

Filipe Ferreira

Satisfação Profissional dos Enfermeiros que Integram Equipas de Emergência

IPV - ESSV | 2018



Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

Junho de 2018

Filipe Miguel Tenreiro Ferreira

Satisfação Profissional dos Enfermeiros que Integram Equipas de Emergência Pré-Hospitalar.

Filipe Miguel Tenreiro Ferreira

Satisfação Profissional dos Enfermeiros que Integram Equipas de Emergência Pré-Hospitalar.

Relatório final realizado no âmbito do 5º curso de mestrado, para candidatura ao grau de mestre em Enfermagem médico-cirúrgica.

Trabalho efectuado sob a orientação de Professor Doutor João Carvalho Duarte



Junho de 2018

“Não sou nada.
Nunca serei nada.
Não posso querer ser nada.
À parte isso, tenho em mim todos os sonhos
do mundo.”

Álvaro de Campos

Agradecimentos

Ao meu orientador Professor Doutor João Duarte, pelo seu profissionalismo, dedicação, disponibilidade, amabilidade, rigor e atenção, com que me recebeu e ajudou a ultrapassar as dificuldades que foram surgindo, nomeadamente pelo seu grande e imprescindível apoio no tratamento estatístico.

Aos colegas de mestrado por toda a camaradagem, amizade, partilhas e momentos vividos nestes anos que certamente ficarão para a posteridade.

A todos os enfermeiros que de forma voluntária e responsável participaram neste estudo porque sem a sua colaboração a realização deste trabalho não seria possível.

Aos meus pais, por todo o apoio, força e motivação que me dão ao serem o meu exemplo e alicerce.

Aos meus irmãos pela compreensão e amizade.

À Antonieta, meu porto de abrigo, pelo apoio e encorajamento, e também pela paciência, e compreensão dos muitos momentos de ausência.

Por último, mas não menos importante, agradeço às minhas principais fontes de satisfação, os meus verdadeiros pilares, a minha vida, António e Maria, o meu campeão e a minha princesa, fomentadores de constante apoio, motivação, compreensão e afeto.

A todos, de coração, o meu mais sincero e profundo agradecimento

Muito Obrigado!

Resumo

Enquadramento: A satisfação profissional tem suscitado, ao longo dos tempos, a curiosidade e o interesse de investigadores das mais diversas áreas, não sendo a enfermagem exceção. Todavia, há uma lacuna quando se trata da satisfação profissional na área da Emergência Pré-Hospitalar, o que justifica a realização deste estudo.

Objetivos: avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros que integram equipas de Emergência Pré-Hospitalar; identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam a satisfação profissional dos enfermeiros em estudo; identificar as variáveis profissionais que influenciam a satisfação profissional da amostra em estudo; analisar a influência das variáveis psicológicas (personalidade, burnout e fadiga crónica) na satisfação profissional.

Métodos: Estudo quantitativo, com corte transversal, descritivo analítico-correlacional. Os dados foram colhidos junto de 134 enfermeiros a exercerem nos vários meios existentes do socorro pré-hospitalar a nível nacional, sendo uma amostra maioritariamente masculina (59,0%), com uma média de idades de 35.31 anos ($\pm 5,81$ anos). O instrumento de recolha de dados consta de um questionário com questões de caracterização sociodemográfica e profissional, o questionário de Satisfação no Trabalho de Pais Ribeiro (2002), o Copenhagen Burnout Inventory (CBI) traduzido e adaptado para Português por Cesaltino Fonte (2011), o Inventário da Personalidade de Eysenck (EPI-12) e a Escala de Fadiga Crónica (Barton e Cols, 1992).

Resultados: O sexo e o estado civil foram as variáveis sociodemográficas que influenciaram a satisfação profissional dos enfermeiros integram equipas de Emergência Pré-Hospitalar, sendo os enfermeiros do sexo masculino e os que não têm companheiro(a) os mais satisfeitos profissionalmente. A categoria profissional, a experiência profissional, o tipo de vínculo, o número de horas semanais, realização de hortas extras e o reconhecimento social da profissão foram as variáveis de contexto profissional que influenciaram a satisfação profissional dos enfermeiros em estudo, estando mais satisfeitos os enfermeiros especialistas/chefes, com menos tempo de experiência profissional, os que pertencem à função pública, com um horário completo (35 horas/semana) e com horário completo (40 horas/semana), aqueles que referem realizar horas extra.

Conclusões: As variáveis preditoras da satisfação profissional global são o burnout pessoal, a fadiga crónica e o neuroticismo. O burnout pessoal e a fadiga crónica estabelecem uma relação inversa com a satisfação profissional, sugerindo que quanto menos burnout pessoal e menos fadiga crónica mais os enfermeiros tendem a sentir satisfação profissional.

Palavras-chave: Satisfação profissional; Pré-hospitalar; Enfermagem.

Abstract

Background: Professional satisfaction has raised, over time, the curiosity and interest of researchers from the most diverse areas, and nursing is not an exception. However, there is a gap when it comes to professional satisfaction in the area of Pre-Hospital Emergency, which justifies the accomplishment of this study.

Objectives: to evaluate the professional satisfaction of nurses who are part of Pre-Hospital Emergency teams; identify sociodemographic variables that influence the professional satisfaction of the nurses under study; identify the professional variables that influence the professional satisfaction of the study sample; to analyze the influence of psychological variables (personality, burnout and chronic fatigue) on professional satisfaction.

Methods: Quantitative study, cross-sectional, analytical-correlational descriptive. The data were collected from 134 nurses working in the various existing means of prehospital care at the national level, with a predominantly male sample (59.0%), with a mean age of 35.31 years (\pm 5.81 years) . The data collection instrument consists of a questionnaire with questions of sociodemographic and professional characterization, the Work Satisfaction questionnaire by Pais Ribeiro (2002), the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) translated and adapted to Portuguese by Cesaltino Fonte (2011), the Eysenck Personality Inventory (EPI-12) and the Chronic Fatigue Scale (Barton and Cols, 1992).

Results: Sex and marital status were the sociodemographic variables that influenced the professional satisfaction of the nurses in the Pre-Hospital Emergency teams, being the male nurses and those who did not have the most satisfied professionals. The professional category, the professional experience, the type of bond, the number of weekly hours, the realization of extra gardens and the social recognition of the profession were the variables of professional context that influenced the professional satisfaction of the nurses under study, being more satisfied the nurses (35 hours / week) and with full hours (40 hours/week), those who report having to work overtime.

Conclusions: The predictors of overall job satisfaction are personal burnout, chronic fatigue, and neuroticism. Personal burnout and chronic fatigue establish an inverse relationship with job satisfaction, suggesting that the less personal burnout and the less chronic fatigue, the more nurses tend to feel professional satisfaction.

Palavras-chave: Professional satisfaction; Prehospital; Nursing.

Lista de tabelas

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade em função do género dos enfermeiros	50
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género	51
Tabela 3 - Cotação dos itens do Questionário de Satisfação com o Trabalho.....	53
Tabela 4 - Consistência Interna do Questionário de Satisfação com o Trabalho.....	55
Tabela 5 - Alfas de cronbach por subescala do Questionário de Satisfação com o Trabalho	58
Tabela 6 - Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores do Questionário de Satisfação com o Trabalho	59
Tabela 7 - Identificação das subescalas do CBI.....	60
Tabela 8 - Consistência interna do Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (Fonte, 2011)	63
Tabela 9 - Alfas de cronbach por subescala do Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (Fonte, 2011)	64
Tabela 10 - Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores do Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (Fonte, 2011).....	65
Tabela 11. Distribuição dos itens pelas dimensões da Personalidade.	66
Tabela 12 - Consistência interna do EPI-12 - Subescala Extroversão.....	67
Tabela 13 - Consistência Interna da Escala de Fadiga Crónica (Barton e Cols, 1992).....	69
Tabela 14 – Teste do qui quadrado para a distribuição dos enfermeiros por categoria profissional em função do género.	74
Tabela 15 – Estatísticas relativas à idade em função do género dos enfermeiros.....	74
Tabela 16 – Distribuição dos enfermeiros por meio/unidade/serviço onde exercem funções em função do género.	75
Tabela 17 – Distribuição dos enfermeiros por tipo de vínculo profissional em função do género	76
Tabela 18 – Distribuição dos enfermeiros por modalidade de horário de trabalho em função do género.....	77
Tabela 19 – Distribuição dos enfermeiros por tipo de horário quanto ao número de horas semanais em função do género	77
Tabela 20 – Distribuição dos enfermeiros por realização de horas extra em função do género	77
Tabela 21 – Estatísticas relativas ao número de hora extra realizadas em função do género dos enfermeiros	78
Tabela 22 – Estatísticas relativas á satisfação com o reconhecimento social da profissão em função do género dos enfermeiros.....	79
Tabela 23- Estatísticas relativas à satisfação no trabalho	80
Tabela 24 - Estatísticas relativas ao burnout	81
Tabela 25 – Estatísticas relativas ao burnout pessoal em função do sexo	81
Tabela 26 – Estatísticas relativas ao burnout pessoal em função da idade.....	81

Tabela 27 – Estatísticas relativas ao burnout pessoal em função do estado civil.....	82
Tabela 28 – Estatísticas relativas ao burnout pessoal em função da categoria profissional	82
Tabela 29 – Estatísticas relativas ao burnout relacionado com o trabalho em função do sexo	83
Tabela 30 – Estatísticas relativas ao burnout relacionado com o trabalho em função da idade	83
Tabela 31 – Estatísticas relativas ao burnout relacionado com o trabalho em função da categoria profissional	84
Tabela 32 – Estatísticas relativas ao burnout relacionado com o cliente em função do sexo	84
Tabela 33 – Estatísticas relativas ao burnout relacionado com o cliente em função da idade	85
Tabela 34 – Estatísticas relativas ao burnout relacionado com o cliente em função da categoria profissional	85
Tabela 35 – Estatísticas relativas ao burnout global em função do sexo.....	86
Tabela 36 – Estatísticas relativas ao burnout global em função da idade	86
Tabela 37 – Estatísticas relativas ao burnout global em função da categoria profissional ...	86
Tabela 38 – Estatísticas relativas à personalidade	87
Tabela 39 – Estatísticas relativas à fadiga crónica em função do género	87
Tabela 40 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função do sexo	88
Tabela 41 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função da idade	88
Tabela 42 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função do estado civil	89
Tabela 43 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função das habilitações académicas	89
Tabela 44 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função da categoria profissional	90
Tabela 45 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função do tempo de experiência profissional	90
Tabela 46 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função da área geográfica	91
Tabela 47 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função do tipo de vínculo	91
Tabela 48 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função da modalidade de horário	92
Tabela 49 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função do número de horas semanais	92
Tabela 50 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função da realização de horas extra.....	93
Tabela 51 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função da satisfação com o reconhecimento social da sua profissão	93

Tabela 52 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e a satisfação com a segurança com o futuro da profissão	94
Tabela 53- Análise de variância entre as variáveis independentes e a satisfação com a segurança com o futuro da profissão	95
Tabela 54 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e a satisfação com o apoio da hierarquia.....	95
Tabela 55 - Análise de variância entre as variáveis independentes e a satisfação com o apoio da hierarquia.....	96
Tabela 56 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e a satisfação com o reconhecimento pelos outros do trabalho realizado	97
Tabela 57 - Análise de variância entre as variáveis independentes e a satisfação com o reconhecimento pelos outros do trabalho realizado	98
Tabela 58 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e a satisfação com as condições físicas do trabalho.....	98
Tabela 59- Análise de variância entre as variáveis independentes e a satisfação com as condições físicas do trabalho.....	99
Tabela 60 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e a satisfação com as relações com os colegas.....	100
Tabela 61 - Análise de variância entre as variáveis independentes e a satisfação com as relações com os colegas.....	101
Tabela 62 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e a satisfação com a satisfação com a profissão.....	101
Tabela 63 - Análise de variância entre as variáveis independentes e a satisfação com a satisfação com a profissão.....	102
Tabela 64 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e a satisfação profissional	103
Tabela 65 - Análise de variância entre as variáveis independentes e a satisfação profissional	103

Lista de figuras

Figura 1 – Esquema conceptual do estudo	49
---	----

Sumário

INTRODUÇÃO.....	23
PARTE I.....	27
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	27
1. A EMERGÊNCIA MÉDICA, E O PAPEL DO ENFERMEIRO.....	29
1.1. Contextualização histórica da emergência médica	29
1.2. A emergência Médica em Portugal.....	31
1.3. O papel do enfermeiro na emergência pré-hospitalar	39
2. SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	43
PARTE II.....	45
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....	45
1. METODOLOGIA	47
1.1 Métodos	47
1.2 Participantes.....	49
1.2.1 Caracterização Sociodemográfica	49
1.3 Instrumento de recolha de dados	52
1.3.1 Dados sociodemográficos e profissionais.....	52
1.3.2 Questionários, inventários e escalas	52
1.3.2.1. Questionário de Satisfação no Trabalho de Pais Ribeiro (2002).....	53
1.3.2.2. Copenhagen Burnout Inventory (CBI) traduzido e adaptado para português por Fonte (2011)	59
1.3.2.3 Inventário da Personalidade de Eysenck (EPI-12).....	65
1.3.2.4. Escala de Fadiga Crónica (Barton e Cols, 1992)	67
1.4 Procedimentos éticos e de recolha de dados	69
1.5 Análise de dados.....	69
2. RESULTADOS.....	73
2.1 Variáveis de contexto profissional	73
2.2. Satisfação profissional.....	80
2.3. Burnout.....	80
2.4. Personalidade	87
2.5. Fadiga crónica.....	87
2.6. Análise inferencial	88
3. DISCUSSÃO.....	105
3.1. Discussão metodológica.....	105
3.2. Discussão dos resultados.....	105
CONCLUSÃO	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113

Lista de Siglas

AEM – Ambulância de Emergência Médica
ANPC – Autoridade Nacional de Proteção Civil
AS – Ambulância de Socorro
CIAV – Centro de Informação Antivenenos
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CODU-Mar – Centro de Orientação de Doentes Urgentes - Mar
CVP – Cruz Vermelha Portuguesa
GEM – Gabinete de Emergência Médica
GNR – Guarda Nacional Republicana
HEM – Helicóptero de Emergência Médica
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
MEM – Motociclo de Emergência Médica
OE – Ordem dos Enfermeiros
PCR – Paragem Cardiorrespiratória
PMA – Posto Médico Avançado
PSP – Policia de Segurança Pública
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SAMU – Serviço de Assistência Médica de Urgência
SAV – Suporte Avançado de Vida
SBV – Suporte Básico de Vida
SHEM – Serviço de Helicópteros de Emergência Médica
SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV – Suporte Imediato de Vida
SNA – Serviço Nacional de Ambulâncias
SUB – Serviço de Urgência Básica
SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
SUP – Serviços de Urgência Polivalente
TAE – Técnico de Ambulância de Emergência
TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar
TIP – Transporte Inter-hospitalar Pediátrico
TrDC – Transporte regional do Doente Crítico
UMIPE – Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência
VIC – Viatura de Intervenção em Catástrofe
VMER – Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação

VMIR – Viatura Médica de Intervenção Rápida

INTRODUÇÃO

A temática da satisfação profissional tem ao longo dos tempos suscitado a curiosidade e a atenção dos estudiosos e investigadores. Podemos até assumir que atualmente é encarada com um dos mais importantes resultados no que ao trabalho diz respeito, chegando mesmo a ser diretamente associada ao desempenho, de tal forma que se assume que profissionais mais satisfeitos apresentam maiores índices de produtividade.

A satisfação interfere significativamente na capacidade de adaptação ao trabalho, no que se refere à integração, à autonomia, à motivação, ao envolvimento e à utilização das capacidades físicas e mentais. Os níveis decrescentes de satisfação profissional e a falta de atenção, por parte dos gestores da área da saúde, por essa vertente do trabalho, podem vir a comprometer, num futuro próximo, o desempenho das organizações e, conseqüentemente, o nível de saúde da população, a menos que as teorias da satisfação e da motivação não se apliquem aos portugueses e ao setor da saúde, o que consideramos muito improvável (Fonseca, 2014)

Atribuindo-se a origem da emergência médica a conceitos militares, certo é que o seu grande impulso e expansão se deveu aos grandes conflitos bélicos (invasões napoleónicas e primeira e segunda guerra mundial), começando a surgir a vertente da emergência médica no mundo civil na segunda metade do século XIX.

A evolução histórica do conceito de emergência médica tem sido lenta, tendo as suas origens em sistemas militares (INEM, 2011).

A nível nacional (Continente) o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é reconhecido como o organismo do Ministério da Saúde, responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal (Continental), do chamado Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM).

O SIEM teve o seu início, em Portugal, em 1981 e consiste em um conjunto de entidades que em estreita cooperação, dão resposta ao comum objetivo de prestar assistência às vítimas de acidente/doença súbita.

O SIEM inicia-se aquando da ligação, para o número europeu de emergência (112), inicialmente atendida por uma central da Polícia de Segurança Pública (PSP) e após uma primeira triagem rápida, verificando tratar-se de uma situação relacionada com a emergência médica, encaminha a chamada para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU).

Após a receção da chamada no CODU é efetuada uma “triagem” telefónica, com o intuito de definir prioridades por ordem de gravidade, seguidamente, este centro aciona, de entre um conjunto de diferentes meios de Emergência Pré – Hospitalar (EPH), que tem à sua disposição o/os que considera mais adequados para dar a melhor resposta ao pedido.

O Despacho Nº 14898/2011 (publicado em Diário da República, 2ª Série – N.º 211, de 3 de Novembro) define os meios de emergência pré-hospitalar de Suporte Avançado de Vida (SAV) do INEM. São eles:

- Viatura Médica de Urgência e Reanimação (VMER)
- Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV),
- Helicóptero de Emergência Médica (HEM)

A equipa SAV presente na VMER e no Helicóptero de Emergência Médica (HEM) é constituída por um Enfermeiro e um Médico.

A equipa SIV, presente na Ambulância SIV, é constituída por um Enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar (TEPH).

Dada a conjuntura atual, e o flagelo do desemprego que diariamente assola a Enfermagem, a luta pela manutenção dos postos de trabalho torna-se cada vez mais marcada, levando também cada vez mais, os Enfermeiros a dedicarem diariamente grande parte do seu tempo em prol da atividade profissional. É portanto perfeitamente licito, que cada vez mais a procura da satisfação profissional faça parte do dia-a-dia do trabalhador, mais ainda quando falamos de profissões relacionadas com a vertente Humanística, como é o caso da Enfermagem.

Sabemos também de antemão que “a satisfação profissional em enfermagem constitui um indicador na qualidade dos cuidados prestados” (Ordem dos Enfermeiros, 2004). Definindo mesmo em 2006, como eixo prioritário de investigação a realização de “estudos que abordem estratégias inovadoras de gestão/liderança e organização do trabalho favorecedoras de contextos de trabalho que promovam e facilitem a qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Desta forma, o desenvolvimento de todo o processo de investigação orientar-se-á no sentido de responder à questão de investigação: Qual a satisfação profissional dos enfermeiros que integram equipas de Emergência Pré-Hospitalar?

Com o objetivo de dar resposta à questão de investigação formulada e proporcionar esclarecimento e reflexão sobre a problemática em estudo foram delineados os seguintes objetivos de investigação:

- Avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros que integram equipas de Emergência Pré-Hospitalar;
- Identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam a satisfação profissional dos enfermeiros em estudo;
- Identificar as variáveis profissionais que influenciam a satisfação profissional da amostra em estudo;
- Analisar a influência das variáveis psicológicas (personalidade e burnout, ansiedade depressão e stress) na satisfação

Em termos metodológicos, classificamos este estudo de transversal descritivo e correlacional com abordagem quantitativa onde a variável dependente em investigação será a satisfação profissional dos enfermeiros.

Para a realização do estudo, iremos aplicar um instrumento de recolha de dados aos profissionais de Enfermagem que desempenham a sua atividade profissional em equipas de Emergência Pré-Hospitalar.

Na primeira parte deste estudo, será feito um enquadramento teórico, acerca da emergência Médica e a sua organização a nível nacional (continente), o papel do enfermeiro na Emergência Pré-Hospitalar e satisfação profissional.

Na segunda parte do estudo, foi aplicado um instrumento de colheita de dados que é composto por: um questionário destinado à caracterização da amostra que inclui, as variáveis sociodemográficas e profissionais e quatro escalas: Questionário de Satisfação no Trabalho de Pais Ribeiro (2002) Copenhagen Burnout Inventory (CBI) traduzido e adaptado para Português por Cesaltino Fonte (2011); Inventário de Personalidade de Eysenck (EPI-12); Escala de Fadiga Crónica (Barton e Cols, 1992). Esta segunda parte reflete portanto o contributo da pesquisa ao apresentar a conceptualização do processo de investigação empírica. Os primeiros capítulos definem a metodologia utilizada e descrevem a caracterização da amostra, por fim procedemos à apresentação e análise dos resultados obtidos e principais inferências decorrentes da discussão com base em estudos de referência.

Por último, surge a conclusão que pretende ser a síntese de todo o processo de investigação, seguindo-se a bibliografia, testemunho do percurso de pesquisa realizado na literatura nacional e internacional, referente a satisfação profissional. Os anexos contêm documentos de suporte para a realização do trabalho de campo e o instrumento de colheita de dados.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A EMERGÊNCIA MÉDICA, E O PAPEL DO ENFERMEIRO

1.1. Contextualização histórica da emergência médica

A evolução histórica do conceito de emergência médica tem sido lenta, tendo as suas origens em sistemas militares (INEM, 2000).

O cirurgião e chefe militar Francês Dominique Larrey, é considerado o criador do primeiro sistema de emergência. Este facto ocorreu durante as invasões Napoleónicas, quando efetuou a primeira tentativa de organização do auxílio médico de urgência com a montagem de hospitais de campanha estrategicamente colocados nas proximidades dos campos de batalha. A evacuação dos feridos do campo de batalha para os ditos hospitais de campanha era efetuada por unidades móveis denominadas de “*Ambulances volantes*”, e eram posteriormente prestados, por cirurgiões militares, os primeiros socorros aos feridos (com todas as limitações existentes).

Por essa altura a nível Europeu, presenciava-se um grande número de entidades a efetuar serviço na área do auxílio aos feridos e enfermos. Ainda assim, o principal objetivo era transportar rapidamente a pessoa para uma unidade hospitalar onde pudesse ser assistido por um médico.

Seguindo este conceito, e por volta da segunda metade do século XIX, foram criados os primeiros sistemas de emergência médica civis.

Conceito este que se manteve até ao final da década de 30, quando em 1938, Kirschner, cirurgião Alemão, vem revolucionar este conceito ao defender que a prioridade seria o médico a ir de encontro à vítima e não a vítima de encontro ao médico. Efetivamente, constatou-se que um grande número de doentes morria durante o transporte.

Durante a 2ª Grande Guerra, uma vez mais as metodologias, teorias, prioridades e procedimentos de socorro às vítimas sofrem grande evolução, tendo sido rapidamente estabelecido o conceito de Kirschner entre outras inovações como por exemplo a estabilização hemodinâmica através da reposição de volume que passa a ser rotina na abordagem de vítimas politraumatizadas e queimados.

Assistiu-se assim a uma divisão da filosofia de atuação Larrey/Kirschner, que posteriormente originou os atuais conceitos de Emergência médica.

Da divisão da filosofia de atuação referida anteriormente, surgem então duas filosofias diferentes: “Load and Go” ou “Scoop and Run” e “Stay and Play”.

A primeira, de origem anglo-saxónica, e caracterizada por “uma ação de resgate imediato do doente e o transporte rápido ao hospital.” (Silva, Et all, 2014)

De acordo com Liberman (2000) este método consiste em iniciar o mais rapidamente possível o transporte da vítima para o hospital, corrigindo as lesões que ameaçam a vida durante o transporte.

É efetuada por paramédicos ou técnicos de emergência com formação específica, e assenta basicamente em protocolos estritos o que de certa forma origina uma atuação pouco flexível.

Surge assim o conceito da golden hour, no qual se defende “que os pacientes que recebem uma intervenção médico-cirúrgica durante a primeira hora tem índices de recuperação mais elevada” (Mateus, 2007).

Quanto á segunda filosofia “Stay and Play” de origem francófona tem como referência o SAMU Francês e coloca o médico no local. É “caracterizada pela estabilização do doente no tereno e posterior transporte para a unidade Hospitalar.” (Silva, A. Et all, 2014)

No fundo esta filosofia consiste em oferecer ao doente as condições possíveis para a sua estabilização no local. Este modelo é baseado na intervenção de médicos e enfermeiros (maior diferenciação) (Mateus, 2007).

Exige uma logística elevada, com ambulâncias, outras viaturas e hospitais em sítios estratégicos, e formação específica para os seus intervenientes. Encontra-se sujeita a normativos éticos e protocolos de atuação claramente definidos e cientificamente aceites. A referir também que vários estudos tentaram até ao presente provar qual o melhor modelo (principalmente na área do trauma), um deles por exemplo, realizado por Smith (2009) refere que “intervenções no pré-hospitalar para além do nível de SBV, não demonstram melhor eficiência e em muitos casos provam ser deletérios para a vítima.”

Apresenta portanto, este autor, a filosofia “Load and Go” ou “Scoop and Run” como a mais eficaz para a vítima, no entanto assume e alerta que os dados deste estudo são válidos “para ambientes urbanos onde os tempos de transporte para um hospital central são curtos, sendo assim mais vantajoso para a vítima um transporte rápido em função da execução de intervenções no local.” E reforça que em ambientes rurais poderá existir a necessidade de mais intervenções avançadas “dado os tempos acrescidos de transporte até a uma unidade hospitalar de trauma”.

Este trabalho vem contrapor o que defendeu Cummins num estudo realizado em 1991, ainda assim, importa referir que no caso deste autor a problemática em questão era a PCR em ambiente extra-hospitalar, ao invés de vítimas de trauma como estudou Smith e para as quais o tratamento será muito provavelmente cirúrgico, portanto, a nível do bloco operatório.

Analisando a panorâmica atual, podemos também constatar que a filosofia “Stay and Play” tem maior expressão e é mais utilizada em locais onde o maior número de emergências médicas são do foro médico. Portanto, doença, nas quais se objetiva que a presença de equipas diferenciadas permita algumas vezes aplicar de imediato o tratamento definitivo o que

presumivelmente terá melhores resultados. Por sua vez a filosofia “Load and Go” ou “Scoop and Run” é utilizada em locais onde o maior número de ocorrências derivam do trauma, onde este método permite mais rapidamente chegar ao tratamento definitivo que maioritariamente ocorre, como já referido, no bloco operatório.

Ainda assim e no decurso do estudo de Smith (2009) é destacada a proximidade de recursos como um fator fundamental, pois o mesmo refere que em zonas rurais onde as instituições hospitalares se encontram a maior distância, as equipas diferenciadas e a aplicação de intervenções clínicas avançadas conseguem também no caso das vítimas de trauma melhores resultados.

Posto isto, referir apenas que de acordo com o INEM (2011) emergência médica, é a atividade na área da saúde que abrange tudo o que se passa desde o local onde ocorre uma situação de emergência até ao momento em que se conclui, no estabelecimento de saúde adequado, o tratamento definitivo que aquela situação exige.

1.2. A emergência Médica em Portugal

O início em Portugal do socorro pré-hospitalar de doentes dá-se em 1965 sendo o primeiro passo a implementação do número nacional de socorro “115” que numa primeira fase servia apenas para o socorro a vítimas de acidentes na via pública em Lisboa.

Era acionada uma ambulância tripulada por policias, que efetuava o transporte do doente para o hospital. Nos anos seguintes este sistema estendeu-se ao Porto, Coimbra, Aveiro, Setúbal e Faro (INEM, 2013).

Em 22 de novembro, de 1971, foi criado, no Ministério do Interior e da Saúde e Assistência, o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA), que tinha por objetivo assegurar a orientação, a coordenação e a eficiência das atividades respeitantes à prestação de primeiros socorros a sinistrados e doentes bem como ao respetivo transporte.

