio é de 44,67, revelando um nível baixo de *burnout*. O desvio padrão de 16,72 indica a existência de dispersão. O enfermeiro cuja pontuação mais baixa foi encontrada obteve 7,14 (FONTE, 2011).

No *burnout* relacionado com o cliente a média foi de 37,50, revelando que os enfermeiros do estudo apresentam um nível baixo de *burnout*. O desvio padrão de 18,82

indica a existência de dispersão do *burnout* relacionado com os clientes. No seu estudo, o enfermeiro com nível mais baixo de *burnout* relacionado com o cliente apresentou uma pontuação média de 0,00, sendo que o inquirido com o nível mais elevado de *burnout* relacionado com o cliente obteve uma pontuação média de 87,50 (FONTE, 2011).

Terminamos esta primeira parte referindo que o conceito de *burnout*, apesar de amplamente estudado, continua a ser um dos mais importantes indicadores da saúde mental dos trabalhadores, particularmente dos enfermeiros. Como se pode constatar pela revisão efetuada, a sua medição pode ser feita com recurso a vários instrumentos, contudo, o CBI, recentemente validado para a população portuguesa, parece-nos, ser o instrumento mais adequado para a medição do *burnout* dos enfermeiros portugueses. Neste sentido, tendo em consideração o desenvolvimento do conceito de *burnout*, e as orientações dos autores quanto ao uso do CBI, pretendemos, no ponto que se segue, analisar os níveis de *burnout* de uma amostra constituída por Enfermeiros.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

3 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Nesta parte do nosso estudo iremos, com base no enquadramento teórico realizado, desenvolver um conjunto de estratégias metodológicas que nos permitirão analisar os níveis de *burnout* nos enfermeiros da Unidade de Desabilitação de Coimbra, do Instituto da Droga e Toxicoddependência, Instituto Público.

Deste modo propomos-nos descrever e explicar a questão principal que norteou a nossa investigação assim como os objetivos que nos propusemos alcançar; as variáveis; o local onde se desenvolveu o estudo assim como a nossa população alvo, o instrumento de colheita de dados utilizado e os procedimentos estatísticos realizados. Por último apresentaremos e discutiremos os resultados.

3.1 – DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Nesta investigação, como já referimos, propomos-nos analisar os níveis de *burnout* nos enfermeiros da Unidade de Desabilitação de Coimbra, do Instituto da Droga e Toxicoddependência, Instituto Público, assim, consideramos pertinente

- Avaliar os níveis de *burnout* dos enfermeiros da Unidade de Desabilitação de Coimbra do Instituto da Droga e Toxicoddependência, Instituto Público;
- Avaliar a relação do *burnout* com as características sociodemográficas, profissionais e individuais.

Com efeito, consideramos de importância maior para o desenvolvimento científico o conhecimento da realidade em que vivemos pois, só assim, poderemos tomar medidas que possam ser eficazes para resolver os problemas existentes.

Assim, com nos objetivos que definimos, construímos a nossa questão de partida: Quais os níveis de *burnout* dos enfermeiros da Unidade de Desabilitação de Coimbra?

Traçamos também algumas questões secundárias:

O *burnout* relacionado com o utente¹ é mais elevado do que o *burnout* pessoal e o *burnout* relacionado com o trabalho nos enfermeiros da Unidade de Desabilitação de Coimbra do Instituto da Droga e Toxicoddependência, Instituto Público?

¹ Segundo Fonte (2011), o termo “cliente” pode ser adaptado ao contexto do estudo, pelo que nesta investigação será utilizado o termo “utente”.

Existe relação entre o *burnout* e as características sociodemográficas nos enfermeiros da Unidade de Desabilitação de Coimbra do Instituto da Droga e Toxicod dependência, Instituto Público?

Existe relação entre o *burnout* e as características profissionais nos enfermeiros da Unidade de Desabilitação de Coimbra do Instituto da Droga e Toxicod dependência, Instituto Público?

Existe relação entre o *burnout* e as características individuais nos enfermeiros da Unidade de Desabilitação de Coimbra do Instituto da Droga e Toxicod dependência, Instituto Público?

Estas questões servem de base ao desenvolvimento de todo o estudo, permitindo-nos através dos dados obtidos fazer uma reflexão mais alargada, sobre esta problemática tão atual.

3.2 – VARIÁVEIS

Tendo por base a revisão teórico-conceitual que levámos a efeito, os objetivos que se pretendem alcançar e as questões traçadas, porque nos irão permitir analisar os níveis de *burnout* dos enfermeiros da Unidade de Desabilitação de Coimbra, do Instituto da Droga e Toxicod dependência, Instituto Público, distinguimos dois tipos de variáveis:

- Variável Independente: Características sociodemográficas, profissionais e individuais.
- Variável Dependente: O *burnout* dos enfermeiros.

A operacionalização destas variáveis encontra-se explanada no ponto 3.7 (Instrumento de Recolha de Dados) deste documento.

3.3 – TIPO DE ESTUDO

Foi efetuada uma investigação descritiva que nos permitiu de acordo com os nossos objetivos avaliar os níveis de *burnout* dos enfermeiros da UDC, do IDT, IP e analisar a relação entre os níveis de *burnout* dos enfermeiros da UDC, do IDT, IP e as características sociodemográficas, profissionais e individuais.

Delineamos para esta pesquisa, um estudo quantitativo, não-experimental, transversal, descritivo-correlacional e explicativo, com o qual se procura estudar o modo como as características sociodemográficas, profissionais e individuais influenciam os níveis de *burnout* dos enfermeiros da UDC, do IDT, IP.

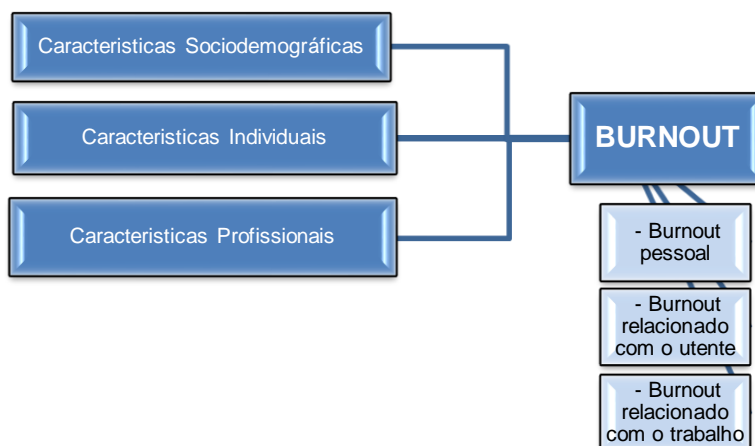
De uma forma sintética pode afirmar-se que o tipo de pesquisa equacionada para este estudo engloba as seguintes características:

- Segue métodos do estudo de análise quantitativa – pois pretende-se garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação;
- Insere-se no tipo de investigação não experimental - pois não procuramos manipular as variáveis em estudo, embora seja nossa intenção obter evidências para explicar por que ocorre um determinado fenómeno, ou seja proporcionar ou certo sentido de causalidade (SAMPIERI *et al.*, 2003);
- Trata-se de estudo transversal, pois “caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento actual, ou existir desde algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo” (CAMPANA *et al.*, 2001, p.129);
- Possui as características de um estudo descritivo e correlacional - pois se por um lado recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisem especificando as suas propriedades e características oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos categorias ou variáveis (Sampieri *et al.*, 2003), ou como refere Fortin (1999, p.371) “assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha activamente para influenciar estas variáveis”;
- É um estudo explicativo – já que o seu propósito é o de responder às causas dos eventos, sucessos e fenómenos físicos e sociais (FORTIN, 2009; POLIT, BECK, HUNGLER, 2006).

3.4 – DESENHO DE ESTUDO

Tendo em conta os objetivos e as questões, elaboramos a representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis. A figura 1 pretende esclarecer as relações das variáveis independentes com o *burnout*. Nesta investigação, as variáveis estão articuladas seguindo a seguinte representação.

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis



3.5 – LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo desenrolou-se no âmbito do ensino clínico III, na Unidade de Desabituação de Coimbra, do Instituto da Droga e Toxicoddependência, Instituto Público.

3.6 – PARTICIPANTES

Para o nosso estudo recorreremos a uma amostragem não probabilística por conveniência que teve por base os enfermeiros que exercem funções na UDC, do IDT, IP no momento da realização do ensino clínico III do I Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu.

Procurando pautar a nossa atuação em todo o processo de investigação por uma rigorosa conduta ética, foi solicitada a autorização formal para aplicação dos questionários à direção da UDC, do IDT, IP. O parecer foi positivo através de resposta verbal e escrita. Fizeram parte da amostra oito enfermeiros que à data da colheita dos dados exerciam funções na UDC, do IDT, IP.

Entre a data do ensino clínico e a realização do estudo o IDT, IP reestruturou alguns serviços, decorrendo a não renovação de contrato e a mobilidade de Enfermeiros da UDC, de 14 enfermeiros ficaram 10 enfermeiros a desempenhar funções. Foram mobilizados 2

Enfermeiros em acumulação de funções e os outros 2 com tempo completo. Foi ainda reduzido o horário acrescido a 2 enfermeiros do serviço.

A aplicação do questionário foi efetuada no mês de Fevereiro de 2012, tendo respondido ao mesmo oito enfermeiros, ou seja, 80% da amostra inicial.

3.6.1 – Caracterização sociodemográfica da Amostra

Verifica-se pela observação da tabela 4 que a distribuição dos enfermeiros pela variável sexo reflete-se em 62,5% de indivíduos do sexo feminino e 37,5% do sexo masculino. No que respeita ao estado civil, 80% dos enfermeiros são casados ou vivem em união de fato, enquanto 20% são solteiros. Quanto às habilitações literárias todos os enfermeiros são licenciados.

Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica dos Enfermeiros (N=8)

Sexo	N	%
Feminino	5	62,5
Masculino	3	37,5
Estado civil	N	%
Solteiro(a)	2	20
Casado(a)\União de Fato	6	80
Divorciado(a)\Separado(a)	0	0
Viúvo(a)	0	0
Habilitações literárias	N	%
Bacharelato	0	0
Licenciatura	8	100
Mestrado	0	0
Doutoramento	0	0

A média das idades é de 33,75 (DP 5,26), oscilando entre um mínimo de 27 e um máximo de 40 anos.

Tabela 5 – Caracterização da idade dos Enfermeiros

N	Min.	Máx.	Média	Desvio-padrão
8	27	40	33,75	5,26

3.7 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento contempla um questionário sociodemográfico, profissional e individual, e o CBI, num total de 39 questões (APÊNDICE I).

3.7.1 – Questionário Sociodemográfico, Profissional e Individual

O questionário sociodemográfico, profissional e individual é constituído por vinte questões.

A parte I, características sociodemográficas, é composta por quatro questões (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias).

Na parte II é realizada a categorização profissional, com oito questões (categoria profissional, exercício de funções noutra instituição, carga horária, tipo de horário, vínculo profissional, tempo de exercício na enfermagem e na instituição).

Por fim, restam oito questões sobre fatores individuais – parte III (último período de férias, se no último mês pensaram alguma vez em mudar de profissão, instituição ou serviço, se estão naquele serviço por opção, faltas ao serviço no último mês e ano e por fim solicita-se que classifiquem a atividade desempenhada no serviço).