O SNA assumiu a coordenação do serviço 115 que além das suas próprias ambulâncias que continuavam a ser operadas pela PSP “medicalizáveis, equipamento sanitário e de telecomunicações (...) nas cidades de Lisboa, Porto, Coimbra e Setúbal” (INEM, 2013), envolvia também nas restantes áreas, ambulâncias entregues a corporações de bombeiros.

Em 1980, a resolução 84 do conselho de ministros criou o gabinete de emergência médica (GEM) “que tinha como principal objetivo desenvolver e coordenar um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM).

Em 1981, através do Decreto-Lei nº 234/81, de 3 de agosto, o SNA foi transformado no INEM - I.P., e instituído como o organismo do então Ministério dos Assuntos Sociais e da

Saúde, coordenador das atividades de emergência médica a executar pelas diversas entidades do Sistema.

O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) teve o seu início, em Portugal, no mesmo ano e consiste em um “conjunto de ações coordenadas, de âmbito extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar que resultam da intervenção ativa e dinâmica dos vários componentes de sistema de saúde nacional, de modo a possibilitar uma atuação rápida, eficaz e com economia de meios em situações de emergência médica. Compreende toda a atividade de urgência/emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a receção hospitalar e a adequada referenciação do doente urgente/emergente (INEM,2013).

Para garantir o bom funcionamento do SIEM, foram abrangidas várias entidades que hoje são dele parte integrante, como sejam a Policia de Segurança Pública (PSP), a Guarda Nacional Republicana (GNR), o INEM, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), os Hospitais e Centros de Saúde.

Tendo sido objetivado um deficit a nível das funções de orientação, regulação e coordenação das operações de socorro, foi fundado em 1987 o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) na sede do INEM em Lisboa, e que cedo justificou a sua importância no SIEM com as funções atrás referidas. É criado em proximidade física com uma outra valência, já criada no ano de 1982, o Centro de Informação Antivenenos (CIAV) como objetivo de ser um “centro de elevado nível técnico no apoio informativo e no aconselhamento ao tratamento a vítimas de intoxicações (dos medicamentos aos pesticidas e cosméticos) bem como na orientação terapêutica e visão prognóstica aos clínicos, tanto no ambulatório como nas unidades hospitalares” (INEM, 2013), tendo sido objetivado como uma mais-valia, foram criados em 1991, 1995 e 2000 respetivamente o CODU norte (Porto) e o CODU centro (Coimbra) e o CODU Algarve (Faro, que atualmente faz apenas despacho de meios). A referir apenas que no ano de 1990 começa a funcionar no CODU uma secção diferenciada, embora com a mesma filosofia, mas dirigida ao apoio aos doentes no mar: o CODU-Mar.

Voltando a 1987 foi criado neste ano o subsistema de transporte de recém-nascidos de alto risco em Lisboa, destinado a socorrer recém-nascidos em risco de vida, para transporte adequado a uma unidade de neonatologia de referência. Nos seguintes anos de 1988 e 1989 este serviço estendeu-se respetivamente ao Porto e Coimbra.

Um marco importante ocorrido no ano de 1988 foi o facto de a prestação de socorro, até então limitada à via pública estendeu-se também, e “por razões logísticas ao domicílio” (INEM, 2013).

A primeira Viatura Médica de Intervenção Rápida (VMIR), sediada na Rua Infante Dom Pedro em Lisboa, na à altura, sede do INEM, entrou em funcionamento no ano de 1989, seguindo-se uma no eixo Amadora-Cacém em 1990, no hospital de São Francisco Xavier e no de Cascais em 1991, no centro hospitalar de Vila Nova de Gaia em 1995 e no hospital de

Santo António, no Porto em 1996. Também neste ano as VMIR passam a designar-se por Viatura Médica de Emergência e Reanimação e continuou a sua expansão ao longo do território Nacional (Continente).

Ainda no decorrer do ano de 1996, mais especificamente no verão desse ano, inicia-se o serviço de helitransporte de doentes com o patrocínio de uma marca automóvel e o apoio do Hospital de São Francisco Xavier para a evacuação de sinistrados e doentes urgentes na zona sul do país. Também neste ano, foi concebida a Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC). No seguinte ano de 1997, “dois helicópteros juntam-se à rede de meios do INEM” (INEM, 2013). Estes encontravam-se sediados, um no aeródromo de Tires outro no Hospital Pedro Hispano, e tinham como horário de funcionamento das 8 às 20 horas. No entanto, em 2002 os dois passaram a funcionar 24 horas por dia, (a estes viriam a juntar-se em 2010 mais três helicópteros).

O processo para a interligação das então centrais 112 operadas pela PSP, às centrais telefónicas do CODU teve início em 1998, e a norte do país é aplicado um protocolo entre o INEM e a PSP do Porto, onde se define que todas as chamadas relativas à saúde recebidas na central 112 são transferidas ao CODU Norte. Esta metodologia de trabalho, atendimento das chamadas e encaminhamento ao CODU das que à saúde dizem respeito, é utilizada até a atualidade em todo o território de Portugal Continental.

Em 2003 o conceito das VIC foi reformulado, passando a dispor de um posto médico avançado (PMA) e de uma célula autónoma de telecomunicações, já em 2004 ficam disponíveis mais três VIC, localizadas no Porto, Coimbra e Faro. No mesmo ano a mota passa a ser um dos veículos de emergência ao serviço do INEM em Lisboa e Porto, estendendo-se em 2011 a Coimbra, Braga e Faro.

Um marco importante do ano de 2006 foi o fato de “a partir do mês de Agosto, os CODU abrangem 100% da população nacional, assegurando um dos grandes objetivos do INEM: todas as chamadas 112 referentes à saúde passam a ser atendidas e tratadas por profissionais de saúde com formação específica” (INEM, 2013).

Ainda segundo o mesmo autor, em 2007 “é instalada uma ambulância piloto de suporte avançado de vida no Alentejo (SAV), com vista à futura implementação do modelo de ambulâncias de suporte imediato de vida (SIV)”. A implementação deste modelo aconteceu em outubro desse mesmo ano com a entrada em funcionamento das primeiras quatro ambulâncias SIV, no Alentejo, no âmbito do projeto do ministério da saúde de requalificação das urgências. Foram elas as ambulâncias SIV de Odemira, Estremoz, Moura e Elvas.

A nova Lei Orgânica do INEM IP constante do Decreto-lei n.º 34/ 2012, de 14 de Fevereiro, e que vem revogar o anterior, n.º 220/2007 de 29 de Maio, determina que a missão deste instituto público é definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento do SIEM, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita, a

pronta e correta prestação de cuidados de saúde. De entre as alterações verificadas neste documento, há a destacar o reforço das atribuições no que à definição, coordenação e certificação da formação em emergência médica dos elementos do SIEM diz respeito, bem como à manutenção da estrita fiscalização do transporte de doentes.

O mesmo documento atribui ao INEM as funções de definir, organizar e coordenar as atividades e o funcionamento do SIEM, assegurando a sua articulação com os serviços de urgência, no respeitante a:

- ✓ “Prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré -hospitalar, nas suas vertentes medicalizada e não medicalizada, e respetiva articulação com os serviços de urgência/emergência;
- ✓ Referenciação e transporte de urgência/emergência;
- ✓ Receção hospitalar e tratamento urgente/emergente; (...)
- ✓ Assegurar o atendimento, triagem, aconselhamento das chamadas que lhe sejam encaminhadas pelo número telefónico de emergência e acionamento dos meios de emergência médica apropriados; (...)
- ✓ Assegurar a prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré-hospitalar e providenciar o transporte para as unidades de saúde adequadas;
- ✓ Promover a resposta integrada ao doente urgente/ emergente;
- ✓ Promover a correta referenciação do doente urgente/ emergente;
- ✓ Promover a adequação do transporte inter-hospitalar do doente urgente/emergente;”

Em 2014, o despacho Nº 5561/2014 de 23 de Abril, do gabinete do secretário de estado adjunto do ministro da saúde vem revogar o Nº 14898/2011 de 3 de Novembro, e visa definir os meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado (VMER) e imediato de vida (SIV) do INEM bem como as bases gerais da sua integração na rede de serviços de urgência.

Relativamente aos meios este documento determina então o seguinte:

“a) Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) - Integra uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro, concebida para o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente/sinistrado, tem como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida.

b) Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) – Integra uma equipa constituída por um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência, concebida para o transporte com acompanhamento de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência, tem

como objetivos a estabilização pré-hospitalar, o transporte de doente crítico e dispõe de equipamento de Suporte Imediato de Vida.”

Diz ainda que:

“Os meios de emergência pré-hospitalar referidos devem existir, na rede articulada de serviços de Emergência do Serviço Nacional de Saúde consoante os seguintes níveis diferenciados:

- a) Os Serviços de Urgência Polivalente (SUP) e os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) devem integrar uma VMER;
- b) Os Serviços de Urgência Básica (SUB) devem integrar uma ambulância SIV.”

No mesmo ano o despacho 10109/2014 veio definir, para além dos já definidos no despacho referenciado anteriormente, os meios de emergência médica do INEM. São eles:

- “a) Ambulância de Emergência Médica (AEM), anteriormente designada por ambulância de suporte básica de vida (SBV): integra uma equipa de dois Técnicos de Emergência, (...)
- b) Motociclo de emergência médica (MEM): tripulado por um Técnico de Emergência, (...)
- c) Ambulâncias de Socorro (AS): cuja missão é assegurar a deslocação rápida de uma tripulação com formação em técnicas de emergência médica no mínimo tempo possível, em complementaridade e articulação com os outros meios de emergência médica pré – hospitalar (...);
- d) Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE), cuja missão é intervir no local da ocorrência com vítimas e familiares em situações potencialmente traumáticas, (...)
- e) Transporte regional do Doente Crítico (TrDC): cuja missão é assegurar o transporte secundário (inter- hospitalar) do doente crítico adulto agudo, (...)
- f) Serviço de Helitransporte de Emergência Médica (SHEM): cuja missão é o transporte rápido de uma equipa médica ao local da ocorrência, (...).”

As Ambulâncias de transporte inter-hospitalar pediátrico (TIP) haviam já sido definidas pelo despacho N^o1393/2013 de 23 de janeiro, como meio de emergência, tendo sido a esse respeito determinado que:

“ A Ambulância de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP) integra uma equipa de um Médico, um Enfermeiro e um Técnico de Ambulância de Emergência (TAE) e tem como missão a deslocação rápida de uma equipa de transporte de doente crítico urgente em idade pediátrica, a estabilização clínica dos recém-nascidos e/ou crianças gravemente doentes (...).”

Posto isto pode então dizer-se que o socorro em Portugal, neste momento, pode ser agrupado em dois grandes grupos que se complementam e uniformizam: o socorro não medicalizado e o socorro medicalizado.

Ainda assim e antes de definir a composição destes dois grupos, dizer que toda a sequência é iniciada nos CODU, essas Centrais de Emergência Médica responsáveis pela medicalização do Número Europeu de Emergência (112).

Às quais compete atender e triar no mais curto espaço de tempo os pedidos de socorro recebidos, com o objetivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso.

O seu funcionamento é assegurado, 24 horas por dia, por equipas de profissionais qualificados (médicos e técnicos) com formação específica para efetuar o atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio de meios de socorro. Para isto contam com a ajuda de um conjunto de equipamentos na área das telecomunicações e informática que permitem coordenar e rentabilizar os meios humanos e recursos técnicos existentes.

Os meios são selecionados de forma criteriosa de acordo com:

- ✓ A situação clínica das vítimas
- ✓ A proximidade do local da ocorrência
- ✓ A acessibilidade ao local da ocorrência

Este serviço assegura o acompanhamento das equipas de socorro no terreno através de informações clínicas recebidas.

É ainda possível selecionar e preparar a receção hospitalar dos doentes, com base em critérios clínicos, geográficos e de recursos da unidade de saúde de destino.

No caso do CODU-Mar, este serviço providencia simultaneamente auxílio e questões de evacuação marítima e de acolhimento em terra, desencadeando os meios e procedimentos necessários atendendo às particularidades do socorro em mar. Por exemplo para o resgate de doentes em embarcações é utilizado o HEM da Força Aérea Portuguesa.

Quanto ao socorro não medicalizado é assegurado pelas tripulações das ambulâncias AEM do INEM e ou AS dos Bombeiros ou da Cruz vermelha Portuguesa, sendo que independentemente da entidade a que pertencem é ativada a que se encontra mais próxima do local da ocorrência (tendo em conta em alguns casos a área de intervenção, nomeadamente dos corpos de bombeiros). Em algumas cidades, como já referido anteriormente, existe um outro meio de socorro não medicalizado, os motociclos de emergência médica (MEM). Deste grupo fazem também parte as UMIPE.

Quanto ao socorro medicalizado, este é assegurado pelas equipas das VMER, SIV e pelo SDEM (Para além dos HEM do INEM, podem ainda ser utilizados HEM da Força Aérea Portuguesa ou da Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANPC)).

Relativamente formação das tripulações preconiza-se que:

- VMER, a tripulação (Médico e Enfermeiro) tem formação específica em Emergência Médica, nomeadamente em SAV;
- SIV, a tripulação Enfermeiro e Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH) (nova designação dos TAE, conferida pelo Decreto-lei 19/2016 de 15 de Abril que cria regime da carreira dos TEPH) o primeiro com formação em Suporte imediato de vida e SAV e o segundo com formação em técnicas básicas de emergência e desfibrilhação automática externa;

- SHEMA, mais especificamente HEMA, têm uma equipa médica e, tal como as VMER, entendem-se como unidades de cuidados intensivos móveis.

A referir também a existência da já referida Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC) que por norma é utilizada em situações multivítimas.

No seu interior transporta diverso material de Suporte Avançado de Vida (monitores-desfibriladores, ventiladores, monitores de parâmetros vitais, seringas-infusoras, diversos fármacos, entre outros) e permite a montagem de um Posto Médico Avançado (PMA) que poderá funcionar como um pequeno hospital de campanha, permitindo o tratamento de 8 vítimas em simultâneo.

Para além disso, a VIC está também equipada com uma célula de telecomunicações, que permite criar uma rede de comunicações entre o local do acidente, os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e os hospitais das proximidades.

É neste contexto de surgimento formal da emergência médica em Portugal que aparece, por Silva e Henriques (1986), a primeira referência à Enfermagem Pré-hospitalar, quando dizem que: "... Os veículos que atuam na fase pré-hospitalar de um sistema de emergência médica (...) devem ser tripulados por um médico, ou enfermeiro com bons conhecimentos das técnicas de manutenção da vida, e ter possibilidades de chegar ao local o mais depressa possível. As tripulações devem não só estar bem treinadas nas operações de rotina como ter prática das técnicas de emergência mais avançadas".

Desde então, e baseado obviamente em pressupostos, princípios e necessidades, assiste-se ao desenvolvimento da atividade pré-hospitalar de enfermagem, quer nas Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) e Helicópteros de Emergência Médica (HEM), como também, e numa realidade mais recente com a criação das Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), vincando os enfermeiros, cada vez mais o seu papel nesta intervenção.

1.3. O papel do enfermeiro na emergência pré-hospitalar

Atualmente, a nível nacional, o exercício da Enfermagem é regulado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), para isto, e para além de muitos outros documentos, a prática profissional é regida pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) constante no decreto-lei Nº 161/96 de 4 de Setembro, que define os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional desta classe.

Segundo o mesmo documento, no seu artigo 9º alíneas dois e três, na sua prática profissional, as intervenções do Enfermeiro podem ser: autónomas ou interdependentes.

“2 - Consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.

3 - Consideram-se interdependentes as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.”

Assim sendo, e reportando-me agora ao contexto pré-hospitalar, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros diz-nos que “as intervenções interdependentes requerem ações previamente definidas por protocolos de atuação, algoritmos e/ou planos de ação, que permitem ao enfermeiro planejar, implementar, executar, supervisionar e avaliar as suas intervenções” (Parecer nº 84/2008, 2008).

Relativamente às intervenções autónomas o mesmo documento remete-nos novamente para o REPE, no seu capítulo IV, artigo 9º alínea numero quatro:

“e) Procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais;”

Ainda assim, facilmente depreenderíamos do carácter autónomo das intervenções na manutenção ou recuperação das funções vitais, no sentido da autonomia da decisão de agir e da responsabilidade do enfermeiro.

Posto isto, e após a análise dos dois “tipos” de intervenções de Enfermagem, aferimos que os enfermeiros devem atuar de acordo com as suas qualificações profissionais. É importante reparar que segundo o já exposto anteriormente neste trabalho, e fundamentado pelo despacho nº 5561/2014 no seu número 4 todos, todos os enfermeiros que tripulam meios diferenciados (VMER, SIV e HEM) são detentores de “competência adquirida e reconhecida

(...) através da formação específica em emergência médica ministrada pelo INEM, I.P. (...)", nomeadamente curso de SAV que integra o programa dos cursos SIV e VMER.

Relativamente ao curso de SAV, Vieira, Oliveira e Ressurreição (2005) dizem-nos que este permite a qualificação dos profissionais numa "série de procedimentos como a entubação endo-traqueal, a desfibrilhação, a decisão pela administração de alguns fármacos (...) a liderança de uma situação de emergência e outros procedimentos life-saving."

O código deontológico, (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro), no seu capítulo VI, artigo 96º número 1, consagra os direitos dos membros efetivos da ordem, e diz na alínea a, que estes têm o direito de "Exercer livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações, a não ser as decorrentes do código deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício da enfermagem". Então, todos os enfermeiros com uma adequada qualificação profissional, devem conceder os cuidados necessários, sem medo de infringir ou ultrapassar o seu âmbito de intervenção (Vieira et al, 2005).

Os mesmos autores acrescentam ainda que por vezes "nomeadamente nas situações em que há mais que uma vítima, e em que as necessidades destas têm de ser providas de forma a evitar o risco de vida – o Enfermeiro tem de atuar sozinho, surgindo assim diversas dúvidas relacionadas com o papel dos profissionais".

Ainda assim, e segundo os estatutos da OE " (Decreto-lei 104/98 de 21 de Abril) no seu artigo 79º, alínea b, o mesmo deverá ter sempre presente o facto de assumir "Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega".

A Ordem dos Enfermeiros, (2007) na primeira alusão feita por este órgão relativamente ao exercício de Enfermagem no pré-hospitalar, e assumindo, como é de esperar, que todos os Enfermeiros orientam a sua atuação pelos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade definidos pela OE, emitiu um documento com orientações relativas às Intervenções do Enfermeiro no Pré-hospitalar, onde especifica que:

A intervenção clínica no contexto pré-hospitalar tem por objetivo garantir à população, a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita e/ ou acidente, assegurando, por todos os meios disponíveis, a mais correta abordagem e estabilização da vítima no local do acidente e o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à receção em unidades de saúde adequadas."

E afirma ainda que:

"Só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro pré-hospitalar." (Ordem dos Enfermeiros, 2007)

Relativamente a orientações para as intervenções do enfermeiro no pré-hospitalar, o mesmo documento refere as seguintes:

- “Atuar sempre de acordo com o seu enquadramento legal, procurando assegurar, no exercício das suas competências, a estabilização do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, no local da ocorrência, garantindo a manutenção das funções vitais por todos os meios à sua disposição;
- Garantir o acompanhamento e a vigilância durante o transporte primário e/ou secundário do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referência, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais, durante o transporte;
- Assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da receção do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, na unidade de referência;
- Garantir adequada informação e acompanhamento à família do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, de forma a minimizar o seu sofrimento”.

Ainda assim, a emergência pré-hospitalar não é fácil para nenhum dos seus intervenientes, e menos ainda para o Enfermeiro. O stress ambiental é muito elevado, e por norma, tudo necessita de ser feito com muita rapidez, pelo que o tempo é um fator importante na prestação de cuidados neste ambiente.

Para tentar preservar as vidas ao máximo, o Enfermeiro tem que ser possuidor de um grande equilíbrio emocional, ter conhecimentos técnicos que lhe permitam a tomada de decisões e saber trabalhar em equipa, pois tal como defendem Bruno e Oldenburg (2005) “o sucesso de um bom atendimento pré-hospitalar depende de um grupo que se encontre bem organizado e que saiba atuar em conjunto.”

Pois bem, é sabido que no contexto do pré-hospitalar muitos são os elementos que podem integrar equipas/ou trabalhar em equipa com os enfermeiros desde os médicos nas VMER, passando pelos TEPH nas SIV até às próprias equipas das AEM e AS que por vezes se encontram na mesma ocorrência, ainda assim, e a este nível Mateus (2007) aponta que “O Enfermeiro na emergência pré-hospitalar atua em equipa com o Médico, com a equipa do helicóptero e com as tripulações das ambulâncias ao efetuar o Rendez-vous”

O Despacho Normativo, n.º 46/2005 de 19 de Outubro, define o conteúdo funcional das diversas carreiras de pessoal compreendidas no quadro de pessoal do INEM, e relativamente ao conteúdo funcional da carreira de enfermagem diz que este compreende entre outros:

- “ (...) c) Atuar ao nível do sistema de socorro pré-hospitalar na vertente medicalizada;
- d) Referenciação e transporte de doente urgente/ emergente;
- (...)
- g) Participar em planos de emergência;

h) Atuar em situações de exceção/catástrofe, bem como em missões humanitárias, quer nacionais, quer internacionais, prestar apoio a eventos de risco e proceder ao acompanhamento de altas individualidades.”

Oliveira e Martins (2013) num artigo de investigação sobre ser enfermeiro em SIV, conclui que: “pela sua formação base e competências específicas, o enfermeiro é um recurso humano importante na área da prestação de socorro pré-hospitalar. Tal é sentido como um desafio, com as várias experiências a ajudar na construção da perícia e a reforçar o carácter único dos cuidados prestados pelos enfermeiros em emergência pré-hospitalar.”

Pois bem, tudo isto demonstra a importância da intervenção dos profissionais de Enfermagem no Pré-Hospitalar e também a sua imprescindibilidade neste meio.

2. SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

A satisfação profissional é encarada com um dos mais importantes resultados humanos no que ao trabalho diz respeito e vem sendo, implícita e explicitamente, associada ao desempenho, pressupõe-se que profissionais mais satisfeitos são profissionais mais produtivos.

Vários estudos na área da satisfação profissional tem surgido ao longo dos tempos, o que mostra que este tema tem suscitado a curiosidade e o interesse de investigadores das mais diversas áreas.

A avaliação da satisfação profissional dos profissionais de saúde tem até enquadramento legal próprio, no nosso país desde 1990. Referimo-nos à lei de bases da saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto), segundo a qual a satisfação profissional é (ou deve ser) um dos critérios de avaliação periódica do Serviço Nacional de Saúde, a par da satisfação dos utentes, da qualidade dos cuidados e da eficiente utilização dos recursos numa ótica de custo-benefício (Graça, 1999).

Em estreita relação com a forma como o indivíduo se relaciona e experiêcia o seu local de trabalho e influenciada pelas características pessoais intrínsecas a cada pessoa, a definição de satisfação profissional não está portanto muito facilitada. Facto que é corroborado pela análise da literatura sobre este tema, e que vinca a complexidade desta definição.

Moura (2012) diz-nos por exemplo que “as conceptualizações mais frequentes de satisfação descrevem-na como sendo uma atitude, embora estas possam também ser o resultado da satisfação laboral.”

Chiavenato (2005) descreve-a como sendo “uma emoção, resultando este estado emocional agradável da forma como o indivíduo percebe o seu trabalho.”

O mesmo autor defende também que o conceito de satisfação é entendido como o resultado da motivação cíclica. A satisfação profissional é o resultado entre o que se espera obter, comparativamente ao que se obtém no local de trabalho. Quando existe considerável diferença entre o que o profissional obtém (resultados ou recompensas) e o que esperaria obter (expectativas), ocorre a insatisfação e conseqüente desmotivação, que poderá privar o profissional da vontade de querer desempenhar novas tarefas.

Outro autor, Graça (2000) chega mesmo a considerar a satisfação no trabalho como o resultado da avaliação que cada trabalhador faz, relativamente ao grau de realização das suas necessidades, preferências e expectativas profissionais. Na sua essência, será a percepção da pessoa relativamente aquilo que afeere (sucesso, dinheiro, segurança, amizade, prestígio, autonomia laboral, oportunidades, reconhecimento, construção de carreira, entre outros) como sendo justo ou estando de acordo com aquilo que esperava obter, comparativamente a outro/s em situação idêntica e em função do investimento efetuado.

Alcobia (2001) diz-nos também que tendo a satisfação no trabalho sido objeto de estudo por vários autores, estes dividem a orientação conceptual da satisfação em dois grandes grupos ou seja a satisfação como estado emocional, sentimentos ou respostas afetivas em relação ao trabalho e a satisfação como uma atitude generalizada em relação ao trabalho.

No entanto, estudos recentes apontam que as características individuais dos trabalhadores e o ambiente físico das organizações têm uma contribuição fraca para a satisfação. Por exemplo, autores como Siqueira, Tamayo e Bastos, (2008) referem que a satisfação parece ser muito sensível ao comprometimento da empresa com os trabalhadores, ou seja, a forma como esta se preocupa com o seu bem-estar e de que forma está disponível para retribuir o investimento por eles aplicado.

Posto isto, facilmente aferimos que a satisfação profissional corresponde a um ponto de equilíbrio entre as expectativas e os resultados que cada indivíduo obtém no seu trabalho, assim sendo, a satisfação ocorre quando os resultados igualam ou superam as expectativas.

Deste modo, e pelo carácter generalista de que se revestem as anteriores definições é recomendado o facto de que devem ser tidas em conta todas as componentes laborais passíveis de interferir com o nível de satisfação dos profissionais.

PARTE II
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1. METODOLOGIA

A segunda parte do nosso trabalho diz respeito à investigação empírica, assim sendo, o presente capítulo descreve e apresenta o percurso metodológico adotado, pretendemos com ele definir as estratégias delineadas para a realização do estudo.

A metodologia é descrita por Fortin (2009) como sendo o conjunto dos métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica.

Apresentamos assim um conjunto de procedimentos metodológicos que entendemos serem ferramentas necessárias e facilitadoras da obtenção da resposta às questões de investigação que formulámos, com base nas reflexões que a temática nos suscitou.

Posto isto, iremos descrever e especificar o tipo de investigação realizado, tendo em conta as variáveis em estudo, o tipo de amostra, os instrumentos utilizados para a recolha de dados e o respetivo tratamento estatístico que foi efetuado.

1.1 Métodos

Atualmente, consideramos que as alterações paradigmáticas no que aos domínios da intervenção de enfermagem diz respeito, aliadas ao exponencial aumento da exigência dos mais elevados padrões de qualidade, tornam de todo pertinente o estudo e a reflexão sobre a satisfação profissional dos enfermeiros em todos os contextos da sua atuação, como tal, também na emergência pré-hospitalar.

Consideramos ainda perfeitamente lícito, que cada vez mais a procura da satisfação profissional faça parte do dia-a-dia do trabalhador, mais ainda quando falamos de profissões relacionadas com a vertente Humanística, como é o caso da Enfermagem a Ordem dos Enfermeiros, (2004) afirma que “a satisfação profissional em enfermagem constitui um indicador na qualidade dos cuidados prestados.” Tendo mesmo em 2006 definido a satisfação profissional como eixo prioritário de investigação a realização de “estudos que abordem estratégias inovadoras de gestão/liderança e organização do trabalho favorecedoras de contextos de trabalho que promovam e facilitem a qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

A Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto) - Capítulo III, Base XXX (Avaliação Permanente), diz-nos que a satisfação profissional é, ou deve ser, um dos critérios de avaliação periódica do SNS, paralelamente à satisfação dos utentes, à qualidade dos cuidados de enfermagem e à eficiente utilização dos recursos numa ótica de custo-benefício. A satisfação no trabalho surge assim como uma das variáveis relacionadas com o trabalho de maior relevância na atualidade.