3.7.2 – Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

Para avaliar o *burnout* foi utilizado o CBI, como já referido anteriormente, este novo instrumento de mensuração teve a sua origem no PUMA, iniciado em 1997, na Dinamarca (BORRITZ e KRISTENSEN, 2004), em trabalhadores de setores dos serviços humanos. Este inventário, como se pode ler pela tabela 6, é composto por três escalas de medida relacionadas com os aspetos pessoais “*personal burnout*”, do trabalho “*work-related burnout*” e do utente “*client-related burnout*” e pode ser utilizado em diversos domínios (BORRITZ e KRISTENSEN, 2004).

O CBI é constituído por dezanove questões, segundo três subescalas (ANEXO II):

Tabela 6 – Identificação das subescalas do CBI

Sub-Escalas do CBI	Nº dos itens
<i>Burnout</i> Pessoal	2, 4, 7, 9, 10, 11
<i>Burnout</i> relacionado com o Trabalho	3, 5, 8, 12, 13, 14, 17

- **Burnout pessoal:** avalia o grau de exaustão física e psicológica e também da exaustão experienciada pela pessoa. Aplica-se a todos os trabalhadores e diz respeito aos sintomas gerais de exaustão física ou mental, que nem sempre estão relacionados com uma determinada situação em particular no ambiente de trabalho. É constituído por seis questões (BORRITZ e KRISTENSEN, 2004). A pontuação total da escala é a média do *score* dos itens, sendo a pontuação: Sempre – 100, Frequentemente – 75, Às vezes – 50, Raramente – 25, Nunca/quase nunca – 0. Considera-se como um elevado nível de *burnout* os valores iguais ou superiores a cinquenta pontos (FONTE, 2011).
- **Burnout relacionado com o trabalho:** avalia o grau de fadiga física e psicológica e exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho. Diz respeito os sintomas de exaustão que estão relacionados com o trabalho da pessoa sendo aplicável a todos os trabalhadores. É constituída por sete questões (BORRITZ e KRISTENSEN, 2004). Relativamente às pontuações, nas questões 13, 14 e 17, verifica-se: Muito – 100, Bastante – 75, Assim, assim – 50, Pouco – 25 e Muito pouco – 0. Nas questões 3, 5 e 8 a pontuação será: Sempre – 100, Frequentemente – 75, Às vezes – 50, Raramente – 25, Nunca/quase nunca – 0. Na questão 12 os *scores* são invertidos, isto é: Nunca/quase nunca – 100, Raramente – 75, Às vezes – 50, Frequentemente – 25 e Sempre – 0. A pontuação total da escala é a média dos *scores* dos itens. Considera-se um elevado nível de *burnout* os valores iguais ou superiores a cinquenta pontos (FONTE, 2011).
- **Burnout relacionado com o utente:** avalia o grau de exaustão física e psicológica que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho com os utentes. Refere-se aos sintomas de exaustão relacionados com o trabalho com os utentes e aplica-se aos trabalhadores de serviços humanos. É constituído por seis questões (BORRITZ e KRISTENSEN, 2004). Nas questões 15, 16, 18 e 19 verificam-se as seguintes pontuações: Muito – 100, Bastante – 75, Assim, assim – 50, Pouco – 25 e Muito pouco – 0. Nas restantes verifica-se: Sempre – 100, Frequentemente – 75, Às vezes – 50, Raramente – 25 e Nunca/quase nunca – 0. A pontuação total da escala é a média dos *scores* dos itens. Considera-se um nível elevado de *burnout* aos valores iguais ou superiores a cinquenta pontos (Fonte, 2011).

No estudo PUMA também se considerou como um elevado nível de *burnout* os valores iguais ou superiores a cinquenta pontos (BORRITZ e KRISTENSEN, 2004).

O CBI tem apresentado resultados encorajadores no que se refere às suas propriedades psicométricas para a população dinamarquesa, onde os autores obtiveram resultados que apresentam uma boa fidelidade interna, sendo o *alfa de Cronbach* de 0,87 para o *burnout* pessoal, 0,87 para o *burnout* relacionado com o trabalho e 0,85 para o *burnout* relacionado com o utente (BORRITZ e KRISTENSEN, 2004).

Fonte (2011) no processo de validação do CBI para a população portuguesa analisou a sua utilização em profissionais que trabalham na área dos serviços de saúde, em diferentes países e verificou que os valores do alfa de *Cronbach* da totalidade das três subescalas não são influenciados pela diversidade cultural das amostras. Neste estudo, o CBI revelou boas qualidades psicométricas na sua adaptação para a população portuguesa, indo assim ao encontro dos resultados obtidos por Borritz e Kristensen (2004). Os valores do alfa de *Cronbach* obtidos pelo autor foram, para *burnout* pessoal, 0,845, para o *burnout* relacionado com o trabalho, 0,866 e para o *burnout* relacionado com o utente, 0,843. O instrumento foi aplicado a enfermeiros que exercem funções numa instituição hospitalar do centro do país.

A análise da consistência interna da escala e dos seus itens foi confirmada pelos valores dos coeficientes de *alfa de Cronbach* nas três subescalas do *burnout*, pelo que a versão portuguesa do CBI revela-se fiável e precisa. As subescalas apresentam também uma boa validade convergente, discriminante e concorrente, sendo que nenhum item se correlaciona mais com as restantes escalas do que com a sua própria (FONTE, 2011). Estes resultados insinuam que o CBI avalia com sucesso os níveis de *burnout* pessoal, relacionado com o trabalho e relacionado com o utente (FONTE, 2011)

3.8 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

Procurando pautar a nossa atuação em todo o processo de investigação por uma rigorosa conduta ética, foi solicitada a autorização formal para aplicação dos questionários ao Diretor da UDC, do IDT, IP, para a realização do estudo durante o ensino clínico III (APÊNDICE II).

Apresentamos à direção o nosso projeto e os objetivos do mesmo.

Foi solicitado o preenchimento de um questionário.

Comprometemo-nos que seria garantida a completa confidencialidade quaisquer que fossem os resultados e que a participação seria voluntária.

Nos dias e horas aprazados e a anteceder a aplicação do instrumento de colheita foi explicado aos enfermeiros o tema, os objectivos e a colaboração que deles se pretendia, reforçando-se uma vez mais o carácter de voluntariedade de participação no estudo. Procedemos à sua distribuição e apelamos à sinceridade no seu preenchimento.

Para o uso do CBI, foi realizado o pedido de autorização por correio eletrónico ao autor da adaptação e validação para a população portuguesa (APÊNDICE III).

3.9 – PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO PARA A ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados, utilizar-se-á a estatística descritiva e a estatística analítica ou inferencial. Com a estatística descritiva determinaremos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central como médias e medidas dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão.

Com a estatística inferencial prevemos usar testes paramétricos e não paramétricos nomeadamente:

- Teste de qui quadrado (X^2) - para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal 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. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para $p=0.05$ (PESTANA e GAGEIRO, 2005).

Na análise estatística utilizar-se-ão os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$ * - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

A apresentação dos resultados efetuar-se-á com o recurso de tabelas (APÊNDICE IV), onde se apresentarão os dados mais relevantes.

4 – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados relativos à análise dos itens, consistência interna do instrumento e estatística descritiva das variáveis em estudo.

4.1 – CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS E INDIVIDUAIS

A caracterização profissional dos enfermeiros tem por base o estudo das variáveis relacionadas com o trabalho na UDC, estando expressa na tabela 7. Em relação à categoria profissional 100% respondeu que são enfermeiros, não havendo nenhum enfermeiro especialista. Quanto à exclusividade de funções, 37,5% dos inquiridos exerce funções noutra instituição, enquanto 62,5% apenas trabalha na UDC. Relativamente à carga laboral, 85,5% exercem 35h semanais e apenas 12,5% se encontra em regime de acumulação de funções trabalhando menos de 35h por semana. Em relação ao horário praticado, todos os enfermeiros trabalham por turnos. Quanto ao vínculo, apesar de todos os enfermeiros terem um contrato por tempo indeterminado, apenas 87,5% têm contrato por tempo indeterminado em funções públicas.

Tabela 7 – Caracterização profissional dos Enfermeiros (N=8)

Categoria profissional	N	%
Enfermeiro	8	100
Enfermeiro Especialista	0	0
Enfermeiro Chefe/Responsável	0	0
Exerce funções noutra instituição	N	%
Sim	3	37,5
Não	5	62,5
Carga horária semanal	N	%
35 horas	7	87,5
> de 35 horas	0	0
< de 35 horas	1	12,5
Horário praticado	N	%
Turnos	8	100
Fixo	0	0
Vínculo	N	%
C. Tempo Certo	0	0
C. Tempo Indeterminado	1	12,5
C. Tempo Indeterminado em Funções Públicas	7	87,5

Quanto ao tempo de exercício como enfermeiro (tabela 8), o valor mínimo é de 4 anos e o máximo é de 17 anos, com um valor médio de 10,5 anos para um desvio padrão de 5,32 anos.

O tempo de exercício na instituição e no serviço têm um valor mínimo de 3 anos e máximo de 15 anos. O tempo de exercício na instituição tem uma média de 8,25 anos com um desvio padrão de 4,74. O tempo de exercício no serviço tem uma média de 8 anos, sendo o desvio padrão de 4,81 anos.

Tabela 8 – Caracterização do Tempo de exercício dos Enfermeiros (N=8)

	Min.	Máx.	Média	Desvio-padrão
Tempo de exercício como Enfermeiro	4	17	10,50	5,32
Tempo de exercício na Instituição	3	15	8,25	4,74
Tempo de exercício no Serviço	3	15	8,00	4,81

Na caracterização individual, expressa na tabela 9, 50% dos enfermeiros refere que já pensou em mudar de profissão; 62,5% já pensaram em mudar de instituição e 75% já pensaram em mudar de serviço. Apesar destes valores refletirem a vontade de mudança, 87,5% refere que está no serviço por opção, sendo que apenas um dos participantes refere não estar no serviço por opção.

Relativamente à classificação da atividade desempenhada, 62,5% classificam-na como boa e 37,5% classificam-na como muito boa. Nenhum dos participantes a classificou como menos boa.

Tabela 9 – Caracterização Individual dos Enfermeiros (N=8)

Pensou mudar de profissão	N	%
Sim	4	50
Não	4	50
Pensou mudar de Instituição	N	%
Sim	5	62,5
Não	3	37,5
Pensou mudar de Serviço	N	%
Sim	6	75
Não	2	25
Está no Serviço por opção	N	%
Sim	7	87,5
Não	1	12,5
Classificação da atividade desempenhada	N	%
Menos Boa	0	0
Satisfatória	0	0
Boa	5	62,5
Muito Boa	3	37,5

Na restante caracterização individual, expressa na tabela 10, quando inquiridos sobre a última vez que tiraram férias, 50% refere que teve há 2 meses, enquanto 37,5% tiveram férias no último mês e 12,5% tiveram férias há 3 meses.

Quanto à taxa de absentismo, 100% nega faltas no último mês, enquanto 87,5% nunca faltaram no último ano, enquanto 12,5% assumiram faltar raramente no último ano.

Tabela 10 – Caracterização Individual dos Enfermeiros: Férias e Absentismo (N=8)

Últimas férias (mês)	N	%
1	3	37,5
2	4	50
3	1	12,5
Faltas no último mês	N	%
Nunca	8	100
Raramente	0	0
Algumas vezes	0	0
Muitas vezes	0	0
Faltas no último ano	N	%
Nunca	7	87,5
Raramente	1	12,5
Algumas vezes	0	0
Muitas vezes	0	0

4.2 – ANÁLISE DESCRITIVA DO *BURNOUT*

Da análise dos resultados da tabela 11, constata-se que os enfermeiros da UDC apresentam níveis de *burnout* elevados (52,14), pois apresentam valores superiores a 50, que segundo o estudo PUMA é considerado um nível de *burnout* elevado. O desvio padrão é de 13,91 o que revela que existe dispersão em relação ao *burnout* dos inquiridos. A pontuação oscila entre um valor mínimo de 34,21 e máximo de 73,68.

Em relação à pontuação das subescalas relativamente ao *burnout* pessoal as pontuações variam entre 29,17 e 70,83, a média foi de 48,44 o que revela um baixo nível de *burnout*. O desvio padrão foi de 13,51 o que sugere que existe dispersão em relação aos valores de *burnout* pessoal dos inquiridos. No que diz respeito ao *burnout* relacionado com o trabalho as pontuações oscilam entre um valor mínimo de 28,57 e um valor máximo de 67,86. A média foi de 50,89 revelando neste caso um elevado nível de *burnout* entre os enfermeiros segundo os autores da escala. Um DP de 13,91 indica a existência de dispersão de *burnout* relacionado com o trabalho. Em relação ao *burnout* relacionado com o utente as pontuações variam entre 29,17 e 83,33. A média obtida foi de 57,29 o que revela

um elevado nível de *burnout* entre os enfermeiros. O desvio padrão foi de 17,78 o que sugere a existência de dispersão em relação aos valores de *burnout* dos inquiridos.

Ao analisarmos os valores das subescalas pode-se verificar que o *burnout* relacionado com o utente é o que apresenta valores mais elevados (57,29), contrastando com o *burnout* pessoal (48,44) que apresenta os valores mais baixos.

Tabela 11 – Caracterização do *Burnout* (N=8)

	Min.	Máx.	Média	Desvio-padrão
<i>Burnout</i> Pessoal	29,17	70,83	48,44	13,51
<i>Burnout</i> relacionado com o Trabalho	28,57	67,86	50,89	13,19
<i>Burnout</i> relacionado com o Cliente	29,17	83,33	57,29	17,78
CBI	34,21	73,68	52,14	13,91

Para uma melhor compreensão dos resultados optámos por analisar cada um dos questionários individualmente. Desta análise podemos afirmar que 50% dos enfermeiros apresentam níveis elevados de *burnout* e *burnout* pessoal, enquanto 62,5% dos enfermeiros apresentam altos níveis de *burnout* relacionado com o trabalho e com o utente. Constata-se também que as questões com a média de pontuação mais elevada, são a questão 13 “O seu trabalho é emocionalmente desgastante?” e a questão 19 “Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?” (APÊNDICE V).

4.3 – CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO CBI

Os itens do instrumento utilizado como medida da variável dependente presente no estudo foram objeto de uma avaliação das respetivas propriedades, mediante o cálculo da média, desvio-padrão, bem como da apreciação da consistência interna através do alfa de *Cronbach*.

A consistência interna é encontrada com base na média das intercorrelações entre todos os itens. Uma boa consistência interna segundo Pais Ribeiro (1999) deve exceder um alfa de *Cronbach* de 0,80. Uma consistência interna aceitável são aquelas com valores acima de 0,60.

Analisando a tabela seguinte (tabela 12), relativa à fidelidade do CBI, pode-se afirmar que apresenta uma boa consistência interna pois apresenta um valor de alfa de *Cronbach* de 0,924. A subescala do *burnout* pessoal apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,755; a subescala relativa ao *burnout* relacionado com o trabalho apresenta um alfa de *Cronbach* de

0,727; finalmente a subescala *burnout* relacionado com o utente apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,873. Estes valores são abonatórios de uma consistência interna aceitável para as três subescalas do CBI, sendo consentâneos com os valores obtidos pelo autor original e por Fonte (2011) no processo de validação para a população portuguesa. Estes valores são igualmente concordantes com alguns dos estudos já referidos na primeira parte deste documento descritos por Fonte (2011) como: Shimizutani, *et al.* (2004), Winwood e Winefield (2004), Bourbonnai (2006), Quinn (2007), Milfont (2007), Williams (2007), Wahl (2008), Arneson e Liljegren (2005), Berson (2009).

Tabela 12 – Estatística relativa à fidelidade do CBI

		Média	Desvio-padrão	α
CBI	Questão 1	43,75	22,16	0,924
	Questão 2	56,25	17,68	
	Questão 3	53,12	16,02	
	Questão 4	46,87	20,86	
	Questão 5	37,50	23,14	
	Questão 6	37,50	26,73	
	Questão 7	56,25	17,68	
	Questão 8	34,37	22,90	
	Questão 9	40,62	26,52	
	Questão 10	53,12	16,02	
	Questão 11	37,50	18,90	
	Questão 12	46,87	24,77	
	Questão 13	75,00	23,14	
	Questão 14	56,25	17,68	
	Questão 15	59,37	26,52	
	Questão 16	56,25	25,88	
	Questão 17	53,12	20,86	
	Questão 18	59,37	18,60	
	Questão 19	87,50	13,36	
Burnout Pessoal	Questão 2	56,25	17,68	0,755
	Questão 4	46,87	20,86	
	Questão 7	56,25	17,68	
	Questão 9	40,62	26,52	
	Questão 10	53,12	16,02	
Burnout relacionado com o Trabalho	Questão 11	37,50	18,89	0,727
	Questão 3	53,12	16,02	
	Questão 5	37,50	23,14	
	Questão 8	34,37	22,90	
	Questão 12	46,87	24,77	
	Questão 13	75,00	23,14	
Burnout relacionado com o Cliente	Questão 14	56,25	17,68	0,873
	Questão 17	53,12	20,86	
	Questão 1	43,75	22,16	
	Questão 6	37,50	26,73	
	Questão 15	59,37	26,52	
	Questão 16	56,25	25,88	
	Questão 18	59,37	18,60	
	Questão 19	87,50	13,36	

4.4 – ANÁLISE DAS CORRELAÇÕES

Estabelecemos as correlações entre as variáveis (sociodemográficas, profissionais e individuais) e a variável dependente, *burnout*. A tabela 13 apresenta esses resultados.

Analisando em primeiro lugar a correlação entre as variáveis sociodemográficas, profissionais, individuais e o CBI, não se verificam relações estatisticamente significativas.

Também não se verificam relações estatisticamente significativas entre estas variáveis e as subescalas *burnout* pessoal, *burnout* relacionado com trabalho e *burnout* relacionado com o utente.

Tabela 13 – Matriz de Intercorrelações

	CBI	<i>Burnout</i> Pessoal	<i>Burnout</i> rel. c\ Trabalho	<i>Burnout</i> rel. c\ Utente
Sexo	0,44	0,44	0,24	0,44
Idade		0,28	0,28	0,28
Estado civil	0,50	0,24	0,24	0,24
Habilitações literárias	-	-	-	-
Categoria profissional	-	-	-	-
Exerce noutra instituição	0,44	0,44	0,44	0,44
Carga horária semanal	0,75	0,24	0,24	0,24
Horário praticado	-	-	-	-
Vínculo	0,24	0,24	0,24	0,24
Tempo Enfermagem	0,30	0,30	0,30	0,30
Tempo Instituição		0,37	0,28	0,37
Tempo Serviço	0,22	0,30	0,30	0,30
Últimas Férias	0,56	0,32	0,32	0,32
Mudar de Profissão	0,42	0,42	0,24	0,42
Mudar de Instituição	0,24	0,24	0,24	0,24
Mudar de Serviço	0,24	0,24	0,24	0,24
Opção por Serviço	0,24	0,75	0,24	0,75
Faltas último mês	-	-	-	-
Faltas último ano	0,75	0,24	0,24	0,24
Classificação Desempenho	0,44	0,44	0,24	0,44

X²:qui-quadrado de Pearson (correlação significativa a p<0,05)

5 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados do estudo empírico, efetuamos de seguida a discussão dos mesmos, procurando lê-los com base no enquadramento teórico-concetuado, evidenciando os seus significados e retirando as implicações teóricas, empíricas e práticas.

No que concerne à *avaliação dos níveis de burnout dos enfermeiros da UDC*, a nossa amostra manifesta um valor do CBI de 52,14, o que segundo Borritz e Kristensen (2004) é consistente com a existência de altos níveis de *burnout*, respondendo à questão: **Quais os níveis de burnout dos enfermeiros da UDC?** Pela análise às subescalas podemos afirmar da existência baixos níveis de *burnout* pessoal, por outro lado encontramos altos níveis de *burnout* relacionado com o trabalho e com o utente. Estes valores não vão ao encontro do estudo de Fonte (2011) com enfermeiros portugueses, no qual afirma que a maioria da amostra inquirida refletiu níveis baixos de *burnout*. No estudo de Fonte (2011) e em relação à análise das subescalas do CBI, os valores médios por nós obtidos foram sempre superiores. Enquanto que no estudo de Fonte nenhuma subescala apresenta altos níveis de *burnout*, no nosso estudo apresentam altos níveis de *burnout* o relacionado com o trabalho (50,89) e o relacionado com o utente (57,29). No estudo de Fonte (2011) o valor médio mais alto de *burnout* é o relacionado com o trabalho (44,67). Comparativamente aos valores mínimos e máximos de *burnout* entre estes dois estudos, o estudo de Fonte (2011) apresenta sempre valores mais baixos de *burnout* para todas as subescalas, por outro lado apresenta sempre valores máximos superiores aos por nós obtidos. O valor máximo alcançado por Fonte (2011) é também na mesma subescala por nós obtido, a do *burnout* relacionado com o utente. Desta forma responde-se à questão: **O burnout relacionado com o utente é mais elevado do que o burnout pessoal e o burnout relacionado com o trabalho nos enfermeiros da UDC, do IDT, IP.?,** pois o *burnout* relacionado com o utente é superior ao *burnout* pessoal e ao relacionado com o trabalho.

Comparativamente ao estudo PUMA, e fazendo referência ao *burnout* pessoal, onde os valores médios oscilam entre 35,90 e 54,50, apenas os estudos no Japão de Shimizutani, et al. (2004) e em Taiwan, os de Tsai e Chan (2009) e Tsai et al. (2009), apresentaram níveis de *burnout* pessoal superior aos por nós obtidos (48,44). No *burnout* relacionado com o trabalho, com valores compreendidos entre 33,00 e 51,98, mais uma vez, apenas os estudos em Taiwan de Tsai e Chan (2009) e Tsai et al. (2009) apresentaram níveis médios superiores aos obtidos na nossa investigação (50,98). No entanto, o nosso estudo encontrou níveis de *burnout* relacionado com o utente (57,29) superior em todos os outros estudos

referenciados no PUMA, onde os valores médios variam entre 22,20 e 43,57 (FONTE, 2011).