Posto isto e pela marcada importância dada à satisfação profissional nos nossos dias considera-se de todo pertinente a realização de estudos com o objetivo de nos ajudar a compreender a relação existente entre a satisfação e o trabalho.

Assumimos portanto que o desenvolvimento de todo o processo de investigação orientar-se-á no sentido de responder à questão de investigação: “Qual a satisfação profissional dos enfermeiros que integram equipas de Emergência Pré-Hospitalar?”

Na prossecução da questão pivô formulada surgem ainda as seguintes questões complementares:

- Que variáveis sociodemográficas influenciam a satisfação profissional dos enfermeiros que integram equipas de Emergência Pré-Hospitalar?

- Quais as variáveis de contexto profissional que influenciam a satisfação profissional dos enfermeiros em estudo?

- Em que medida a idade, o sexo, a personalidade, o Burnout e a fadiga crónica afetam a satisfação profissional da amostra em estudo?

Com o objetivo de dar resposta à questão de investigação formulada e proporcionar esclarecimento e reflexão sobre a problemática em estudo delineamos os seguintes objetivos:

- Avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros que integram equipas de Emergência Pré-Hospitalar;

- Identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam a satisfação profissional dos enfermeiros em estudo;

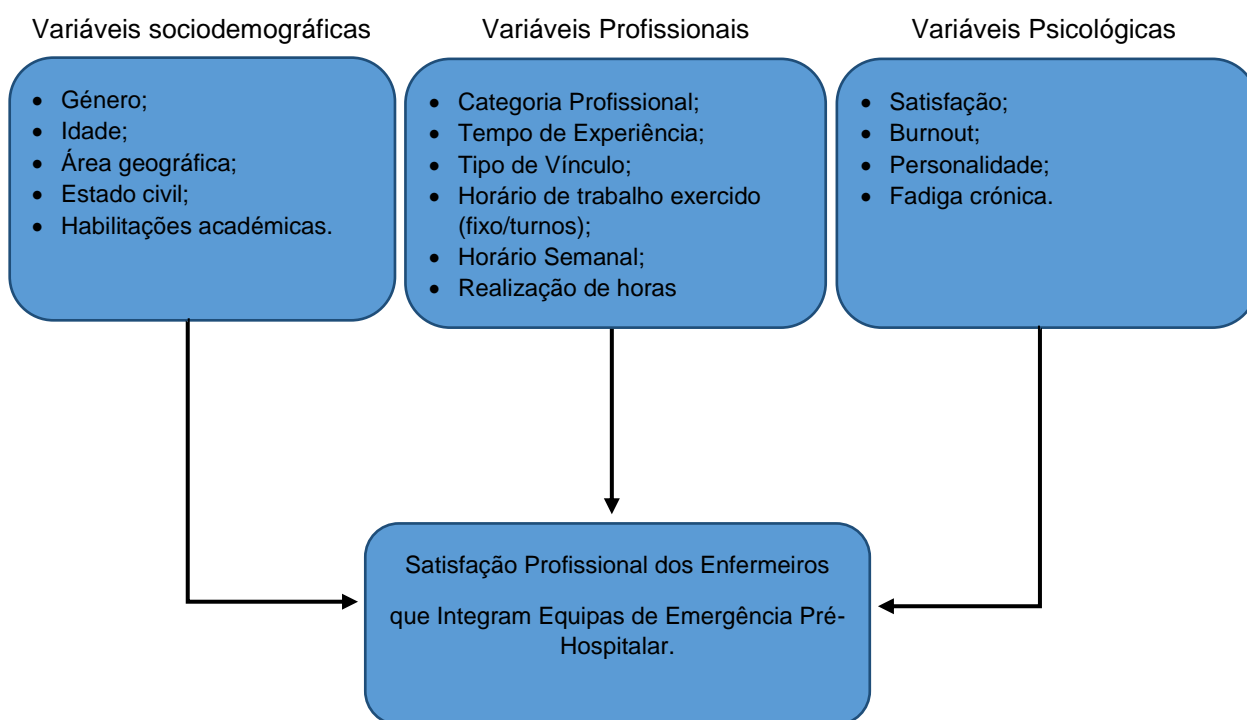
- Identificar as variáveis profissionais que influenciam a satisfação profissional da amostra em estudo;

- Analisar a influência das variáveis psicológicas (personalidade, burnout e fadiga crónica) na satisfação profissional.

O estudo que desenvolvemos nesta investigação obedece a um conjunto de pressupostos e segue o método da análise quantitativa, uma vez que se pretende garantir a precisão dos resultados, evitando assim distorções de análise e interpretação; enquadra-se no tipo de investigação não-experimental, uma vez que não existe manipulação das variáveis em estudo; é um estudo transversal na medida em que mede a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema na amostra num período temporal bem delimitado; é ainda um estudo analítico, descritivo e correlacional uma vez que o seu objetivo, para além da análise e descrição das relações entre as variáveis, é analisar e explicar a relação entre as mesmas.

Com o decurso das considerações metodológicas adotadas para este estudo, delineamos então o esquema conceptual do modelo de investigação (cf. figura 1), de forma a facilitar a perceção dos diferentes domínios que integram a investigação, bem como o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis do estudo.

Figura 1 – Esquema conceptual do estudo.



1.2 Participantes

A continuação deste estudo foi assegurada com base numa amostra não probabilística por conveniência. Com o objetivo de alcançar o maior número de participantes possível, a difusão do instrumento de recolha de dados foi efetuada online em fóruns de enfermagem pré-hospitalar e por correio eletrónico para todos os enfermeiros do INEM durante o mês de Abril de 2018. O instrumento consistia de um questionário para auto preenchimento, ao qual responderam 134 indivíduos distribuídos em termos de atividade pré-hospitalar da seguinte forma: SIV 86 indivíduos, VMER 23 indivíduos, Bombeiros 11 indivíduos, SIV + VMER + HEM 6 indivíduos, SIV + VMER 5 indivíduos, EMIR 2 indivíduos, HEM 1 indivíduo, e em termos de localização geográfica 128 indivíduos da plataforma continental de Portugal, 4 indivíduos da Região Autónoma dos Açores e 2 indivíduos da Região Autónoma da Madeira.

1.2.1 Caracterização Sociodemográfica

Idade e género

A amostra do estudo é maioritariamente do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 26 e os 54 anos com uma média de idades de 35.31 e um desvio padrão de 5,81 anos. O coeficiente de variação é de 20,0% o que indicia uma dispersão moderada e, os valores de simetria e curtose indicam uma curva leptocúrtica, com

enviesamento à esquerda. Analisando os resultados da idade em função do sexo observamos que a amostra é composta por 55 indivíduos do sexo feminino, o que corresponde a 41% da amostra e 79 indivíduos do sexo masculino que corresponde aos restantes 59%. No sexo feminino a idade varia entre os 26 e os 47anos com uma média de 34,65 anos ($\pm 5,4$) e no sexo masculino entre os 26 e os 54 anos com uma média de 35,77 anos (± 6). A média de idades é assim superior no sexo masculino ($M=35,77$ anos) em detrimento do sexo feminino ($M=34,65$ anos) no entanto as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas conforme resultado do teste de t para amostras independentes ($t=0,489$; $p=0,486$). O teste de Kolmogorod-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria e curtose, curvas leptocúrticas e enviesadas à esquerda para os dois géneros e para a totalidade da amostra. Já os coeficientes de variação indiciam uma dispersão média face às idades médias encontradas (tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade em função do género dos enfermeiros

Sexo	N	Mínimo	Máximo	M	D.Padrão	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Feminino	55	26	47	34.65	5.41	15.61	1.90	-0.44
Masculino	79	26	54	35.77	6.05	16.94	3.28	0.44
TOTAL	134	26	54	35.31	5.81	16.45	3.90	0.41

Procedemos então ao agrupamento dos participantes em grupos etários, o que originou três grupos distintos: ≤ 30 anos, 31 a 40 anos e > 40 anos. Podemos constatar na tabela dois que 22,4% da amostra (30 elementos) se situa no grupo ≤ 30 anos, aos quais correspondem 13 indivíduos do sexo feminino e 17 do sexo masculino, 62,7% da amostra integra o grupo dos 31aos 40 anos com um total de 84 indivíduos, sendo 34 do sexo feminino e 50 do sexo masculino. No grupo > 40 anos enquadram-se 14,9% dos participantes com 20 elementos, 8 do sexo feminino e 12 do sexo masculino.

A maioria dos indivíduos de ambos os sexos tem idade entre os 31 e 40 anos, representando para cada uma das amostras 61,8% e 63,3%, respetivamente sexo feminino e masculino. Os resultados do teste de qui quadrado, indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0,085$; $p=0,958$).

Estado civil

Ao efetuarmos a análise do estado civil aferimos que 37.3% são solteiros/divorciados/viúvos e 62.7% casados. Analisando os resultados em função do sexo, observa-se que a maioria dos indivíduos do sexo feminino são casados (54.5%) tal como a maioria dos indivíduos do sexo masculino com 68.4%. Os valores que decorrem da aplicação

do teste de qui quadrado indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=2.643$; $p=0.104$). Face ao exposto, aferimos que as variáveis em estudo são independentes.

Habilitações Literárias

Os resultados que se apresentam na tabela 2 indicam que 66.4% da amostra possui a licenciatura em enfermagem e apenas 33.6% detém o grau de mestre. Numa análise aos resultados em função do sexo observamos que em ambos a maior parte dos participantes são licenciados, com um percentual de 70.9% para o sexo feminino e de 63.3% para o sexo masculino, por sua vez a parte *minor* possui mestrado, 21.9% para o sexo feminino e 36.7% para o sexo masculino.

Os resultados do teste de qui quadrado indicam que não existem diferenças significativas ($X^2=0.844$; $p=0.358$).

Área Geográfica

Neste campo os resultados mostram que da totalidade da amostra, 95.5% dos indivíduos referem como área geográfica Portugal (Continental), 3% a Região Autónoma dos Açores e 1.5% a Região Autónoma da Madeira. A caracterização dos resultados em função do género pode ser observada na tabela 2, analisando os resultados do teste de qui quadrado observa-se que não existem diferenças significativas ($X^2=1.532$; $p=0.465$).

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género

Variáveis	Sexo	Feminino		Masculino		Total		R.Ajustados		x2	p
		N	%	N	%	N	%	Fem.	Mas.		
Idade											
≤30		13	23.6	17	21.5	30	22.4	0.3	-0.3	0.085	0.958
31 – 40		34	61.8	50	63.3	84	62.7	-0.2	0.2		
>40		8	14.5	12	15.2	20	14.9	-0.1	0.1		
Estado Civil											
Solteiro/Divorciado /Viúvo		25	45.5	25	31.6	50	37.3	1.6	-1.6	2.643	0.104
Casado		30	54.5	54	68.4	84	62.7	-1.6	1.6		
Habilitações Literárias											
Licenciatura		39	70.9	50	63.3	89	66.4	0.9	-0.9	0.844	0.358
Mestrado		16	29.1	29	36.7	45	33.6	-0.9	0.9		
Área Geográfica											
Portugal (Continental)		53	96.4	75	94.9	128	95.5	0.4	-0.4	1.532	0.465
Portugal (R.A. Açores)		2	3.6	2	2.5	4	3	0.4	-0.4		
Portugal (R.A. Madeira)		-	0.0	2	2.5	2	1.5	-1.2	1.2		

A caracterização sociodemográfica da amostra apresenta um enfermeiro com uma idade média de 35.3 ± 5.81 anos, casado (62.7%), licenciado (66.4%) e residente na parte continental de Portugal (95.5%).

1.3 Instrumento de recolha de dados

Definido o problema, as variáveis, os objetivos, o tipo de estudo e selecionada a amostra foi necessário construir um instrumento apropriado para a colheita dos dados. Da estrutura do instrumento constam:

- Um questionário *ad hoc* destinado à caracterização da amostra que inclui, as variáveis sociodemográficas e as variáveis de contexto profissional;
- Quatro questionários/inventários/escalas:
- Questionário de Satisfação no Trabalho de Pais Ribeiro (2002),
- Copenhagen Burnout Inventory (CBI) traduzido e adaptado para Português por Cesaltino Fonte (2011),
- Inventário da Personalidade de Eysenck (EPI-12);
- Escala de Fadiga Crónica (Barton e Cols, 1992).

O protocolo usado foi de aplicação direta, ou seja, foi fornecido pelo investigador ao inquirido para que o próprio respondesse às questões colocadas, de uma plataforma on-line.

O questionário autoaplicado elaborado (Anexo 1) apresenta um breve texto introdutório onde se descreve a finalidade do questionário, garantia de anonimato, confidencialidade, apelo à participação e algumas indicações considerados úteis ao seu correto preenchimento, terminando com um agradecimento à colaboração do respondente.

1.3.1 Dados sociodemográficos e profissionais

O questionário de dados sociodemográficos e profissionais é composto por catorze questões que pretendem obter dados referentes às variáveis: sexo, idade, estado civil, habilitações académicas, detenção de especialização em enfermagem, categoria profissional, tempo de experiência profissional; serviço/unidade/meio em que exerce funções; área geográfica, tipo de vínculo profissional, horário de trabalho exercido, horário semanal, realização de horas extraordinárias, e satisfação com o reconhecimento social da profissão.

Consideramos como independentes as variáveis atrás enumeradas, estas permitem a caracterização da amostra do estudo e a avaliação da sua interferência na variável dependente. A variável independente corresponde à causa presumida, ou seja à causa do efeito que é estudado, permitindo-nos explicar a variável dependente (Fortin, 2009).

1.3.2 Questionários, inventários e escalas

Os instrumentos de recolha de dados utilizados na investigação são:

- Questionário de Satisfação no Trabalho de Pais Ribeiro (2002);
- Copenhagen Burnout Inventory (CBI) traduzido e adaptado para Português por Cesaltino Fonte (2011);
- Inventário da Personalidade de Eysenck (EPI-12);
- Escala de Fadiga Crónica (Barton e Cols, 1992).

Os mesmos encontram-se traduzidos e validados para a população portuguesa e publicados em várias referências bibliográficas. Assim, procedemos à descrição de cada um dos inventários/escala, assim como efetuamos a avaliação das suas propriedades psicométricas.

1.3.2.1. Questionário de Satisfação no Trabalho de Pais Ribeiro (2002)

Questionário de Satisfação com o Trabalho de Pais Ribeiro (2002) foi criado com a finalidade de avaliar a satisfação com a prática profissional. É constituído por 24 itens que avaliam a satisfação com o trabalho e que se agrupam em seis dimensões/fatores de satisfação: *Segurança com o Futuro da Profissão* (3 itens), *Apoio da Hierarquia* (3 itens), *Reconhecimento pelos Outros do Trabalho Realizado* (5 itens), *Condições Físicas do Trabalho* (3 itens), *Relação com Colegas* (4 itens) e *Satisfação com a profissão* (6 itens). Destes, sete itens encontram-se invertidos. A resposta a cada uma das dimensões é realizada através de uma escala *Likert* de seis pontos, de escolha forçada, em que A (correspondente à pontuação de 1) significa total discordância e F (correspondente à pontuação de 6) implica total concordância. O total da cotação obtém-se, em primeiro lugar, por dimensão, somando as pontuações obtidas e, depois, globalmente, adicionando os valores obtidos nas seis dimensões ou domínios de satisfação. Os itens referentes a cada dimensão do questionário, bem como a relação dos que foram formulados para permitir a inversão da respetiva cotação constam da tabela 3.

Tabela 3 - Cotação dos itens do Questionário de Satisfação com o Trabalho

Dimensões	Itens correspondentes	Itens invertidos
Segurança com o futuro da profissão	5, 8 e 13	
Apoio da hierarquia	4, 11 e 19	
Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado	1, 6, 15, 18 e 21	1, 21
Condições físicas do trabalho	9, 17 e 23	
Relação com colegas	7, 20, 22 e 24	20, 24
Satisfação com a profissão	2, 3, 10, 12, 14 e 16	2, 3, 10

Fonte: Adaptado de Pais Ribeiro (2002)

A aplicação da escala fornece um somatório por dimensão e um somatório total que resulta da soma de todas as dimensões que define a variável satisfação no trabalho, ou seja, quanto maior for o score obtido, maior é o nível de satisfação, quer em cada dimensão quer na satisfação em geral.

Estudo psicométrico para o presente estudo do Questionário de Satisfação com o Trabalho

Realizou-se o estudo de consistência interna, nomeadamente os estudos de fiabilidade. Os resultados da Tabela 4 mostram as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que genericamente possibilita obter indicações de como o item se combina com o valor global.

Ao analisar-se os valores de alfa de Cronbach, estes podem ser classificados de bons, pois os valores mínimos e máximos oscilam entre os 0,835 no item 9 “As condições de trabalho no meu serviço são confortáveis” e 0,861 no item 10 “O meu tipo de trabalho dá poucas oportunidades para progredir”. Os coeficientes de correlação item total corrigido mostram que se está perante correlações positivas, sendo o valor mais baixo o do item 10 “O meu tipo de trabalho dá poucas oportunidades para progredir” ($r=0,015$) com uma variabilidade de 37,2% e o máximo valor correlacional no item 15 “Os meus chefes estimulam-me a fazer melhor o meu trabalho” ($r=0,707$), com uma variabilidade de 73,6%. Os valores médios e respetivos desvios padrão dos diferentes itens permitem afirmar que, na globalidade, os itens se encontram bem centrados. Calculado o índice de fiabilidade, obteve-se um alfa para a globalidade a escala de 0,852, indicando boa consistência interna (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Consistência Interna do Questionário de Satisfação com o Trabalho

Nº Item	Itens	Media	Desvio Padrão	Correlação Item/total	R ²	α
1	Ninguém reconhece que sou um bom profissional	4.80	1.225	0.441	0.548	0.845
2	O meu trabalho é muito rotineiro	5.25	0.905	0.054	0.205	0.856
3	O progresso na minha carreira é muito lento	2.01	1.301	0.149	0.473	0.856
4	O meu chefe direto dá-me sugestões para eu fazer melhor o meu trabalho	3.54	1.307	0.454	0.698	0.845
5	A minha profissão é uma profissão com segurança para o futuro	3.68	1.148	0.464	0.445	0.845
6	As pessoas reconhecem quando faço as coisas bem-feitas	3.84	1.246	0.396	0.379	0.847
7	A minha relação com os meus colegas é boa	5.19	.903	0.129	0.644	0.854
8	A administração da minha empresa tem uma política clara	3.33	1.237	0.548	0.765	0.841
9	As condições de trabalho no meu serviço são confortáveis	3.69	1.405	0.694	0.857	0.835
10	O meu tipo de trabalho dá poucas oportunidades para progredir	3.12	1.360	0.015	0.372	0.861
11	O meu chefe direto dá-me todo o apoio de que preciso	3.95	1.203	0.677	0.778	0.837
12	O meu trabalho permite-me a expressão de criatividade	3.19	1.259	0.224	0.651	0.853
13	A administração da minha empresa explica bem a sua política	3.35	1.276	0.572	0.803	0.840
14	A minha profissão dá-me oportunidade de desenvolver novos métodos	3.31	1.367	0.259	0.654	0.852
15	Os meus chefes estimulam-me a fazer melhor o meu trabalho	3.84	1.143	0.707	0.736	0.836
16	A minha profissão dá-me oportunidades de promoção	3.08	1.281	0.475	0.614	0.844
17	As condições físicas do meu local de trabalho são agradáveis	3.96	1.511	0.623	0.721	0.837
18	Os meus colegas dão-me sugestões e ajudam-me a melhorar o meu trabalho	3.89	1.067	0.613	0.604	0.840
19	O meu superior imediato ajuda-me a realizar melhor o meu trabalho	3.69	1.210	0.626	0.729	0.839
20	Não gosto das pessoas com quem trabalho	5.39	1.047	0.176	0.591	0.853
21	Ninguém reconhece o meu trabalho	4.67	1.273	0.319	0.525	0.849
22	Fiz amizades muito duradouras entre os meus colegas	4.69	1.246	0.285	0.510	0.851
23	As condições de trabalho no meu serviço são boas	3.94	1.370	0.645	0.780	0.837
24	Os meus colegas não me tratam bem	5.32	1.154	0.141	0.661	0.855
Coeficiente alfa Cronbach global						0,852

Analisando-se o **Fator 1 – Segurança com o futuro da profissão**, pelos valores médios, o item mais favorável é o 5 “A minha profissão é uma profissão com segurança para o futuro” e o menos favorável o item 8 “A administração da minha empresa tem uma política clara”. Os coeficientes de alpha de Cronbach obtidos nos três itens que oscilaram entre ($\alpha=0,494$) no item 13 “A administração da minha empresa explica bem a sua política” e ($\alpha=0,876$) no item 5 “A minha profissão é uma profissão com segurança para o futuro”, indicam-nos uma inaceitável e boa consistência interna, com um alfa total de 0,7364. O maior valor de correlação situa-se no item 8 ($r=0,698$) com uma variabilidade de 61,5% e o que apresenta menor correlação é o item 5 ($r=0,341$) com uma percentagem de variância explicada de 11,7%.

Reportando-nos ao **Fator 2 – Apoio da hierarquia**, o item com melhor índice médio é o 11 “O meu chefe direto dá-me todo o apoio de que preciso” e o de menor média é o item

4 “O meu chefe direto dá-me sugestões para eu fazer melhor o meu trabalho”. O item que revela maior valor correlacional é o 19 ($r=0,748$) a que corresponde uma variabilidade de 56,9% e o de menor correlação no item 4 ($r=0,644$) com uma variabilidade de 42,1%. Os coeficientes alpha de Cronbach obtidos nas três questões do fator oscilaram entre $\alpha=0,719$ no item 19 “O meu superior imediato ajuda-me a realizar melhor o meu trabalho” e $\alpha=0,824$ no item 4 “O meu chefe direto dá-me sugestões para eu fazer melhor o meu trabalho”, indicam-nos uma razoável consistência interna, sendo que o alfa global foi de 0,834, classificado de bom.

Em relação ao **Fator 3 – Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado**, inferimos, pelos valores médios, que a maior média se situa no item 1 (“Ninguém reconhece que sou um bom profissional”) com 4,80 e a menor nos itens 6 e 15 com 3,84, respetivamente (“As pessoas reconhecem quando faço as coisas bem-feitas”; “Os meus chefes estimulam-me a fazer melhor o meu trabalho”). Quanto aos valores da correlação, o mais elevado é de $r=0,556$ no item 18 e o menor de $r=0,420$ no item 15, com uma variabilidade de 36,8% e 30,3%, respetivamente. Os coeficientes de alpha de Cronbach neste fator variam entre $\alpha=0,624$ no item 18 “Os meus colegas dão-me sugestões e ajudam-me a melhorar o meu trabalho” e $\alpha=0,674$ no item 15 “Os meus chefes estimulam-me a fazer melhor o meu trabalho”, podendo considerar-se que existe uma razoável consistência interna, com um alpha global de $\alpha=0,706$.

Referente ao **Fator 4 – Condições físicas do trabalho**, o item com melhor índice médio é o 17 (“As condições físicas do meu local de trabalho são agradáveis”) e o menor o item 9 (“As condições de trabalho no meu serviço são confortáveis”). Os valores da correlação item total apresentam valores considerados normais e os coeficientes de alpha de Cronbach obtidos nos três itens deste fator oscilam entre $\alpha=0,826$ no item 9 “As condições de trabalho no meu serviço são confortáveis” e $\alpha=0,886$ no item 17 “As condições físicas do meu local de trabalho são agradáveis”, com um alfa global de $\alpha=0,897$, classificado de bom.

Quanto ao **Fator 5 – Relação com os colegas**, inferimos, pelos valores médios, que a maior média se situa no item 20 (“Não gosto das pessoas com quem trabalho”) com 5,39 e a menor no item 22 com 4,69 (“Fiz amizades muito duradouras entre os meus colegas”). Quanto aos valores da correlação, o mais elevado é de $r=0,565$ no item 20 e o menor de $r=0,218$ no item 22, com uma variabilidade de 34,9% e 13,0%, respetivamente. Os coeficientes de alpha de Cronbach neste fator variam entre $\alpha=0,464$ no item 20 “Não gosto das pessoas com quem trabalho” e $\alpha=0,728$ no item 22 “Fiz amizades muito duradouras entre os meus colegas”, podendo considerar-se que existe uma razoável consistência interna, com um alpha global de $\alpha=0,640$.

Em relação ao **Fator 6 – Satisfação com a profissão**, o item com melhor índice médio é o 2 (“O meu trabalho é muito rotineiro”) e o menor o item 3 (“O progresso na minha carreira é muito lento”). Os valores do coeficientes de alpha de Cronbach obtidos nos seis itens deste fator oscilam entre $\alpha=0,310$ no item 12 “O meu trabalho permite-me a expressão de criatividade” e $\alpha=0,495$ no item 10 “O meu tipo de trabalho dá poucas oportunidades para progredir”, com um alfa global de $\alpha=0,454$.

Tabela 5 - Alfas de cronbach por subescala do Questionário de Satisfação com o Trabalho

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	r ²	α sem item
Fator 1 – Segurança com o futuro da profissão						
5	A minha profissão é uma profissão com segurança para o futuro	3.68	1.148	0.341	0.117	0.876
8	A administração da minha empresa tem uma política clara	3.33	1.237	0.698	0.615	0.475
13	A administração da minha empresa explica bem a sua política	3.35	1.276	0.681	0.611	0.494
Coeficiente alfa Cronbach global						0,736
Fator 2 – Apoio da hierarquia						
4	O meu chefe direto dá-me sugestões para eu fazer melhor o meu trabalho	3.54	1.307	0.644	0.421	0.824
11	O meu chefe direto dá-me todo o apoio de que preciso	3.95	1.203	0.698	0.517	0.768
19	O meu superior imediato ajuda-me a realizar melhor o meu trabalho	3.69	1.210	0.748	0.569	0.719
Coeficiente alfa Cronbach global						0,834
Fator 3 – Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado						
1	Ninguém reconhece que sou um bom profissional	4.80	1.225	0.462	0.226	0.658
6	As pessoas reconhecem quando faço as coisas bem-feitas	3.84	1.246	0.455	0.231	0.661
15	Os meus chefes estimulam-me a fazer melhor o meu trabalho	3.84	1.143	0.420	0.303	0.674
18	Os meus colegas dão-me sugestões e ajudam-me a melhorar o meu trabalho	3.89	1.067	0.556	0.368	0.624
21	Ninguém reconhece o meu trabalho	4.67	1.273	0.433	0.242	0.671
Coeficiente alfa Cronbach global						0,706
Fator 4 – Condições físicas do trabalho						
9	As condições de trabalho no meu serviço são confortáveis	3.69	1.405	0.830	0.696	0.826
17	As condições físicas do meu local de trabalho são agradáveis	3.96	1.511	0.764	0.587	0.886
23	As condições de trabalho no meu serviço são boas	3.94	1.370	0.803	0.663	0.850
Coeficiente alfa Cronbach global						0,897
Fator 5 – Relação com os colegas						
7	A minha relação com os meus colegas é boa	5.19	0.903	0.472	0.328	0.548
20	Não gosto das pessoas com quem trabalho	5.39	1.047	0.565	0.349	0.469
22	Fiz amizades muito duradouras entre os meus colegas	4.69	1.246	0.218	0.130	0.728
24	Os meus colegas não me tratam bem	5.32	1.154	0.492	0.445	0.516
Coeficiente alfa Cronbach global						0,640
Fator 6 - Satisfação com a profissão						
2	O meu trabalho é muito rotineiro	5.25	0.905	0.032	0.031	0.489
3	O progresso na minha carreira é muito lento	2.01	1.301	0.344	0.235	0.335
10	O meu tipo de trabalho dá poucas oportunidades para progredir	3.12	1.360	0.080	0.116	0.495
12	O meu trabalho permite-me a expressão de criatividade	3.19	1.259	0.388	0.431	0.310
14	A minha profissão dá-me oportunidade de desenvolver novos métodos	3.31	1.367	0.316	0.404	0.351
16	A minha profissão dá-me oportunidades de promoção	3.08	1.281	0.186	0.153	0.431
Coeficiente alfa Cronbach global						0,454

Na matriz de correlação entre os diversos fatores do Questionário da Satisfação com o Trabalho (cf. Tabela 6), verifica-se que as correlações são positivas e significativas, à

exceção da correlação entre a relação com os colegas vs. satisfação com a profissão; segurança com o futuro da profissão vs. relação com os colegas; satisfação com a profissão vs. relação com os colegas e relação com os colegas vs. satisfação com a profissão, onde as correlações são negativas e estatisticamente significativas.

Tabela 6 - Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores do Questionário de Satisfação com o Trabalho

Subescalas	Satisfação com a profissão	Apoio da hierarquia	Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado	Condições físicas do trabalho	Relação com os colegas	Satisfação com a profissão	Satisfação total
Segurança com o futuro da profissão	-	0.580**	0.462**	0.617**	-0.076	0.362**	0.729**
Apoio da hierarquia	0.580**	-	0.522**	0.421**	0.075	0.376**	0.736**
Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado	0.462**	0.522**	-	0.511**	0.399**	0.287**	0.809**
Condições físicas do trabalho	0.617**	0.421**	0.511**	-	0.325**	0.216*	0.778**
Relação com os colegas	-0.760	0.075	0.399**	0.325**	-	-0.162	0.376**
Satisfação com a profissão	0.362**	0.376**	0.287**	0.216*	-0.162	-	0.545**
Satisfação total	0.729**	0.736**	0.809**	0.778**	0.376**	0.545**	-

1.3.2.2. Copenhagen Burnout Inventory (CBI) traduzido e adaptado para português por Fonte (2011)

O *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) consiste num instrumento de mensuração do *burnout*, sendo composto por três escalas de medida, relacionadas com aspetos pessoais “*burnout pessoal*”, do trabalho “*burnout relacionado com o trabalho*” e do paciente “*O burnout relacionado com o cliente*”, podendo ser utilizado em diferentes domínios. Esta escala teve por base um estudo prospetivo do *burnout* em trabalhadores no sector de serviços humanos o *Project on Burnout, Motivation, and Job Satisfaction* (PUMA) (Kristensen, et al. 2005, cit. por Fonte, 2011). O estudo PUMA foi de intervenção longitudinal e desenvolvido ao longo de cinco anos, tendo como objetivos estudar a prevalência e a distribuição do *burnout*, as causas e consequências do *burnout* e as possíveis intervenções para reduzir o desgaste, caso necessário. Por conseguinte, este questionário foi desenvolvido para avaliar o *burnout* em trabalhadores dos serviços humanos (Borritz e Kristensen, 2004, cit. por Fonte, 2011).

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. Relativamente aos 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).

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).

Assim, as três escalas do CBI avaliam (Fonte, 2011):

Tabela 7 - Identificação das subescalas do CBI

Subescalas 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
<i>Burnout</i> relacionado com o utente	1, 6, 15, 16, 18, 19

Fonte: Adaptado de Fonte (2011).

- *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 & 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 cliente*: 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 & 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).

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 & Kristensen, 2004, cit. por Fonte, 2011).

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 de 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)

Estudo psicométrico para o presente estudo do *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (Fonte, 2011)

Ao analisar-se os resultados da fiabilidade, a Tabela 8 indica as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global, dando-nos uma visão sobre a forma como o item se combina com o valor global. Pelos índices médios da subescala do *burnout pessoal*, assinala-se que os mesmos oscilam entre 1,00 (item 4) “Com que frequência pensa: ‘Eu não aguento mais isto?’” e 2,11 (item 1) “Com que frequência se sente cansado/a?”. Através do alfa de Cronbach, os itens são classificados de muito bons, oscilando entre $\alpha=0,913$ (item 4) e $\alpha=0,916$ (item 1).

No que se refere à subescala *burnout relacionado com o trabalho*, verifica-se que os valores médios oscilam entre 0,99 no item 5 (“Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?”) e 3,02 no item 1 (“O seu trabalho é emocionalmente desgastante?”). Com base nos resultados obtidos nos alfas de Cronbach, os itens são classificados de muito bons, oscilando entre $\alpha=0,911$ (item 2) e $\alpha=0,919$ (item 1).

Quanto à subescala *burnout relacionado com o cliente*, pelos índices médios, assinala-se que os mesmos oscilam entre 0,96 nos itens 5 (“Está cansado de trabalhar com utentes?”) e 6 “Alguma vez se questiona, quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?” e 2,24 (item 1) “Acha difícil trabalhar com utentes?”. Através do alfa de Cronbach, os itens são classificados de muito bons, oscilando entre $\alpha=0,913$ (item 5) e $\alpha=0,923$ (item 1).

O valor de alfa de Cronbach, para o valor global, também apresenta uma muito boa consistência interna ($\alpha=0,919$) (cf. Tabela 8)

Tabela 8. Consistência interna do *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (Fonte, 2011)

Itens	M	Dp	r/item	r ²	α
Burnout pessoal					
1 - Com que frequência se sente cansado/a?	2.11	0.690	0.572	0.587	0.916
2- Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	1.51	0.811	0.608	0.681	0.915
3 - Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	1.70	0.850	0.625	0.636	0.914
4 - Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?	1.00	0.966	0.669	0.749	0.913
5 - Com que frequência se sente Fatigado/a	1.65	0.861	0.610	0.652	0.915
6 - Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	1.38	0.830	0.590	0.574	0.915
Burnout relacionado com o trabalho					
1 - O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	3.02	0.770	0.398	0.397	0.919
2 - Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	1.80	1.024	0.739	0.738	0.911
3 - O seu trabalho deixa-o (a) frustrado (a)?	1.48	1.017	0.691	0.675	0.913
4 - Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	1.96	0.812	0.624	0.722	0.915
5 - Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	0.99	0.934	0.724	0.753	0.912
6 - Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	1.13	0.857	0.741	0.702	0.912
7 - Tem energia suficiente para a família e amigos durante o tempo de lazer?	1.37	0.873	0.582	0.589	0.915
Burnout relacionado com o cliente					
1 - Acha difícil trabalhar com utentes?	2.24	1.227	0.356	0.747	0.923
2 - Acha frustrante trabalhar com utentes?	1.13	0.964	0.590	0.637	0.915
3 - Trabalhar com clientes deixa-o/a sem energia?	1.40	0.996	0.548	0.747	0.916
4 - Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	2.13	0.987	0.328	0.422	0.922
5 - Está cansado de trabalhar com utentes?	0.96	0.892	0.681	0.711	0.913
6 - Alguma vez se questiona, quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	0.96	0.984	0.622	0.721	0.914
Coefficiente Alpha Cronbach global					0.919

Continuou-se com o estudo psicométrico do *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), estudando a consistência interna dos itens finais que o constituem (cf. Tabela 9).

Para o fator **burnout pessoal**, observa-se que, pelos valores médios, o item que nos parece mais favorável é o 1 "Com que frequência se sente cansado/a?" e o menos favorável o item 4 "Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?". Os coeficientes de alpha de Cronbach obtidos nos 6 itens que oscilaram entre $\alpha=0,851$ e $\alpha=0,862$ indicam uma boa consistência interna, com um alfa total de 0,878. O maior valor de correlação situa-se no item 5 ($r=0,717$) com uma variabilidade de 55,4% e o que apresenta menor correlação é o item 1 ($r=0,663$) com uma percentagem de variância explicada de 53,8%.

No que concerne ao fator **burnout relacionado com o trabalho**, em termos médios, o item mais favorável é o 1 "O seu trabalho é emocionalmente desgastante?" e o menos favorável é o item 5 "Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?", embora os resultados indiquem que se encontram bem centrados dados os valores médios e os respetivos desvios padrão obtidos. Os coeficientes de alpha de Cronbach dos 7 itens deste

fator que oscilaram entre $\alpha=0,840$ e $\alpha=0,811$ indicam uma consistência interna boa, com um alfa total de $\alpha=0,872$. O maior valor de correlação situa-se no item 5 ($r=0,745$) e o item que apresenta menor correlação é o item 1 ($r=0,407$), com variabilidades de 66,9% e de 28,5%.

Por último, e referente ao fator **burnout relacionado com o cliente**, o item com melhor índice médio é o 1 (“Acha difícil trabalhar com utentes?”) e o menor o item 5 (“Está cansado de trabalhar com utentes?”). Os valores da correlação item total apresentam valores considerados normais e os coeficientes de alpha de Cronbach obtidos nos 6 itens deste fator oscilam entre $\alpha=0,808$ e $\alpha=0,852$, com um alfa global de $\alpha=0,850$, classificado de bom.

Tabela 9 - Alfas de cronbach por subescala do *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (Fonte, 2011)

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	r ²	α sem item
Fator 1 – Burnout pessoal						
1 -	Com que frequência se sente cansado/a?	2.11	0.690	0.663	0.538	0.862
2-	Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	1.51	0.811	0.714	0.557	0.852
3 -	Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	1.70	0.850	0.694	0.533	0.855
4 -	Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?	1.00	0.966	0.668	0.529	0.862
5 -	Com que frequência se sente Fatigado/a	1.65	0.861	0.717	0.554	0.851
6 -	Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	1.38	0.830	0.673	0.456	0.859
Coefficiente alfa Cronbach global						0,878
Fator 2 – Burnout relacionado com o trabalho						
1 -	O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	3.02	0.770	0.407	0.285	0.881
2 -	Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	1.80	1.024	0.727	0.599	0.843
3 -	O seu trabalho deixa-o (a) frustrado (a)?	1.48	1.017	0.620	0.475	0.859
4 -	Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	1.96	0.812	0.708	0.570	0.847
5 -	Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	0.99	0.934	0.745	0.669	0.840
6 -	Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	1.13	0.857	0.722	0.617	0.844
7 -	Tem energia suficiente para a família e amigos durante o tempo de lazer?	1.37	0.873	0.629	0.420	0.856
Coefficiente alfa Cronbach global						0,872
Fator 3 – Burnout relacionado com o cliente						
1 -	Acha difícil trabalhar com utentes?	2.24	1.227	0.609	0.567	0.835
2 -	Acha frustrante trabalhar com utentes?	1.13	0.964	0.739	0.567	0.806
3 -	Trabalhar com clientes deixa-o/a sem energia?	1.40	0.996	0.699	0.596	0.813
4 -	Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	2.13	0.987	0.486	0.256	0.852
5 -	Está cansado de trabalhar com utentes?	0.96	0.892	0.743	0.692	0.808
6 -	Alguma vez se questiona, quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	0.96	0.984	0.575	0.605	0.836
Coefficiente alfa Cronbach global						0,850

Na matriz de correlação entre os diversos fatores da escala (cf. Tabela 10), constata-se que as correlações são positivas e significativas, com um valor correlacional mais elevado ($r=0,920$) no *burnout* total vs. *burnout* relacionado com o trabalho.

Tabela 10 - Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores do *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (Fonte, 2011)

Subescalas	<i>Burnout</i> pessoal	<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	<i>Burnout</i> relacionado com o cliente	<i>Burnout</i> total
<i>Burnout</i> pessoal	-	0.786**	0.352**	0.834**
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	0.786**	-	0.522**	0.920**
<i>Burnout</i> relacionado com o cliente	0.352**	0.522**	-	0.759**
<i>Burnout</i> total	0.834**	0.920**	0.759**	-

1.3.2.3 Inventário da Personalidade de Eysenck (EPI-12)

O *Eysenck Personality Inventory* (EPI) é um inventário de personalidade criado por Eysenck & Eysenck em 1964. Existem atualmente várias versões elaboradas pelo autor ou em co-autoria. O seu objetivo é mensurar as dimensões da personalidade: neuroticismo - estabilidade emocional, frequentemente designada por neuroticismo e a extroversão-introversão, denominada comumente por extroversão.

É constituído por 12 itens/questões, organizadas numa escala ordinal tipo *Likert*, havendo para cada uma das questões, quatro alternativas de resposta (1 quase nunca; 2-poucas vezes; 3-muitas vezes; 4-quase sempre).

É uma versão curta do *Eysenck Personality Inventory* que resultou de extensas análises fatoriais e, tal como a sua versão original, mede as duas dimensões da personalidade: extroversão e neuroticismo. À extroversão corresponde os itens a, c, e, g, i, e k e ao neuroticismo os itens b, d, f, h, j e l (Silva et al. 1995).

Entre a versão curta e a escala original determinaram-se correlações, tendo-se obtido valores de “r” de 0,82 e 0,79 respetivamente para a extroversão e neuroticismo, o que revela a existência duma correlação positiva significativa nos dois fatores. Também se determinaram correlações entre o neuroticismo e a extroversão da versão curta, tendo-se obtido um valor de “r” de 0,5 (Barton et al. 1992, citado por Silva et al. 1995).

Ambas as versões foram adaptadas ao nosso país e aplicadas a amostras da população portuguesa, respetivamente, por Vaz-Serra e Allen-Gomes em 1973 e por Vaz-Serra, Ponciano e Freitas em 1980 (Gomes, 2005).

A cotação faz-se somando os valores dos itens de cada uma das dimensões. Para o efeito, a cada item são atribuídos, tal como já referido, os valores de 1 a 4 que correspondem às respostas no sentido de “nunca” para “sempre”. Valores baixos indicam níveis elevados nas dimensões (Silva et al. 1995).

A cotação desta apura-se com o somatório dos valores (de 1 a 4) atribuídos aos seis itens de cada uma das dimensões. Deste modo a avaliação das duas dimensões da personalidade possibilita um intervalo de pontuação possível entre 12 e 48. Contudo, Barton

et al. (1995) refere que as duas dimensões são independentes entre si. A correlação entre as escalas de neuroticismo e de extroversão, na versão EPI-12 melhorada de Eysenck & Eysenck foi apenas de $r=-0.05$. “Os resultados das análises fatoriais do mesmo autor em amostras de enfermeiros e trabalhadores industriais, revelaram uma solução de dois fatores e apontaram para uma clara distinção entre as duas dimensões” (Barton *et al*, 1995). Desta forma a análise das pontuações deve ser feita de forma isolada entre as dimensões, possibilitando para cada uma, a pontuação mínima de 6 e máxima de 24 (cf. Tabela 11). Maiores pontuações correspondem, respetivamente, a maior extroversão e maior neuroticismo.

Quanto á pontuação da escala de extroversão, valores mais altos indicam sujeitos sociáveis, que procuram estar sempre rodeados de pessoas, impulsivos nas suas decisões, otimistas, mas, poderão ter também tendência para a agressividade e descontrolo fácil, valores mais baixos indicam sujeitos introvertidos, calmos, um pouco isolados e introspetivos. São geralmente pessoas mais reservadas e distantes, planeiam antecipadamente as situações, gostam de ter uma vida regrada, são um pouco pessimistas, raramente se comportam de uma forma agressiva e os valores morais têm grande importância para eles.

Pontuações elevadas na escala de neuroticismo indicam indivíduos ansiosos, preocupados, caprichosos e, de uma forma geral, são pessoas irritáveis, nervosas, apreensivas e tensas (Eysenck & Eysenck, 2000 citado por Bessa, 2011).

De acordo com o autor, são utilizados os seguintes pontos de corte (cf. Tabela 11) para a extroversão/introversão e neuroticismo/estabilidade.

Tabela 11. Distribuição dos itens pelas dimensões da Personalidade

Dimensões da Personalidade	Itens de Avaliação	Indicadores de perturbação/Pontos de corte
Extroversão /introversão	1, 3, 5, 7, 9 e 11	≤11 - Introvertido 12 – 17 - Intermédio ≥18 – Extroversão
Neuroticismo /estabilidade	2, 4, 6, 8, 10 e 12	≤11 - Estável 12 – 17 – Intermédio ≥18 - Neurótico

Estudo psicométrico para o presente estudo do Inventário de Personalidade de Eysenck (EPI-12)

Na Tabela 12 estão apresentadas as estatísticas (médias e desvios padrão) e os resultados da consistência interna (alfa de Cronbach) do inventário de personalidade de Eysenck. Conforme referido este inventário é constituído por duas subescalas: introversão/extroversão e neuroticismo/estabilidade.

Em relação à introversão/extroversão os índices médios obtidos em cada item revelam que se encontram bem centrados na medida em que se encontra acima da média esperada, sendo que o menor valor foi obtido no item 7 Considera-se uma pessoa que confia na sorte? (média = 2.07 ± 0.855) e o maior no item 3 “É uma pessoa cheia de vida” (média= 3.33 ± 0.572). Os coeficientes de correlação item/total apresentam valores superiores a 0.20 (valor de referencia) com exceção do item 7 cuja correlação é de 0.134 que por tal motivo numa análise mais conservadora deveria ser eliminado já que a percentagem de variância explicada se situa nos 3.2%. Quanto aos coeficientes Alpha Cronbach podemos classifica-los de razoáveis tanto para cada item como para o global da escala (0.706). Acresce referir que a eliminação do item 7 traria uma melhoria para o alfa global que passaria a ser de 0.72

Para a dimensão neuroticismo/estabilidade, observamos que os índices médios encontram-se na generalidade dos itens abaixo da média esperada o que pressupõe uma amostra com tendência para o neuroticismo e com valores correlacionais inferiores a 0.20 nos itens 6 “Quando se aborrece precisa de alguém para conversar” e “12 - Sofre de insónia ” que pelos motivos já anteriormente referidos deveriam ser eliminados. A eliminação destes itens faria aumentar o coeficiente *Alpha Cronbach* global que é de (0.595) para valores considerados razoáveis (0.651) (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Tabela 12 - Consistência interna do EPI-12 - Subescala Extroversão

Itens	M	Dp	r/item	r ²	α
Introversão/extroversão					0.706
1 - Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	2.31	0.903	0.472	0.244	0.656
3 - É uma pessoa cheia de vida?	3.33	0.572	0.543	0.487	0.650
5 - Gosta de se misturar com as pessoas?	3.28	0.630	0.625	0.544	0.622
7 - Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	2.07	0.855	0.134	0.032	0.762
9 - Vai e diverte-se muito numa festa animada?	3.17	0.827	0.473	0.300	0.655
11 - Gosta de pregar partidas?	2.77	0.909	0.522	0.305	0.637
Neuroticismo/estabilidade					0.595
2 - O seu humor tem altos e baixos?	2.01	0.643	0.351	0.209	0.542
4 - Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	1.57	0.653	0.491	0.312	0.482
6 - Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?	2.56	0.677	0.075	0.053	0.651
8 - É perturbado por sentimentos de culpa?	1.72	0.711	0.409	0.236	0.515
10 - Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?	1.72	0.678	0.627	0.429	0.414
12 - Sofre de insónia?	1.52	0.691	0.105	0.081	0.641

1.3.2.4. Escala de Fadiga Crónica (Barton e Cols, 1992)

No que respeita à “escala de fadiga crónica”, esta foi construída tendo como pontos de referência as escalas desenvolvidas em 1981 por Verhaegen e colaboradores, artigos científicos e consultas a peritos na matéria (Silva et al., 1995).

A escala de fadiga crónica é constituída por 10 itens, elaboradas em escala tipo Likert, sendo os itens “a”, “c”, “e”, “g” e “i” cotados inversamente. Foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Silva et al. (1995).

As afirmações que compõem esta escala, segundo Barton et al. (1992), dizem respeito ao modo como o indivíduo geralmente se sente, quando o cansaço ou energia, independentemente de ter dormido ou ter estado a trabalhar muito, o afeta. Refere ainda que algumas pessoas parecem “sofrer” de cansaço permanente, mesmo nos dias de descanso e férias, enquanto outras parecem ter uma energia ilimitada.

Trata-se de uma escala unifatorial e pelo somatório das cotações de todos os itens, obtém-se um valor total que “quanto maior for, maior será a fadiga crónica” (Silva et al., 1995).

Os pontos de corte utilizados neste estudo foram os propostos por Silva et al. (1995) que permite classificar a perceção da fadiga crónica em:

- 10 - 20 - Sem fadiga crónica
- 21 - 30 - Fadiga ligeira
- 31 - 40 - Fadiga moderada
- \geq 41 - Fadiga acentuada

Estudo psicométrico para o presente estudo da Escala de Fadiga Crónica (Barton e Cols, 1992)

Efetou-se o estudo de consistência interna, designadamente os estudos de fiabilidade. Os resultados da Tabela 13 revelam as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que genericamente permite obter indicações de como o item se combina com o valor global.

Ao analisar-se os valores de alfa de Cronbach, os mesmos podem ser classificados de muito bons, pois os valores mínimos e máximos oscilam entre os 0,936 no item f) “Habitualmente sinto-me mole” e 0,944 no item b) “Habitualmente, sinto-me esgotado” e no item d) “Sinto-me cansado a maior parte do tempo”. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que se está perante correlações positivas, sendo o valor mais baixo o do item d) “Sinto-me cansado a maior parte do tempo” ($r=0,726$), com uma variabilidade de 77,5%. Os valores médios e respetivos desvios padrão dos diferentes itens permitem afirmar que, na globalidade, os itens se encontram bem centrados. Calculado o índice de fiabilidade, obteve-se um alfa para a globalidade a escala de 0,947, indicando muito boa consistência interna (cf. Tabela 13).

Tabela 13 - Consistência Interna da Escala de Fadiga Crônica (Barton e Cols, 1992)

Nº Item	Itens	M	Dp	r/item	r ²	α
a	Geralmente, sinto que estou cheio de energia	2.19	0.897	0.770	0.731	0.942
b	Habitualmente, sinto-me esgotado	1.99	1.000	0.734	0.691	0.944
c	Geralmente sinto-me muito ativo.	2.22	0.906	0.796	0.851	0.940
d	Sinto-me cansado a maior parte do tempo	2.04	0.949	0.726	0.755	0.944
e	Geralmente sinto-me cheio de vigor	2.25	0.845	0.809	0.849	0.940
f	Habitualmente sinto-me mole	2.19	1.049	0.821	0.751	0.939
g	Geralmente sinto-me desperto	2.11	0.782	0.811	0.784	0.940
h	Frequentemente sinto-me extenuado	1.97	0.965	0.794	0.738	0.941
i	Habitualmente sinto-me cheio de vida	2.13	0.908	0.776	0.821	0.941
j	Sinto-me abatido a maior parte do tempo	1.75	0.847	0.765	0.738	0.942
Coeficiente alfa Cronbach global						0,947

1.4 Procedimentos éticos e de recolha de dados

À recolha de dados precedeu um conjunto de procedimentos, a saber:

- Pedido de parecer sobre o estudo à Comissão de Ética da ESSV, tendo sido favorável (cf. Anexo 2).

- Difusão do instrumento de recolha de dados foi efetuada online em fóruns de enfermagem pré-hospitalar e por correio eletrónico para todos os enfermeiros do INEM durante o mês de Abril de 2018.

1.5 Análise de dados

O tratamento estatístico é o culminar de um processo que se iniciou com a colheita de dados e que viabiliza a análise e interpretação dos mesmos. Este estudo será processado através da estatística descritiva e analítica.

No que concerne à estatística descritiva utilizaram-se as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como a média; medidas de dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação), medidas de assimetria e achatamento, e medidas de associação como a correlação de Pearson. A avaliação da medida de assimetria Skewness (Sk) e da kurtose (K) é o resultado do quociente entre os valores da estatística Sk e dos erros padrão correspondentes (EP). Sk/EP e K/EP (Pestana & Gageiro, 2014), se o resultado estiver entre:

Valores	SK/EP	K/EP
-1,96 e + 1,96	distribuição é simétrica	mesocúrtica
<-1,96	assimétrica negativa ou enviesada à direita	platicúrtica
> 1,96	assimétrica positiva ou enviesada à esquerda	leptocúrtica

O coeficiente de variação é uma medida de dispersão relativa. Os resultados obtidos devem ser interpretados de acordo com o postulado por Pestana & Gageiro (2014):

- $CV \leq 15\%$ - dispersão fraca;
- $15\% > CV \leq 30\%$ - dispersão média.

Coeficiente de correlação de Pearson é uma medida de associação linear usada no estudo de variáveis quantitativas. Na correlação há a distinguir dois aspetos fundamentais: a intensidade e o sentido. A intensidade indica a força da correlação que pode oscilar no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso, os valores variam entre -1 e 1. Se a associação for negativa, a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, o aumento dos valores de uma variável está associado à diminuição da outra. Se for positiva, a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido ou seja, o aumento ou diminuição dos valores de uma variável corresponde ao aumento ou diminuição na outra. Importa ainda referir que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado, designado por coeficiente de determinação (R^2), o qual indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra. Tanto R como R^2 não exprimem relações de causalidade.

Para as correlações de Pearson (r) foram utilizados valores de r que, segundo Pestana & Gageiro (2014) se classificam da seguinte forma:

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

Para a análise inferencial usaram-se testes paramétricos e não paramétricos de acordo com as variáveis em estudo. A utilização de testes paramétricos deve obedecer a dois requisitos essenciais e simultâneos: as variáveis de natureza quantitativa devem ter distribuição normal; as variâncias populacionais devem ser homogêneas, caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populacionais (Marôco, 2014).

Assim, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis usaram-se os valores de assimetria e kurtose em detrimento do teste de Kolmogorov Smirnov, dado que este teste é variável em função do tamanho da amostra, e para testar a homogeneidade das variâncias recorreu-se ao teste de Levene.

Os testes paramétricos têm-se como robustos à violação do pressuposto da normalidade, desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões da amostra não sejam demasiado pequenas (Marôco, 2014). A confirmar

este pressuposto Pestana & Gageiro (2014) dizem que para grupos amostrais com um N superior a 30, a distribuição aproxima-se da distribuição normal.

A estatística não paramétrica, cujos testes são menos potentes, foi utilizada em alternativa à paramétrica sempre que os pressupostos para a sua aplicação não estavam cumpridos.

Os testes utilizados no âmbito da estatística paramétrica e não paramétrica foram:

- **Teste t de student, ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** para comparação de médias de uma variável quantitativa em duas amostras diferentes (Pestana & Gageiro, 2014).
- **Análise de variância a um fator (ANOVA), ou Teste de Kruskal-Wallis** para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos diferentes (variável exógena – qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são iguais ou não entre si. Quando se testa a igualdade de três ou mais médias e dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se, habitualmente a testes post-hoc (de Tukey), para determinar quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2014).
- **Teste de qui quadrado (X^2)** estuda as relações entre variáveis qualitativas nominais ou ordinais. Aplica-se a uma amostra em que a variável possui duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com frequências esperadas, para inferir sobre a relação existentes entre ambas. Quando se verifica relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados complementam a informação localizando as células onde se registam as diferenças. A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como da coluna (Pestana & Gageiro, 2014).
- **Regressão**, modelo estatístico usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou de rácio informando sobre as margens de erro dessas previsões. Quando se utiliza apenas uma variável dependente e uma independente, o modelo designa-se por regressão linear simples, se forem comparadas uma variável dependente com mais do que uma variável independente, o modelo designa-se por regressão linear múltipla. Na regressão, a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente. Quanto maior for a correlação entre as variáveis em estudo, melhor a previsão, ao

invés, quanto menor a correlação maior a percentagem de erro na previsão (Pestana & Gageiro, 2014).

Na análise estatística utilizaram-se os seguintes valores de significância estatística (Marôco 2014):

- $p < 0,05$ – valor estatístico significativo;
- $p < 0,01$ – valor estatístico bastante significativo;
- $p < 0,001$ – valor estatístico altamente significativo;
- $p \geq 0,05$ – n.s. – valor estatístico não significativo.

A apresentação dos resultados foi organizada em tabelas, onde se plasmaram as informações mais relevantes. Não se cumpriu a regra de colocação da data e fonte nas mesmas uma vez que todos os dados foram colhidos à população e nas datas referidas. Na descrição e análise dos dados procurou-se obedecer à ordem pela qual foi elaborado o instrumento de colheita de dados, exceção feita à caracterização sociodemográfica que integra o ponto referente aos participantes, sito no capítulo da metodologia.