Comparando os valores obtidos na nossa pesquisa com o estudo PUMA relativamente às 15 principais profissões, constata-se que os valores médios por nós obtidos são superiores. As parteiras, no estudo PUMA, apresentam valores mais elevados no *burnout* pessoal e no relacionado com o trabalho, enquanto no *burnout* relacionado com o utente os valores mais elevados encontram-se nos guardas prisionais. Comparativamente aos enfermeiros, no estudo PUMA, apresentam valores de *burnout* pessoal de 36,90, no *burnout* relacionado com o trabalho de 35,00 e no *burnout* relacionado com o utente de 29,7, valores consideravelmente inferiores aos por nós obtidos.

Ao ler estes resultados com base no enquadramento teórico parece-nos que um dos motivos que nos levou a encontrar níveis altos de *burnout*, principalmente no relacionado com o trabalho e com o utente é o fato de o estudo se ter desenrolado numa unidade de desabilitação de toxicodependentes. Já Forte e Queirós (2010) destacam os enfermeiros psiquiátricos como muito propensos a sentir *burnout*, pois têm de cuidar de utentes com quadros psicopatológicos e de privação severos. Também Freudenberg, citado por Tomás (2011) refere no seu estudo realizado num serviço de reabilitação de toxicodependentes, que os voluntários apresentavam sintomas físicos e psicológicos, vivenciando uma diminuição gradual de energia, perda de motivação e envolvimento. Parreira (1998), Garcia (1990) e Sá (2008) corroboram a ideia que o contato contínuo e exaustivo com as pessoas que têm problemas ou são problemáticas traz um aumento da tensão emocional crónica. Ainda referido com o trabalho, Queirós (2005), Zapf e Holz (2006) e Lourel *et al.* (2008), salientam as situações relativas às características do mesmo, onde as exigências deste podem ser preditores da despersonalização e da exaustão emocional. Para Marques-Teixeira (2002) a exaustão emocional é o primeiro fenómeno a ser despoletado, ocorrendo a despersonalização como uma estratégia de *coping* para lidar com a exaustão emocional, emergindo sentimentos de auto-ineficácia. No nosso entender apesar de o *burnout* relacionado com o utente apresentar valores médios mais elevados, estes sentimentos não estão presentes, pois na classificação da atividade desempenhada, 37,5% dos enfermeiros classificam-na de muito boa e os restantes classificam-na como boa.

Os níveis altos de *burnout* obtidos neste estudo vão de encontro ao defendido por Maslach (1987), Alvarez *et al.* (1993), Gil-Monte (2001), Marques-Teixeira (2002), Kristensen, *et al.* (2005), Guimarães e Grubits (2007), Queirós (2010) e Vara e Queirós (2010), quando afirmam que os profissionais de ajuda têm um envolvimento intenso em situações exigentes, requerendo um forte equilíbrio psicológico em função da intensa carga emocional que decorre da relação enfermeiro-utente. Os comportamentos denominados de

despersonalização surgem como forma de aliviar a tensão experienciada, restringindo a intensidade das relações.

Os altos níveis respondidos na questão 13 “*O seu trabalho é emocionalmente desgastante?*” e 19 “*Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?*” referem-se ao desgaste emocional do trabalho e à sensação de não recompensa e à percepção de não justiça entre o que transmitem e o que recebem, como refere Buunk e Schaufeli (1993) acerca do processo de intercâmbio com os utentes.

Quanto à análise da relação entre o *burnout* e as características sociodemográficas, dos enfermeiros da UDC, constatou-se que para a questão: ***Existe relação entre o burnout e as características sociodemográficas nos enfermeiros da UDC, do IDT, IP.?*** não existe relação estatisticamente significativa.

No que concerne à questão: ***Existe relação entre o burnout e as características profissionais nos enfermeiros da UDC, do IDT, IP.?***, também não se verificou relação estatisticamente significativa entre o *burnout* e as características profissionais dos enfermeiros da UDC.

Respondendo à questão: ***Existe relação entre o burnout e as características individuais nos enfermeiros da UDC, do IDT, IP.?***, também não se verificou relação estatisticamente significativa entre as variáveis.

Depreendemos que o tamanho da amostra possa ter influenciado estes resultados, assim como o fato de a amostra ser constituída por enfermeiros da mesma equipa de trabalho. No entanto, a não confirmação da questão: ***Existe relação entre o burnout e as características sociodemográficas nos enfermeiros da UDC, do IDT, IP.?***, evidencia que o género, a idade, o estado civil e as habilitações literárias não foram condições para os enfermeiros experimentarem níveis elevados de *burnout*. A não existência de relação entre o *burnout* e as características profissionais, respondendo à questão: ***Existe relação entre o burnout e as características profissionais nos enfermeiros da UDC, do IDT, IP.?***, pode dever-se com o fato de todos os inquiridos se encontrarem numa situação profissional estável, uma vez que o preenchimento dos questionários decorreu após a reestruturação dos recursos humanos do serviço. Relativamente à questão: ***Existe relação entre o burnout e as características individuais nos enfermeiros da UDC, do IDT, IP.?***, não se ter confirmado pode estar relacionado com o baixo nível de absentismo da equipa e também com o fato de que todos os enfermeiros classificaram a atividade no serviço como boa ou muito boa.

Apesar de não se ter encontrado uma relação estatisticamente significativa entre a variável mudança e as subescalas do CBI, julgamos que os 50% que pretendem mudar de

profissão, os 62,5% que pretendem mudar de instituição e os 75% que pretendem mudar de serviço, constituem mais um indicador da presença de altos níveis de *burnout* relacionado com o trabalho e com o utente. Estes dados, no nosso entender, não podem ser menosprezados, pois são reveladores de insatisfação no trabalho.

6 – CONCLUSÃO

As consequências do *burnout* têm efeitos negativos nos Enfermeiros, nos utentes e na instituição na qual estão inseridos, podendo conduzir a uma diminuição do empenho individual na organização.

O *burnout*, consequência da tensão emocional crónica e do excessivo esforço, implica uma relação contínua e exaustiva com outras pessoas, particularmente quando estas são problemáticas. As grandes pressões mantidas durante um longo período de tempo conduzem a uma exaustão emocional, podendo ocorrer o desenvolvimento de atitudes negativas desumanizadas ou indiferentes face aos utentes. Nas unidades de desabilitação de toxicodependentes, os profissionais de enfermagem têm um grande envolvimento emocional nas problemáticas dos seus utentes, surgindo por vezes, ambientes de conflito e *stress*.

À semelhança de outros estudos que avaliaram os níveis de *burnout* dos enfermeiros, também constatamos que os enfermeiros da nossa amostra apresentam níveis elevados de *burnout*. É ao nível do *burnout* relacionado com o utente que se evidenciam valores mais elevados, a par do *burnout* relacionado com o trabalho. O *burnout* pessoal foi aquele que apresentou valores mais baixos.

No cômputo geral foi dada resposta ao primeiro objetivo proposto, avaliar os níveis de *burnout* dos enfermeiros da UDC do IDT, IP e dada resposta às questões de investigação levantadas.

Em relação ao objetivo: avaliar a relação do *burnout* com as características sociodemográficas, profissionais e individuais, verificámos que nenhuma das variáveis sociodemográficas mostrou ter influência no *burnout* dos Enfermeiros. Da mesma forma também as variáveis profissionais e individuais não evidenciam relação com o *burnout* dos Enfermeiros da UDC, IDT, IP.

Ainda em relação aos resultados, é importante não menosprezar que 50% dos elementos apresentam níveis elevados de *burnout* e *burnout* pessoal, enquanto 62,5% apresentam altos níveis de *burnout* relacionado com o trabalho e com o utente. Igualmente, as questões relacionadas com o desgaste emocional do trabalho, a sensação de não recompensa e a perceção de não justiça foram as mais pontuadas.

Como limitações deste estudo, salientamos o número reduzido de enfermeiros, ainda que a amostra seja representativa do número total de enfermeiros que trabalha no serviço. Apontamos ainda o fato do uso do CBI ser recente na população portuguesa o que impede

uma comparação de resultados. Uma outra possível limitação terá sido o estudo ser realizado em contexto do ensino clínico, com a totalidade dos enfermeiros da amostra a exercer funções no mesmo serviço. Este aspeto fez com que muitas das respostas a algumas variáveis fossem consonantes (habilitações literárias, categoria profissional, horário praticado, faltas no último mês) entre a maior parte dos enfermeiros. A subjetividade que se prende com o sentimento individual de cada um e a sua relação com as afirmações do CBI, terá sido outra limitação, assim como a reestruturação recente do IDT, IP que conduziu à mobilidade de alguns enfermeiros e à alteração da carga horária praticada e das categorias profissionais. Torna-se importante que estes processos de reestruturação, sejam realizados num ambiente facilitador da saúde mental, pois julga-se que a elaboração e implementação de políticas de emprego saudáveis fariam também diminuir os níveis de *burnout* nos enfermeiros da UDC do IDT, IP.

Em função das limitações referidas, em investigações futuras seria importante alargar este estudo a outras unidades de desabilitação do país, de forma a heterogeneizar a amostra e comparar níveis de *burnout* dos enfermeiros. Seria igualmente válido a aplicação do CBI a outros contextos organizacionais com outro tipo de utentes de forma a comparar resultados.

Uma das implicações que pode ser retirada deste estudo prende-se com a necessidade de adotar medidas que visem a diminuição da exaustão emocional dos enfermeiros. Essas medidas devem passar pelo fortalecimento da relação enfermeiro-utente, com recurso ao uso da técnica do enfermeiro de referência. Salientamos ainda a necessidade de se criarem condições específicas para que os enfermeiros continuem o seu processo de desenvolvimento e formação no estabelecimento da Relação de Ajuda, através de *workshops* e ações de *role-play* nos seus contextos de trabalho.

Na prática, é importante que sejam estabelecidas relações de confiança e parceria com os utentes, assim como, aumentar o *insight* sobre os próprios problemas\difficultades dos enfermeiros e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.

Julgamos ter dado um pequeno contributo para linhas de investigação futura, importa que outros estudos tragam continuidade a este trabalho e aumentem o nível de conhecimento neste campo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, C.; BLANCO, J.; AGUADO, M.; RUÍZ, A.; CABAÇO, A.; SÁNCHEZ, T.; ALONSO, C.; BERNABÉ, J. – **Revisión teórica del burnout o desgaste profesional en trabajadores de la docência.** Revista Crítica das Ciências Sociais e Humanas. Vol. 2, 1993.

BENAVIDES-PEREIRA, A.; MORENO-JIMÉNEZ, B. – **O Burnout e o profissional de Psicologia.** Revista Eletrônica InterAção Psy. 1, 1, 2003.

BORRITZ, M.; KRISTENSEN, T.. – **Copenhagen Burnout Inventory: Normative data from a representative Danish population on Personal Burnout and Results from the PUMA study on Personal Burnout, Work Burnout, and Client Burnout.** National Institute of Occupational Health: Copenhagen, 2004.

BRUNNER, L.; SUDDARTH, D. – **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 10ª Ed., vol. 1, 2006.

BURGER, A. – **Burnout – What is at stake?** European Journal of Palliative Care, 2, (1), 1995.