2. RESULTADOS

A apresentação dos resultados encontra-se subdividida em duas partes elementares e complementares; a análise descritiva dos dados e análise inferencial dos resultados.

A apresentação dos resultados será feita em três pontos: caracterização sociodemográfica, variáveis de contexto profissional e, por fim, a variável dependente do nosso trabalho, satisfação profissional

2.1 Variáveis de contexto profissional

As variáveis abordadas neste ponto serão: categoria profissional, tempo de experiência profissional, serviço/unidade onde exerce funções, tipo de vínculo profissional, horário de trabalho exercido e satisfação com o reconhecimento social da profissão.

Detenção de Especialidade em função do género

Ao efetuarmos a análise dos resultados podemos constatar que 39.6% da amostra é detentora do curso de especialidade. Quando relacionamos esses dados em função do género observamos que 13.4% dos indivíduos do género Feminino, tal como 26.1% dos do género masculino são detentores curso de especialidade.

Os resultados do teste de qui quadrado indicam que relativamente á detenção do curso de Especialidade e quando relacionado com o género não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros no que á detenção do curso de especialidade diz respeito, ($\chi^2 = 1$; $p = 0.178$).

Solicitou-se aos indivíduos que referiam ser detentores do curso de especialidade que especificassem qual. Os resultados obtidos foram: Médico-cirúrgica 39 indivíduos (73.6% dos detentores do curso de especialidade), Reabilitação 5 indivíduos (9.4%), Saúde Infantil e Pediátrica 5 indivíduos (9.4%), Saúde Comunitária 3 indivíduos (5.7%) e Saúde Materna e Obstétrica 1 indivíduo (1.9%).

Categoria profissional em função do género

Na amostra, a categoria profissional com maior número de indivíduos é enfermeiro com 100 indivíduos (74.6% do total da amostra), seguindo-se a de enfermeiro especialista com 25 indivíduos (18.7%) e enfermeiro chefe/coordenador com 9 indivíduos (6.7%).

Para efeitos de análise bivariada, e uma vez que o número de indivíduos da categoria de Enfermeiro chefe/coordenador é diminuto, procedeu-se à agregação destes indivíduos com os da categoria de enfermeiro especialista. Os resultados estão expressos na tabela 14.

Tabela 14 – Teste do qui quadrado para a distribuição dos enfermeiros por categoria profissional em função do género.

Cat. Profissional	Género				Total		Residuais		X2	p
	Feminino N	%	Masculino N	%	N	%	Fem.	Masc.		
Enfermeiro	42	76.4	58	73.4	100	74.6	0.4	-0.4	0.149	0.700
Enfermeiro especialista/chefe/ coordenador	13	23.6	21	26.6	34	25.4	-0.4	0.4		
Total	55	100	79	100	134	100				

Tempo de experiência profissional em função do género

Para especificarem o tempo de experiência profissional, os participantes neste estudo dispunham de três opções: 1 a 5 anos, 5 a 10 anos e mais de 10 anos.

Usamos o teste de χ^2 para estudar a relação entre o tempo de experiência profissional e o género dos enfermeiros (cf. tabela 15), os resultados obtidos indicam que 49.3 % da amostra são indivíduos com mais de 10 anos de experiência profissional sendo que, apenas 15.7 % da amostra tem de 1 a 5 anos de serviço. Valores similares são observados na análise em função do género, 49.1% das mulheres e 49.4% dos homens inserem-se na classe com mais de 10 anos de experiência profissional. No sexo masculino 39.2% dos indivíduos têm, entre 5 e 10 anos de experiência profissional, sendo que os restantes 11.4% têm de 1 a 5 anos. No sexo feminino 29.1 % dos indivíduos têm, entre 5 e 10 anos de experiência profissional, sendo que os restantes 21.8% têm de 1 a 5 anos a notar que este último grupo é o único em que o número de elementos do género feminino (12) supera os do género masculino (9). Os resultados não evidenciam diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 3.202$; $p = 0.202$) o que foi comprovado pelos resíduos ajustados. Face ao resultado observamos que, as variáveis em estudo são independentes.

Tabela 15 – Estatísticas relativas à idade em função do género dos enfermeiros.

Tempo de Experiência Profissional	Género				Total		Residuais		X2	p
	Feminino N	%	Masculino N	%	N	%	Fem.	Masc.		
1 a 5 anos	12	21.8	9	11.4	21	15.7	1.6	-1.6	3.202	0.202
5 a 10 anos	16	29.1	31	39.2	47	35.1	-1.2	1.2		
Mais de 10 anos	27	49.1	39	49.4	66	49.2	0.0	0.0		
Total	55	100	79	100	134	100				

Serviço/unidade/meio onde os enfermeiros exercem funções de âmbito Pré-Hospitalar em função do género.

Relativamente ao serviço/unidade/meio onde exercem funções de âmbito pré-hospitalar, aquando do preenchimento do questionário de recolha de dados os enfermeiros dispunham de um campo de resposta aberta onde escreveram o meio onde exercem funções.

Da análise dos dados colhidos e relativamente às frequências apresentadas, observou-se o seguinte: 97 indivíduos referem fazer ambulância de suporte imediato de vida (SIV) 74.2%, 34 indivíduos fazem viatura médica de emergência e reanimação (VMER) 25.4%, 11 indivíduos são bombeiros 8.2%, 7 indivíduos fazem helicóptero de emergência médica (HEM) e 2 indivíduos fazem equipa médica de intervenção rápida (EMIR) 1.5%.

No entanto, constatou-se também que existem enfermeiros que integram mais que um meio.

Analisando então as respostas e tendo em conta o anteriormente referido, o valor mais representativo refere-se aos enfermeiros que fazem SIV 64.2% da amostra, e o menos representativo aos que fazem apenas HEM 0.7%, passando pelos que fazem VMER, os que são bombeiros, os que fazem SIV, VMER e HEM, os que fazem SIV e VMER e os que fazem EMIR. Os resultados são apresentados na tabela 16.

Quando cruzamos estes dados com o género, observamos que o género feminino é o mais representativo nos que referem ser bombeiros (9), sendo que, em todos os outros meios referidos pelos participantes os elementos do género masculino estão em maior número (tabela 16).

O teste de qui quadrado evidencia a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre ambos os géneros, no que ao tempo de experiência profissional diz respeito ($X^2=11.499$, $p=0.074$).

Tabela 16 – Distribuição dos enfermeiros por meio/unidade/serviço onde exercem funções em função do género.

Meio/Unidade/ Serviço	Género				Total		Residuais		X2	p
	Feminino		Masculino		N	%	Fem.	Masc.		
	N	%	N	%	N	%				
SIV	35	63.6	51	64.6	86	64.2	-0.1	0.1	11.499	0.074
VMER	8	14.5	15	19.0	23	17.2	-0.7	0.7		
Bombeiros	9	16.4	2	2.5	11	8.2	2.9	-2.9		
SIV, VMER, HEM	1	1.8	5	6.3	6	4.5	Não aplicado			
SIV, VMER	2	3.7	3	3.8	5	3.7	Não aplicado			
EMIR	-	0.0	2	2.5	2	1.5	Não aplicado			
HEM	-	0.0	1	1.3	1	0.7	Não aplicado			
Total	58	100	79	100	134	100				

Tipo de Vínculo Profissional em função do género.

Relativamente ao tipo de vínculo profissional, os dados obtidos permitem-nos observar que 93.3% da amostra é detentora de um Contrato de trabalho em funções públicas (CTFP), sendo que apenas 6.7% apresenta como vínculo profissional um Contrato Individual de Trabalho (CIT) com ou sem termo.

Ao usamos o teste de qui² para estudar a relação entre o tipo de vínculo profissional e o género dos enfermeiros (cf. tabela 17), os resultados observados na análise em função do

gênero indicam que o vínculo profissional com maior incidência é o CTFP, o qual são detentores 95.5% das mulheres e 92.2% dos homens em contraposição com 5.5% das mulheres e 7.6% dos homens que são detentores de um CIT. Os resultados dizem-nos não existir diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0.237$; $p=0.737$), o que foi comprovado pelos resíduos ajustados.

Tabela 17 – Distribuição dos enfermeiros por tipo de vínculo profissional em função do gênero.

Tipo de Vínculo Profissional	Gênero				Total		Residuais		X2	p
	Feminino		Masculino		N	%	Fem.	Masc.		
	N	%	N	%	N	%				
CTFP	52	94.5	73	92.4	125	93.3	0.5	-0.5	0.237	0.737
CIT (com ou sem termo)	3	5.5	6	7.6	9	6.7	-0.5	0.5		
Total	55	100	79	100	134	100				

Horário de trabalho em função do gênero.

Quanto às modalidades de horário de trabalho exercido pelos enfermeiros pusemos à consideração dos enfermeiros duas opções, horário fixo e horário por turnos, os dados obtidos permitem-nos observar que 98.5% da amostra desenvolve o seu horário de trabalho por turnos, sendo que apenas 1.5% realiza horário de trabalho fixo.

Após isto era também questionado o tipo de horário quanto ao número de horas semanais realizadas. As opções eram três, completo (35 horas/semana), completo (40 horas/semana) e acrescido (42 horas/semana), da análise das respostas resultou o seguinte, 86.6% dos indivíduos referem fazer horário completo (35 horas/semana), 11.2% completo (40 horas/semana) e 2.2% acrescido (42 horas/semana).

Ao usamos então o teste de qui² para estudar a relação entre as referidas variáveis (horário de trabalho exercido pelos enfermeiros e tipo de horário quanto ao número de horas semanais) tendo em conta cada uma das variáveis especificadas, e o gênero dos enfermeiros, os resultados foram os seguintes (cf. tabela 18 e 19).

Constatamos que relativamente à modalidade de horário de trabalho exercido pelos enfermeiros e o gênero, 96.4% dos indivíduos do gênero feminino e 100% dos indivíduos do gênero masculino realizam horário por turnos enquanto apenas 3.6% dos indivíduos do gênero feminino realizam horário fixo.

Quanto ao número de horas semanais realizadas, os valores apresentados foram: horário completo (35 horas/semana) 87.3% das mulheres e 86.1% dos homens, horário completo (40 horas/semana) 12.7% e 10.1% e horário acrescido (42 horas/semana) 0.0% e 3.8% respetivamente gênero feminino e masculino.

Os resultados em ambos os casos mostram-nos não existir diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos casos conforme valores apresentados na tabela 18.

Tabela 18 – Distribuição dos enfermeiros por modalidade de horário de trabalho em função do género.

Modalidade de Horário	Género				Total		Residuais		X2	p
	Feminino		Masculino		N	%	Fem.	Masc.		
	N	%	N	%						
Fixo	2	3.6	0	0.0	2	1.5	Não aplicado		2.916	0.167
Turnos	53	96.4	79	100	132	98.5	-1.7	1.7		
Total	55	100	79	100	134	100				

Tabela 19 – Distribuição dos enfermeiros por tipo de horário quanto ao número de horas semanais em função do género.

Número de Horas Semanais	Género				Total		Residuais		X2	p
	Feminino		Masculino		N	%	Fem.	Masc.		
	N	%	N	%						
Completo (35horas/Semana)	48	87.3	68	86.1	116	86.6	0.2	-0.2	2.290	0.318
Completo (40horas/Semana)	7	12.7	8	10.1	15	11.2	0.5	-0.5		
Acrescido (42horas/semana)	0	0.0	3	3.8	3	2.2	Não aplicado			
Total	55	100	79	100	134	100				

Ainda no que ao horário de trabalho diz respeito, questionamos os enfermeiros se realizavam mensalmente horas extra, aos que responderam afirmativamente foi depois questionada a média de horas extra mensais. Os resultados obtidos foram os que se seguem.

Da totalidade da amostra, 94 enfermeiros (70.1%) referiram realizar horas extra, em contraposição 40 enfermeiros (29.9%) dizem não realizar horas extra.

Quando efetuado o teste χ^2 para estudar a relação existente entre este facto e o género, observamos o seguinte (cf. tabela 20), 58.2% dos indivíduos do sexo feminino e 78.5% dos indivíduos do sexo masculino realizam horas extra, por sua vez dos 41.8% dos indivíduos do sexo feminino e 21.5% dos indivíduos do sexo masculino afirmam não as realizar.

Os resultados do χ^2 mostram-nos, que neste caso existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=6.381$; $p=0.012$) entre ambos os géneros no que á realização de horas extra diz respeito. Podemos portanto dizer que existem substancialmente mais homens a realizar horas extra, do que mulheres.

Face ao exposto aferimos que as variáveis em estudo são dependentes.

Tabela 20 – Distribuição dos enfermeiros por realização de horas extra em função do género.

Realização de Horas Extra	Género				Total		Residuais		X2	p
	Feminino		Masculino		N	%	Fem.	Masc.		
	N	%	N	%						
Sim	32	58.2	62	78.5	94	70.1	-2.5	2.5	6.381	0.012
Não	23	41.8	17	21.5	40	29.9	2.5	-2.5		
Total	55	100	79	100	134	100				

Analisando um pouco mais ao pormenor a questão da realização das horas extra, pedimos para quantificarem o número de horas extra mensais que realizam em média, podemos constatar anteriormente que da totalidade dos enfermeiros que compõem a amostra, 70.1% realizam horas extra, relativamente a estes observamos a realização de um mínimo de 2 e um máximo de 100 horas mensais, com uma média de 26.28 horas (± 17.59) e um coeficiente de variação de 66.93 o que representa alta dispersão.

Analisando o número de horas mensais realizadas em função do género, observamos que os indivíduos de género feminino realizam um mínimo de 4 e máximo de 70 horas extra mensais o que dá uma média de 23.28 horas extras mensais (± 14.60) em quanto que os do género masculino realizam um mínimo de 2 e um máximo de 100 horas extras mensais, originando para este grupo uma média de 27.77 horas (± 18.89).

O teste de Kolmogorod-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria e curtose, curvas leptocúrticas e assimétricas positivas, enviesadas à esquerda para a totalidade da amostra e para os dois géneros (tabela 21).

Tabela 21 – Estatísticas relativas ao número de hora extra realizadas em função do género dos enfermeiros.

Sexo	N	Mínimo	Máximo	M	D.Padrão	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Feminino	32	4	70	23.38	14.60	62.45	2.69	2.06
Masculino	62	2	100	27.77	18.89	68.02	7.25	10.34
TOTAL	94	2	100	26.28	17.59	66.93	8.24	12.24

Satisfação com o reconhecimento social da profissão em função do género.

Da análise dos dados obtidos, e no que à satisfação com o reconhecimento social da profissão diz respeito, observamos que (cf. tabela 22), da totalidade da amostra, 94 indivíduos (70.1%) referem estar insatisfeitos e só 40 indivíduos (29.9%) referem estar satisfeitos.

Analisando estes valores em função do género, aferimos que 37 indivíduos do género feminino (67.3%) e 57 indivíduos do género masculino (72.2%) referem estar insatisfeitos e apenas 18 indivíduos do género feminino (32.2%) e 22 indivíduos do género masculino (27.8%) referem estar satisfeitos com o reconhecimento social da profissão.

Os resultados do qui² mostram-nos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0.369$; $p=0.544$) entre ambos os géneros no que á satisfação com o reconhecimento social da profissão diz respeito.

Tabela 22 – Estatísticas relativas á satisfação com o reconhecimento social da profissão em função do género dos enfermeiros.

Reconhecimento social da profissão	Género				Total		Residuais		X2	p
	Feminino		Masculino		N	%	Fem.	Masc.		
	N	%	N	%						
Satisfeito	18	32.7	22	27.8	40	29.9	0.6	-0.6	0.544	0.369
Insatisfeito	37	67.3	57	72.2	94	70.1	-0.6	0.6		
Total	55	100	79	100	134	100				

Em síntese:

Face à caracterização sociodemográfica e profissional da amostra em estudo, podemos sintetizar que:

- A amostra em estudo é constituída por 134 profissionais de enfermagem, com uma média de idades de 35.31±5.81 anos, sendo 79 (59%) do género masculino.
- A maioria dos profissionais de enfermagem apresenta o estado civil de casado (62.7%) e 37.3% o de solteiro/viúvo/divorciado;
- O grupo etário mais prevalente é o compreendido entre os 31 e os 40 anos (62.7%);
- Verifica-mos que 66.4% dos profissionais de enfermagem são licenciados e 33.6% são Mestres em enfermagem, 39.6% são detentores do título de especialista, sendo a especialidade com maior incidência a de Enfermagem Médico-cirúrgica 73.6%;
- Quanto à área geográfica, verificámos que 95.5% dos enfermeiros residem na parte continental de Portugal;
- A categoria profissional mais representada é a de enfermeiro com 74.6%;
- No que se refere ao tempo de experiência profissional, 49.2% dos profissionais de enfermagem apresentam mais de 10 anos de experiência profissional;
- Quanto ao meio/unidade/serviço onde exercem funções, o meio com maior representatividade foi as ambulâncias SIV com 64.2%;
- O tipo de vínculo profissional com maior incidência foi CTFP com 93.3%;
- O horário de trabalho mais realizado é o horário por turnos, com 98.5%, e o tipo de horário mais realizado é o horário completo (35 horas/semana) 86.6%;
- No que à realização de horas extra diz respeito, observamos que 70.1% da amostra realiza horas extra, sendo que o valor médio de horas extra realizadas mensalmente se fixa nas 26.28±17.59 horas;
- Quanto à satisfação com o reconhecimento social da profissão, 70.1% dos profissionais de enfermagem dizem-se insatisfeitos.

Perante os dados apresentados, podemos afirmar que o perfil sociodemográfico e profissional médio da amostra em estudo revela indivíduos do género masculino, com 35 anos, casados, residentes em Portugal continental, na categoria profissional de enfermeiro, detentores do grau académico de Licenciatura, com mais de 10 anos de experiência profissional e a exercer funções nas ambulâncias SIV. Têm como vínculo contratual o CTFP,

com horário completo (35 horas/semana) e a realização de uma média de 26 horas extra mensais, maioritariamente revelam-se insatisfeitos no que ao reconhecimento social da profissão diz respeito.

2.2. Satisfação profissional

As estatísticas da satisfação profissional revelam, no total, um mínimo de 52,00 e um máximo de 123,00. Ao analisarem-se os valores médios obtidos, constata-se que a média mais elevada corresponde ao reconhecimento pelos outros do trabalho realizado ($21,03 \pm 4,04$), correspondendo-lhe um coeficiente de variação de 19,21%, indicativo de dispersão fraca, seguindo-se, em termos médios, a relação com os colegas ($20,58 \pm 3,03$), também com uma dispersão fraca, sendo o coeficiente de variação de 14,72%. Onde se regista uma média menor é na satisfação com a profissão ($10,35 \pm 2,96$), apresentando uma dispersão moderada (28,59%) (cf. Tabela 23).

Tabela 23- Estatísticas relativas à satisfação no trabalho

Satisfação no trabalho	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Segurança com o futuro da profissão	3.00	16.00	10.35	2.96	28.59	-3.03	-0.23
Apoio da hierarquia	3.00	18.00	11.17	3.22	28.82	-2.73	0.14
Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado	5.00	29.00	21.03	4.04	19.21	-5.40	12.14
Condições físicas do trabalho	3.00	18.00	11.58	3.90	33.67	-1.55	-2.04
Relação com os colegas	5.00	24.00	20.58	3.03	14.72	-7.47	10.61
Satisfação com a profissão	10.00	29.00	19.95	3.90	19.54	-0.37	0.57
Satisfação total	52.00	123.00	94.70	14.11	14.89	-3.88	1.73

2.3. Burnout

As estatísticas do *burnout* total revelam um mínimo de 6.58 e um máximo de 82,89. Ao analisarem-se os valores médios obtidos, constata-se que a média mais elevada corresponde ao *burnout* relacionado com o trabalho ($41,95 \pm 16,96$), correspondendo-lhe um coeficiente de variação de 40,42%, indicativo de dispersão elevada, seguindo-se, em termos médios, o *burnout* total ($39,36 \pm 14,69$), também com uma dispersão elevada, sendo o coeficiente de variação de 37,32%. Onde se regista uma média menor é no *burnout* relacionado com o cliente ($36,75 \pm 19,15$), apresentando uma dispersão elevada (52,10%) (cf. Tabela 24).

Tabela 24 - Estatísticas relativas ao *burnout*

Burnout	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
<i>Burnout</i> pessoal	0.00	83.33	38.96	16.51	42.37	1.03	-0.70
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	0.00	85.71	41.95	16.96	40.42	0.61	-0.52
<i>Burnout</i> relacionado com o cliente	0.00	91.67	36.75	19.15	52.10	1.46	0,00
<i>Burnout</i> total	6.58	82.89	39.36	14.69	37.32	1.33	1.87

***Burnout* pessoal em função das variáveis sociodemográficas**

No que se refere ao *burnout* pessoal em função do sexo, constata-se que, na amostra total, prevalecem os participantes com níveis baixos de *burnout* (81,3%), o que é comum a 81,8% dos participantes do sexo feminino e a 81,0% do sexo masculino. Importa referir que 18,7% dos participantes revelam um nível alto de *burnout* (sexo feminino 18,2% vs. sexo masculino 11,2%). Todavia, não se registam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (cf. Tabela 25).

Tabela 25 – Estatísticas relativas ao *burnout* pessoal em função do género

Burnout pessoal	Sexo		Masculino		Total		Residuais		X²	p
	Feminino		nº	%	nº	%	1	2		
	nº	%	nº	%	nº	%				
	(55)	(41.0)	(79)	(59.0)	(134)	(100.0)				
Burnout										
Baixo	45	81.8	64	81.0	109	81.3	.1	-.1	0.014	0.906
Alto	10	18.2	15	11.2	25	18.7	-.1	.1		
Total	55	100.0	79	100.0	134	100.0				

Fazendo-se uma análise dos resultados do *burnout* em função da idade, como reporta a Tabela 26, constata-se que no total da amostra há um predomínio de participantes com nível baixo de *burnout* pessoal (81,3%), com uma representatividade de 83,3% de participantes com idade igual ou inferior aos 30 anos, 89,3% encontram-se na faixa etária dos 31-40 anos e 45,0% possuem idade superior aos 40 anos. Contrariamente, 18,7% dos participantes revelam um alto nível de *burnout* pessoal, onde 16,7% são mais novos (≤ 30 anos), 10,7% possuem idade compreendida entre os 31-40 anos e 55,0% possuem mais idade (> 40 anos), com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=20,977$; $p=0,000$), situando-se entre os participantes com idade entre os 31-40 anos e com um baixo nível de *burnout* pessoal e os participantes mais velhos com alto nível de *burnout* pessoal.

Tabela 26 – Estatísticas relativas ao *burnout* pessoal em função da idade

Burnout pessoal	Idade		31-40 anos		>40 anos		Total		Residuais			X²	p
	≤ 30 anos		Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%					
	(30)	(22.4)	(84)	(62.7)	(20)	(14.9)	(134)	(100.0)					
Baixo	25	83.3	75	89.3	9	45.0	109	81.3	.3	3.1	-4.5	20.977	0.000
Alto	5	16.7	9	10.7	11	55.0	25	18.7	-.3	-3.1	4.5		
Total	30	100.0	84	100.0	20	100.0	134	100.0					

Referente aos dados obtidos no *burnout* pessoal em função do estado civil, apura-se que, no total da amostra, a grande maioria revela um nível baixo de *burnout* pessoal (81,3%), onde se inserem 92,0% dos enfermeiros do sexo feminino e 75,0% do sexo masculino, enquanto 18,7% manifestam um alto nível de *burnout* pessoal, com destaque para os enfermeiros do sexo masculino (25,0%), registando-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2=5,969$; $p=0,015$), situando-se entre os participantes do sexo feminino e com baixo nível de *burnout* pessoal e os participantes do sexo masculino com alto nível de *burnout* pessoal (cf. Tabela 27).

Tabela 27 – Estatísticas relativas ao *burnout* pessoal em função do estado civil

Estado civil	Sem companheiro(a)		Com companheiro(a)		Total		Residuais		X ²	p
	nº (50)	% (37.3)	nº (84)	% (62.7)	nº (134)	% (100.0)	1	2		
Baixo	46	92.0	63	75.0	109	81.3	2.4	-2.4	5.969	0.015
Alto	4	8.0	21	25.0	25	18.7	-2.4	2.4		
Total	50	100.0	84	100.0	134	100.0				

Burnout pessoal em função das variáveis profissionais

A tabela 28 reporta-se aos resultados do *burnout* pessoal em função da categoria profissional, donde se extrai que, no total da amostra, há um claro predomínio de enfermeiros com um nível baixo de *burnout* pessoal (81,3%), dos quais 84,0% são enfermeiros e 73,5% enfermeiros especialistas/chefes, enquanto 18,7% dos enfermeiros revelam um nível alto de *burnout* pessoal, fazendo parte deste grupo 16,0% dos enfermeiros e 26,5% enfermeiros especialistas/chefes. Contudo, não se regista relevância estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 28 – Estatísticas relativas ao *burnout* pessoal em função da categoria profissional

Categoria profissional	Enfermeiro		Enfermeiro especialista/chefe		Total		Residuais		X ²	p
	nº (100)	% (74.6)	nº (34)	% (25.4)	nº (134)	% (100.0)	1	2		
Baixo	84	84.0	25	73.5	109	81.3	1.4	-1.4	1.833	0.176
Alto	16	16.0	9	26.5	25	18.7	-1.4	1.4		
Total	100	100.0	34	100.0	134	100.0				

Burnout relacionado com o trabalho em função das variáveis sociodemográficas

No que se refere ao *burnout* relacionado com o trabalho em função do sexo, constata-se que estão em maioria dos enfermeiros com baixo *burnout* (72,4%), dos quais 72,7% são do sexo feminino e 72,2% do sexo masculino. Todavia, regista-se que 27,6% revelam alto

burnout no trabalho, sendo esta uma situação análoga a 27,3% dos enfermeiros do sexo feminino e a 27,8% do sexo masculino, mas sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (cf. Tabela 29).

Tabela 29 – Estatísticas relativas ao *burnout* relacionado com o trabalho em função do sexo

Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais		X ²	p
	nº (55)	% (41.0)	nº (79)	% (59.0)	nº (134)	% (100.0)	1	2		
Burnout relacionado com o trabalho										
Burnout										
Baixo	40	72.7	57	72.2	97	72.4	.1	-.1	0.005	0.942
Alto	15	27.3	22	27.8	37	27.6	-.1	.1		
Total	55	100.0	79	100.0	134	100.0				

A Tabela 30 reporta-se aos resultados do *burnout* relacionado com o trabalho em função da idade, apurando-se que, no total da amostra, há um claro predomínio de enfermeiros com baixo *burnout* (72,4%), com destaque para 66,7% a possuírem idade igual ou inferior aos 30 anos e 82,1% situam-se na faixa etária dos 31-40 anos. Quanto à manifestação de alto *burnout* relacionado com o trabalho, destaca-se que 27,6% dos enfermeiros o manifestam, verificando-se que esta é uma situação referente a 33,3% dos mais novos, 17,9% dos que possuem idade compreendida entre os 31-40 anos e 60,0% por parte dos mais velhos (>40 anos), com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=14,987$; $p=0,001$), situando-se entre os enfermeiros na faixa etária dos 31-40 anos e com baixo *burnout* relacionado com o trabalho e os que possuem idade superior aos 40 anos e alto *burnout*.