BUUNK, A.; SCHAUFELI, W. – **Burnout from a social comparison perspective.** Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research. New York: Taylor; Francis, 1993.

CAMPANA, A. – **Investigação científica na área médica.** São Paulo: Manole, 2001

CHERNISS, C. – **Professional burnout in human service organizations.** New York: Praeger, 1980

CHIAVENATO, I. – **Recursos Humanos.** S. Paulo: Editora Atlassa, 1995.

DELBROUCK, M. – **Síndrome de Exaustão: Burnout.** Lisboa: Climepsi, 2006.

DIAS, S.; QUEIRÓS, C: – **Burnout e satisfação profissional em Enfermeiros.** Covilhã: Revista do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, vol. IX, 2010.

FONTE, C. – **Adaptação e Validação para Português do Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2011. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

FORTE, A.; QUEIRÓS, C. – **Burnout e inteligência emocional em Enfermeiros Psiquiátricos**. Covilhã: Revista do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, vol. IX, 2010.

FORTIN, M. – **O Processo de Investigação. Da Concepção à Realização**. Loures: Lusociência, 1999.

FORTIN, M. – **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009.

GARCIA, M.. – **Burnout Professional en organizaciones**. Boletín de Psicología. 29, 1990.

GIL-MONTE, P. – **El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención**. Revista electrónica PsicologíaCientífica.com, 2001.

GIL-MONTE, P. – **El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) em profissionais de enfermária**. Revista Eletrónica InterAção Psy. 1, 2003.

GIL-MONTE, P.; PEIRÓ, J. – **Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse**. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Vol. 15, N.º2, 1997.

GIL-MONTE, P.; ROJAS, S.; OCAÑA, J. – **Validez factorial del «Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos**. Salud Mental. Vol. 32, N° 3, 2009.

GUIMARÃES, L.; GRUBITS, S. – **Saúde Mental e Trabalho**. S. Paulo: Casa do Psicólogo, Vol.1, 2007.

HARVEY, S.; RAIDER, M. – **Administrator Burnout: The dimensions of the problem**. Administration in Social Work. 8, 2, 1984.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – **CIPE® Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2.0.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

KRISTENSEN, T.; BORRITZ, M.; VILLADSEN, E.; CHRISTENSEN, K. – **The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout.** Work & Stress, 9, 3, 2005.

LOUREL, M.; ABDELLAOUI, S.; CHEVALEYRE, S.; PALTRIER, M.. – **Relationship between psychological job demands, job control and burnout among firefihters.** North American Journal of Psychology. 10 (3), 2008.

MARQUES PINTO, A.; CHAMBEL, M.. – **Burnout e engagement em contexto organizacional: estudos com amostras portuguesas.** Lisboa: Livros Horizonte, 2008.

MARQUES-TEIXEIRA, J. – **Burn-out ou a Síndrome de Exaustão.** Saúde Mental. 4,2, 2002.

MARTÍN, A.. – **Estudio de la morbilidad psiquiátrica en personal sanitario.** Actas Luso-Espanholas de Neurologia Psiquiatria y Ciencias Afines. 22, 2, 1994.

MARTINS, M. – **Factores de Risco Psicossociais para a Saúde Mental.** Viseu: Revista Millenium, nº 29, Junho, 2004.

MASLACH, C. – **Burned-out.** Human Behavior. Vol. 5, 1976.

MASLACH, C.. – **Burnout: The cost of Caring.** Englewood Clifs. NJ: Prentice-Hall, 1982.

MASLACH, C. – **Burnout research in the social services: A critique. Burnout among social workers.** Gillespie, New York: Haworth Press, 1987.

MASLACH, C. – **Burnout: a multidimensional perspective.** Professional burnout. Washington: Taylor & Francis, 1993.

MASLACH, C. – **Entendendo o burnout (Understanding burnout).** Ciência e Trabalho. Ano 11, N.º 32, 2009.

MASLACH, C.; JACKSON, S. – **The measurement of experienced burnout.** Journal of Occupational Behaviour. Vol. 2, 1981

MASLACH, C.; JACKSON, S.; LEITER, M. – **Maslach Burnout Inventory.** Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1996.

MASLACH, C.; LEITER, M. – **The truth about . How organizations Cause Personal Stress and What to do about it.** San Francisco: Jossey-Boss Publishers, 1997.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W; LEITER, M. – **Job Burnout.** Annu. Rev. Psychol. Vol. 52, 2001.

MENDONÇA, R. – **Enfermagem – profissão de desgaste. Parte II.** Nursing: Revista Técnica de enfermagem, Ano 5, (61), 1993.

MOTA-CARDOSO, R.; ARAÚJO, A.; RAMOS, R.; GONÇALVES, G.; RAMOS, M.. – **O stress nos professores portugueses: Estudo IPSSO 2000.** Porto: Porto Editora, 2000.

NETO, X.; FÉLIX, R; OLIVEIRA, E.; JORGE, M. – **Concepciones, Conocimientos e Practicas de los Enfermeros al Cuidado de los Sujetos com Diagnostico de Depresión: Una Mirada al Territorio de la Atención Primaria en Salud.** Murcia: Enfermería Global, Revista de Investigación en Enfermería, nº 16, 2009.

PAIS-RIBEIRO, J.. – **Investigação e avaliação em psicologia e saúde.** Manuais Universitários 12: Série Metodologias. Lisboa: Climepsi, 1999.

PARREIRA, P. – **Contacto com a Morte e Síndrome de Burnout: Estudo Comparativo com Três Grupos de Enfermeiros da Oncologia.** Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa, 1998. Dissertação de mestrado apresentado ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa.

PEIRÓ, J. – **Desencadeantes del estrés laboral.** Salamanca: Endema, 1993.

PESTANA, M.; GAGUEIRO, J. – **Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS.** Lisboa: Edições Sílabo, 4ª Ed., 2005.

PINES, A. – **Burnout: an existential perspective.** Professional burnout – recent development in theory and research. Washington: Taylor; Francis, 1993.

POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006

QUEIRÓS, C. – **A importância do burnout do cuidador.** Covilhã: Revista do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, vol. IX, 2010.

QUEIRÓS, P. – **Burnout no Trabalho e Conjugal em Enfermeiros Portugueses.** Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, 2005.

RICHARDSEN, A.; BURKE, R. – **Models of Burnout: Implications for Interventions.** International Journal of Stress Management. Vol. 2, Nº. 1, 1995.

SÁ, L. – **O Assédio Moral e o Burnout na Saúde Mental dos Enfermeiros.** Porto: Universidade do Porto, 2008. Dissertação de doutoramento em Saúde Mental apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

SAMPIERI, R.; COLLADO, C.; LUCIO, P. – **Metodologia de Pesquisa.** São Paulo: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2003

SCHAUFELI, W.. – **Burnout.** Stress in Health Professionals: Psychological and Organizational Causes and Interventions. Chichester: John Wiley & Sons, 1999.

SOARES, J. – **Exaustão Emocional dos Cuidadores de Doentes Oncológicos: eficácia de uma intervenção de grupo.** Porto: Universidade do Porto, 2010. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto.

TOMÁS, C. – **Riscos Psicossociais e Clima Organizacional: Burnout nos Enfermeiros que Cuidam em Toxicodependência.** Revista Toxicodependências. Ed. ID, vol.17, nº2, 2011.

URIBE, V.; CASTELL, A. – **Incidencia de los factores sociales en la Saude y la Enfermedad Mental.** Revista de Enfermería ROL, 191,192, 1994.

VARA, N.; QUEIRÓS, C.. – **Burnout e expressão de emoções em estagiários na área da saúde.** Covilhã: Revista do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, vol. IX, 2010.

ZAMORA, G.; CASTEJÓN, E.; IBÁÑEZ, I. – **Estar quemado (burnout) y su relación el afrontamiento.** International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol. 4, Nº 2, 2004.

ZAPF, D.; HOLZ, M.. – **On the positive and negative effects of emotion work in organizations.** European Journal of Work and Organizational Psychology. 15 (1), 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Instrumento de Recolha de dados



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

VASCO MANUEL DA CUNHA CORREIA

ALUNO Nº 2617

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde de Viseu encontramos-nos a desenvolver um estudo subordinado ao tema *“Burnout nos Enfermeiros da Unidade de Desabilitação de Coimbra”*, sob orientação da Professora Carla Cruz.

Para a concretização deste estudo, solicitamos a sua colaboração bastando para isso responder a todas as questões que lhe são colocadas.

Este questionário é individual e demora entre 10 a 15 minutos a ser preenchido. As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico, pelo que não deve assinar nem rubricar em lugar algum do questionário.

Nas afirmações onde exista uma quadrícula, deve assinalar com uma cruz (X), a alínea que está de acordo com o seu caso. Nas questões onde encontrar um traço (___), deve responder claramente e de forma legível ao que lhe é pedido para que não restem dúvidas sobre a sua intenção.

No final certifique-se que respondeu a todas as questões que lhe foram colocadas.

Muito grato pela sua colaboração e disponibilidade.

Viseu, Fevereiro de 2012

Nº _____ / _____

Identificação de Burnout nos Enfermeiros da Unidade de Desabilitação de Coimbra, do IDT, IP.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, pretende-se realizar um estudo que tem por objetivo avaliar os níveis de Burnout nos Enfermeiros que trabalham com Toxicodependentes em regime de internamento para desabilitação, e a sua correlação com a qualidade da relação enfermeiro-utente. Não existem respostas certas ou erradas, e as respostas serão apenas utilizadas para fins de investigação, sendo confidenciais.

Dados Sociodemográficos e Profissionais

Sexo

- Feminino
- Masculino

Idade: _____

Estado Civil

- Solteiro(a)
- Casado(a)\União de Facto
- Divorciado(a)\Separado(a)
- Viúvo(a)

Habilitações Literárias

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

Categoria Profissional

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro Chefe\Responsável

Exerce funções noutra instituição?

- Sim
- Não

Qual a sua carga horária semanal de trabalho no Serviço?

- 35 horas
- > de 35 horas
- < de 35 horas

Tipo de horário praticado:

- Por turnos
- Fixo

Vínculo Profissional:

- Contrato a Termo Certo
- Contrato por Tempo Indeterminado
- Contrato por Tempo Indeterminado em Funções Públicas

Tempo de Exercício na Enfermagem

_____ Anos

Tempo de Exercício na Instituição

_____ Anos

Tempo de Exercício no Serviço

_____ Anos

Há quanto tempo fez férias pela última vez?

_____ Meses

No último mês, pensou, alguma vez, que se pudesse mudaria de Profissão

- Sim
- Não

No último mês, pensou, alguma vez, que se pudesse mudaria de Instituição

Sim

Não

No último mês, pensou, alguma vez, que se pudesse mudaria de Serviço

Sim

Não

Está neste serviço por opção?

Sim

Não

No último mês faltou ao serviço?

Nunca

Raramente

Algumas Vezes

Muitas Vezes

No último ano faltou ao serviço?

Nunca

Raramente

Algumas Vezes

Muitas Vezes

Como classificaria a atividade que desempenha neste serviço?

Menos Boa

Satisfatória

Boa

Muito Boa

INVENTÁRIO DE BURNOUT DE COPENHAGEN

(Kristensen, et al., 2005; Fonte, C., 2011)

Este questionário destina-se à avaliação psicométrica das dimensões do Burnout. Não há respostas melhores ou piores, a resposta correta é aquela que exprime com veracidade a sua própria experiência. A cada uma das frases deve responder consoante a frequência com que tem esse sentimento, assinalando o círculo respetivo.

1 - Está cansado(a) de trabalhar com utentes?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca/Quase nunca

2 - Com que frequência se sente cansado(a)?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca/Quase nunca

3 - Sente-se esgotado(a) no final de um dia de trabalho?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca/Quase nunca

4 - Com que frequência se sente fisicamente exausto(a)?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca/Quase nunca

5 - Sente-se exausto(a) de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca/Quase nunca

6 - Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca/Quase nunca

7 - Com que frequência se sente emocionalmente exausto(a)?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca/Quase nunca

8 - Sente que cada hora de trabalho é cansativo para si?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca/Quase nunca

9 - Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca/Quase nunca

10 - Com que frequência se sente fatigado(a)?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca/Quase nunca

11 - Com que frequência se sente frágil e susceptível a ficar doente?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca/Quase nunca

12 - Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca/Quase nunca

13 - O seu trabalho é emocionalmente desgastante?

- Muito
- Bastante
- Assim, assim
- Pouco
- Muito pouco

14 - O seu trabalho deixa-o(a) frustrado(a)?

- Muito
- Bastante
- Assim, assim
- Pouco
- Muito pouco

15 - Acha difícil trabalhar com utentes?

- Muito
- Bastante
- Assim, assim
- Pouco
- Muito pouco

16 - Acha frustrante trabalhar com utentes?

- Muito
- Bastante
- Assim, assim
- Pouco
- Muito pouco

17 - Sente-se esgotado(a) por causa do seu trabalho?

- Muito
- Bastante
- Assim, assim
- Pouco
- Muito pouco

18 - Trabalhar com utentes deixa-o(a) sem energia?

- Muito
- Bastante
- Assim, assim
- Pouco
- Muito pouco

19 - Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?

- Muito
- Bastante
- Assim, assim
- Pouco
- Muito pouco

APÊNDICE II

Pedido e autorização do Diretor da UDC, do IDT, IP.

Autorizado de acordo com o parecer do Conselho de Gestão da Unidade de Coimbra do IDT.
29/9/11

Exmo. Sr. Diretor da Unidade de
Desabilitação de Coimbra do IDT

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de estudo académico

Vasco Manuel da Cunha Correia, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde de Viseu, pretende realizar um estudo de investigação subordinado ao tema *"Burnout nos Enfermeiros da UD de Coimbra – estudo comparativo"*.

Venho por este meio solicitar autorização para aplicar questionários aos enfermeiros a exercerem funções nesta unidade, para posteriormente proceder à análise dos dados. Serão respeitados todos os princípios éticos inerentes ao estudo a realizar.

Com os melhores cumprimentos.



Coimbra, Setembro 2011




Pede deferimento



Vasco Cunha Correia


APÊNDICE III

Pedido e autorização para uso do CBI

Re: Uso de CBI Voltar a mensagens |  

 Cesaltino Fonte [Adicionar aos contactos](#) 08-03-2012 
Para Vasco Correia [Responder](#) 

 1 anexo (33,5 KB) [Vista Ativa do Hotmail](#) 

 CBI - PT.pdf
[Transferir \(33,5 KB\)](#)

[Transferir como zip](#)

Boa noite

Muito obrigado pelo seu interesse no questionário CBI - PT.
Informo que pode aplicar a escala no referido estudo.
Se possível agradecia o envio das suas conclusões.
Bom trabalho.

Cumprimentos,

Cesaltino Fonte

cesaltinofonte@gmail.com

APENDICE IV**Output SPSS**

ferias

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2,00	3	37,5	37,5	37,5
3,00	4	50,0	50,0	87,5
4,00	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Statistics

		Bournout1	Bournout2	Bournout3	Bournout4	Bournout5	Bournout6
N	Valid	8	8	8	8	8	8
	Missing	0	0	0	0	0	0
	Mean	43,7500	56,2500	53,1250	46,8750	37,5000	37,5000
		Bournout7	Bournout8	Bournout9	Bournout10	Bournout11	Bournout12
N	Valid	8	8	8	8	8	8
	Missing	0	0	0	0	0	0
	Mean	56,2500	34,3750	40,6250	53,1250	37,5000	46,8750
		Bournout13	Bournout14	Bournout15	Bournout16	Bournout17	
N	Valid	8	8	8	8	8	
	Missing	0	0	0	0	0	
	Mean	75,0000	56,2500	59,3750	56,2500	53,1250	
		Bournout18	Bournout19				
N	Valid	8	8				
	Missing	0	0				
	Mean	59,3750	87,5000				

Bournout1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,00	1	12,5	12,5	12,5
25,00	1	12,5	12,5	25,0
Valid 50,00	5	62,5	62,5	87,5
75,00	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Bournout2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
25,00	1	12,5	12,5	12,5
Valid 50,00	4	50,0	50,0	62,5
75,00	3	37,5	37,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Bournout3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
25,00	1	12,5	12,5	12,5
Valid 50,00	5	62,5	62,5	75,0
75,00	2	25,0	25,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Bournout4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
25,00	3	37,5	37,5	37,5
Valid 50,00	3	37,5	37,5	75,0
75,00	2	25,0	25,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Bournout5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,00	1	12,5	12,5	12,5
25,00	3	37,5	37,5	50,0
Valid 50,00	3	37,5	37,5	87,5
75,00	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Bournout6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,00	2	25,0	25,0	25,0
25,00	1	12,5	12,5	37,5
Valid 50,00	4	50,0	50,0	87,5
75,00	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Bournout7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
25,00	1	12,5	12,5	12,5
Valid 50,00	4	50,0	50,0	62,5
75,00	3	37,5	37,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Bournout8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,00	1	12,5	12,5	12,5
25,00	4	50,0	50,0	62,5
Valid 50,00	2	25,0	25,0	87,5
75,00	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Bournout9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,00	1	12,5	12,5	12,5
25,00	3	37,5	37,5	50,0
Valid 50,00	2	25,0	25,0	75,0
75,00	2	25,0	25,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Bournout10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
25,00	1	12,5	12,5	12,5
Valid 50,00	5	62,5	62,5	75,0
75,00	2	25,0	25,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Bournout11

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,00	1	12,5	12,5	12,5
Valid 25,00	2	25,0	25,0	37,5
50,00	5	62,5	62,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Bournout12

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,00	1	12,5	12,5	12,5
Valid 25,00	1	12,5	12,5	25,0
50,00	4	50,0	50,0	75,0
75,00	2	25,0	25,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Bournout13

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 25,00	1	12,5	12,5	12,5
75,00	5	62,5	62,5	75,0
100,00	2	25,0	25,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Bournout14

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 25,00	1	12,5	12,5	12,5
50,00	4	50,0	50,0	62,5
75,00	3	37,5	37,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Bournout15

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 25,00	2	25,0	25,0	25,0
50,00	2	25,0	25,0	50,0
75,00	3	37,5	37,5	87,5
100,00	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Bournout16

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 25,00	2	25,0	25,0	25,0
50,00	3	37,5	37,5	62,5
75,00	2	25,0	25,0	87,5
100,00	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Bournout17

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 25,00	2	25,0	25,0	25,0
Valid 50,00	3	37,5	37,5	62,5
Valid 75,00	3	37,5	37,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Bournout18

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 25,00	1	12,5	12,5	12,5
Valid 50,00	3	37,5	37,5	50,0
Valid 75,00	4	50,0	50,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Bournout19

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 75,00	4	50,0	50,0	50,0
Valid 100,00	4	50,0	50,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Statistics

		burcliente	burtrab	burpesso
N	Valid	8	8	8
	Missing	0	0	0
	Mean	57,2917	50,8929	48,4375
	Sum	458,33	407,14	387,50
Percentiles	25	42,7083	40,1786	38,5417
	50	60,4167	53,5714	47,9167
	75	69,7917	60,7143	59,3750

Frequency Table**burcliente**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
29,17	1	12,5	12,5	12,5
41,67	1	12,5	12,5	25,0
45,83	1	12,5	12,5	37,5
54,17	1	12,5	12,5	50,0
66,67	2	25,0	25,0	75,0
70,83	1	12,5	12,5	87,5
83,33	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

burtrab

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
28,57	1	12,5	12,5	12,5
39,29	1	12,5	12,5	25,0
42,86	1	12,5	12,5	37,5
50,00	1	12,5	12,5	50,0
57,14	1	12,5	12,5	62,5
60,71	2	25,0	25,0	87,5
67,86	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

burpesso

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
29,17	1	12,5	12,5	12,5
37,50	1	12,5	12,5	25,0
41,67	1	12,5	12,5	37,5
45,83	1	12,5	12,5	50,0
50,00	2	25,0	25,0	75,0
62,50	1	12,5	12,5	87,5
70,83	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Crosstabs
sexo * burcliente
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,867 ^a	6	,438
Likelihood Ratio	7,812	6	,252
Linear-by-Linear Association	,090	1	,765
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

sexo * burtrab
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	10,585	6	,102
Linear-by-Linear Association	,198	1	,656
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

sexo * burpesso
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,867 ^a	6	,438
Likelihood Ratio	7,812	6	,252
Linear-by-Linear Association	,066	1	,798
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

sexo * CBI
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,867 ^a	6	,438
Likelihood Ratio	7,812	6	,252
Linear-by-Linear Association	,125	1	,723
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

idade * burcliente
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,000 ^a	30	,281
Likelihood Ratio	24,953	30	,727
Linear-by-Linear Association	1,004	1	,316
N of Valid Cases	8		

a. 42 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

idade * burtrab
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,000 ^a	30	,281
Likelihood Ratio	24,953	30	,727
Linear-by-Linear Association	,451	1	,502
N of Valid Cases	8		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,000 ^a	30	,281
Likelihood Ratio	24,953	30	,727
Linear-by-Linear Association	,451	1	,502
N of Valid Cases	8		

a. 42 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

idade * burpesso**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,000 ^a	30	,281
Likelihood Ratio	24,953	30	,727
Linear-by-Linear Association	,217	1	,642
N of Valid Cases	8		

a. 42 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

idade * CBI**estadocivil * burciente****Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	8,997	6	,174
Linear-by-Linear Association	,741	1	,389
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.

estadocivil * burtrab**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	8,997	6	,174
Linear-by-Linear Association	,599	1	,439
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.

estadocivil * burpesso**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	8,997	6	,174
Linear-by-Linear Association	1,173	1	,279
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.

estadocivil * CBI**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,333 ^a	6	,502
Likelihood Ratio	6,225	6	,398
Linear-by-Linear Association	,896	1	,344
N of Valid Cases	8		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,333 ^a	6	,502
Likelihood Ratio	6,225	6	,398
Linear-by-Linear Association	,896	1	,344
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.

habilitacoes * burcliente

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	8

a. No statistics are computed because habilitacoes is a constant.

habilitacoes * burtrab

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	8

a. No statistics are computed because habilitacoes is a constant.

habilitacoes * burpesso

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	8

a. No statistics are computed because habilitacoes is a constant.