Tabela 30 – Estatísticas relativas ao *burnout* relacionado com o trabalho em função da idade

Idade	≤30 anos		31-40 anos		>40 anos		Total		Residuais			X ²	p
	Nº (30)	% (22.4)	Nº (84)	% (62.7)	Nº (20)	% (14.9)	Nº (134)	% (100.0)	1	2	3		
Burnout relacionado com o trabalho													
Baixo	20	66.7	69	82.1	8	40.0	97	72.4	-.8	3.3	-3.5	14.987	0.001
Alto	10	33.3	15	17.9	12	60.0	37	27.6	.8	-3.3	3.5		
Total	30	100.0	84	100.0	20	100.0	134	100.0					

Burnout relacionado com o trabalho em função das variáveis profissionais

A tabela 31 reporta-se aos resultados do *burnout* relacionado com o trabalho em função da categoria profissional, verificando-se que, no total da amostra, há um claro predomínio de enfermeiros com um nível baixo de *burnout* relacionado com o trabalho (72,4%), dos quais 70,0% têm a categoria de enfermeiro e 79,4% são enfermeiros especialistas/chefes, enquanto 27,6% dos enfermeiros revelam um nível alto de *burnout* no trabalho, fazendo parte deste grupo 30,0% dos enfermeiros e 20,6% dos enfermeiros

especialistas/chefes. Contudo, não se regista relevância estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 31 – Estatísticas relativas ao *burnout* relacionado com o trabalho em função da categoria profissional

Categoria profissional	Enfermeiro		Enfermeiro especialista/ chefe		Total		Residuais		X ²	p
	nº (100)	% (74.6)	nº (34)	% (25.4)	nº (134)	% (100.0)	1	2		
Baixo	70	70.0	27	79.4	97	72.4	-1.1	1.1	1.124	0.289
Alto	30	30.0	7	20.6	37	27.6	1.1	-1.1		
Total	100	100.0	34	100.0	134	100.0				

Burnout relacionado com o cliente em função das variáveis sociodemográficas

Quanto ao *burnout* relacionado com o cliente em função do sexo, apura-se que estão em maioria os enfermeiros com baixo *burnout* (79,9%), dos quais 90,9% são do sexo feminino e 72,2% do sexo masculino. Contudo, regista-se que 20,1% revelam alto *burnout* relacionado com o cliente, com destaque para os enfermeiros do sexo masculino (27,8%), com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($X^2=7,091$; $p=0,008$), situando-se essas diferenças entre os enfermeiros do sexo feminino e com baixo *burnout* relacionado com o cliente e os enfermeiros do sexo masculino com alto *burnout* relacionado com os clientes (cf. Tabela 32).

Tabela 32 – Estatísticas relativas ao *burnout* relacionado com o cliente em função do sexo

Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais		X ²	p
	nº (55)	% (41.0)	nº (79)	% (59.0)	nº (134)	% (100.0)	1	2		
Burnout										
Baixo	50	90.9	57	72.2	107	79.9	2.7	-2.7	7.091	0.008
Alto	5	9.1	22	27.8	27	20.1	-2.7	2.7		
Total	55	100.0	79	100.0	134	100.0				

A Tabela 33 alude aos resultados do *burnout* relacionado com o cliente em função da idade, apurando-se que, no total da amostra, há um claro predomínio de enfermeiros com baixo *burnout* (79,9%), onde se incluem quase todos os enfermeiros mais novos (93,3%), uma grande parte dos enfermeiros com idade compreendida entre os 30-40 anos (79,8%) e 60,0% dos mais velhos. Quanto à manifestação de alto *burnout* relacionado com o cliente, regista-se uma percentagem de 20,1 dos enfermeiros a revelarem-no, com destaque para os enfermeiros na faixa etária dos 31-40 anos (20,2%), com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=8,288$; $p=0,016$), situando-se entre os enfermeiros mais novos e com baixo

burnout relacionado com o cliente e os que possuem idade superior aos 40 anos e com manifestação de alto *burnout* relacionado com o cliente.

Tabela 33 – Estatísticas relativas ao *burnout* relacionado com o cliente em função da idade

Idade	≤30 anos		31-40 anos		>40 anos		Total		Residuais			X ²	p
	Nº (30)	% (22.4)	Nº (84)	% (62.7)	Nº (20)	% (14.9)	Nº (134)	% (100.0)	1	2	3		
Baixo	28	93.3	67	79.8	12	60.0	107	79.9	2.1	.0	-2.4	8.288	0.016
Alto	2	6.7	17	20.2	8	40.0	27	20.1	-2.1	.0	2.4		
Total	30	100.0	84	100.0	20	100.0	134	100.0					

Burnout relacionado com o cliente em função das variáveis profissionais

Na tabela 34 apresentam-se os resultados do *burnout* relacionado com o cliente em função da categoria profissional, constatando-se que, no total da amostra, há um claro predomínio de enfermeiros com um nível baixo de *burnout* (79,9%), tendo 81,0% a categoria profissional de enfermeiro e 76,5% são enfermeiros especialistas/chefes, enquanto 20,1% dos enfermeiros mostram um nível alto de *burnout* relacionado com o cliente, fazendo parte deste grupo 19,0% dos enfermeiros e 23,5% enfermeiros especialistas/chefes. Porém, não se regista relevância estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 34 – Estatísticas relativas ao *burnout* relacionado com o cliente em função da categoria profissional

Categoria profissional	Enfermeiro		Enfermeiro especialista/chefe		Total		Residuais		X ²	p
	nº (100)	% (74.6)	nº (34)	% (25.4)	nº (134)	% (100.0)	1	2		
Baixo	81	81.0	26	76.5	107	79.9	.6	-.6	0.324	0.569
Alto	19	19.0	8	23.5	27	20.1	-.6	.6		
Total	100	100.0	34	100.0	134	100.0				

Burnout global em função das variáveis sociodemográficas

No que concerne ao *burnout* global em função do sexo, apura-se que estão em maioria os enfermeiros com baixo *burnout* (80,6%), dos quais 87,3% são do sexo feminino e 75,9% do sexo masculino. Contrariamente, 19,4% revelam alto *burnout*, com destaque para os enfermeiros do sexo masculino (24,1%), no entanto, sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (cf. Tabela 35).

Tabela 35 – Estatísticas relativas ao *burnout* global em função do sexo

<i>Burnout global</i>	Sexo		Feminino		Masculino		Total		Residuais		X ²	p
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	1	2		
	(55)	(41.0)	(79)	(59.0)	(134)	(100.0)						
<i>Burnout</i>												
Baixo	48	87.3	60	75.9	108	80.6			1.6	-1.6	2.659	0.103
Alto	7	12.7	19	24.1	26	19.4			-1.6	1.6		
Total	55	100.0	79	100.0	134	100.0						

Na Tabela 36 estão apresentados os resultados do *burnout* global em função da idade, apurando-se que, no total da amostra, a grande maioria de enfermeiros manifesta baixo *burnout* (80,6%), onde se incluem quase todos os enfermeiros mais novos (86,7%), 84,5% dos que têm idade compreendida entre os 31-40 anos e 55,0% dos mais velhos. Quanto à manifestação de alto *burnout* no global, regista-se uma percentagem de 19,4%, com destaque para os enfermeiros na faixa etária dos 31-40 anos (15,5%) e para os mais velhos (45,0%), com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=9,915$; $p=0,007$), situando-se entre os enfermeiros na faixa etária dos 31-40 anos e com baixo *burnout* e os que possuem idade superior aos 40 anos e com manifestação de alto *burnout* global.

Tabela 36 – Estatísticas relativas ao *burnout* global em função da idade

<i>Burnout global</i>	Idade		≤30 anos		31-40 anos		>40 anos		Total		Residuais			X ²	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3		
	(30)	(22.4)	(84)	(62.7)	(20)	(14.9)	(134)	(100.0)							
Baixo	26	86.7	71	84.5	11	55.0	108	80.6			1.0	1.5	-3.1	9.915	0.007
Alto	4	13.3	13	15.5	9	45.0	26	19.4			-1.0	-1.5	3.1		
Total	30	100.0	84	100.0	20	100.0	134	100.0							

Burnout global em função das variáveis profissionais

Na tabela 37 apresentam-se os resultados do *burnout* global em função da categoria profissional, verificando-se que, no total da amostra, prevalecem os enfermeiros com um nível baixo de *burnout* (80,6%), sendo 80,0% enfermeiros e 82,4% enfermeiro especialista/chefe, enquanto 19,4% revelam um nível alto de *burnout* global, com destaque para os enfermeiros (20,0%). Porém, não se regista relevância estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 37 – Estatísticas relativas ao *burnout* global em função da categoria profissional

<i>Burnout global</i>	Categoria profissional		Enfermeiro		Enfermeiro especialista/chefe		Total		Residuais		X ²	p
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	1	2		
	(100)	(74.6)	(34)	(25.4)	(134)	(100.0)						
Baixo	80	80.0	28	82.4	108	80.6			-3	.3	0.090	0.764
Alto	20	20.0	6	17.6	26	19.4			.3	-3		
Total	100	100.0	34	100.0	134	100.0						

2.4. Personalidade

As estatísticas referentes à personalidade revelam um mínimo de 10.00 e um máximo de 24.00, para a extroversão, oscilando no neuroticismo entre um mínimo de 6.00 e um máximo de 21.00. Na amostra em estudo, o valor médio mais elevado corresponde ao tipo de personalidade extrovertida (16.92 ± 3.03), apresentando uma dispersão moderada (17.90%) (cf. Tabela 38).

Tabela 38 - Estatísticas relativas à personalidade

Personalidade	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Extroversão	10.00	24.00	16.92	3.03	17.90	0.21	-1.09
Neuroticismo	6.00	21.00	11.09	2.33	21.00	2.46	4.56

2.5. Fadiga crónica

De acordo com a análise dos resultados apurados em relação à fadiga crónica, verifica-se que no total da amostra o mínimo é 10.00 e o máximo 41.00, com uma média de 20.58 ± 7.54 , com um coeficiente de variação a indicar uma dispersão elevada (36.16%). Analisando-se os resultados em função do género, apura-se que são os enfermeiros do género feminino os que revelam uma média mais elevada de fadiga crónica (20.83 ± 8.03), onde o mínimo é 10.00 e o máximo 37.00, com um coeficiente de variação a sugerir elevada dispersão (38.55%) (cf. Tabela 39).

Tabela 39 – Estatísticas relativas à fadiga crónica em função do género

Fadiga crónica Género	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Feminino	10.00	37.00	20.83	8.03	38.55	0.93	-1.27
Masculino	10.00	41.00	19.23	7.23	37.59	2.02	-0.30
Total	10.00	41.00	20.85	7.54	36.16	2.03	-1.17

2.6. Análise inferencial

Após a caracterização sociodemográfica e profissional passamos a dar resposta às questões de investigação formuladas e subseqüentes objetivos.

Q1 - Que variáveis sociodemográficas influenciam a satisfação profissional dos enfermeiros que integram equipas de Emergência Pré-Hospitalar?

A Tabela 40 reporta-se à relação entre a satisfação profissional e o sexo, constatando-se que são os enfermeiros do sexo masculino que, na globalidade, revelam mais satisfação profissional, tendo obtido valores de ordenação média mais elevados, excetuando, na dimensão relação com os colegas, onde pontuaram mais os enfermeiros do sexo feminino, com diferença estatisticamente significativa no apoio da hierarquia ($p=0,020$), estando os enfermeiros do sexo masculino mais satisfeitos.

Tabela 40 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função do sexo

Satisfação profissional	Sexo	Feminino	Masculino	UMW	p
		OM	OM		
Segurança com o futuro da profissão		61.58	71.62	1847.000	0.136
Apoio da hierarquia		58.23	73.96	1662.500	0.020
Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado		63.24	70.47	1938.000	0.287
Condições físicas do trabalho		62.71	70.84	1909.000	0.229
Relação com os colegas		71.31	64.85	1963.000	0.339
Satisfação com a profissão		66.84	67.96	2136.000	0.868
Satisfação total		61.07	71.97	1819.000	0.110

Quanto à satisfação profissional em função da idade, como apresentado na Tabela 41, infere-se que são os enfermeiros mais novos os que manifestam mais satisfação em relação ao apoio da hierarquia, condições físicas do trabalho e relação com os colegas. Por sua vez, os enfermeiros com idade compreendida entre os 31-40 anos manifestam-se mais satisfeitos com o reconhecimento pelos outros do trabalho realizado, com a profissão e mais satisfação global. Os enfermeiros mais velhos estão mais satisfeitos com a segurança com o futuro da profissão. Todavia, não existe relevância estatisticamente significativa.

Tabela 41 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função da idade

Satisfação profissional	Idade	≤30 anos	31-40 anos	>40 anos	X ²	p
		OM	OM	OM		
Segurança com o futuro da profissão		69.55	65.74	71.80	0.514	0.773
Apoio da hierarquia		70.32	68.29	59.95	0.969	0.616
Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado		65.88	71.55	52.93	3.817	0.148
Condições físicas do trabalho		76.95	67.44	53.58	4.427	0.109
Relação com os colegas		71.28	66.40	66.45	0.374	0.830
Satisfação com a profissão		62.47	69.86	65.15	0.898	0.638
Satisfação total		69.57	70.17	53.20	3.199	0.202

Os resultados apresentados na Tabela 42 revelam que são os enfermeiros sem companheiro(a) os que têm mais satisfação profissional, com valores médios mais elevados em todas as dimensões, resultando em diferenças estatisticamente significativas na segurança com o futuro da profissão ($p=0,034$), apoio da hierarquia ($p=0,000$), condições físicas do trabalho ($p=0,005$), Satisfação com a profissão ($p=0,047$) e na satisfação global ($p=0,000$).

Tabela 42 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função do estado civil

Estado civil	Sem companheiro(a)		Com companheiro(a)		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Satisfação profissional						
Segurança com o futuro da profissão	11.06	2.46	9.94	3.16	2.143	0.034
Apoio da hierarquia	12.60	2.33	10.32	3.39	4.192	0.000
Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado	21.88	3.45	20.53	4.29	1.879	0.062
Condições físicas do trabalho	12.82	3.23	10.85	4.10	2.889	0.005
Relação com os colegas	21.06	2.22	20.30	3.41	1.388	0.167
Satisfação com a profissão	20.82	3.29	19.44	4.15	2.002	0.047
Satisfação total	100.24	11.00	91.40	14.7	3.664	0.000

A Tabela 43 reporta-se aos resultados da relação entre a satisfação profissional e as habilitações académicas, verificando-se que os enfermeiros com o mestrado são os que, na globalidade, apresentam mais satisfação profissional, com valores médios mais elevados em quase todas as dimensões, à exceção da satisfação perante as condições físicas do trabalho, onde pontuaram mais os enfermeiros licenciados, todavia não se registam diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 43 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função das habilitações académicas

Habilitações académicas	Licenciatura		Mestrado		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Satisfação profissional						
Segurança com o futuro da profissão	10.20	2.88	10.66	3.12	-0.856	0.394
Apoio da hierarquia	11.10	3.35	11.31	2.98	-0.355	0.723
Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado	20.87	4.20	21.35	3.72	-0.646	0.519
Condições físicas do trabalho	11.79	3.79	11.17	4.14	0.867	0.388
Relação com os colegas	20.52	2.65	20.71	3.71	-0.328	0.743
Satisfação com a profissão	19.89	3.87	20.06	3.99	-0.234	0.815
Satisfação total	94.40	14.11	95.28	14.25	-0.341	0.733

Q2 - Quais as variáveis de contexto profissional que influenciam a satisfação profissional dos enfermeiros em estudo?

Fazendo-se uma análise dos resultados apresentados na Tabela 44, pode afirmar-se que os enfermeiros especialistas/chefes são os que se apresentam com mais satisfação profissional em quase todas as dimensões, excetuando a segurança com o futuro da profissão e apoio da hierarquia, onde foram os enfermeiros que obtiveram valores de ordenação média

mais elevados, com diferença estatisticamente significativa na relação com os colegas ($p=0,007$), onde sobressaem os enfermeiros especialistas/chefes com mais satisfação.

Tabela 44 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função da categoria profissional

Categoria profissional	Enfermeiro	Enfermeiro especialista/chefe	UMW	p
	OM	OM		
Segurança com o futuro da profissão	68.26	65.26	1624.000	0.694
Apoio da hierarquia	70.04	60.03	1446.000	0.189
Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado	65.83	72.41	1533.000	0.391
Condições físicas do trabalho	67.69	66.96	1681.500	0.924
Relação com os colegas	62.29	82.82	1179.000	0.007
Satisfação com a profissão	67.21	68.35	1671.000	0.881
Satisfação total	65.94	72.10	1543.500	0.423

Reportando-se agora a Tabela 45 aos resultados da relação entre a satisfação profissional e a experiência profissional, apura-se que os enfermeiros com menos tempo de experiência profissional sentem-se mais satisfeitos em relação à segurança com o futuro da profissão, apoio da hierarquia e satisfação com o trabalho, enquanto os enfermeiros com 5-10 anos de experiência profissional estão mais satisfeitos com o reconhecimento pelos outros do trabalho realizado, com a relação com os colegas e manifestam mais satisfação profissional global. Os enfermeiros com mais tempo de experiência profissional são os menos satisfeitos profissionalmente, com diferença estatisticamente significativa nas condições físicas do trabalho ($p=0,001$), onde são os enfermeiros com tempo de experiência profissional entre os 5-10 anos os mais satisfeitos.

Tabela 45 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função do tempo de experiência profissional

Experiência profissional	1-5 anos	5-10 anos	>10 anos	X ²	p
	OM	OM	OM		
Segurança com o futuro da profissão	74.10	71.80	62.34	2.411	0.299
Apoio da hierarquia	82.19	65.59	64.19	3.676	0.159
Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado	67.48	71.96	64.33	1.068	0.586
Condições físicas do trabalho	66.88	83.69	56.17	14.048	0.001
Relação com os colegas	63.60	71.62	65.81	0.881	0.644
Satisfação com a profissão	79.43	62.84	67.02	2.701	0.259
Satisfação total	72.38	74.16	61.20	3.455	0.178

Procurou-se saber se existe relação entre a satisfação profissional e a área geográfica dos participantes, constatando-se que os enfermeiros da Região Autónoma da Madeira que se sentem mais satisfeitos com o apoio da hierarquia, com o reconhecimento pelos outros do trabalho realizado, com a profissão e com mais satisfação profissional global, enquanto os enfermeiros da Região Autónoma do Açores sentem-se mais satisfeitos com as condições físicas do trabalho e com a relação com os colegas. Os enfermeiros de Portugal Continental

são os mais satisfeitos com a segurança do futuro da profissão. Todavia, não se regista relevância estatisticamente significativa (cf. Tabela 46).

Tabela 46 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função da área geográfica

Área geográfica	Portugal Continental	Região Autónoma da Madeira	Região Autónoma dos Açores	X ²	p
	OM	OM	OM		
Satisfação profissional					
Segurança com o futuro da profissão	68.22	46.25	55.13	1.078	0.583
Apoio da hierarquia	67.26	103.00	57.38	1.990	0.370
Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado	66.18	115.00	86.13	4.099	0.129
Condições físicas do trabalho	67.23	66.50	76.75	0.239	0.887
Relação com os colegas	66.51	57.50	104.25	3.868	0.145
Satisfação com a profissão	66.43	94.75	88.25	2.253	0.324
Satisfação total	66.70	101.00	76.25	1.749	0.417

A Tabela 47 reporta-se aos resultados da relação entre a satisfação profissional e o tipo de vínculo, verificando-se que os enfermeiros mais satisfeitos profissionalmente são os que pertencem à função pública, com valores de ordenação média mais elevados em quase todas as dimensões, excetuando no apoio da hierarquia, onde pontuaram mais os enfermeiros com contrato, resultando em diferenças estatisticamente significativas na segurança com o futuro da profissão ($p=0,002$), e nas condições físicas do trabalho ($p=0,039$), onde se destacam os enfermeiros da função públicas.

Tabela 47 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função do tipo de vínculo

Satisfação profissional	Tipo de vínculo	Função pública	Contrato	UMW	p
		OM	OM		
Segurança com o futuro da profissão		70.22	29.67	222.000	0.002
Apoio da hierarquia		66.78	77.50	472.500	0.419
Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado		68.48	53.83	439.500	0.272
Condições físicas do trabalho		69.34	41.89	332.000	0.039
Relação com os colegas		68.30	56.44	463.000	0.372
Satisfação com a profissão		68.27	56.78	466.000	0.388
Satisfação total		68.88	48.28	389.500	0.124

Constata-se que, na globalidade, são os enfermeiros com regime de trabalho por turnos que estão mais satisfeitos profissionalmente, enquanto os enfermeiros com horário fixo apenas se revelam mais satisfeitos com a segurança com o futuro da profissão. Contudo, sem diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 48).

Tabela 48 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função da modalidade de horário

Modalidade de horário	Fixo	Turnos	UMW	p
	OM	OM		
Satisfação profissional				
Segurança com o futuro da profissão	69.50	67.47	128.000	0.941
Apoio da hierarquia	57.25	67.66	111.500	0.704
Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado	56.00	67.67	109.000	0.672
Condições físicas do trabalho	55.75	67.68	108.500	0.664
Relação com os colegas	17.75	68.25	32.500	0.065
Satisfação com a profissão	63.75	67.56	124.500	0.890
Satisfação total	57.75	67.65	112.500	0.720

No que se refere à relação entre a satisfação profissional e o número de horas semanais, constata-se que os enfermeiros com um horário completo (35 horas/semana) estão mais satisfeitos com a segurança com o futuro da profissão, com as condições físicas do trabalho e revelam mais satisfação profissional global. Por sua vez, os enfermeiros com horário completo (40 horas/semana) estão mais satisfeitos com a relação com os colegas e os enfermeiros com horário acrescido (42 horas/semana) apresentam mais satisfação em relação a mais apoio da hierarquia, reconhecimento pelos outros do trabalho realizado e mais satisfação com a profissão. Verifica-se que existe diferença estatisticamente significativa na segurança com o futuro da profissão ($p=0,032$) (cf. Tabela 49).

Tabela 49 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função do número de horas semanais

Número de horas semanais	Completo (35horas/Semana)	Completo (40horas/Semana)	Acrescido (42horas/semana)	X ²	p
	OM	OM	OM		
Satisfação profissional					
Segurança com o futuro da profissão	69.92	59.37	14.50	6.883	0.032
Apoio da hierarquia	67.99	62.30	74.50	0.393	0.822
Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado	68.68	57.30	73.00	1.213	0.545
Condições físicas do trabalho	69.65	58.30	30.50	3.991	0.136
Relação com os colegas	67.41	68.70	65.00	0.028	0.986
Satisfação com a profissão	66.68	64.67	113.50	4.396	0.111
Satisfação total	69.27	57.13	51.00	1.854	0.396

Quanto à influência da realização de horas extra na satisfação profissional, apura-se que, na globalidade, os enfermeiros mais satisfeitos são os que referem realizar horas extra, com exceção da satisfação face ao apoio da hierarquia e satisfação com a profissão, onde se destacam os enfermeiros que não realizam horas extra. Verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas no reconhecimento pelos outros do trabalho realizado ($p=0,017$), nas condições físicas do trabalho ($p=0,034$) e na relação com os colegas ($p=0,020$), sendo os enfermeiros que realizam horas extras os mais satisfeitos (cf. Tabela 50).

Tabela 50 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função da realização de horas extra

Realização de horas extra	Sim	Não	UMW	p
	OM	OM		
Satisfação profissional				
Segurança com o futuro da profissão	68.83	64.38	1755.000	0.538
Apoio da hierarquia	63.46	77.00	1500.000	0.062
Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado	72.68	55.33	1393.000	0.017
Condições físicas do trabalho	72.10	56.69	1447.500	0.034
Relação com os colegas	72.53	55.69	1407.500	0.020
Satisfação com a profissão	63.45	77.01	1499.500	0.063
Satisfação total	70.64	60.11	1584.500	0.150

Procurou-se saber se a satisfação com o reconhecimento social da profissão interfere na satisfação profissional, verificando-se que os enfermeiros satisfeitos com esse reconhecimento são os mais satisfeitos profissionalmente, com diferenças estatisticamente significativas no apoio da hierarquia ($p=0,002$), reconhecimento pelos outros do trabalho realizado ($p=0,000$), condições físicas do trabalho ($p=0,024$), satisfação com a profissão ($p=0,000$) e satisfação global ($p=0,000$) (cf. Tabela 51).

Tabela 51 – Diferença de médias entre a satisfação profissional em função da satisfação com o reconhecimento social da sua profissão

Satisfação com o reconhecimento social da sua profissão	Satisfeito	Insatisfeito	UMW	p
	OM	OM		
Satisfação profissional				
Segurança com o futuro da profissão	73.79	64.82	1628.500	0.215
Apoio da hierarquia	82.90	60.95	1264.000	0.002
Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado	92.18	57.00	893.000	0.000
Condições físicas do trabalho	79.04	62.59	1418.500	0.024
Relação com os colegas	65.96	68.15	1818.500	0.763
Satisfação com a profissão	87.95	58.80	1062.000	0.000
Satisfação total	86.45	59.44	1122.000	0.000

Q3 - Em que medida a idade, o sexo, a personalidade, o *burnout* e a fadiga crónica afetam a satisfação profissional da amostra em estudo?

Para se estudar a relação entre a satisfação no trabalho e as variáveis sociodemográficas (idade e sexo) de (*burnout*) e de contexto psicológico (personalidade e fadiga crónica) efetuou-se uma regressão linear múltipla univariada, por ser o método mais utilizado quando se pretende analisar em simultâneo a relação entre uma variável dependente e duas ou mais variáveis independentes, de natureza quantitativa. Como método de estimação usado para seleção as variáveis independentes optou-se pelo método *stepwise*, que gera tantos modelos quantos os necessários até à determinação das variáveis preditoras. O variável sexo, para poder figurar na regressão múltipla, foi transformada em *variável dummy*, sendo coligido o sexo masculino com o código 0 e o feminino com o código 1.

A primeira dimensão da satisfação profissional a ser estudada através da regressão múltipla é a **segurança com o futuro da profissão**. Assim, na Tabela 52 encontram-se as correlações obtidas com as diferentes variáveis em análise, cujos resultados indicam

valores correlacionais negativos para a idade ($r=-0,054$), no burnout pessoal ($r=-0,194$), no burnout relacionado com o trabalho ($r=-0,194$) e fadiga crónica ($r=-0,153$). Verifica-se ainda que, para as restantes variáveis, se estabelecem relações diretas com a segurança com o futuro da profissão. Ressalva-se que não se encontra evidência estatística no sexo ($p=0,081$), idade ($p=0,269$), *burnout* relacionado com o cliente ($p=0,256$), extroversão ($p=0,303$) e neuroticismo ($p=0,146$).

Tabela 52 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e a satisfação com a segurança com o futuro da profissão

Variáveis	R	P
Sexo	0.122	0.081
Idade	-0.054	0.269
Burnout pessoal	-0.194	0.012
Burnout relacionado com o trabalho	-0.194	0.012
Burnout relacionado com o cliente	0.057	0.256
Extroversão	0.045	0.303
Neuroticismo	0.092	0.146
Fadiga crónica	-0.153	0.039

As variáveis predictoras da satisfação com a segurança com o futuro da profissão são o burnout pessoal e o neuroticismo que explicam na sua totalidade 0,8% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 0.6%. O erro padrão de regressão é 2,86 e os valores de t ($t=7,582$; $p=0,000$) são significativos. No que se refere ao teste F ($f=6,23$; $p=0,014$), este apresenta significância estatística, o que leva a inferir que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a satisfação com a segurança com o futuro da profissão.

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que o *burnout* pessoal estabelece uma relação inversa e o neuroticismo uma relação direta com a satisfação com a segurança com o futuro da profissão, sugerindo que quanto menos *burnout* pessoal e maior estabilidade mais os enfermeiros tendem a sentir- satisfação com a segurança com o futuro da profissão. Recorreu-se igualmente ao VIF (*variance inflation factor*), na tentativa de se determinar a colinearidade, cujos valores indicam que as variáveis presentes no modelo não são colineares (cf. Tabela 53).