habilitacoes * CBI

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	8

a. No statistics are computed because habilitacoes is a constant.

catprofissiona * burcliente

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	8

a. No statistics are computed because catprofissiona is a constant.

catprofissiona * burtrab

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	8

a. No statistics are computed because catprofissiona is a constant.

catprofissiona * burpesso

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	8

a. No statistics are computed because catprofissiona is a constant.

catprofissionais * CBI**Chi-Square Tests**

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	8

a. No statistics are computed because catprofissionais is a constant.

outrainsstitu * burcliente**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,867 ^a	6	,438
Likelihood Ratio	7,812	6	,252
Linear-by-Linear Association	,661	1	,416
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

outrainsstitu * burtrab**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,867 ^a	6	,438
Likelihood Ratio	7,812	6	,252
Linear-by-Linear Association	,706	1	,401
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

outrainsstitu * burpesso**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,867 ^a	6	,438
Likelihood Ratio	7,812	6	,252
Linear-by-Linear Association	,507	1	,476
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

outrainsstitu * CBI**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,867 ^a	6	,438
Likelihood Ratio	7,812	6	,252
Linear-by-Linear Association	,702	1	,402
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

horario * burcliente**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	6,028	6	,420
Linear-by-Linear Association	,882	1	,348
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

horario * burtrab

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	6,028	6	,420
Linear-by-Linear Association	,885	1	,347
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

horario * burpesso

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	6,028	6	,420
Linear-by-Linear Association	,767	1	,381
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

horario * CBI

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,429 ^a	6	,753
Likelihood Ratio	3,256	6	,776
Linear-by-Linear Association	,948	1	,330
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

horariopra * burcliente

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	8

a. No statistics are computed because horariopra is a constant.

horariopra * burtrab

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	8

a. No statistics are computed because horariopra is a constant.

horariopra * burpesso

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	8

a. No statistics are computed because horariopra is a constant.

horariopra * CBI

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	8

a. No statistics are computed because horariopra is a constant.

vinculo * burcliente

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	6,028	6	,420
Linear-by-Linear Association	,035	1	,851
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

**vinculo * burtrab
Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	6,028	6	,420
Linear-by-Linear Association	,005	1	,942
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

**vinculo * burpesso
Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	6,028	6	,420
Linear-by-Linear Association	,294	1	,588
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

**vinculo * CBI
Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	6,028	6	,420
Linear-by-Linear Association	,071	1	,791
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

**tempoenf * burcliante
Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40,000 ^a	36	,297
Likelihood Ratio	27,726	36	,837
Linear-by-Linear Association	2,555	1	,110
N of Valid Cases	8		

a. 49 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

**tempoenf * burtrab
Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40,000 ^a	36	,297
Likelihood Ratio	27,726	36	,837
Linear-by-Linear Association	1,662	1	,197
N of Valid Cases	8		

a. 49 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

tempoenf * burpesso**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40,000 ^a	36	,297
Likelihood Ratio	27,726	36	,837
Linear-by-Linear Association	1,064	1	,302
N of Valid Cases	8		

a. 49 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

tempoenf * CBI**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40,000 ^a	36	,297
Likelihood Ratio	27,726	36	,837
Linear-by-Linear Association	1,985	1	,159
N of Valid Cases	8		

a. 49 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

tempoinst * burcliente**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,000 ^a	30	,368
Likelihood Ratio	24,953	30	,727
Linear-by-Linear Association	,690	1	,406
N of Valid Cases	8		

a. 42 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

tempoinst * burtrab**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,000 ^a	30	,281
Likelihood Ratio	24,953	30	,727
Linear-by-Linear Association	,177	1	,674
N of Valid Cases	8		

a. 42 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

tempoinst * burpesso**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,000 ^a	30	,368
Likelihood Ratio	24,953	30	,727
Linear-by-Linear Association	,053	1	,818
N of Valid Cases	8		

a. 42 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

tempoinst * CBI**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,000 ^a	30	,368
Likelihood Ratio	24,953	30	,727
Linear-by-Linear Association	,305	1	,581
N of Valid Cases	8		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,000 ^a	30	,368
Likelihood Ratio	24,953	30	,727
Linear-by-Linear Association	,305	1	,581
N of Valid Cases	8		

a. 42 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

temposerv * burcliente**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40,000 ^a	36	,297
Likelihood Ratio	27,726	36	,837
Linear-by-Linear Association	,781	1	,377
N of Valid Cases	8		

a. 49 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

temposerv * burtrab**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40,000 ^a	36	,297
Likelihood Ratio	27,726	36	,837
Linear-by-Linear Association	,147	1	,702
N of Valid Cases	8		

a. 49 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

temposerv * burpesso**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40,000 ^a	36	,297
Likelihood Ratio	27,726	36	,837
Linear-by-Linear Association	,060	1	,806
N of Valid Cases	8		

a. 49 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

temposerv * CBI**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	42,000 ^a	36	,227
Likelihood Ratio	27,726	36	,837
Linear-by-Linear Association	,319	1	,572
N of Valid Cases	8		

a. 49 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

ferias * burcliente**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,667 ^a	12	,322
Likelihood Ratio	12,816	12	,383
Linear-by-Linear Association	,035	1	,851
N of Valid Cases	8		

a. 21 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

ferias * burtrab
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,667 ^a	12	,322
Likelihood Ratio	12,816	12	,383
Linear-by-Linear Association	,257	1	,613
N of Valid Cases	8		

a. 21 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

ferias * burpesso
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,667 ^a	12	,322
Likelihood Ratio	12,816	12	,383
Linear-by-Linear Association	,016	1	,900
N of Valid Cases	8		

a. 21 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

ferias * CBI
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,667 ^a	12	,558
Likelihood Ratio	12,816	12	,383
Linear-by-Linear Association	,019	1	,889
N of Valid Cases	8		

a. 21 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

mudarprofiss * burcliente
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,000 ^a	6	,423
Likelihood Ratio	8,318	6	,216
Linear-by-Linear Association	1,757	1	,185
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

mudarprofiss * burtrab
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	11,090	6	,086
Linear-by-Linear Association	1,796	1	,180
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

mudarprofiss * burpesso
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,000 ^a	6	,423
Likelihood Ratio	8,318	6	,216
Linear-by-Linear Association	2,057	1	,151
N of Valid Cases	8		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,000 ^a	6	,423
Likelihood Ratio	8,318	6	,216
Linear-by-Linear Association	2,057	1	,151
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

mudarprofiss * CBI**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,000 ^a	6	,423
Likelihood Ratio	8,318	6	,216
Linear-by-Linear Association	2,069	1	,150
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

mudarinst * burcliente**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	10,585	6	,102
Linear-by-Linear Association	,529	1	,467
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

mudarinst * burtrab**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	10,585	6	,102
Linear-by-Linear Association	,022	1	,882
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

mudarinst * burpesso**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	10,585	6	,102
Linear-by-Linear Association	,235	1	,628
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

mudarinst * CBI**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	10,585	6	,102
Linear-by-Linear Association	,039	1	,843
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

mudarserv * burcliente**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	8,997	6	,174
Linear-by-Linear Association	4,035	1	,045
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.

mudarserv * burtrab**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	8,997	6	,174
Linear-by-Linear Association	1,478	1	,224
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.

mudarserv * burpresso**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	8,997	6	,174
Linear-by-Linear Association	,686	1	,408
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.

mudarserv * CBI**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	8,997	6	,174
Linear-by-Linear Association	2,212	1	,137
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.

opserviço * burcliente**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,429 ^a	6	,753
Likelihood Ratio	3,256	6	,776
Linear-by-Linear Association	,318	1	,573
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

opserviço * burtrab**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	6,028	6	,420
Linear-by-Linear Association	,257	1	,613
N of Valid Cases	8		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	6,028	6	,420
Linear-by-Linear Association	,257	1	,613
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

opserviço * burpesso

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,429 ^a	6	,753
Likelihood Ratio	3,256	6	,776
Linear-by-Linear Association	,016	1	,900
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

opserviço * CBI

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	6,028	6	,420
Linear-by-Linear Association	,196	1	,658
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

faltamesserviço * burcliente

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	8

a. No statistics are computed because faltamesserviço is a constant.

faltamesserviço * burtrab

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	8

a. No statistics are computed because faltamesserviço is a constant.

faltamesserviço * burpesso

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	8

a. No statistics are computed because faltamesserviço is a constant.

faltamesserviço * CBI

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	8

a. No statistics are computed because faltamesserviço is a constant.

faltanoserv * burcliente
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	6,028	6	,420
Linear-by-Linear Association	2,859	1	,091
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

faltanoserv * burtrab
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	6,028	6	,420
Linear-by-Linear Association	,424	1	,515
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

faltanoserv * burpesso
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	6,028	6	,420
Linear-by-Linear Association	,043	1	,835
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

faltanoserv * CBI
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,429 ^a	6	,753
Likelihood Ratio	3,256	6	,776
Linear-by-Linear Association	,948	1	,330
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

desempserviço * burcliente
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,867 ^a	6	,438
Likelihood Ratio	7,812	6	,252
Linear-by-Linear Association	,090	1	,765
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

desempserviço * burtrab
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	10,585	6	,102
Linear-by-Linear Association	,198	1	,656
N of Valid Cases	8		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	10,585	6	,102
Linear-by-Linear Association	,198	1	,656
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

desempserviço * burpesso**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,867 ^a	6	,438
Likelihood Ratio	7,812	6	,252
Linear-by-Linear Association	,066	1	,798
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

desempserviço * CBI**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,867 ^a	6	,438
Likelihood Ratio	7,812	6	,252
Linear-by-Linear Association	,125	1	,723
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

ts * burcliente**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,000 ^a	6	,423
Likelihood Ratio	8,318	6	,216
Linear-by-Linear Association	,439	1	,508
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

ts * burtrab**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	11,090	6	,086
Linear-by-Linear Association	,330	1	,566
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

ts * burpesso**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,000 ^a	6	,423
Likelihood Ratio	8,318	6	,216
Linear-by-Linear Association	,110	1	,741
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

ts * CBI
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,000 ^a	6	,423
Likelihood Ratio	8,318	6	,216
Linear-by-Linear Association	,323	1	,570
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

te * burcliente
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,000 ^a	6	,423
Likelihood Ratio	8,318	6	,216
Linear-by-Linear Association	3,322	1	,068
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

te * burtrab
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,000 ^a	6	,423
Likelihood Ratio	8,318	6	,216
Linear-by-Linear Association	2,969	1	,085
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

te * burpesso
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,000 ^a	6	,423
Likelihood Ratio	8,318	6	,216
Linear-by-Linear Association	2,739	1	,098
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

te * CBI
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	11,090	6	,086
Linear-by-Linear Association	3,385	1	,066
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

ti * burcliente
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,000 ^a	6	,423
Likelihood Ratio	8,318	6	,216
Linear-by-Linear Association	,439	1	,508
N of Valid Cases	8		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,000 ^a	6	,423
Likelihood Ratio	8,318	6	,216
Linear-by-Linear Association	,439	1	,508
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

ti * burtrab

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,000 ^a	6	,238
Likelihood Ratio	11,090	6	,086
Linear-by-Linear Association	,330	1	,566
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

ti * burpesso

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,000 ^a	6	,423
Likelihood Ratio	8,318	6	,216
Linear-by-Linear Association	,110	1	,741
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

ti * CBI

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,000 ^a	6	,423
Likelihood Ratio	8,318	6	,216
Linear-by-Linear Association	,323	1	,570
N of Valid Cases	8		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

habilitacoes * burcliente

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	8

a. No statistics are computed because habilitacoes is a constant.

habilitacoes * burtrab

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	8

a. No statistics are computed because habilitacoes is a constant.

habilitacoes * burpesso

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	8

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	8

a. No statistics are computed because habilitacoes is a constant.

habilitacoes * CBI**Chi-Square Tests**

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	8

a. No statistics are computed because habilitacoes is a constant.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,755	6

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Bournout2	56,2500	17,67767	8
Bournout4	46,8750	20,86307	8
Bournout7	56,2500	17,67767	8
Bournout9	40,6250	26,51650	8
Bournout10	53,1250	16,02175	8
Bournout11	37,5000	18,89822	8

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Bournout2	234,3750	4631,696	,612	,693
Bournout4	243,7500	4241,071	,641	,678
Bournout7	234,3750	4988,839	,447	,733
Bournout9	250,0000	4642,857	,296	,799
Bournout10	237,5000	4642,857	,695	,679
Bournout11	253,1250	4899,554	,439	,735

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
290,6250	6417,411	80,10874	6

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,727	7

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Bournout3	53,1250	16,02175	8
Bournout5	37,5000	23,14550	8
Bournout8	34,3750	22,90313	8
Bournout12	46,8750	24,77578	8
Bournout13	75,0000	23,14550	8
Bournout14	56,2500	17,67767	8
Bournout17	53,1250	20,86307	8

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Bournout3	303,1250	6328,125	,762	,639
Bournout5	318,7500	5848,214	,605	,650
Bournout8	321,8750	6149,554	,516	,675
Bournout12	309,3750	6595,982	,327	,727
Bournout13	281,2500	6919,643	,278	,735
Bournout14	300,0000	8571,429	-,109	,794
Bournout17	303,1250	5435,268	,863	,586

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
356,2500	8526,786	92,34060	7

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,873	6

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Bournout1	43,7500	22,16013	8
Bournout6	37,5000	26,72612	8
Bournout15	59,3750	26,51650	8
Bournout16	56,2500	25,87746	8
Bournout18	59,3750	18,60060	8
Bournout19	87,5000	13,36306	8

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Bournout1	300,0000	7678,571	,828	,825
Bournout6	306,2500	7455,357	,696	,850
Bournout15	284,3750	6595,982	,948	,795
Bournout16	287,5000	6964,286	,868	,813
Bournout18	284,3750	8560,268	,720	,847
Bournout19	256,2500	11383,929	-,063	,929

Reliability

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,924	19

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Bournout1	43,7500	22,16013	8
Bournout2	56,2500	17,67767	8
Bournout3	53,1250	16,02175	8
Bournout4	46,8750	20,86307	8
Bournout5	37,5000	23,14550	8
Bournout6	37,5000	26,72612	8
Bournout7	56,2500	17,67767	8
Bournout8	34,3750	22,90313	8
Bournout9	40,6250	26,51650	8
Bournout10	53,1250	16,02175	8
Bournout11	37,5000	18,89822	8
Bournout12	46,8750	24,77578	8
Bournout13	75,0000	23,14550	8
Bournout14	56,2500	17,67767	8
Bournout15	59,3750	26,51650	8
Bournout16	56,2500	25,87746	8
Bournout17	53,1250	20,86307	8
Bournout18	59,3750	18,60060	8
Bournout19	87,5000	13,36306	8

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Bournout1	946,8750	62220,982	,642	,919
Bournout2	934,3750	63024,554	,729	,918
Bournout3	937,5000	63035,714	,810	,917
Bournout4	943,7500	63526,786	,556	,921
Bournout5	953,1250	61328,125	,693	,918
Bournout6	953,1250	58828,125	,792	,915
Bournout7	934,3750	65524,554	,439	,923
Bournout8	956,2500	60312,500	,798	,915
Bournout9	950,0000	60178,571	,686	,918
Bournout10	937,5000	63750,000	,717	,919
Bournout11	953,1250	65613,839	,397	,924
Bournout12	943,7500	64598,214	,365	,926
Bournout13	915,6250	64274,554	,426	,924
Bournout14	934,3750	70524,554	-,109	,933
Bournout15	931,2500	57812,500	,886	,912
Bournout16	934,3750	58560,268	,845	,914
Bournout17	937,5000	60535,714	,861	,914
Bournout18	931,2500	62098,214	,795	,916
Bournout19	903,1250	69720,982	-,013	,930

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
990,6250	69810,268	264,21633	19

APENDICE V

ANÁLISE CBI

		Questão								
Burnout Pessoal: (48,44)	2	50	50	75	50	75	25	50	75	<u>56,25</u>
	4	25	50	75	50	25	50	25	75	<u>46,88</u>
	7	25	75	50	75	50	50	50	75	<u>56,25</u>
	9	25	25	50	0	75	25	50	75	<u>40,63</u>
	10	50	50	75	50	50	25	50	75	<u>53,13</u>
	11	0	50	50	50	25	50	25	50	<u>37,50</u>
		<u>29,17</u>	<u>50,00</u>	<u>62,50</u>	<u>45,83</u>	<u>50,00</u>	<u>37,50</u>	<u>41,67</u>	<u>70,83</u>	
Burnout rel. c\ trabalho: (51,79)	3	25	50	75	50	50	50	50	75	<u>53,13</u>
	5	0	25	50	50	50	25	25	75	<u>37,50</u>
	8	25	25	50	0	50	25	25	75	<u>34,38</u>
	12	0	75	50	25	50	75	50	50	<u>46,88</u>
	13	75	100	100	75	75	75	75	75	<u>81,25</u>
	14	50	75	25	50	75	50	75	50	<u>56,25</u>
	17	25	75	75	50	50	25	50	75	<u>53,13</u>
		<u>28,57</u>	<u>60,71</u>	<u>60,71</u>	<u>42,86</u>	<u>57,14</u>	<u>46,43</u>	<u>50,00</u>	<u>67,86</u>	
Burnout rel. c\ cliente: (57,29)	1	50	50	50	0	50	25	50	75	<u>43,75</u>
	6	0	50	50	0	50	50	25	75	<u>37,50</u>
	15	50	75	75	25	75	25	50	100	<u>59,38</u>
	16	50	75	75	25	50	25	50	100	<u>56,25</u>
	18	50	75	75	50	75	25	50	75	<u>59,38</u>
	19	75	75	100	75	100	100	100	75	<u>87,50</u>
		<u>45,83</u>	<u>66,67</u>	<u>70,83</u>	<u>29,17</u>	<u>66,67</u>	<u>41,67</u>	<u>54,17</u>	<u>83,33</u>	
CBI: (52,47)			<u>34,21</u>	<u>59,21</u>	<u>64,47</u>	<u>39,47</u>	<u>57,89</u>	<u>42,11</u>	<u>48,68</u>	<u>73,68</u>

ANEXOS

ANEXO I

Quadro 1 - Caracterização das amostras relativas à validação do CBI nos vários países

País Autor	Ano	N	Amostra						
			Sexo		Idade		Área Profissional	Habilitações Literárias	Estado Civil
			M	F	Média	Desvio Padrão			
Dinamarca Borritz e Kristensen	2004	1917	326	1591	42	10,3	Trabalhadores de Serviços humanos	-	-
Japão Shimizutani, <i>et al.</i>	2004	707	0	707	29	8,4	Enfermeiros	-	83,6% Solteiras
Taiwan Yeh, W-Y. <i>et al.</i>	2004	384	173	211	39	10,8	Trabalhadores de duas empresas	57% Ensino Universitário	-
Austrália Winwood e Winefield	2004	312	228	84	43,1	11,3	Dentistas	-	-
Canadá Bourbonnai, <i>et al.</i>	2006	492	107	385	-	-	Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem	-	-
Nova Zelândia Milfont, <i>et al.</i>	2007	129	35	94	41	12,2	Professores	-	-
Irlanda do Norte Quinn	2007	244	70	174	-	-	Trabalhadores em albergues e hospedarias para pessoas sem-abrigo	-	-
África do Sul Williams, C.	2007	353	194	159	34,37	6,9	Alunos de Mestrado	26,1 % Diploma 4º Grau; 24,9% Mestre	62,9% Casados
Estados Unidos da América Wahl, S. E.	2008	138	-	-	-	-	Enfermeiros	54,3% Bacharel	-
Suécia Liljegren e Ekberg	2008	662	261	401	49,4	-	Trabalhadores de agências de emprego	-	-
Taiwan Tsai e Chan	2009	185	105	80	37	-	Juízes e Procuradores	61,5% Ensino Universitário	69,4% Casados
Taiwan Tsai, <i>et al.</i>	2009	180	90	90	32	-	Advogados	71,67% Mestrado	65,56% Solteiros
Austrália Benson, <i>et al.</i>	2009	277	225	52	39	4,6	Jovens bolsistas do Colégio Real Australiano de Cirurgia	Licenciados	90% Casados ou união de facto

Fonte: FONTE, Cesaltino, 2011, p. 31

ANEXO II

Copenhagen *Burnout* Inventory – FONTE (2011)

Questionário de Copenhagen Burnout Inventory – PT (CBI - PT)

As perguntas do questionário de Copenhagen Burnout Inventory - PT (CBI - PT) não devem ser impressas no questionário pela mesma ordem como a apresentada neste documento. As questões podem ser misturadas com os restantes temas, para evitar padrões de respostas estereotipadas.

Burnout pessoal

Avalia o grau de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada pela pessoa.

Burnout pessoal	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
1. Com que frequência se sente cansado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Com que frequência se sente fatigado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Com que frequência se sente frágil e susceptível a ficar doente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pontuação: Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Considera-se como um elevado nível de *burnout* aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

Burnout relacionado com o trabalho

Analisa o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho;

Burnout relacionado com o trabalho	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
4. Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca/quase nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
7. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nas primeiras três questões:

Pontuação: Muito – 100; Bastante – 75; Assim, assim – 50; Pouco – 25; Muito pouco – 0.

Nas últimas quatro questões:

Pontuação: Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca – 0.

Na última questão os scores são invertidos.

Pontuação: Nunca/quase nunca – 100; Raramente – 75; Às vezes – 50; Frequentemente – 25; Sempre – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Considera-se como um elevado nível de burnout aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

Burnout relacionado com o Cliente

Avalia o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho com os utentes.

Burnout relacionado com os clientes	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. Acha difícil trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acha frustrante trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trabalhar com clientes deixa-o/a sem energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
5. Está cansado de trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nas primeiras quatro questões:

Pontuação: Muito – 100; Bastante – 75; Assim, assim – 50; Pouco – 25; Muito pouco – 0.

Nas últimas duas questões:

Pontuação: Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Nota: o termo cliente pode ser adaptado ao contexto do estudo. Por exemplo, num questionário destinado a enfermeiros o termo "cliente" o termo mais apropriado será utente ou doente; num questionário destinado a professores o termo a empregar será alunos ou estudantes.

Considera-se como um elevado nível de burnout aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