O modelo final ajustado para a satisfação com a segurança com o futuro da profissão é dado pela seguinte fórmula:

A satisfação com a segurança com o futuro da profissão = 9,151 + -0,055 *burnout* pessoal + 0,302 neuroticismo

Tabela 53- Análise de variância entre as variáveis independentes e a satisfação com a segurança com o futuro da profissão

Variável dependente: <i>Segurança com o futuro da profissão</i>					
R = 0,285					
R ² = 0,081					
R ² Ajustado=0,067					
Erro padrão de estimativa=2,86					
Incremento de R ² =0,044					
F=6,23					
p=0,014					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	P	Colinearidade VIF
Constante	9.151		7.582	.000	
Burnout pessoal	-.055	-.307	-3.223	.002	1.293
Neuroticismo	.302	.238	2.497	.014	1.293
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média quadrados	F	P
Regressão	94.982	2			
Residual	1073.824	131	47.491	28,368	0,004
Total	1168.806	133	8.197		

A segunda dimensão da satisfação profissional a ser estudada através da regressão múltipla é o **apoio da hierarquia**. Assim, na Tabela 54 encontram-se as correlações obtidas com as diferentes variáveis em análise, cujos resultados declaram valores correlacionais negativos para a idade ($r=-0,209$), no *burnout* pessoal ($r=-0,333$), no *burnout* relacionado com o trabalho ($r=-0,259$), neuroticismo ($r=-0,104$) e fadiga crónica ($r=-0,251$). Para as restantes variáveis, estabelecem-se relações diretas com o apoio da hierarquia. Salvaguarda-se que não se encontra evidência estatística no *burnout* relacionado com o cliente ($p=0,108$), extroversão ($p=0,252$) e neuroticismo ($p=0,116$).

Tabela 54 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e a satisfação com o apoio da hierarquia

Variáveis	R	P
Sexo	0.252	0.002
Idade	-0.209	0.008
Burnout pessoal	-0.333	0.000
Burnout relacionado com o trabalho	-0.259	0.001
Burnout relacionado com o cliente	0.107	0.108
Extroversão	0.058	0.252
Neuroticismo	-0.104	0.116
Fadiga crónica	-0.251	0.002

As variáveis preditoras da satisfação com o apoio da hierarquia são o *burnout* pessoal, o sexo e o *burnout* relacionado com o cliente que explicam na sua totalidade 19,2% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 18,0%. O erro padrão de regressão é 2,92 e os valores de t ($t=16.646$; $p=0,000$) são significativos. Quanto ao teste F ($f=3,92$; $p=0,050$), este não apresenta significância estatística.

Através dos coeficientes padronizados beta, constata-se que o *burnout* pessoal estabelece uma relação inversa e o sexo e o *burnout* relacionado com o cliente uma relação direta com a satisfação com o apoio da hierarquia, sugerindo que quanto menos *burnout* pessoal mais satisfação com o apoio com a hierarquia, independentemente do sexo e quanto mais *burnout* relacionado com o cliente mais os enfermeiros tendem a sentir satisfação com o apoio com a hierarquia. Os valores da colinearidade indicam que as variáveis presentes no modelo não são colineares (cf. Tabela 55).

O modelo final ajustado para a satisfação com o apoio da hierarquia é dado pela seguinte fórmula:

A satisfação com o apoio da hierarquia = 12,353 + -0,077 *burnout* pessoal + 1,220 sexo + 0,030 *burnout* relacionado com o cliente

Tabela 55 - Análise de variância entre as variáveis independentes e a satisfação com o apoio da hierarquia

Variável dependente: Satisfação com a <i>segurança com o apoio da hierarquia</i>					
R = 0,445					
R ² = 0,192					
R ² Ajustado=0,180					
Erro padrão de estimativa=2,92					
Incremento de R ² =0,024					
F=3,92					
p=0,050					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente B	Coeficiente beta	t	P	Colinearidade VIF
Constante	12.353		16.646	.000	
Burnout pessoal	-.077	-.396	-4.669	.000	1.166
Sexo	1.220	.187	2.195	.030	1.173
Burnout relacionado com o cliente	.030	.180	1.980	.050	1.338
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média quadrados	F	P
Regressão	274.749	3			
Residual	1110.304	130	91.583	10.723	0,000
Total	1385.052	133	8.541		

A terceira dimensão da satisfação profissional a ser estudada através da regressão múltipla é o **reconhecimento pelos outros do trabalho realizado**. Na Tabela 56 encontram-se as correlações alcançadas com as diferentes variáveis em análise, cujos resultados mostram valores correlacionais negativos para a idade ($r=-0,126$), no *burnout* pessoal ($r=-0,484$), no *burnout* relacionado com o trabalho ($r=-0,465$), *burnout* relacionado com o cliente ($r=-0,289$), extroversão ($r=-0,230$), neuroticismo ($r=-0,313$) e fadiga crónica ($r=-0,489$). Para o sexo, estabelece-se uma relação direta com a segurança com o reconhecimento pelos outros do trabalho realizado. Salvaguarda-se que não se encontra evidência estatística no sexo ($p=0,149$) e na idade ($p=0,073$).

Tabela 56 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e a satisfação com o reconhecimento pelos outros do trabalho realizado

Variáveis	R	P
Sexo	0.091	0.149
Idade	-0.126	0.073
Burnout pessoal	-0.484	0.000
Burnout relacionado com o trabalho	-0.465	0.000
Burnout relacionado com o cliente	-0.289	0.000
Extroverssão	0.230	0.004
Neuroticismo	-0.313	0.000
Fadiga crónica	-0.489	0.000

As variáveis preditoras da satisfação com o reconhecimento pelos outros do trabalho realizado são a fadiga crónica e o burnout pessoal que explicam na sua totalidade 29,4% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 28,3%. O erro padrão de regressão é 3,42 e os valores de t ($t=30.077$; $p=0,000$) são significativos. No que se refere ao teste F ($f=10,23$; $p=0,002$), este apresenta significância estatística, sugerindo que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a satisfação com o reconhecimento pelos outros do trabalho realizado.

Com base nos coeficientes padronizados beta, afere-se que a fadiga crónica e o *burnout* pessoal estabelecem uma relação inversa com a satisfação com o reconhecimento pelos outros do trabalho realizado, sugerindo que quanto menos fadiga crónica e menos *burnout* pessoal mais os enfermeiros tendem a sentir satisfação com o reconhecimento pelos outros do trabalho realizado. Os valores da colinearidade indicam que as variáveis presentes no modelo não são colineares (cf. Tabela 57).

O modelo final ajustado para satisfação com o reconhecimento pelos outros do trabalho realizado é dado pela seguinte fórmula:

A satisfação com o reconhecimento pelos outros do trabalho realizado = 27,305 + -0,165 fadiga crónica + -0,073 burnout pessoal

Tabela 57 - Análise de variância entre as variáveis independentes e a satisfação com o reconhecimento pelos outros do trabalho realizado

Variável dependente: <i>Satisfação com o reconhecimento pelos outros do trabalho realizado</i>					
R = 0,542					
R ² = 0,294					
R ² Ajustado=0,283					
Erro padrão de estimativa=3,42					
Incremento de R ² =0,055					
F=10,23					
p=0,002					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	P	Colinearidade VIF
Constante	27.305		30.077	.000	
Fadiga crónica	-.165	-.308	-3.329	.001	1.590
Burnout pessoal	-.073	-.296	-3.200	.002	1.590
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média quadrados	F	P
Regressão	639.128	2			
Residual	1535.685	131	319.564	27.260	0,000
Total	2174.813	133	11.723		

A quarta dimensão da satisfação profissional a ser estudada através da regressão múltipla é as **condições físicas do trabalho**. Na Tabela 58 encontram-se as correlações obtidas com as diferentes variáveis em análise, cujos resultados mostram valores correlacionais negativos para a idade ($r=-0,299$), no *burnout* pessoal ($r=-0,466$), no *burnout* relacionado com o trabalho ($r=-0,411$), *burnout* relacionado com o cliente ($r=-0,154$), neuroticismo ($r=-0,018$) e fadiga crónica ($r=-0,398$). Para as restantes variáveis, estabelecem-se relações diretas com as condições físicas do trabalho. Salvaguarda-se que não se encontra evidência estatística no sexo ($p=0,218$) e no neuroticismo ($p=0,419$).

Tabela 58 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e a satisfação com as condições físicas do trabalho

Variáveis	R	P
Sexo	.068	.218
Idade	-.299	.000
Burnout pessoal	-.466	.000
Burnout relacionado com o trabalho	-.411	.000
Burnout relacionado com o cliente	-.154	.037
Extroversão	.385	.000
Neuroticismo	-.018	.419
Fadiga crónica	-.398	.000

As variáveis predictoras da satisfação com as condições físicas do trabalho realizado são o burnout pessoal, o neuroticismo, a fadiga crónica e a extroversão que explicam na sua totalidade 37,1% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 55,1%. O erro padrão de regressão é 3,14 e os valores de t ($t=2.582$; $p=0,011$) são significativos. Quanto ao teste F ($f=7,30$; $p=0,008$), este apresenta significância estatística, sugerindo que as variáveis

independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a satisfação com as condições físicas do trabalho.

Através dos coeficientes padronizados beta, afere-se que o *burnout* pessoal e a fadiga crónica estabelecem uma relação inversa com a satisfação com as condições físicas do trabalho, sugerindo que quanto menos fadiga crónica e menos *burnout* pessoal mais os enfermeiros tendem a sentir satisfação com as condições físicas do trabalho. Verifica-se ainda que o neuroticismo e a extroversão estabelecem uma relação direta, indicando que quanto mais o neuroticismo e extroversão mais os enfermeiros sentem satisfação com as condições físicas do trabalho. Os valores da colinearidade indicam que as variáveis presentes no modelo não são colineares (cf. Tabela 59).

O modelo final ajustado para satisfação com as condições físicas do trabalho é dado pela seguinte fórmula:

A satisfação com as condições físicas do trabalho = 6,470 + -0,088 *burnout* pessoal + -0,625 neuroticismo + -0,160 fadiga crónica + 0,274 extroversão

Tabela 59- Análise de variância entre as variáveis independentes e a satisfação com as condições físicas do trabalho

Variável dependente: Satisfação com as condições físicas do trabalho					
R = 0,609					
R ² = 0,371					
R ² Ajustado=0,551					
Erro padrão de estimativa=3,14					
Incremento de R ² =0,036					
F=7,30					
p=0,008					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente B	Coeficiente beta	t	P	Colinearidade VIF
Constante	6.470		2.582	.011	
Burnout pessoal	-.088	-.371	-3.964	.000	1.791
Neuroticismo	.652	.389	4.520	.000	1.521
Fadiga crónica	-.160	-.309	-3.209	.002	1.906
Extroversão	.274	.212	2.703	.008	1.267
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média quadrados	F	P
Regressão	752.731	4			
Residual	1277.694	119	188.183	19.000	0,000
Total	2030.425	133	9.905		

A quinta dimensão da satisfação profissional a ser estudada através da regressão múltipla é as **relações com os colegas**. Na Tabela 60 encontram-se as correlações obtidas com as diferentes variáveis em análise, cujos resultados apresentam valores correlacionais negativos para o sexo ($r=-0,063$), a idade ($r=-0,208$), no *burnout* pessoal ($r=-0,333$), no *burnout* relacionado com o trabalho ($r=-0,328$), *burnout* relacionado com o cliente ($r=-$

0,336), neuroticismo ($r=-0,352$) e fadiga crónica ($r=-0,324$). Para a extroversão, estabelece-se uma relação direta com as relações com os colegas. Salvaguarda-se que não se encontra evidência estatística no sexo ($p=0,235$).

Tabela 60 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e a satisfação com as relações com os colegas

Variáveis	R	P
Sexo	-.063	.235
Idade	-.208	.008
Burnout pessoal	-.333	.000
Burnout relacionado com o trabalho	-.328	.000
Burnout relacionado com o cliente	-.336	.000
Extroversão	.309	.000
Neuroticismo	-.352	.000
Fadiga crónica	-.324	.000

As variáveis preditoras da satisfação com as relações com os colegas são o neuroticismo, a extroversão e o *burnout* relacionado com o cliente que explicam na sua totalidade 19,9% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 18,1%. O erro padrão de regressão é 2,74 e os valores de t ($t=10,330$; $p=0,011$) são significativos. Quanto ao teste F ($f=4,24$; $p=0,041$), este apresenta significância estatística, sugerindo que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a satisfação com as relações com os colegas.

Através dos coeficientes padronizados beta, afere-se que o neuroticismo e o *burnout* relacionado com o cliente estabelecem uma relação inversa com a satisfação com as relações com os colegas, sugerindo que quanto menos neuroticismo e *burnout* mais os enfermeiros tendem a sentir satisfação com as relações com os colegas. Verifica-se ainda que a extroversão estabelece uma relação direta, indicando que quanto mais extroversão mais os enfermeiros sentem satisfação com as relações com os colegas. Os valores da colinearidade indicam que as variáveis presentes no modelo não são colineares (cf. Tabela 61).

O modelo final ajustado para satisfação com as relações com os colegas é dado pela seguinte fórmula:

A satisfação com as relações com os colegas = 21,530 + -0,286 neuroticismo + 0,195 extroversão + -0,029 *burnout* relacionado com o cliente

Tabela 61 - Análise de variância entre as variáveis independentes e a satisfação com as relações com os colegas

Variável dependente: Satisfação com as relações com os colegas					
R = 0,446					
R ² = 0,199					
R ² Ajustado=0,181					
Erro padrão de estimativa=2,74					
Incremento de R ² =0,026					
F=4,24					
p=0,041					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	P	Colinearidade VIF
Constante	21.530		10.330	.000	
Neuroticismo	-.286	-.220	-2.488	.014	1.266
Extroversão	.195	.195	2.335	.021	1.128
Burnout relacionado com o cliente	-.029	-.183	-2.060	.041	1.287
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média quadrados	F	P
Regressão	244.268	3			
Residual	982.157	130	81.423	10.777	0,000
Total	1226.425	133	7.555		

A sexta dimensão da satisfação profissional a ser estudada através da regressão múltipla é a **satisfação com a profissão**. Na Tabela 62 encontram-se as correlações obtidas com as diferentes variáveis em análise, cujos resultados apresentam valores correlacionais negativos para o sexo ($r=-0,033$), no *burnout* pessoal ($r=-0,203$), no *burnout* relacionado com o trabalho ($r=-0,283$), *burnout* relacionado com o cliente ($r=0,065$), neuroticismo ($r=-0,029$) e fadiga crónica ($r=-0,278$). Para as restantes variáveis, estabelecem-se relações diretas com a satisfação com a profissão. Salva-se que apenas se encontra evidência estatística no *burnout* relacionado com o trabalho ($p=0,009$), no *burnout* relacionado com o cliente ($p=0,000$) e na fadiga crónica ($p=0,001$).

Tabela 62 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e a satisfação com a profissão

Variáveis	R	P
Sexo	-.033	.352
Idade	.003	.488
Burnout pessoal	-.203	.009
Burnout relacionado com o trabalho	-.283	.000
Burnout relacionado com o cliente	-.065	.228
Extroversão	-.051	.279
Neuroticismo	-.029	.369
Fadiga crónica	-.278	.001

As variáveis preditoras da satisfação com as relações com os colegas são o *burnout* relacionado com o trabalho e a extroversão que explicam na sua totalidade 11,3% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 0,9%. O erro padrão de regressão é 3,70 e os valores de t ($t=11.260$; $p=0,000$) são significativos. Quanto ao teste F ($f=4,87$;

$p=0,029$), este apresenta significância estatística, indicando que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a satisfação com a profissão.

Através dos coeficientes padronizados beta, afere-se que o *burnout* relacionado com o trabalho e a extroversão estabelecem uma relação inversa com a satisfação com a profissão, sugerindo que quanto menos *burnout* relacionado com o trabalho e menos extroversão mais os enfermeiros tendem a sentir satisfação com a profissão. Os valores da colinearidade indicam que as variáveis presentes no modelo não são colineares (cf. Tabela 63).

O modelo final ajustado para satisfação com a profissão é dado pela seguinte fórmula:

A satisfação com a profissão = 27,789 + -0,084 *burnout* relacionado com o trabalho + -0,256 extroversão

Tabela 63 - Análise de variância entre as variáveis independentes e a satisfação com a profissão

Variável dependente: <i>Satisfação com a profissão</i>					
R = 0,336					
R ² = 0,113					
R ² Ajustado=0,099					
Erro padrão de estimativa=3,70					
Incremento de R ² =0,033					
F=4,87					
p=0,029					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente B	Coeficiente beta	t	P	Colinearidade VIF
Constante	27.789		11.260	.000	
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	-.084	-.363	-4.035	.000	1.198
Extroversão	-.256	-.199	-2.207	.029	1.198
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média quadrados	F	P
Regressão	228.381	2			
Residual	1795.351	131	114.190	8.332	0,000
Total	2023.731	133	13.705		

Por fim, estudou-se a **satisfação profissional global**. Na Tabela 64 encontram-se as correlações obtidas com as diferentes variáveis em análise, cujos resultados apresentam valores correlacionais negativos para a idade ($r=-0,222$), no *burnout* pessoal ($r=-0,512$), no *burnout* relacionado com o trabalho ($r=-0,495$), *burnout* relacionado com o cliente ($r=0,179$), neuroticismo ($r=-0,183$) e fadiga crônica ($r=-0,486$). Para as restantes variáveis, estabelecem-se relações diretas com a satisfação profissional global. Salvaguarda-se que apenas não se encontra evidência estatística no sexo ($p=0,113$).

Tabela 64 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e a satisfação profissional

Variáveis	R	P
Sexo	.105	.113
Idade	-.222	.005
Burnout pessoal	-.512	.000
Burnout relacionado com o trabalho	-.495	.000
Burnout relacionado com o cliente	-.179	.019
Extroverssão	.247	.002
Neuroticismo	-.183	.017
Fadiga crónica	-.486	.000

As variáveis preditoras da satisfação profissional global são o *burnout* pessoal, a fadiga crónica e o neuroticismo que explicam na sua totalidade 33,8% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 32,3%. O erro padrão de regressão é 11,61 e os valores de t (t=22.057; p=0,000) são significativos. Quanto ao teste F (f=5,48; p=0,021), este apresenta significância estatística, indicando que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a satisfação profissional.

Através dos coeficientes padronizados beta, constata-se que o *burnout* pessoal e a fadiga crónica estabelecem uma relação inversa com a satisfação profissional, sugerindo que quanto menos *burnout* pessoal e menos fadiga crónica mais os enfermeiros tendem a sentir satisfação profissional. Os valores da colinearidade indicam que as variáveis presentes no modelo não são colineares (cf. Tabela 65).

O modelo final ajustado para satisfação profissional é dado pela seguinte fórmula:

A satisfação profissional = 108,014 + -0,332 *burnout* pessoal + -0,683 fadiga crónica + 1,247 neuroticismo

Tabela 65 - Análise de variância entre as variáveis independentes e a satisfação profissional

Variável dependente: <i>Satisfação profissional</i>					
R = 0,582					
R ² = 0,338					
R ² Ajustado=0,323					
Erro padrão de estimativa=11,61					
Incremento de R ² =0,028					
F=5,48					
p=0,021					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente B	Coeficiente beta	t	P	Colinearidade VIF
Constante	108.014		22.057	.000	
<i>Burnout</i> pessoal	-.332	-.388	-4.222	.000	1.660
Fadiga crónica	-.683	-.365	-3.741	.000	1.870
Neuroticismo	1.247	.206	2.342	.021	1.521
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média quadrados	F	P
Regressão	8969.372	3			
Residual	17538.688	130	2989.791	22.161	0,000
Total	26508.060	133	134.913		

3. DISCUSSÃO

Posteriormente à apresentação dos resultados, é essencial refletir sobre a investigação realizada, comparando os dados obtidos com a literatura científica.

3.1. Discussão metodológica

O tema escolhido para a investigação foi a satisfação profissional dos enfermeiros que integram equipas de emergência pré-hospitalar.

Uma das inquietações desde o início da conceptualização do estudo consistiu em desenvolver um trabalho científico metodológico, sistematizado e rigoroso. No entanto, mesmo tendo em consideração este facto, tem-se a noção das limitações da investigação, as quais se prendem com enviesamentos metodológicos e da amostra.

A construção de um instrumento de medida teve como resultado um questionário, que poderia enviesar os resultados pelo facto de terem sido respondidos através de uma plataforma on-line. No que se refere ao método de amostragem, este foi não probabilístico por conveniência, em que os elementos que constituem o subgrupo foram escolhidos de acordo com a sua presença num determinado local e momentos o que gera uma limitação na inferência dos resultados para a população, uma vez que existe a possibilidade de a amostra não ser representativa da mesma. Assim sendo, estes factos constituíram uma limitação na colheita de dados e na inferência dos resultados uma vez que se pretendia que a informação fosse o mais válida possível, não se podendo transpor os resultados para outras amostras com idênticas características, o que implica a realização de outras investigações com uma amostra mais alargada e com recurso a um estudo longitudinal.

Não obstante estas limitações, considera-se que o presente estudo permite responder às questões de investigação e alcançar os objetivos delineados.

3.2. Discussão dos resultados

O presente estudo contou com uma amostra de 134 enfermeiros, maioritariamente do sexo masculino (59,0%), com idades compreendidas entre os 26 e os 54 anos com uma média de idades de $35.31 \pm 5,81$ anos, com prevalência dos casados (62.7%), o grupo etário mais prevalente é o compreendido entre os 31 e os 40 anos (62.7%); com a licenciatura em enfermagem (66.4%), sendo 95.5% da área geográfica de Portugal Continental. A categoria

profissional mais representada é a de enfermeiro com 74.6%; No que se refere ao tempo de experiência profissional, 49.2% dos enfermeiros apresentam mais de 10 anos. Quanto ao meio/unidade/serviço onde exercem funções, o meio com maior representatividade foi as ambulâncias SIV com 64.2%. O tipo de vínculo profissional com maior incidência foi contrato de trabalho em funções públicas, com 93.3%. O horário de trabalho mais realizado é o horário por turnos, com 98.5%, e o tipo de horário mais realizado é o horário completo (35 horas/semana) 86.6%. Em relação à realização de horas extra, 70.1% da amostra realizam horas extra, sendo que o valor médio de horas extra realizadas mensalmente se fixa nas 26.28 ± 17.59 horas. Quanto à satisfação com o reconhecimento social da profissão, 70.1% dizem-se insatisfeitos. A este propósito refere-se que a satisfação profissional corresponde a um ponto de equilíbrio entre as expectativas e os resultados que cada indivíduo obtém no seu trabalho, ocorrendo a mesma quando os resultados igualam ou superam as expectativas (Siqueira et al., 2008).

Valente, Duarte e Amaral (2015) realizaram um estudo que visava avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros e identificar variáveis sociodemográficas e profissionais que interferem na satisfação profissional. A amostra era constituída por 192 enfermeiros de um hospital da região centro do país, cuja média de idades era de 39.32 ± 7.99 anos, maioritariamente do sexo feminino (75,5%), residentes em meio urbano, casados, com a categoria de “enfermeiro”, a desempenhar funções de prestação de cuidados em horário rotativo, com um contrato de trabalho de funções públicas e a exercer a profissão há 15.96 ± 7.54 anos, o que em parte é corroborado no presente estudo.

Quanto à primeira questão de investigação, através da qual se procurou saber que variáveis sociodemográficas influenciam a satisfação profissional dos enfermeiros integram equipas de Emergência Pré-Hospitalar, constatou-se que o sexo e o estado civil tiveram relevância estatisticamente significativa, cujos resultados revelam que são os enfermeiros do sexo masculino que, na globalidade, revelam mais satisfação profissional, com diferença estatisticamente significativa no apoio da hierarquia ($p=0,020$), estando os enfermeiros do sexo masculino mais satisfeitos. Constatou-se que são os enfermeiros sem companheiro(a) os que têm mais satisfação profissional, com valores médios mais elevados em todas as dimensões, resultando em diferenças estatisticamente significativas na segurança com o futuro da profissão ($p=0,034$), apoio da hierarquia ($p=0,000$), condições físicas do trabalho ($p=0,005$), Satisfação com a profissão ($p=0,047$) e na satisfação global ($p=0,000$).

A satisfação profissional, por definição, consiste num estado emocional positivo que resulta da avaliação que a pessoa faz acerca do seu trabalho ou da experiência de trabalho. A forma como a pessoa percebe, valoriza e julga os aspetos do trabalho determinam a sua satisfação profissional (Fonseca, 2014). De acordo com o mesmo autor, o trabalho ocupa um

lugar de relevo na sociedade uma vez que é nele que se passa grande parte da vida. Deste modo, a satisfação e a motivação com que este é encarado pelos enfermeiros têm repercussão direta na sua vida profissional, podendo tornar agradável ou desagradável a rotina diária. “A satisfação profissional consiste numa medida de qualidade de vida no trabalho e relaciona-se com estados emocionais” (Santana & Cerdeira, 2011). Na perspetiva dos mesmos autores, vários fatores parecem ter interferência na satisfação no trabalho dos profissionais de saúde, nomeadamente “o reconhecimento por parte da chefia e dos pares, as condições físicas de trabalho e os recursos existentes, as oportunidades de desenvolvimento pessoal, de entre outros” (p. 589). A insatisfação pode resultar em absentismo e, *in extremis*, ao abandono do local de trabalho.

Correia (2016) realizou um estudo com o objetivo de conhecer o nível de satisfação profissional dos enfermeiros, tendo em conta a identificação dos problemas ou oportunidades de melhoria que se repercutem na qualidade dos serviços prestados. Mais especificamente identificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis profissionais e a satisfação profissional, bem como analisar a relação das dimensões da satisfação profissional com o score global de satisfação profissional. A sua amostra era constituída por 162 enfermeiros, cuja maioria é do sexo feminino, o que não é corroborado no presente estudo uma vez que a amostra é maioritariamente masculina. Os resultados do estudo de Correia (2016) revelam que os enfermeiros do sexo feminino se encontram mais satisfeitos, enquanto no presente estudo a maior satisfação profissional corresponde aos enfermeiros do sexo masculino. No geral, no estudo de Correia (2016), as dimensões com maior significância na satisfação profissional dos enfermeiros são a *Responsabilidade* (92,6%), a *Natureza do trabalho* (81,5%), o *Relacionamento com os colegas* (79,6%) e com a *chefia* (67,9%). As dimensões com maior índice de insatisfação profissional foram o *Salário* (96,9%), o *Excesso de trabalho* (89,5%), a *Progressão na carreira* (84,0%) e *Reconhecimento* (71,0%). Os resultados encontrados no presente estudo revelam que os enfermeiros do sexo masculino se revelam mais satisfeitos sobretudo com a segurança com o apoio da hierarquia, com o futuro da profissão, estando menos satisfeitos com os colegas. No estudo de Correia (2016), apesar desta percentagem de insatisfação global, na maioria, os enfermeiros relatam que optariam pela mesma profissão, sugerindo que se identificam com a profissão e reconhecem na enfermagem como o cuidar do outro, sendo este o principal motivo apontado.

Em relação à segunda questão de investigação, através da qual se procurou saber quais as variáveis de contexto profissional que influenciam a satisfação profissional dos enfermeiros em estudo, constatou-se que a categoria profissional, a experiência profissional, o tipo de vínculo, o número de horas semanais, realização de hortas extras e o

reconhecimento social da profissão foram variáveis de contexto profissional com relevância estatisticamente significativa.

Assim, verificou-se que os enfermeiros especialistas/chefes são os que se apresentam com mais satisfação profissional em quase todas as dimensões, com diferença estatisticamente significativa na relação com os colegas ($p=0,007$), onde sobressaem os enfermeiros especialistas/chefes com mais satisfação. Os enfermeiros com menos tempo de experiência profissional sentem-se mais satisfeitos em relação à segurança com o futuro da profissão, apoio da hierarquia e satisfação com o trabalho, enquanto os enfermeiros com 5-10 anos de experiência profissional estão mais satisfeitos com o reconhecimento pelos outros do trabalho realizado, com a relação com os colegas e manifestam mais satisfação profissional global. Os enfermeiros com mais tempo de experiência profissional são os menos satisfeitos profissionalmente, com diferença estatisticamente significativa nas condições físicas do trabalho ($p=0,001$), onde são os enfermeiros com tempo de experiência profissional entre os 5-10 anos os mais satisfeitos. Os enfermeiros mais satisfeitos profissionalmente são os que pertencem à função pública, com valores de ordenação média mais elevados em quase todas as dimensões, excetuando no apoio da hierarquia, onde pontuaram mais os enfermeiros com contrato, resultando em diferenças estatisticamente significativas na segurança com o futuro da profissão ($p=0,002$), e nas condições físicas do trabalho ($p=0,039$), onde se destacam os enfermeiros da função pública.

Apurou-se também que os enfermeiros com um horário completo (35 horas/semana) estão mais satisfeitos com a segurança com o futuro da profissão, com as condições físicas do trabalho e revelam mais satisfação profissional global. Por sua vez, os enfermeiros com horário completo (40 horas/semana) estão mais satisfeitos com a relação com os colegas e os enfermeiros com horário acrescido (42 horas/semana) apresentam mais satisfação em relação ao apoio da hierarquia, reconhecimento pelos outros do trabalho realizado e mais satisfação com a profissão, com diferença estatisticamente significativa na segurança com o futuro da profissão ($p=0,032$).

Quanto à influência da realização de horas extra na satisfação profissional, apurou-se que, na globalidade, os enfermeiros mais satisfeitos são os que referem realizar horas extra, com exceção da satisfação face ao apoio da hierarquia e satisfação com a profissão, onde se destacam os enfermeiros que não realizam horas extra, com diferenças estatisticamente significativas no reconhecimento pelos outros do trabalho realizado ($p=0,017$), nas condições físicas do trabalho ($p=0,034$) e na relação com os colegas ($p=0,020$), sendo os enfermeiros que realizam horas extras os mais satisfeitos. Constatou-se ainda que os enfermeiros satisfeitos com esse reconhecimento são os mais satisfeitos profissionalmente, com diferenças estatisticamente significativas no apoio da hierarquia ($p=0,002$), reconhecimento

pelos outros do trabalho realizado ($p=0,000$), condições físicas do trabalho ($p=0,024$), satisfação com a profissão ($p=0,000$) e satisfação global ($p=0,000$).

Correia (2016), fazendo referência a Soares (2007), refere que “o enfermeiro satisfeito profissionalmente possui maior capacidade de decisão e de resposta às questões que se lhe colocam”. Argumenta ainda que “a satisfação do enfermeiro deve ser uma preocupação das organizações uma vez, que se apresenta diretamente ligada de forma implícita ou explicitamente, à qualidade do desempenho, produtividade e realização profissional”. Todavia, importa ressaltar que a emergência pré-hospitalar não é fácil para nenhum dos seus intervenientes e menos ainda para o enfermeiro. Por sua vez, o stress ambiental é muito elevado e, *grosso modo*, tudo precisa de ser realizado com muita rapidez, pelo que o tempo é um fator importante na prestação de cuidados neste ambiente.

Valente, Duarte e Amaral (2015) verificaram no seu estudo que os enfermeiros com índices superiores de satisfação profissional são do sexo masculino ($p=0,002$), o que foi corroborado no presente estudo. Não foram encontradas diferenças significativas entre a satisfação profissional e a idade ($p=0,923$) nem com a relação conjugal ($p=0,892$), contudo, no presente estudo o estado civil interferiu na satisfação profissional, sendo os enfermeiros sem companheiro(a) os que têm mais satisfação profissional. De igual modo, no estudo dos autores citados também não se registam diferenças significativas com categoria profissional ($p=0,410$) e o tipo de horário ($p=0,193$), tendo-se verificado, no presente estudo, que os enfermeiros especialistas/chefes são os que se apresentam com mais satisfação profissional em quase todas as dimensões e os com um horário completo (35 horas/semana) e horário completo (40 horas/semana). Os autores concluíram que mais de metade dos enfermeiros revela insatisfação profissional, com destaque para o sexo feminino. No presente estudo, a média mais elevada correspondeu ao reconhecimento pelos outros do trabalho realizado ($21,03\pm 4,04$), seguindo-se a relação com os colegas ($20,58\pm 3,03$), registando-se uma média menor na satisfação com a profissão ($10,35\pm 2,96$).

Constatou-se que as variáveis preditoras da satisfação profissional global são o *burnout* pessoal, a fadiga crónica e o neuroticismo. O *burnout* pessoal e a fadiga crónica estabelecem uma relação inversa com a satisfação profissional, sugerindo que quanto menos *burnout* pessoal e menos fadiga crónica mais os enfermeiros tendem a sentir satisfação profissional.

Em suma, a satisfação profissional dos enfermeiros, em geral, assume-se como um indicador potenciador da qualidade dos cuidados prestados. Por conseguinte, a sua avaliação permite identificar fatores potenciadores de uma maior satisfação e desenvolver um bom ambiente na prática e bem-estar dos enfermeiros.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu responder às questões de investigação e alcançar os objetivos delineados.

Concluiu-se que o perfil sociodemográfico e profissional de uma amostra 134 enfermeiros aponta para uma maioria de enfermeiros do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 26 e os 54 anos, com uma média de idades de $35.31 \pm 5,81$ anos, com prevalência dos casados, o grupo etário mais prevalente é o compreendido entre os 31 e os 40 anos; com a licenciatura em enfermagem, sendo a maioria da área geográfica de Portugal Continental. A categoria profissional mais figurada é a de enfermeiro, com maior representatividade dos enfermeiros com mais de 10 anos de experiência profissional. O meio/unidade/serviço onde exercem funções mais prevalente foi as ambulâncias SIV, com vínculo profissional de maior incidência o contrato de trabalho em funções públicas. O horário de trabalho mais realizado é o horário por turnos e o tipo de horário mais realizado é o horário completo (35 horas/semana). Em relação à realização de horas extra, grande parte da amostra realiza horas extra, com um valor médio de horas extra realizadas mensalmente de 26.28 ± 17.59 horas.

Quanto à primeira questão de investigação constatou-se que o sexo e o estado civil foram as variáveis sociodemográficas que influenciaram a satisfação profissional dos enfermeiros integram equipas de Emergência Pré-Hospitalar, sendo os enfermeiros do sexo masculino e os que não têm companheiro(a) os mais satisfeitos profissionalmente.

Em relação à segunda questão de investigação, constatou-se que a categoria profissional, a experiência profissional, o tipo de vínculo, o número de horas semanais, realização de horas extras e o reconhecimento social da profissão foram as variáveis de contexto profissional que influenciaram a satisfação profissional dos enfermeiros em estudo, estando mais satisfeitos os enfermeiros especialistas/chefes, com menos tempo de experiência profissional, os que pertencem à função pública, com um horário completo (35 horas/semana) e com horário completo (40 horas/semana), aqueles que referem realizar horas extra.

Concluiu-se que as variáveis preditoras da satisfação profissional global são o *burnout* pessoal, a fadiga crónica e o neuroticismo. O *burnout* pessoal e a fadiga crónica estabelecem uma relação inversa com a satisfação profissional, sugerindo que quanto menos *burnout* pessoal e menos fadiga crónica mais os enfermeiros tendem a sentir satisfação profissional.

Admitindo a consecução dos objetivos reconhecemos algumas limitações na investigação. O tamanho da amostra, nomeadamente o facto de ser pequena e também por os participantes terem sido recrutados segundo um processo de amostragem não probabilística. Posto isto, para além de os resultados dependerem da sinceridade e honestidade dos respondentes, que pode colocar em causa a fidelidade e fiabilidade dos mesmos, limitando a garantia da sua representatividade impossibilitando, assim, a generalização dos resultados

Assim, o presente estudo carece de confirmação com a realização de outros estudos no mesmo âmbito, se possível, com amostras mais alargadas; a distribuição e adesão ao questionário que dependeu substancialmente da colaboração do próprio enfermeiro respondente; o tempo limitado para a realização da colheita de dados.

Não obstante as limitações expostas, o presente estudo revelou-se profícuo, nomeadamente, para o investigador pela oportunidade da aprendizagem individual e desenvolvimento de competências e capacidades de investigação e para os enfermeiros que integram equipas de emergência pré-hospitalar pela oportunidade de identificação de fragilidades que podem constituir-se como uma base de trabalho para a implementação de um projeto de melhoria da satisfação profissional. Os resultados obtidos permitirão, igualmente, prosseguir futuras pesquisas nesta área.

Apesar das limitações apresentadas e algumas dificuldades inerentes, somos da opinião que as opções metodológicas foram as mais apropriadas ao tipo de estudo desenvolvido.

Assim, com base nos resultados obtidos, pensamos que os objetivos principais foram atingidos com sucesso, uma vez que foi possível:

- Avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros que integram equipas de Emergência Pré-Hospitalar;
- Identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam a satisfação profissional dos enfermeiros em estudo;
- Identificar as variáveis profissionais que influenciam a satisfação profissional da amostra em estudo;
- Analisar a influência das variáveis psicológicas (personalidade e burnout, ansiedade depressão e stress) na satisfação

Todavia, e apesar das limitações da investigação, considera-se que os resultados alcançados permitem a aquisição de conhecimento mais aprofundado no âmbito da satisfação profissional dos enfermeiros que integram equipas de emergência pré-hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcobia P. (2001) Atitudes e satisfação no trabalho. In: Ferreira J, Neves J. Manual da Psicossociologia das Organizações. Portugal: McGraw-Hill;
- Barton, J., Spelten, E., Totterdell, P., Smith, L., Folkard, S., & Costa, G., (1995). The Standard Shiftwork Index: a battery of questionnaires for assessing shiftwork-related problems. *Work & Stress*, Nº9 (1)
- Bruno, P. Oldenburg, C, (2005) *Enfermagem em Pronto-Socorro*. Rio de Janeiro. Senac Nacional.
- Chiavenato, I., (2005). *Comportamento Organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações*. São Paulo: Editora Campus.
- Correia, M.M. (2016). *Satisfação profissional dos enfermeiros*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18161/1/manuela%20veloso%2028%20%281%29.pdf>
- Cummins, R., Ornato, J. Thies, W. Pepe, P. (1991). "Improving survival from sudden cardiac arrest: the chain of survival concept. A statement for health professionals from the Advanced Cardiac Life Support Subcommittee and the Emergency Cardiac Care Committee, American Heart Association". *Circulation*
- Decreto-Lei n.º 161/1996 (1996, Setembro 04) Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [Portugal]. *Diário da República*, 1-A (205). Acedido em: <https://dre.pt/application/conteudo/241640>
- Decreto-Lei n.º 19/2016 (2016, Abril 15). Procede à revisão da carreira de técnico de ambulância de emergência do Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P., e cria e define o regime da carreira especial de técnico de emergência pré-hospitalar [Portugal]. *Diário da República*, 1(74). Acedido em: <https://dre.pt/application/conteudo/74163192>
- Decreto-Lei n.º 34/2012 (2012, Fevereiro 14) Aprova a Orgânica do Instituto Nacional de Emergência Médica, IP. [Portugal]. *Diário da República*, 1(32). Acedido em: <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2012/02/03200/0074800750.pdf>
- Decreto-lei nº 104/98 (1998, Abril 02) Cria a Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República I* (93) Acedido em :http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/0/0e/DL_104-98.pdf
- Despacho n.º 10109/2014 (2014, Agosto 06). Determina os meios de emergência médica do INEM [Portugal]. *Diário da República II Série* (150). Acedido em: <https://dre.pt/application/conteudo/55119526>

- Despacho n.º 1393/2013 (2013, Janeiro 23). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde [Portugal]. Diário da República II Série (16). Acedido em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/35757/0317703178.pdf>
- Despacho n.º 14898/2011 (2012, Novembro 03) Define o meio de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do INEM, IP [Portugal]. Diário da República II Série (211). Acedido em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/11/211000000/4356343563.pdf>
- Despacho n.º 5561/2014 (2014, Abril 23) Define o meio de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do INEM, IP que atuam no âmbito do SIEM, e as bases gerais da sua integração na rede de serviços de urgência. [Portugal]. Diário da República II Série (79). Acedido em: <https://dre.pt/application/conteudo/25696609>
- Despacho normativo n.º46/2005, (2005, Outubro 19), Aprova o Regulamento Interno do Pessoal do Instituto Nacional de Emergência Médica. Publica também em anexo o conteúdo funcional das diversas carreiras de pessoal compreendidas no quadro de pessoal do INEM,IP. [Portugal]. Diário da República I-B (201). Acedido em: <https://dre.pt/application/conteudo/592878>
- Fonseca, R.M.P. de (2014). Satisfação Profissional nas USF da ARS Centro Fatores intrínsecos e extrínsecos do trabalho. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra. Acedido em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/27359/2/Satisf%C3%A7%C3%A3oProfissional.pdf>
- Fortin, M. F., (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta
- Gomes, A. C. A., (2005). Sono, sucesso académico e bem-estar em estudantes universitários. Aveiro - Universidade de Aveiro, Departamento de Ciências da Educação. Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Ciências da Educação.
- Graça, L., (1999). A Satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde: Instrumentos para a melhoria da qualidade. Coimbra: Direção Geral de Saúde Gráfica de Coimbra.
- Graça, L., (2000). A Satisfação Profissional dos Médicos de Família no SNS. Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa. Acedido em: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos36.html>
- INEM (2011). "Manual de Suporte Avançado de Vida". 2ªEdição.
- INEM (2013). "Sistema Integrado de Emergência Médica". 1ªEdição.

- Lei nº 48/90 (1990, agosto 24) Lei de Bases da Saúde. Diário da República I (195) Acedido em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/34540475/view?q=48%2F90>
- Liberman M, Mulder D, Sampalis J. (2000) Advanced or basic life support for trauma: meta-analysis and critical review of the literature. J Trauma.
- Manual de Medicina de Catástrofe. Lisboa: Ministério da Saúde, Edição do Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T., (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções maduras?, Laboratório de Psicologia, Vol. 4, N.º1
- Marôco, J. (2014). Análise estatística com utilização do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo
- Matheus, B. (2007) Emergência Médica Pré-Hospitalar – Que Realidade. Camarate, Lusociência.
- Moura, S. C. M., (2012). Satisfação dos Profissionais de Enfermagem. (Dissertação de Mestrado) Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Tecnologia e Gestão.
- Oliveira, A; Martins, J. (2013). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências, Revista de Enfermagem Referência, III série nº9, Março
- Ordem dos Enfermeiros – Parecer 84/2008 sobre Proposta de Criação do Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEH) Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-84-2008.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2007) - Enunciado de posição da Ordem dos Enfermeiros sobre enfermagem no pré-hospitalar. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015)– Código deontológico do Enfermeiro. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros., (2004). As Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, ISBN: 972-99646-1-0.
- Ordem dos Enfermeiros., (2006). Investigação em Enfermagem: tomada de decisão. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, ISBN: 972-99646-1-0
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N., (2014). Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (6ª ed.) Lisboa: Edições Sílabo.
- Silva, A. Martins, A. Nunes, F. Cunha, J. Silva, J. Carvalho, I. Saraiva, M. Meira, P. Vieira, R. (2014) Manual da reanimação do curso de abordagem integrada do traumatizado para Enfermeiros. 1ª Edição digital. Reanima
- Silva, C. F., Azevedo, M. H. P., & Dias, M. R. V. C. (1995). Estudo padronizado do trabalho por turnos - versão portuguesa do SSI. Psychologica, Nº13, 27-36

- Silva, R., Henriques, P., (1986). Manual de Medicina de Catástrofe. Lisboa: Ministério da Saúde, Edição do Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Siqueira, M., Tamayo, Á., & Bastos, A. (2008). Medidas do Comportamento Organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão. Porto Alegre: Artmed.
- Smith, M., Conn, A. (2009). "Prehospital care – Scoop an run or stay and play?". Injury International Journal Care Injured.
- Valente, J., Duarte, J., & Odete, A. (2015). *Satisfação profissional dos enfermeiros de um hospital da Região Centro*. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2930/1/Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20Profissional%20dos%20Enfermeiros%20de%20um%20Hospital%20da%20Regi%C3%A3o%20Centro.pdf>
- Vieira, P; Oliveira, L; Ressurreição, S. (2005). O Enfermeiro Perante a Emergência Pré-Hospitalar, Sinais Vitais, nº61, Julho

ANEXOS



Satisfação Profissional dos Enfermeiros que Integram Equipas de Emergência Pré-Hospitalar

No âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu estou a realizar uma investigação intitulada “Satisfação Profissional dos Enfermeiros que Integram Equipas de Emergência Pré-Hospitalar” com o objetivo de conhecer o grau de satisfação profissional dos Enfermeiros.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo devido ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário. Nesta investigação será mantido o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

O preenchimento do questionário demorará cerca de 15 minutos.

Se durante o preenchimento tiver qualquer dúvida, ou necessitar de alguma informação suplementar, por favor contacte-me para: ferreira13587@gmail.com.

Muito obrigado pela compreensão e colaboração.

O mestrando:
Filipe Ferreira

***Obrigatório**

1.

Após a leitura do texto anterior, tomei conhecimento que poderei desistir a qualquer momento do preenchimento do questionário, sem que daí advenha qualquer penalização. Declaro que compreendi as intenções deste estudo, aceito participar voluntariamente, respondendo a este questionário e permito o uso das minhas respostas para fins de investigação. *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não *Pare de preencher este formulário.*

1ª Parte - Dados Socio Demográficos e Profissionais

2.

Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

3.

Idade *

4.

Estado Civil *

Marcar apenas uma oval.

- Solteiro(a)
- Casado(a) / União de Facto
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)

5.

Habilitações Académicas *

Marcar apenas uma oval.

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

6.

Possui Alguma Especialização em Enfermagem? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

7.

Se Sim, Qual?

8.

Categoria Profissional *

Marcar apenas uma oval.

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro Chefe/Coordenador

9.

Tempo de Experiência Profissional. *

Marcar apenas uma oval.

- <1ano
- 1 a 5 anos
- 5 a 10 anos
- mais de 10 anos

10.

Serviço / unidade/ meio em que exerce funções? (Pré-Hospitalar) *

11.

Área Geográfica. *

Marcar apenas uma oval.

- Portugal (Continental)
- Portugal (R.A. Madeira)
- Portugal (R.A. Açores)

12.

Tipo de Vínculo Profissional. *

Marcar apenas uma oval.

- Contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado
- Contrato individual de trabalho (CIT) com termo
- Contrato individual de trabalho (CIT) sem termo
- Outro.

13.

Se Outro, Qual?

14.

Horário de trabalho que exerce atualmente. *

Marcar apenas uma oval.

- Fixo
- Turnos

15.

Horário Semanal. *

Marcar apenas uma oval.

- Completo (35 h/semana)
- Completo (40 h/semana)
- Acrescido (42 h/semana)

16.

Realiza horas extraordinárias? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

17.

Se sim, quantas em média (Mês)?

18.

Relativamente ao reconhecimento social da sua profissão considera-se: *

Marcar apenas uma oval.

Satisfeito

Insatisfeito

Questionário de Satisfação no Trabalho de Pais Ribeiro (2002)

Abaixo vai encontrar um conjunto de afirmações relativas ao modo como vê ou sente o seu trabalho e o que lá se passa. Assinale em que medida concorda ou discorda com essas informações.

Se assinalar

A - Significa que discorda totalmente com a afirmação

B - Significa que discorda bastante com a afirmação

C - Significa que discorda parcialmente com a afirmação

D - Significa que concorda parcialmente com a afirmação

E - Significa que concorda bastante com a afirmação

F - Significa que concorda totalmente com a afirmação

19.

Analise as afirmações, e selecione a opção que melhor se aplica a si. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	A - Discorda Totalmente	B	C	D	E	F - Concorda Totalmente
1 - Ninguém reconhece que sou um bom profissional.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 - O meu trabalho é muito rotineiro.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 - O progresso na minha carreira é muito lento.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 - O meu chefe direto dá-me sugestões para eu fazer melhor o meu trabalho.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 - A minha profissão é uma profissão com segurança para o futuro.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 - As pessoas reconhecem quando faço as coisas bem feitas.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 - A minha relação com os meus colegas é boa.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 - A administração da minha empresa tem uma política clara.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 - As condições de trabalho no meu serviço são confortáveis.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 - O meu tipo de trabalho dá poucas oportunidades para progredir.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 - O meu chefe directo dá-me todo o apoio de que preciso.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 - O meu trabalho permite-me a expressão de criatividade.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 - A administração da minha empresa explica bem a sua política.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 - A minha profissão dá-me oportunidade de desenvolver novos métodos.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 - Os meus chefes estimulam-me a fazer melhor o meu trabalho.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 - A minha profissão dá-me oportunidades de promoção.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 - As condições físicas do meu local de	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	A - Discorda Totalmente	B	C	D	E	F - Concorda Totalmente
trabalho são agradáveis.						
18 - Os meus colegas dão-me sugestões e ajudam-me a melhorar o meu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 - O meu superior imediato ajuda-me a realizar melhor o meu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 - Não gosto das pessoas com quem trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 - Ninguém reconhece o meu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 - Fiz amizades muito duradouras entre os meus colegas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 - As condições de trabalho no meu serviço são boas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 - Os meus colegas não me tratam bem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Copenhagen Burnout Inventory (CBI) traduzido e adaptado para Português por Cesaltino Fonte (2011)

Este questionário destina-se a avaliação psicométrica das dimensões de 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 o sentimento assinalando a opção correspondente.

Esclarecimento:

Cansado significa sem forças, fatigado significa enfadado, exausto significa esgotado.

20.

Burnout pessoal. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sempre	Frequentemente	À s vezes	Raramente	Nunca/Quase Nunca
1 - Com que frequência se sente cansado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 - Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 - Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 - Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 - Com que frequência se sente Fatigado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 - Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21.

Burnout relacionado com o trabalho. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito Pouco
1 - O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 - Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 - O seu trabalho deixa-o (a) frustado (a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22.

Burnout relacionado com o trabalho. (Cont.) *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sempre	Frequentemente	À s Vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
4 - Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 - Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 - Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23.

Burnout relacionado com o trabalho.(Cont.) *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca/quase nunca	Raramente	À s Vezes	Frequentemente	Sempre
7 - Tem energia suficiente para a família e amigos durante o tempo de lazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24.

Burnout Relacionado com o Cliente. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1 - Acha difícil trabalhar com utentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 - Acha frustrante trabalhar com utentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 - Trabalhar com clientes deixa-o/a sem energia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 - Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25.

Burnout Relacionado com o Cliente. (Cont.) *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sempre	Frequentemente	À s vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
5 - Está cansado de trabalhar com utentes?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 - Alguma vez se questiona, quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Inventário da Personalidade de Eysenck (EPI-12)

As seguintes perguntas dizem respeito ao modo como reage, sente e atua.

Para cada uma das questões procure indicar qual das respostas representa a sua maneira atual de agir ou sentir, selecionando a opção que melhor descreve o seu caso.

Não há respostas certas ou erradas! O que nos interessa investigar é a sua reação imediata a cada uma das perguntas.

26.

(EPI-12) *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Quase nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1 - Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 - O seu humor tem altos e baixos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 - É uma pessoa cheia de vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 - Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 - Gosta de se misturar com as pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 - Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 - Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 - É perturbado por sentimentos de culpa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 - Vai e diverte-se muito numa festa animada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 - Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 - Gosta de pregar partidas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 - Sofre de insónia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Escala de Fadiga Crónica (Barton e Cols, 1992)

As afirmações que se seguem dizem respeito a como geralmente te sentes quanto ao cansaço ou energia, independente de teres dormido o que precisas ou teres estado a trabalhar muito. Algumas pessoas parecem sofrer de cansaço permanente, mesmo nos dias de descanso e férias, enquanto outras parecem ter uma energia ilimitada.

Por favor indica em que medida as afirmações que se seguem se aplicam ao teu caso. Selecciona por favor o algarismo apropriado.

Esclarecimento:

1 e 2 significa: De modo Nenhum

3 e 4 significa: Um pouco

5 Significa: Muitíssimo

27.

Escala de Fadiga Crónica *

Marcar apenas uma oval por linha.

	1 - Um pouco	2	3	4	5 - Muitíssimo
a) Geralmente sinto que estou cheio de energia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Habitualmente, sinto-me esgotado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Geralmente sinto-me muito ativo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Sinto-me cansado a maior parte do tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Geralmente sinto-me cheio de vigor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Habitualmente sinto-me mole.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Geralmente sinto-me desperto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Frequentemente sinto-me extenuado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Habitualmente sinto-me cheio de vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Sinto-me abatido a maior parte do tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com tecnologia





FORMULÁRIO PARA A AVALIAÇÃO ÉTICA DE PROJECTOS

Estudante(s)	Filipe Miguel Tenreiro Ferreira
Orientador(es)	João Carvalho Duarte
Curso	Enfermagem – Grau de Mestre (5 ^o CMEMC)
No âmbito de	UC Relatório Final
Identificação do Estudo/Projecto	SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS QUE INTEGRAM EQUIPAS DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR
Data de submissão	21/03/2018
Relator	Emília Coutinho <i>Emília Coutinho</i>
A presidente da CE da ESSV	Ernestina Silva <i>Ernestina Silva</i>

PARECER Nº 08/2018

X	PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (A proposta é eticamente aceitável)	MOTIVOS:
	PARECER ÉTICO CONDICIONADO A AVALIAÇÃO (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos)	MOTIVOS: <i>(ver requisitos)</i>
	PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL (como tal, o projecto não pode ser avaliado)	MOTIVOS:

REQUISITOS:

na

RECOMENDAÇÕES:

na

"FOLLOW-UP"/MONITORIZAÇÃO ÉTICA

Na sua opinião, seria necessário uma monitorização Ética durante a implementação do projecto?

Não Sim

Motivos (obrigatório se SIM):

O tempo apropriado (obrigatório se SIM):

QUESTÕES ÉTICAS 1: SERES HUMANOS

Esta investigação envolve participantes humanos?

Não Sim Não aplicável

São voluntários para investigação social ou ciências humanas?

Não Sim Não aplicável

São pessoas incapazes de dar consentimento informado?

Não Sim Não aplicável

São indivíduos ou grupos vulneráveis?

Não Sim Não aplicável

São crianças ou menores de idade?

Não Sim Não aplicável

São pacientes?

Não Sim Não aplicável

São voluntários adultos e saudáveis para estudos médicos?

Não Sim Não aplicável

Esta investigação envolve intervenções físicas sobre os participantes do estudo?

Não Sim Não aplicável

Envolve técnicas invasivas?

Não Sim Não aplicável

Envolve colheita de amostras biológicas?

Não Sim Não aplicável

REQUISITOS – SERES HUMANOS

Devem ser fornecidos os detalhes sobre os procedimentos e critérios que serão usados para identificar/recrutar participantes da investigação.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos de consentimento informado, que serão implementados.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

O investigador deve clarificar se serão envolvidas crianças e /ou adultos incapazes de dar consentimento informado e em caso afirmativo, deve fornecer uma justificação para esta participação.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

O investigador deve esclarecer como será assegurado o assentimento no caso de crianças e/ou adultos incapazes de dar consentimento informado.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

O investigador deve clarificar se pessoas/grupos vulneráveis serão envolvidos.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Devem ser fornecidos detalhes sobre as medidas tomadas para evitar o risco de aumentar a vulnerabilidade/estigmatização de indivíduos/grupos.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

O investigador deve clarificar se serão usados procedimentos físicos invasivos.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Detalhes sobre a política a implementar no caso de descobertas acidentais no decorrer da investigação devem ser fornecidas

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 3: PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Esta investigação envolve a recolha/tratamento de dados pessoais?

Não Sim Não aplicável

Envolve a recolha e/ou tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, saúde, estilo de vida sexual, etnia, opinião política, religiosa...)?

Não Sim Não aplicável

Envolve o processamento de informação genética?

Não Sim Não aplicável

Envolve rastreamento ou a observação dos participantes?

Não Sim Não aplicável

Envolve o processamento de dados pessoais recolhidos anteriormente (uso secundário)?

Não Sim Não aplicável

REQUISITOS – PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Devem ser apresentadas cópias de aprovação para a recolha de dados pessoais pela autoridade competente - CNPD.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, proteção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da EU.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 4: OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS

Existem outras questões éticas que devem ser tomadas em consideração? Por favor especifique

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais