

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Vítor Hugo Nunes Valente Alves

Síndrome de *Burnout* nos Enfermeiros Especialistas em
Enfermagem de Reabilitação



Maior de 2012

Vítor Hugo Nunes Valente Alves

Síndrome de *Burnout* nos Enfermeiros Especialistas em
Enfermagem de Reabilitação

Tese de Mestrado

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Doutor Carlos Albuquerque



Maio de 2012

AGRADECIMENTOS

De uma forma especial, o meu muito obrigado ao Professor Doutor Carlos Albuquerque pelo apoio, orientação e acima de tudo pela AMIZADE. Desde o curso de licenciatura em Enfermagem que é uma referência para mim e que me ajuda a ultrapassar as dificuldades “académicas”. Obrigado pelo incentivo, pelos conselhos e pela paciência que teve comigo. Obrigado Professor!

Agradeço-te Bruna, por me puxares para cima, quando estava em baixo; pela compreensão que tens tido comigo; pelo sentimento de amor que me tens demonstrado desde o início do nosso namoro.

Agradeço aos meus pais, Maria e Alfredo, por toda a força e incentivo que ao longo da minha vida me deram; ao esforço que tiveram para eu ser o que sou hoje; à coragem de enfrentar todas as dificuldades que a vida enfrenta.

Ao meu irmão, Nuno, agradeço-te pelo apoio e conselhos de irmão mais velho.

À APER, pela gentileza de ter autorizado a aplicação do questionário no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação.

Agradeço a todos os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação pela adesão ao estudo.

A todos os meus amigos de infância e colegas pela disponibilidade e apoio que sempre me demonstraram.

Aos meus amigos do curso de Especialidade, que de forma direta ou indireta me auxiliaram neste percurso.

A todos o meu Bem-Hajam!

RESUMO

Introdução: Em Portugal os estudos realizados tendo em conta a incidência de *burnout* nos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) são ainda escassos, facto que reforça a necessidade de novas investigações por forma a se conseguir perceber o real impacto desta síndrome nesta classe profissional.

Objetivo: Neste contexto, o presente estudo teve como objetivos: conhecer a ocorrência de *burnout* nos EEER e determinar a existência de associações entre os diferentes domínios do *burnout* e os aspetos sócio-demográficos, laborais e psicossociais dos mesmos.

Métodos: Realizou-se um estudo transversal, descritivo-correlacional, de natureza quantitativa, no qual participaram 117 EEER, maioritariamente do sexo feminino (76,9%), com uma média de idades de 41,68 anos e que exercem funções em várias instituições de saúde nacionais. Para a mensuração das variáveis utilizaram-se os seguintes instrumentos, aferidos e validados para a população portuguesa: Escala MBI-GS, Escala Satisfação Geral do Trabalho, Escala a Minha Saúde, Escala de *Locus* de Controlo de Levenson e a Escala de Autoestima Global para adultos. Recorreu-se ainda a uma ficha sócio-demográfica e laboral.

Resultados: Relativamente aos níveis de *burnout* nos EEER concluímos que os homens apresentam maiores índices nas dimensões “exaustão emocional e física” e “cinismo” face às mulheres; na dimensão “eficácia profissional”, são as mulheres que estão mais propensas a *burnout*. Os dados revelam que existem influências significativas da variável laboral “tempo de exercício profissional na especialidade”. Obtêm-se também a existência de influências significativas das variáveis psicossociais: *locus* de controlo e autoestima.

Conclusão: As evidências encontradas neste estudo convidam-nos para a elaboração e reflexão sobre novas estratégias que possibilitem a obtenção de um melhor conhecimento que facilite o desenho de programas de intervenção formativos e informativos, visando a promoção do bem-estar laboral destes sujeitos.

Palavras-chave: *burnout*, EEER, *Locus* de controlo, Autoestima

ABSTRACT

Introduction: In Portugal, studies taking into account the incidence of *burnout* in nurses Nursing Specialists Rehabilitation (NNSR) are still scarce, a fact which reinforces the need for further investigations in order to be able to understand the real impact of this syndrome in this professional.

Objective: In this context, this study aimed to determine the occurrence of *burnout* in NNSR and determine the associations between the different domains of *burnout* and sociodemographic aspects, and psychosocial work the same.

Methods: We conducted a cross-sectional, descriptive-correlational, quantitative, attended by 117 NNSR, mostly female (76.9%), with a mean age of 41.68 years and that carry out functions in various national health institutions. To measure the variables we used the following instruments, calibrated and validated for the Portuguese population: Scale MBI-GS, General Labor Satisfaction Scale, Scale My Health *Locus* of Control Scale Levenson's Self-Esteem Scale and the Global Adult. It also appealed to a plug sociodemographic and labor.

Results: With regard to levels of *burnout* in NNSR conclude that men have higher rates in the dimensions "physical and emotional exhaustion" and "cynicism" in relation to women, the dimension "professional effectiveness" are women who are more prone to *burnout*. The data reveal that there are significant influences of variable working "time professional in the art." Are obtained also for any significant influences of the psychosocial variables: *locus* control and self-esteem.

Conclusion: The evidence from this study invite us to prepare and reflect on new strategies that allow to obtain a better understanding to facilitate the design of intervention programs training and information aimed at promoting labor welfare of these subjects.

Keywords: *burnout*, NNSR, *Locus* of Control, Self-Esteem

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	15
2. MATERIAIS E MÉTODO	35
2.1. PARTICIPANTES	37
2.2. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	38
2.3. PROCEDIMENTOS.....	45
3. RESULTADOS	49
3.1. ANÁLISE DESCRITIVA.....	49
3.1.1 Caraterização sociodemográfica	50
3.1.2 Caraterização laboral	52
3.1.3 Caraterização do <i>burnout</i>	54
3.1.4 Caracterização inerente à satisfação geral do trabalho	55
3.1.5 Caracterização inerente à perceção de saúde	58
3.1.6 Caracterização inerente ao <i>Locus de Controlo</i>	61
3.1.7 Caracterização inerente à autoestima	64
3.2. ANÁLISE INFERENCIAL.....	67
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	79
5. CONCLUSÕES	93
5.1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	93
5.2. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E PRINCIPAIS CONCLUSÕES.....	94
5.3. IMPLICAÇÕES PRÁTICAS	96
6. BIBLIOGRAFIA	99

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de colheita de dados

APÊNDICE B - Pedido de autorização para aplicação do ICD

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo do Processo de <i>Burnout</i> de <i>Cherniss</i> (1980)	19
Figura 2 - Modelo de fases de Leiter.....	21
Figura 3 - Modelo conceptual da relação entre as variáveis estudadas na investigação empírica.....	36
Figura 4 - Esquema síntese da “Exaustão Emocional e Física”	74
Figura 5 - Esquema síntese do “cinismo”	76
Figura 6 - Esquema síntese da “Eficácia Profissional”	78

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Categorização dos resultados da escala MBI-GS.....	40
Tabela 2 - <i>Alphas</i> de Cronbach da escala MBI-GS.....	40
Tabela 3 - Correlação de Pearson entre sub-escalas do MBI-GS	41
Tabela 4 - Médias e desvios-padrão das subescalas do MBI-GS nas diversas amostras	41
Tabela 5 - <i>Alpha</i> de Cronbach para a Escala de <i>Locus</i> de Controlo de Levenson.....	44
Tabela 6 - Estatísticas relativas à idade segundo o género.....	50
Tabela 7 - Estatística relativas ao <i>burnout</i>	55
Tabela 8 - Estatísticas relativas à satisfação com o trabalho segundo o género	55
Tabela 9 - Teste U de Mann-Whitney entre a satisfação com o trabalho e os grupos etários.....	56
Tabela 10 - Teste t de Student entre a satisfação com o trabalho e o género	56
Tabela 11 - Teste t de Student entre a satisfação com o trabalho e a categoria profissional	56
Tabela 12 - Teste U de Mann-Whitney entre a satisfação com o trabalho e o tempo de exercício profissional na especialidade	57
Tabela 13 - Teste t de Student entre a satisfação com o trabalho e o tipo de horário.....	57
Tabela 14 - Teste t de Student entre a satisfação com o trabalho e o local de trabalho	58
Tabela 15 - Estatísticas relativas à percepção de saúde segundo o género.....	58
Tabela 16 - Teste U de Mann-Whitney entre a percepção de saúde e os grupos etários	59
Tabela 17 - Teste t de Student entre a percepção de saúde e o género	59
Tabela 18 - Teste t de Student entre a percepção de saúde e a categoria profissional.....	59
Tabela 19 - Teste U de Mann-Whitney entre percepção de saúde e o tempo de exercício profissional na especialidade	60
Tabela 20 - Teste t de Student entre a percepção de saúde e o tipo de horário	60
Tabela 21 - Teste t de Student entre a percepção de saúde e o local de trabalho.....	61
Tabela 22 - Estatísticas relativas ao <i>Locus</i> de Controlo	61
Tabela 23 – Teste U de Mann-Whitney entre o <i>Locus</i> de Controlo e os grupos etários.....	62
Tabela 24 – Teste t de Student entre o <i>Locus</i> de Controlo e o género.....	62
Tabela 25 - Teste t de Student entre <i>Locus</i> de Controlo e a categoria profissional	63
Tabela 26 - Teste U de Mann-Whitney entre o <i>Locus</i> de Controlo e o tempo de exercício profissional na especialidade	63
Tabela 27 - Teste t de Student entre o <i>Locus</i> de Controlo e o tipo de horário	63
Tabela 28 – Teste t de Student entre o <i>Locus</i> de Controlo e o local de trabalho	64
Tabela 29 - Estatísticas relativas à autoestima	64
Tabela 30 - Teste U de Mann-Whitney entre a autoestima e os grupos etários	65
Tabela 31 - Teste t de Student entre a autoestima e o género	65
Tabela 32 - Teste t de Student entre a autoestima e a categoria profissional	66

Tabela 33 - Teste U de Mann-Whitney entre a autoestima e o tempo de exercício profissional na especialidade.....	66
Tabela 34 - Teste t de Student entre a autoestima e o tipo de horário	67
Tabela 35 - Teste t de Student entre a autoestima e o local de trabalho.....	67
Tabela 36 - Teste U de Mann-Whitney entre o <i>burnout</i> e os grupos etários	68
Tabela 37 - Teste t de Student entre o <i>burnout</i> e o gênero	68
Tabela 38 - Teste t de Student entre o <i>burnout</i> e a área de residência	69
Tabela 39 - Teste Kruskal-Wallis entre o <i>burnout</i> e o estado civil	69
Tabela 40 - Teste Kruskal-Wallis entre o <i>burnout</i> e as habilitações literárias.....	70
Tabela 41 - Teste t de Student entre o <i>burnout</i> e a categoria profissional	70
Tabela 42 - Teste U de Mann-Whitney entre o <i>burnout</i> e o tempo de exercício profissional na especialidade.....	71
Tabela 43 - Teste Kruskal-Wallis entre o <i>burnout</i> e o vínculo à instituição.....	71
Tabela 44 - Teste t de Student entre o <i>burnout</i> e o tipo de horário praticado.....	71
Tabela 45 - Teste t de Student entre o <i>burnout</i> e o local de trabalho	72
Tabela 46 - Correlação de Pearson entre a “exaustão emocional e física” e as variáveis independentes	73
Tabela 47 – Correlação de Pearson entre o “cinismo” e as variáveis independentes	75
Tabela 48 - Correlação de Pearson entre a “eficácia profissional” e as variáveis independentes	77

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Fases de instalação do <i>burnout</i>	18
Quadro 2 – Fases de <i>Burnout</i> de acordo com o modelo faseado de Golembiewski, Munzenrider e Stevenson	20
Quadro 3 – Fases de <i>Burnout</i> de acordo com o modelo de Leiter.....	21
Quadro 4 - Características facilitadoras e/ou desencadeadoras de <i>burnout</i>	23
Quadro 5 - Sintomas de <i>burnout</i> - Nível Interpessoal.....	25
Quadro 6 - Sintomas de <i>burnout</i> nos “Profissionais de Ajuda”	25
Quadro 7 - Sintomas de <i>burnout</i> – Nível Organizacional.....	25
Quadro 8 - Sintomas de <i>burnout</i> – Nível Individual	26
Quadro 9 - Consequências do <i>burnout</i>	27
Quadro 10 - Carga fatorial dos itens da escala “A Minha Saúde”, conservados após tratamento	43
Quadro 11 - Distribuição dos itens pelos fatores IPC	44
Quadro 12 - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género	52
Quadro 13 - Caracterização laboral da amostra em função do género	54
Quadro 14 - Regressão múltipla entre a “exaustão emocional e física” e as variáveis independentes	74
Quadro 15 - Regressão múltipla entre o “cinismo” e as variáveis independentes.....	76
Quadro 16 - Regressão múltipla entre a “eficácia profissional” e as variáveis independentes	77

ABREVIATURAS

APER – Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação

OMS – Organização Mundial de Saúde

cf. - Conforme

EEER- Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

p. – página

ICD – Instrumento de Colheita de Dados

MBI – Maslach *Burnout* Inventory

MBI-HSS - Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey

MBI-ES - Maslach Burnout Inventory – Educators Survey

MBI-GS - Maslach Burnout Inventory – General Survey

BM – Burnout Mesure

Ex – Exaustão emocional e física

Cy – Cinismo

PE – Eficácia Profissional

N – Frequência Absoluta

Dp – Desvio padrão

% - Frequência percentual

PSA - percepção da saúde atual

PSP - percepção da saúde passada

PS - preocupação com a saúde

AIM - atitude para com a ida ao médico

IPC – INTERNAL, POWERFUL OTHER AND CHANCE

RSES - The Rosenberg Self-Esteem Scale

SPSS - *Statistic Package for the Social Sciences*

M – Média

CV- Coeficiente de variação

r – Correlação de *Pearson*

Sk/erro – Skewness/stdError

K/erro - kurtosis/stdError

t- Teste t de *student*

K/s - Teste da normalidade Kolmogorov-Smirnov

χ^2 – Teste de Qui Quadrado

Masc. – Masculino

Fem.- Feminino

Min. - Mínimo

Máx. – Máximo

Sk/EP – Enviesamento

K/EP – Achatamento

K/s - Teste Kolmogorov-smirnov

F – Variância (ANOVA)

vs - versus

1. INTRODUÇÃO

A síndrome de *burnout* é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um risco para o trabalhador, podendo ocasionar deterioração física e/ou mental (Sávio, 2008); é o resultado da constante e repetitiva pressão emocional associada ao envolvimento intenso com pessoas por longos períodos de tempo, principalmente nas profissões de ajuda, como o caso da Enfermagem, e mais especificamente a Enfermagem de Reabilitação. Num relatório, de 1999 da OMS, sobre a prevenção primária dos problemas mentais, neurológicos e psicossociais, é referido que, de uma forma geral, dentro das diferentes categorias profissionais que exercem a sua atividade na área da prestação de cuidados, os sintomas de esgotamento emocional (enquadrado no *burnout*) apresentam frequência máxima no pessoal de Enfermagem.

Apesar de ser uma área de estudo que está a ser investigada, cada vez com mais tenacidade, em Portugal ainda não está completamente esgotada, daí o interesse para a realização desta investigação na área onde poderemos (e assim o esperamos) vir a exercer a nossa especialidade. Já foram realizados alguns estudos sobre este domínio temático em profissões de ajuda, nomeadamente na Enfermagem generalista; surge por isso a necessidade de entender de que forma esta síndrome também afeta, especificamente, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), de modo a identificar aspetos e necessidades que são percebidas por estes profissionais, com o intuito de evitar o seu surgimento e as mazelas que provocam nos enfermeiros e, por conseguinte, nos utentes por eles cuidados, bem como promover o bem-estar e harmonia destes indivíduos de modo a que a relação terapêutica não se deteriore.

Muitos autores afirmam que o relacionamento com outras pessoas no âmbito laboral é uma fonte de *stress*. É, neste contexto, que emerge o termo *burnout*, que no sentido literal significa “estar esgotado” ou “queimado”, e que é característico de profissões de ajuda, serviços humanos ou como Vidal (1993, p.14) afirma está associado “*aquellas profesiones que consisten principalmente en ofrecer servicios humanos directos y de gran relevância para el usuário*”.

A primeira referência literária ao conceito de *burnout*, data de 1901 e encontra-se no romance “*Buddensbrooks*” de Thomas Man (Catsicaris *et al.*, 2007). No entanto, o uso

popular deste termo só eclodiu posteriormente em 1961, no “A Burn-out Case” de Graham Green (Schaufelli, 2002).

Do ponto de vista científico, o termo *burnout* foi descrito pela primeira vez pelo Psiquiatra Hebert Freudenberger no ano de 1974, quando constatou que alguns dos voluntários com quem trabalhava, apresentavam uma perda de energia progressiva até chegar a um estado de esgotamento, com sintomas de ansiedade e depressão; tornavam-se menos sensíveis, menos compreensivos, mais agressivos com os pacientes e tratavam-nos de forma distanciada. Explica Freudenberger (1974, p.238) que “(...) *burnout* é falhar, desgastar-se ou sentir-se exausto devido as demandas excessivas de energia, força ou recursos”, colocando em questão as características da pessoa nos planos físico, psíquico e relacional; é um estado de fadiga ou de frustração motivado pela consagração a uma causa, a um modo de vida ou a uma relação que não correspondeu às expectativas (Delbrouck, 2006). Posteriormente, Freudenberger conclui que *burnout* é um conjunto de sistemas médico-biológicos e psicossociais inespecíficos, resultado de uma exigência excessiva de energia de trabalho, que ocorre especialmente nas profissões de ajuda.

Se a Freudenberg se fica a dever a origem desta nova entidade (*burnout*), é a Cristina Maslach que se deve o grande impulso da divulgação desta síndrome na sociedade. De acordo com Selye (1953, *cit. in* Pinto da Costa, 2009, p. 6) “*as duas perspetivas iniciais de burnout coexistiram e desenvolveram-se mais ou menos independentemente: a perspetiva clinica de Freudenberg, que se centrou nos fatores pessoais, preocupando-se com a avaliação, prevenção e tratamento, e a perspetiva de investigação de Maslach, que se centrou no ambiente profissional, dedicando-se à investigação e à teoria*”.

Maslach (1993) constatou que a expressão “*burnout*” (queimar-se ou consumir-se pelo fogo), foi utilizada pela fácil semelhança metafórica com o estado de exaustão emocional gradual, o “estar consumido”, um cinismo e a ausência de comprometimento experimentado em função das altas demandas do trabalho. Dessa maneira, Maslach (1978) em convergências com as observações clínicas de Freudenberger (1974), chegou à descoberta de *burnout* como sendo uma “*síndrome psicológica decorrente da tensão emocional crónica, vivida pelos profissionais cujo trabalho envolve o relacionamento intenso e frequentemente com pessoas que necessitam de cuidado e/ou assistência*” (Seligmann-Silva, 1996, *cit. in* Castro & Zanelli, 2007, p.7).

As primeiras investigações sobre *burnout* foram essencialmente de natureza descritiva e qualitativa, usando técnicas como a entrevista, estudos de caso e observações *in loco* (Maslach *et al.*, 1993). Apenas nos anos 80, a investigação empírica sobre esta

temática se tornou mais sistemática, de natureza quantitativa, utilizando questionários e inquéritos em amostras mais alargadas (Maslach, Jackson & Leiter, 1996).

Embora não exista uma definição única para o *burnout* aquela que parece ser mais aceite pertence a Maslach *et al.* (1996, *cit. in* Soares, 2010, p. 25) que definem *burnout* como “*um síndrome de cansaço físico e emocional que leva a uma falta de motivação para o trabalho, conduzindo a um progressivo sentimento de inadequação e fracasso. É devido essencialmente ao stress crónico associado à falta de condições no trabalho e surge frequentemente nos profissionais de ajuda: médicos, enfermeiros, polícias e outros*”.

As definições de *burnout* têm sido alteradas ou modificadas como resultado do aprofundamento deste constructo e tem-se observado uma crescente diversidade na sua aplicação. O principal motivo para confirmar o que foi referido anteriormente, prende-se pelo facto de existirem muitos modelos explicativos desta síndrome. No entanto, salientamos que não nos iremos referir a todos eles, mas sim apenas aqueles que julgamos os mais significativos, tomando como suporte a reflexão sistematizada de Queirós (2005).

O primeiro modelo que iremos desenvolver é o Modelo Multidimensional de Maslach. Após ter efetuado entrevistas exploratórias a médicos e enfermeiros, a sua pesquisa inicial regulou-se por dois conceitos, que são intrínsecos à área da saúde: o descomprometimento interessado (baseado na maneira ideal de combinar o humanismo e o distanciamento emocional) e a autodefesa por desumanização onde nos protegemos de situações emocionais mais exigentes, tratando o outro como um objeto (Cavaleiro, 2010). Maslach destacou-se com as suas investigações, conceptualizando o *burnout* baseado no modelo multidimensional de *stress*, definindo-o por três componentes interligados: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal (Maslach, 1993; Maslach & Jackson, 1981, 1986 *cit. in* Marques, 2011, p. 14).

Segundo Maslach *et al.* (1996), a exaustão emocional tem a ver com os sentimentos de inadequação (de não conseguir corresponder às solicitações) e de esgotamento dos recursos emocionais e físicos do indivíduo. O trabalhador sente-se esgotado emocionalmente, sem qualquer fonte onde se possa reabastecer, sem energia para ajudar os outros ou para enfrentar mais um dia. Esta componente representa a dimensão individual básica do *stress* no *burnout*; a despersonalização refere-se à atitude negatividade reação ao trabalho excessivamente indiferente ou hostil, muitas vezes com perda de idealismo. Inicialmente dá-se como uma resposta autodefensiva à sobrecarga operada pela exaustão emocional. Esta componente representa a dimensão interpessoal do *burnout*; a baixa realização pessoal relaciona-se com a diminuição dos sentimentos de competência e de

produtividade no trabalho. O indivíduo experimenta um sentimento crescente de inadequação relativamente à sua capacidade de execução laboral, moral em baixo, afastamento e incapacidade de adaptação. Esta componente representa a dimensão de autoavaliação do *burnout*. Este modelo tridimensional contextualiza socialmente a experiência individual de *stress*, inter-relacionando as diferentes dimensões, sendo que a exaustão crónica pode levar ao distanciamento emocional e cognitivo do indivíduo do seu trabalho, tornando-o menos envolvido ou responsivo às necessidades e exigências (Maslach, 2006).

O modelo de House e Wells (1978) incide sobre a relação do *burnout* com variáveis individuais e organizacionais, decompondo a instalação do *burnout* em quatro fases (cf. quadro 1). Este modelo coloca a tónica em sintomas fisiológicos (sintomas físicos relacionados com a exaustão física); sintomas afeto-cognitivos (atitudes e sentimentos relacionados com a exaustão emocional e despersonalização) e sintomas de índole comportamental (despersonalização e diminuição da produtividade no local de trabalho) (Queirós, 2005).

Quadro 1 - Fases de instalação do *burnout*

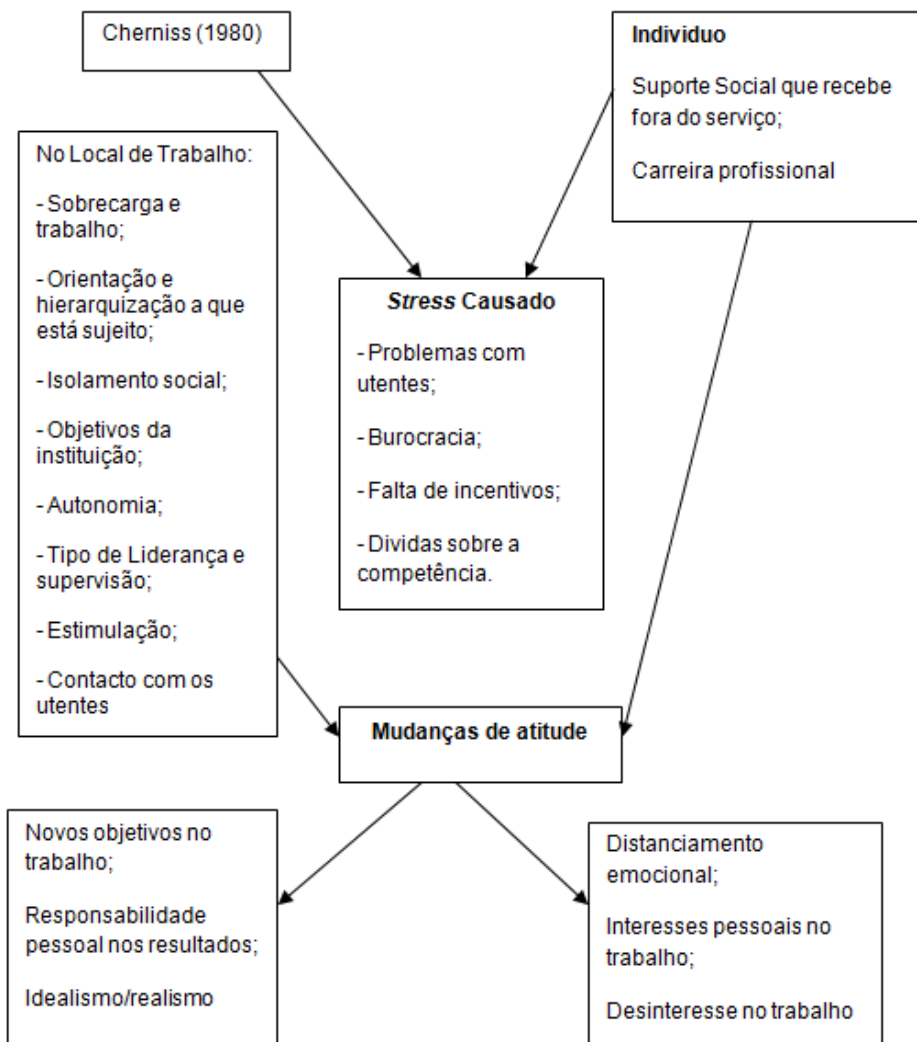
<p>1ª Fase – Designa o grau em que a situação conduz ao estado de <i>stress</i>. Distingue duas circunstâncias que podem levar ao <i>stress</i>: aptidão inadequada e discrepância entre o sujeito e o meio de trabalho.</p> <p>2ª Fase – Perceção do <i>stress</i>. Muitos indivíduos não apresentam vulnerabilidade às causas referenciadas na primeira fase. Normalmente pessoas que se auto-percecionam como calmas e sem <i>stress</i>. O passo da primeira para a segunda fase depende de variáveis como o passado, a personalidade e variáveis organizacionais.</p> <p>3ª Fase- Resposta ao <i>stress</i>.</p> <p>4ª Fase – Resultados do <i>stress</i>. Refere-se ao <i>burnout</i> enquanto experiência multifacetada do <i>stress</i> emocional crónico.</p>
--

Fonte: Queirós (2005, p. 38)

Outro modelo é o Modelo de Cherniss. De acordo com Richardsen e Burke (1995, cit. in Fonte, 2011, p.18) “o *burnout* é considerado como um processo de adaptação psicológica, sendo constituído por diferentes estados que ocorrem ao longo do tempo e que representam uma forma de adaptação ou coping para com as fontes específicas de *stress*. Segundo este modelo, os focos de *stress* resultam da interação das características específicas do local de trabalho com as características dos indivíduos e as suas expectativas e exigências aquando da iniciação no mercado labora” (cf. figura 1). O modelo em questão reporta-se ainda às

diferentes formas como os sujeitos lidam com o stress, sendo que uns empregam estratégias que podem pôr termo ao problema ativo, enquanto outros lidam com o stress através da exibição das mudanças negativas de atitude (Nunes, 1990, cit. in Queirós, 2005, p. 38).

Figura 1 – Modelo do Processo de *Burnout* de Cherniss (1980)



Fonte: Burke e Greenglass (1989)

O Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider e Carter surgiu a partir de resultados do MBI (que será desenvolvido à posteriori), e representa uma das tentativas pioneiras no sentido de mapear o processo do desenvolvimento deste síndrome. Este modelo categoriza cada uma das três dimensões do *burnout* como alta ou baixa (cf. quadro

2); combinando estas duas instâncias, aplicáveis a cada uma das dimensões, resultam 8 fases de desenvolvimento de *burnout* (Golembiewski, Munzenrider & Carter, 1983).

Estes autores referem que o elemento central e precursor desta síndrome é a despersonalização, que decorre em resposta a agentes stressantes laborais. Uma vez instalada a despersonalização, a realização profissional é afetada e a exaustão emocional pode então decorrer como resposta à alta despersonalização e ao baixo envolvimento pessoal no trabalho.

Um dado novo que surge neste modelo, é que estes autores destacam dois tipos de *burnout*: o crónico e o agudo. O primeiro advém de agentes stressantes provenientes do ambiente de trabalho e o segundo de acontecimentos traumatizantes pessoais, como por exemplo a perda de uma pessoa querida (Taris, Le Blank, Schaufelli & Schereus, 2005).

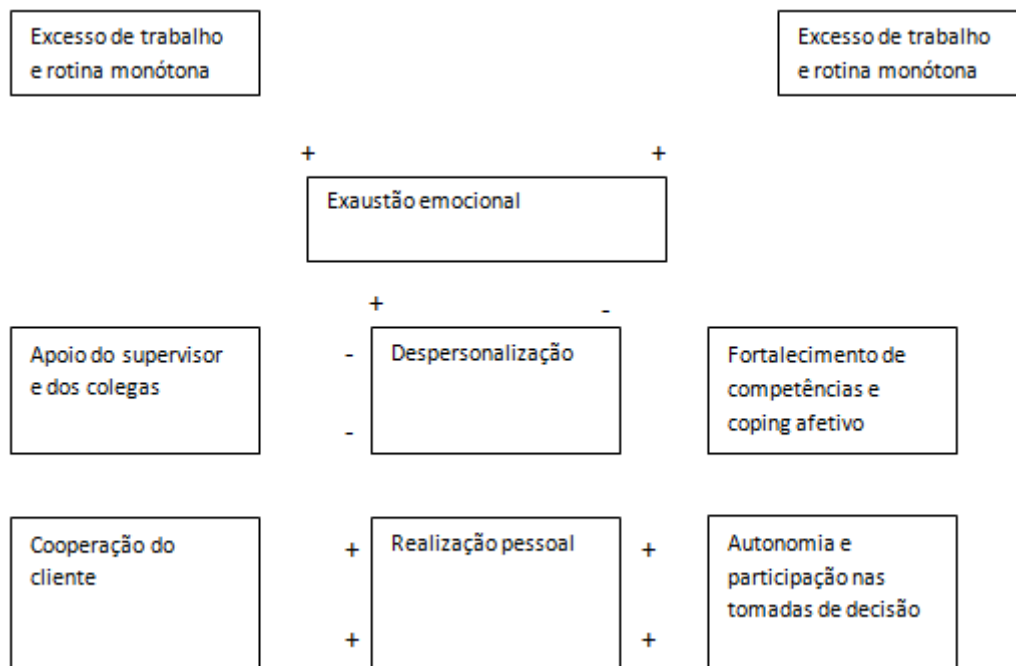
Quadro 2 – Fases de *Burnout* de acordo com o modelo faseado de Golembiewski, Munzenrider e Stevenson

Fase	Despersonalização	Realização Pessoal	Exaustão Emocional
I	Baixa	Baixa	Baixa
II	Alta	Baixa	Baixa
III	Baixa	Alta	Baixa
IV	Alta	Alta	Baixa
V	Baixa	Baixa	Alta
VI	Alta	Baixa	Alta
VII	Baixa	Alta	Alta
VIII	Alta	Alta	Alta

Fonte: Queirós (2005, p. 41)

Por último, o Modelo de fases de Leiter (1988,1989). Este modelo sendo misto, subentende, simultaneamente, um modelo sequencial e paralelo (cf. figura 2). Se por um lado (à semelhança de Maslach), vê o aparecimento da exaustão emocional como consequência do ambiente que rodeia o profissional, referenciando a despersonalização como mecanismo de defesa para uma exaustão aumentada, por outro lado, e paralelamente a todo este processo, este vê também, a descer a realização pessoal devido ao ambiente de trabalho (Leiter, 1999).

Figura 2 - Modelo de fases de Leiter



Fonte: Silvério, J. (1995, p. 17)

Neste contexto, o autor admite quatro fases possíveis e utiliza a amplitude total das três escalas que compõem o modelo sem dicotomizar (cf. quadro 3).

Quadro 3 – Fases de *Burnout* de acordo com o modelo de Leiter

Fase	Despersonalização	Realização Pessoal	Exaustão Emocional
I	Baixa	Baixa	Baixa
II	Alta	Baixa	Baixa
III	Baixa	Baixa	Alta
IV	Alta	Alta	Alta

Fonte: Queirós (2005, p. 40)

Uma análise efetuada por Perlman e Hartman (1982, *cit. in* Landeiro, 2011, p. 13) de quarenta e oito artigos sobre *burnout*, originou um padrão-tipo de *burnout*, salientando a natureza *stressante* de algumas profissões; a relação entre *stress* laboral e o *burnout* (vinda

a lume através dos casos estudados) e a recomendação de algumas estratégias preventivas.

Os resultados das primeiras investigações sobre o *burnout* (na década de oitenta) revelaram conclusões surpreendentes, entre as quais:

- Os sintomas apareciam em grupos profissionais que, em princípio, não pareciam constituir “populações de alto risco”, uma vez que as profissões que desempenhavam pareciam gratificadoras a nível pessoal e social;
- Parece ter uma grande incidência sobre indivíduos com personalidade aparentemente ajustadas e equilibradas, que trabalham num mercado laboral específico;
- Leva a importante perdas de recursos humanos e económicos para as diversas administrações, devido às consequências endémicas do *burnout* (fadiga, baixas por doença, desilusão, motivação diminuída, absentismo, entre outros).

Queirós (2005) argumenta que na segunda fase de investigação, após a década de oitenta, o *burnout* atinge notoriedade, através das investigações levadas a cabo por Maslach e Jackson (1981). É nesta fase que aparecem os mais diversos inventários e instrumentos de mensuração de *burnout*, entre os quais:

- MBI – Maslach *Burnout* Inventory;
- MBI-HSS - Maslach *Burnout* Inventory – Human Services Survey;
- MBI-ES - Maslach *Burnout* Inventory – Educators Survey;
- MBI-GS - Maslach *Burnout* Inventory – General Survey;
- BM – *Burnout* Measure.

Nos anos noventa e finais, os estudos são mais de carácter longitudinal, passam a abranger um leque mais alargado de instituições e/ou entidades, como clérigos, gestores e militares não se centrando apenas nos serviços de saúde, de educação e sociais.

Andrade (2011, p. 23) refere que “a causa que parece estar na origem do *burnout* é a existência de um stress crónico continuado. Assim, o *burnout* consiste numa reação prolongada aos elementos indutores de stress (stressantes) no trabalho”. O *burnout* laboral constitui-se como mediador na ligação causal entre vários elementos indutores de stress no trabalho e os resultados de stress individual; assim, os efeitos das características pessoais e

do trabalho têm de ser consideradas em conjunto dentro do contexto organizacional (Santos, 2009). Gil-Monte (2007) dividiu em quatro grupos os antecedentes que levam o indivíduo a desenvolver *burnout*:

- 1- Características do ambiente social;
- 2- Características físicas e tecnológicas;
- 3- Características sociais e interpessoais;
- 4- Características individuais.

Leiter e Maslach (2005) admitem que o *burnout* é uma disfunção relacionada com o trabalho, podendo também, na sua fase aguda, estender-se a outras áreas, como a vida familiar e social, implicando a diminuição do bem-estar do indivíduo.

Para Benevides-Pereira (2002), os aspetos facilitadores e/ou desencadeadores de *burnout* são as características pessoais, do trabalho, organizacionais e sociais (cf. quadro 4).

Quadro 4 - Características facilitadoras e/ou desencadeadoras de *burnout*

<p>Características pessoais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade • Sexo • Nível Educacional • Filhos • Personalidade • Hardness, a personalidade resistente ao stress • <i>Locus</i> de Controlo • Padrão de Personalidade Tipo A • Variáveis do “self” • Estratégias de Enfrentamento • Neuroticismo • Tipo Emocional • Otimismo x Pessimismo • Perfeccionismo • Sentido de coerência • Idealismo • Motivação 	<p>Características do trabalho:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de Ocupação • Tempo de Profissão • Tempo na Instituição • Trabalho por Turnos ou Noturno • Sobrecarga • Relacionamento entre os colegas de trabalho • Relação profissional-Cliente • Tipo de Cliente • Conflito de Papel • Suporte Organizacional • Satisfação • Controlo • Responsabilidade • Pressão • Possibilidade de progresso • Conflito com os Valores Pessoais • Falta de <i>feedback</i>
<p>Características Organizacionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente Físico • Mudanças Organizacionais • Normas Institucionais • Clima • Comunicação • Autonomia • Recompensa • Segurança 	<p>Características Sociais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suporte Social • Suporte Familiar • Cultura • Prestígio

Fonte: Benevides-Pereira (2002).

A forma como estas características se entrelaçam entre si, podem vir a retardar ou a facilitar o processo de *burnout*. Um indivíduo com alto nível de resiliência numa instituição com características predisponentes a *stress* ocupacional, pode vir a resistir mais tempo, quando comparado com outro colega de trabalho.

Para Garcia (1990), os fatores que no exercício de enfermagem poderão estar relacionados com *burnout*, podem ser a incongruência entre:

- Os ideais profissionais e a realidade;
- A falta de controlo no posto de trabalho;
- A ambiguidade sobre quem e define a conduta laboral apropriada;
- A falta de feedback acerca do valor do próprio esforço;
- A relação direta e contínua com as pessoas.

O *burnout* manifesta-se através de diversos sintomas, organizados e agrupados de diversas maneiras de acordo com os vários autores, não significando no plano individual que as pessoas os apresentem na sua totalidade (Cumbe, 2010). Deste modo, tem início numa fase caracterizada por entusiasmo, seguida de uma fase de estagnação, culminando numa fase de desmoralização e decréscimo no autoconceito, o que afeta o desempenho do sujeito.

A sintomatologia do *burnout* não se restringe a sintomas a nível individual, observam-se também sintomas de carácter interpessoal na relação com os recetores dos serviços prestados, bem como a nível organizacional.

Os quadros 5,6,7 e 8 expõem todo um conjunto de sintomas característicos desta síndrome:

Quadro 5 - Sintomas de *burnout*- Nível Interpessoal

AFECTIVOS	COGNITIVOS	COMPORTAMENTAIS	MOTIVACIONAIS
<ul style="list-style-type: none"> - Irritabilidade; - Existir por cima da sensibilidade; - Frio e sem emoções; - Não ter empatia emocional; - Desenvolver a irritação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Perceção cínica e desumana dos utentes; - Negativismo acerca dos utentes; - Pessimismo a respeito dos utentes; - Diminuição na empatia com os utentes; - Estereótipos acerca dos utentes; - Colocar etiquetas prejudiciais nos utentes; - Culpabilizar; - Aparência de grandiosidade; - “Martírio”; - Hostilidade; - Suspeição; - Projeção; - Paranoia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Violentas explosões; - Propensão para comportamentos violentos e explosivos; - Agressividade com os utentes; - Conflitos interpessoais, maritais e familiares; - Isolamento e afastamento social; - Indiferença no que respeita aos utentes; - Responder aos utentes de qualquer maneira; - Isolamento do resto dos colegas; - Humor aborrecido acerca dos utentes; - Expressão de desespero, abandono e sem significado próximo dos utentes; - Usar o distanciamento; - Ciúme; - Comportamentalização. 	<ul style="list-style-type: none"> - Perda do interesse; - Desanimo; - Indiferença no que diz respeito aos utentes; - Usar os utentes para as suas necessidades pessoais e sociais.

Fonte: Schaufeli e Enzmann (1998, *cit. in* Queirós, 2005, p. 34)

Quadro 6 - Sintomas de *burnout* nos “Profissionais de Ajuda”

FISICOS	COMPORTAMENTAIS	PSICOLÓGICOS	CLINICOS
<ul style="list-style-type: none"> - Fadiga; - Irritabilidade; - Cefaleias; - Problemas gastrointestinais; - Insónias; - Dores nas costas; - Alterações de peso 	<ul style="list-style-type: none"> - Perda do entusiasmo; - Atrasos no trabalho; - Alheamento durante horas; - Frustração e raiva; - Aumento de rigidez; - Dificuldade em tomar decisões; - Resistência à mudança, - Afastamento dos colegas, - Irritação face aos colegas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Depressão; - Diminuição da autoestima; - Pessimismo; - Culpa; - Sentimento de onnipotência; - Sentimento de afastamento/indiferença, - Alteração de valores; - Perda de objetivos; - Vazio; - Diminuição do empenhamento 	<ul style="list-style-type: none"> - Cinismo face aos utentes; - Alheamento durante as sessões; - Hostilidade face aos clientes, - Rapidez no diagnóstico; - Rapidez em medicar; - Gritar, falar alto aos utentes.

Fonte: Groch e Olsen (1994, *cit. in* Queirós, 2005, p. 33)

Quadro 7 - Sintomas de *burnout* – Nível Organizacional

AFECTIVOS	COGNITIVOS	COMPORTAMENTAIS	MOTIVACIONAIS
<ul style="list-style-type: none"> Insatisfação no trabalho; 	<ul style="list-style-type: none"> Cinismo acerca das tarefas no trabalho; Sentimentos de que não é apreciado; Desconfiança na direção, colegas e supervisores. 	<ul style="list-style-type: none"> Redução da eficácia; Baixo rendimento no trabalho; Baixa produtividade; Falta de pontualidade; Aumento de ausências sem autorização; Absentismo; Roubo; Resistência à mudança; Ser dependente dos supervisores; Ver frequentemente o relógio; “Levar um livro”; Aumentar os acidentes; Inabilidade para organizar; Pouco tempo de direcção. 	<ul style="list-style-type: none"> Perda da motivação para trabalhar; Resistência na ida para o trabalho; Diminuir a iniciativa no trabalho; Baixa moral

Fonte: Schaufeli e Enzmann (1998, *cit. in* Queirós, 2005, p. 34)

Quadro 8 - Sintomas de burnout – Nível Individual

AFECTIVOS	COGNITIVOS	FISICOS	COMPORTAMENTAIS	MOTIVACIONAIS
<ul style="list-style-type: none"> - Humor depressivo; - Estado choroso; - Exaustão emocional; - Humor instável; - Diminuição do controlo emocional; - Medo indefinido; - Aumento da tensão; - Ansiedade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de energia; - Perda de significado e de esperança; - Medo de enlouquecer; - Sentimentos de impotência; - Sentimentos de insucesso; - Sentimentos de insuficiência; - Pobre autoestima; - Auto preocupação; - Culpa; - Ideação suicida; - Incapacidade de concentração; - Desleixo; - Dificuldade com tarefas complexas; - Pensamento rígido e esquemático; - Dificuldade em tomar decisões; - Fantasias e sonhos acordados; - Intelectualização; - Diminuição da tolerância à frustração. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enxaquecas; - Náuseas; - Tonturas; - Agitação; - Tiques nervosos; - Dores musculares; - Problemas sexuais; - Distúrbios de sono; - Alterações súbitas de peso; - Perda de apetite; - Suspirar; - Aumento da tensão pré-menstrual; - Perda de ciclos menstruais; - Fadiga crónica; - Exaustão física; - Hiperventilação; - Fraqueza física; - Úlceras; - Perturbações gastro-intestinais; - Constipações frequentes e prolongadas; - Inflamações bruscas; - Lesões por comportamentos de risco; - Aumento do risco de problemas cardíacos; - Hipertensão; - Aumento de problemas dérmicos; - Aumento de níveis de colesterol sérico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hiperatividade; - Impulsividade; - Protelar de coisas e tarefas; - Aumento do consumo de café, tabaco, álcool, tranquilizantes, drogas ilícitas; - Comportamentos de alto risco; - Aumento de acidentes; - Abandono de atividades recreativas; - Queixas compulsivas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Perda de entusiasmo; - Perda do idealismo; - Desilusão; - Resignação; - Desapontamento; - Aborrecimento; - Desmoralização

Fonte: Schaufeli e Enzmann (1998, *cit. in* Queirós, 2005, p. 35)

Os sintomas não são universais, dependendo das características da pessoa e das circunstâncias em que esta se encontra, o grau e as manifestações são diferentes (Benevides-Pereira, 2001).

Mas afinal, quais as consequências deste síndrome, que nos últimos anos movimentou tantas ciências sociais para o seu estudo? Maslach e Jackson (1981) referem

que os editos de *burnout* são muito sérios quer para o indivíduo, quer para a organização, tendo implicações importantes no que se refere ao absentismo, *turnover* e desânimo. Gil-Monte (2003), sistematiza as consequências do *burnout* a nível individual e organizacional (cf. quadro 9).

Quadro 9 - Consequências do *burnout*

Individual	Organizacional
<ul style="list-style-type: none"> • Distanciamento emocional • Sentimentos de solidão • Alienação • Impotência • Omnipotência • Ansiedade • Cinismo • Apatia • Hostilidade • Suspeição • Agressividade • Mudanças bruscas de humor • Irritabilidade e problemas somáticos como alterações cardiovasculares, respiratórias, imunológicas, sexuais, musculares, digestivas e do sistema nervoso 	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioração da qualidade dos cuidados • Diminuição da satisfação laboral • Absentismo laboral elevado • Aumento dos conflitos interpessoais entre colegas, utentes e supervisores • Diminuição da qualidade de vida no trabalho

Fonte: Gil-Monte (2003, *cit. in* Wagner, D., 2004, p. 23)

Não existindo ainda uma resposta concreta, a literatura indica que muitos investigadores, combinando estratégias dirigidas ao indivíduo e à organização, se têm esforçado na tentativa de mostrar medidas de prevenção e tratamento de *burnout*.

De acordo com Gil-Monte (2003), as estratégias de prevenção do *burnout* podem ser agrupadas em três categorias:

As estratégias individuais, que englobam a formação em resolução de problemas, assertividade e gestão eficaz do tempo;

As estratégias de grupo, que consistem na procura de apoio dos colegas e superiores (deste modo, os indivíduos melhoram as suas capacidades, obtêm novas informações e recebem apoio emocional ou outro tipo de ajuda);

As estratégias organizacionais, que são muito importantes, uma vez que o problema se encontra no contexto de trabalho, elas permitem o desenvolvimento de medidas de prevenção de forma a melhorar o clima organizacional. Poderão ser: programas de socialização para prevenir o choque com a realidade e implantação de sistemas de avaliação que concedam aos profissionais um papel ativo e de participação nas decisões laborais.

Na opinião de Maslach *et. al* (2001) a melhor forma de prevenir *burnout* é promover o compromisso dos profissionais com a organização. Estas abordagens preventivas são planeadas a longo prazo e implicam um investimento no presente que trará certamente muitos frutos no futuro. Por exemplo, investindo na formação, prevenirá custos de produção e de fraca qualidade no futuro. Aumentando o número de trabalhadores, poderá evitar-se que um trabalhador execute o mesmo que dois com prejuízo na qualidade. Mostrando reconhecimento e *feedback* positivo, a organização enfrentará melhor possíveis situações de crise, com o apoio dos trabalhadores.

Por sua vez, Gisbert (2002) refere algumas características comuns desta síndrome:

- Não desaparece com as férias;
- Não se identifica com a sobrecarga de trabalho nem com fadiga;
- Pode ser despoletado por um trabalho desmotivador;
- Apresenta um carácter insidioso, gerando-se lentamente;
- Afeta sobretudo os profissionais de educação e saúde;
- Deve-se a fatores organizacionais decorrentes do trabalho;
- As características individuais são variáveis moduladoras;
- As características negativas (baixa autoestima, falta de assertividade, e pouco envolvimento) tendem a gerar *burnout*. Paradoxalmente, pessoas entusiastas, idealistas e muito envolvidas no trabalho apresentam maior risco de *burnout*.

Estudos realizados por Maslach (1998), Codo (1999), Tamayo (2002) e Pereira (2002) indicam que os profissionais de saúde, de educação e de segurança, são as categorias mais vulneráveis ao *burnout*, apesar de existir uma tendência de investigação noutras categorias profissionais.

Algumas pesquisas evidenciam que a incidência de *burnout* em Portugal não se deve se distanciar muito da realidade de outros países, uma vez que Portugal encontra-se em desenvolvimento, o que acarreta uma repetição do quadro de outros países, tal como: aumento do setor de serviços na economia, crescente aumento da instabilidade social e económica, coexistência de diferentes modalidades de processos produtivos, precariedade das relações de produção, desemprego crescente, mudanças nos hábitos e estilos de vida dos trabalhadores influenciados pela implantação de programas de qualidade (Jacques & Codo, 2002).

O esgotamento físico e emocional em função do trabalho tem-se tornado uma situação cada vez mais comum dentro das organizações de saúde nos dias atuais. O mundo laboral na área da saúde, está cada vez mais complexo e, neste sentido, manter o bem-estar físico, psicológico e social torna-se uma tarefa difícil.

A persistência e intensidade de agentes stressantes inerentes ao sistema sócio-organizacional da área da saúde, bem como as características e funções de cada indivíduo, associadas aos vários esforços e falhas de lidar adequadamente com o *stress* e as suas consequências, propicia aos funcionários desenvolver uma reação de esgotamento laboral crónico, caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas específicos denominados de síndrome da desistência ou *burnout*, de incidência mais visível entre em profissionais que desempenham função assistencial, a qual exige elevado investimento na relação interpessoal, marcada pelo cuidado e a dedicação (Batista, 2010).

De acordo com Martins (2010, p. 3), *“a sociedade atual e de modo particular as organizações de saúde são confrontadas com modificações profundas, motivadas pela rápida evolução científica e tecnológica, que se repercutem profundamente em todo o tecido económico, social e cultural. Neste contexto de mudança, emerge a problemática da preparação dos profissionais de saúde para uma intervenção dinâmica e inovadora numa sociedade cuja característica intrínseca é estar em permanentes processos de mutação”*. Carvalho (1995) refere que todos os processos de mutação e de adaptação contínua às exigências crescentes, contribuem para o crescimento do conflito, ambiguidade, tensão emocional, diminuição da satisfação na vida laboral, podendo conduzir a perturbações no indivíduo, quer de ordem física quer psíquica. Para Vasques-Menezes e Gazzotti (1999), a fragilidade emocional provocada pela falta de suporte afetivo e social provoca grande sofrimento, uma vez que o reflexo dessa situação não fica restrito à vida privada, ampliando-se também para o campo das relações o trabalho. O aumento da tensão emocional provocada pela falta de alternativas para compartilhar as suas dificuldades, anseios e preocupações, pode levar ao aparecimento do síndrome de *burnout*.

A profissão “Enfermagem” tem sido alvo de estudos exaustivos por todo o mundo, tendo em conta as exigências emocionais da mesma, que contribuem para sentimentos de insatisfação, *burnout*, *turnover* e absentismo (Suzuki *et al.*, 2006; 2008). No entanto, pouco tem sido estudado sobre a Enfermagem em geral, e muito menos sobre a Enfermagem de Reabilitação, incluindo em Portugal. Fazemos referência a alguns estudos, entre os quais, alguns realizados em Portugal:

- o estudo de Queirós (2005) que numa amostra de 965 enfermeiros a exercerem funções, quer em Centros de Saúde, quer em Hospitais, em que o instrumento de avaliação foi o MBI-GS; este autor concluiu que: um em cada quatro enfermeiros apresenta *burnout* no trabalho; o género não diferencia os níveis de *burnout* no trabalho; o *burnout* no trabalho exerce mais influencia sobre o *burnout* conjugal, do que o inverso; o ponto de partida para o *burnout* pode-se encontrar na insatisfação geral no trabalho e na ineficácia profissional; Refere que “*com idades agrupadas, em quatro grupos etários, verificamos que os mais jovens (dos 20-29 anos) apresentam níveis mais elevados e com significado estatístico de exaustão emocional e física do que os outros grupos mais velhos, sendo que os níveis diminuem progressivamente com o avanço dos grupos etários*” (Queirós, 2005, p. 250);

- o estudo de Rainho (2005, *cit. in* Martins, 2010, p. 21) que usou pela primeira vez o Questionário Breve de *Burnout* em Portugal para estudar este síndrome numa amostra de 160 Enfermeiros que exerciam funções em contexto hospitalar e Centros de Saúde, teve como seguintes conclusões: a observação de diferenças estatisticamente significativa na média ponderada de *burnout* entre os enfermeiros que trabalhavam no hospital e nos centros de saúde, sendo superior nestes; a verificação de uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre fatores antecedentes de *burnout* e a síndrome; a demonstração de que os fatores antecedentes são um preditor significativo da síndrome de *burnout*, através da análise de regressão;

- Dirx *et al.* (1991 *cit. in* Forte, 2009, p. 16) postulam que o sexo feminino apresenta níveis mais elevados de *burnout*, enquanto os estudos de (Cahon & Rowney, 1984, *cit. in* Parreira, 1998, p. 57) apontam no sentido contrário. Explorando mais especificamente as sub.dimensões de *burnout*, alguns estudos concluíram que os enfermeiros do sexo masculino apresentam maiores níveis de despersonalização comparativamente com os do sexo feminino (Gil-Monte, 2002; Gil Monte & Peiró, 1997; Oliveira & Prista-Guerra, 2004; Kilfedder, Power & Wells, 2001), sendo que este poderá estar mais associado à exaustão emocional (Maslach & Jackson, 1981); O facto de os estudos encontrarem diferenças entre os sexos poderá ser compreendido tendo em conta a socialização de cada um dos sexos. A enfermagem relaciona-se com atividades, *à priori*, desempenhadas pelo sexo feminino, tais

como “o cuidar” e “o educar”, enquanto o processo de socialização masculino direciona-se para o desempenho de funções que valorizam mais a dureza e a indiferença emocional (Correia, 1999; Gil-Monte, 2002; Marques-Teixeira, 2002; Gil-Monte & Peiró, 1997). Contudo, os estudos desenvolvidos por Kilfedder *et al.* (2001) não apresentam diferença entre sexos nos níveis de *burnout*;

- Queirós (1997), investigou o “*Burnout* em Enfermeiros”, num estudo com 90 sujeitos, comparando três grupos, enfermeiros de cuidados intensivos, enfermeiros de serviços de neurologia e enfermeiros de psiquiatria. Encontrou diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de cuidados intensivos e o de psiquiatria, no que respeita a exaustão emocional, apresentando os enfermeiros dos cuidados intensivos níveis mais elevados. Não encontrou qualquer relação entre as dimensões de *burnout* e as dimensões de *locus* controlo. Encontrou ainda correlações negativas significativas entre satisfação no trabalho e exaustão, e satisfação no trabalho e despersonalização; e positivas, entre satisfação no trabalho e realização pessoal;

- Moreno-Jimenez, Garrosa-Hernandez, Gálvez, González e Benevides-Pereira (2002) investigaram as Consequências positivas e negativas no trabalho: rol de expectativas laborais no processo de desgaste profissional, com uma amostra de 247 Enfermeiros e referem que a relação entre as variáveis sociodemográficas e o *burnout* é fraca; quanto à relação entre o tipo de contrato (contratado ou efetivo), observaram uma relação positiva e significativa (os enfermeiros efetivos apresentaram níveis superiores de redução de realização profissional); neste estudo, o tempo de interação diária com os utentes, mostrou ser o melhor preditor do processo de *burnout*;

- Correia (1999) refere-se ao tempo de exercício de funções, em que indivíduos com menos de um ano de funções exercidas parecem apresentar níveis mais significativos de exaustão emocional, enquanto os indivíduos com mais de 10 anos de experiência, têm maiores níveis de despersonalização. Estes resultados não são apoiados pelos dados encontrados por Kilfedder *et al.* (2001), onde a despersonalização está mais associada com os sujeitos que terminaram a sua graduação recentemente. Já Oliveira e Prista-Guerra (2004) verificaram uma correlação negativa do tempo de serviço com a Exaustão Emocional e uma correlação positiva com a Despersonalização e o Desempenho Profissional;

- Relativamente a investigações sobre o horário laboral, verifica-se que os indivíduos cujo horário é fixo apresentam níveis de *burnout* menores do que os que exercem funções em horários rotativos (McCranie *et al.*, 1987, cit. in Kilfedder *et al.*, 2001, p. 387). Verificou-

se ainda que os indivíduos que trabalham por turnos apresentam uma menor realização profissional comparativamente com aqueles com horários fixos (Kilfedder *et al.*, 2001).

Ser Enfermeiro é uma profissão com características especiais, uma vez que apresenta componentes ameaçadores no seu ambiente ocupacional, como por exemplo: escassez de pessoal, que leva à sobrecarga laboral; trabalho por turnos; relação com utentes e familiares problemáticos; contacto direto com enfermidades, com a dor e morte; baixo reconhecimento profissional; baixa autonomia e autoridade no trabalho e salários baixos.

O *burnout* surge nos Enfermeiros de todo o mundo, em diferentes contextos de trabalho, levando-os a desenvolver sentimentos de frustração, frieza e indiferença em relação às necessidades e ao sofrimento dos doentes. Por isso, é importante desenvolver estratégias de prevenção e tratamento. Medidas como evitar o excesso de horas extras, modificar os métodos de prestação de cuidados, reconhecer a necessidade de educação permanente e investir no aperfeiçoamento profissional (por exemplo, formação em assertividade, dar suporte social às equipas e fomentar a sua participação nas decisões, etc., podem contribuir para a prevenção do *burnout* (Gil-Monte, 2003).

Como profissional da área da saúde, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação atua na reabilitação do indivíduo, com o objetivo de promover o restabelecimento das funções sensitivo-motoras afetadas por patologias. O EEER concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O número elevado de conhecimentos e experiência acrescida permite-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2010). A assistência prestada envolve o cuidado com o outro, sendo esta a situação em que, o EEER, enquanto profissional da saúde, desempenha as suas atividades, no meio dos seus próprios dilemas e as dificuldades enfrentadas. É importante ressaltar que muitos dos tratamentos de reabilitação são diários e bastante prolongados, e alguns resultados de melhora do quadro clínico são lentos, exigindo um alto grau de paciência e perseverança quer do paciente, quer também do profissional. A responsabilidade para com o paciente e/ou família, consomem emocionalmente o EEER e quando somadas a problemas pessoais, falta de apoio da equipe, dificuldades organizacionais e aumentos constantes de exigências psicológicas tornam estes profissionais susceptíveis de *burnout* (Campos, 2005).

Burnout em EEER é uma resposta à tensão emotiva crónica no exercício profissional dos cuidadores envolvidos com o ser humano. Assim pode ser considerado um tipo de tensão e exaustão do trabalho, que surge da interação social entre o profissional e o paciente (Formighieri, 2003).

Ainda que o exercício da profissão de Enfermagem requeira boa saúde física e mental, raramente os Enfermeiros recebem proteção social adequada para o seu desempenho. Ou seja, apesar de exercerem atividades estafantes, muitas vezes em locais inadequados, não recebem a proteção e atenção necessárias para evitar os acidentes e as doenças decorrentes das atividades (Murofuse, Abranches & Napoleão, 2005).

Tendo consciência desta realidade e reconhecendo a importância do conhecimento sobre o *burnout* em EEER e a carência de estudos científicos nesta área profissional, esta pesquisa visa objetivar e explorar a prevalência desta síndrome na população em estudo. Desta forma, tendo por base o que foi referido anteriormente e no pressuposto dos poucos estudos portugueses nesta área de trabalho, fomos levados a expressar a nossa problemática na questão de investigação: “*Em que medida as variáveis sociodemográficas, laborais e psicossociais são determinantes de burnout em EEER?*” Subjacente a esta questão, salientamos que o presente estudo persegue os seguintes objetivos gerais:

- O primeiro propõe-se a conhecer a prevalência de *burnout* em EEER;
- O segundo propõe-se a analisar o modo como determinadas variáveis sociodemográficas (idade, género, habilitações literárias) e laborais (categoria profissional, tipo de horário e local de trabalho) se revelam preditoras de *burnout* em EEER;
- O terceiro visa conhecer o modo como determinadas variáveis psicossociais são preditoras de *burnout*;
- O último grande objetivo, visa contribuir para a reflexão sobre as características e consequências de *burnout* nos EEER, numa lógica de produção de conhecimento que facilite o desenho de programas de intervenção formativos e informativos, visando a promoção da saúde destes profissionais.

2. MATERIAIS E MÉTODO

O enquadramento metodológico torna-se imprescindível a qualquer trabalho de pesquisa, pois nele se descrevem e se explicam todas as etapas que se vão processar (Fortin, 2009). A metodologia é assim caracterizada, por Imperatori (1999), como uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma medição. Partindo deste pressuposto, e presumindo de que a opção metodológica se deve moldar ao problema a ser investigado, à natureza dos fenómenos, ao objeto da pesquisa, aos objetivos traçados e, ainda, à equipa humana e outros elementos que possam emergir no campo da investigação (Lakatos & Marconi, 1996; Pereira & Poupá, 2004; Hill & Hill, 2005), este capítulo terá como objetivo descrever o planeamento metodológico que é necessário para a nossa investigação.

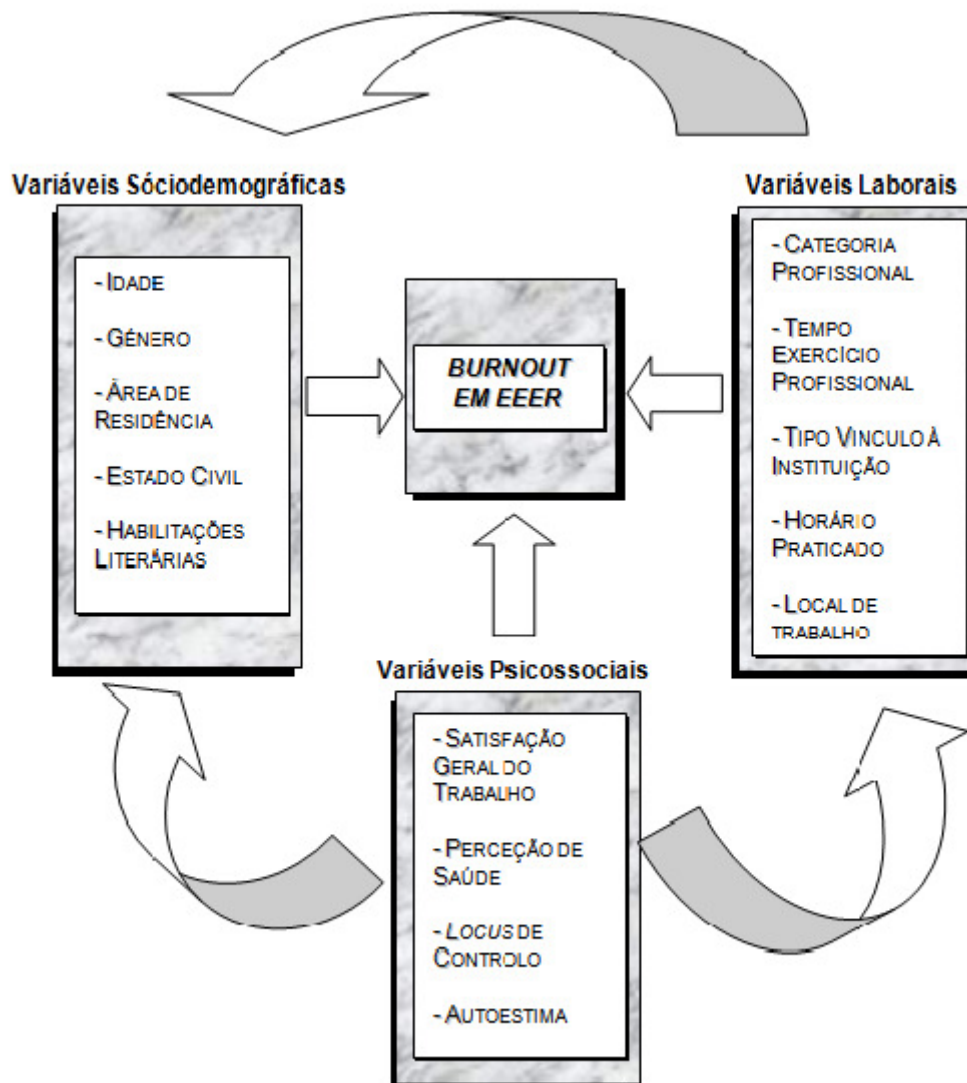
Assim sendo, conceptualizámos um estudo transversal que assume uma orientação metodológica quantitativa, de método dedutivo e procedemos a uma pesquisa que obedece a um desenho característico de um *estudo não experimental* (Pedhazur & Schmelkin, 1991, p. 211) ou *estudo correlacional e de observação* (Gil, 1995), pois no estudo não há manipulação de variáveis independentes e com ele se pretende efetuar a descrição das características da amostra, bem como estabelecer relações entre variáveis.

No que concerne às variáveis, consideramos o *burnout* nos EEER como a nossa variável dependente; e como variáveis independentes consideramos as de contexto sociodemográfico (idade, género, área de residência, estado civil, habilitações literárias), as de contexto laboral (categoria profissional, tempo de exercício profissional na profissão, instituição, atual serviço e na especialidade, tipo de vínculo à instituição, tipo de horário praticado e o local de trabalho) dos EEER e as psicossociais (satisfação geral do trabalho, perceção da saúde, o *locus* de controlo e a autoestima), cujo modelo conceptual se esquematiza na figura 3.

Os motivos pelos quais nos iremos centrar na análise e estudo destas variáveis foram, principalmente, o desconhecimento de questões relacionadas e uma parcial ausência de reflexão sobre a temática. Como já salientado os EEER são uma classe que, pelo constante e continuo contacto com pessoas que necessitam de cuidados de reabilitação para manter e/ou melhorar a sua capacidade física, mental, social e espiritual, são

absorvidos e “consumidos” emocionalmente e quando se adicionam problemas pessoais, falta de apoio da equipe, dificuldades organizacionais e aumentos constantes de exigências psicológicas podem tornar estes profissionais mais suscetíveis a determinadas situações. Deste modo, achamos ser pertinente o estudo da autoestima, do *locus* de controlo, da perceção da saúde e da satisfação geral com o trabalho destes indivíduos.

Figura 3 - Modelo conceptual da relação entre as variáveis estudadas na investigação empírica



Debruçamo-nos no estudo da autoestima, uma vez que Gisbert (2002) considera que quando o indivíduo tem níveis baixos de autoestima, este é um dos fatores mais importantes como preditor desta síndrome. A seleção da variável “Locus de Controlo” fica a dever-se ao facto de entendermos que o conhecimento de resultados subjacentes a esta variável nos

poder orientar para intervenções futuras mais detalhadas neste contexto, baseadas no facto de que o *locus* de controlo possibilita ao individuo entender que o que lhe acontece na vida do dia-a-dia é consequência das suas ações, e, por isso, pode ser controlado por ele (controlo interno) ou, como não tendo relação com o seu comportamento e, por isso, está fora do seu controlo (controlo externo). A escolha da variável percepção do estado de saúde deve-se ao facto da mesma assumir um apreciável relevo enquanto indicador do estado de saúde das pessoas já que mede a percepção subjetiva do estado físico e mental, é independente das interpretações médicas dos sintomas e é, igualmente, um elemento importante da utilização dos serviços de saúde.

A expressão “satisfação no trabalho” representa a totalidade do quanto o individuo que trabalha vivencia experiências que dão prazer no contexto das organizações (Siqueira, 2008). Justificamos a opção pela satisfação geral com o trabalho na medida em que se pode correlacionar com o *burnout*, influenciando a qualidade da experiência do trabalho ou o desejo de mudar de campo de atuação (Carlotto, 2001). Os conflitos inter e intra-equipa dentro da organização, a falta de apoio entre colegas, o mau ambiente laboral, o excesso de pessoas a atender, são alguns dos fatores predisponentes de insatisfação com o trabalho aos quais o EEER está sujeito e que tem de ultrapassar, para que não desenvolva *burnout* ou outra síndrome.

Em suma, para uma melhor compreensão dos fatores preditores de *burnout*, é necessário, antes de mais, haver um entendimento da dimensão psicossocial, facto que justifica o interesse da presente investigação nos determinantes acima referidos.

De salientar que o processo de operacionalização destas variáveis coincide com a descrição funcional dos fatores/dimensões dos instrumentos utilizados, tal como é referenciada na interpretação que deles é feita já num dos seguintes subcapítulos (2.2), subjacente ao material utilizado no âmbito desta investigação.

2.1. PARTICIPANTES

No contexto deste trabalho de investigação, não nos seria possível estudar a totalidade da população por ser bastante numerosa, sob pena de este se tornar muito moroso, dispendioso e de certo modo até difícil de levar a efeito. Recorremos assim ao processo de amostragem que segundo Fortin (2009, p.310), não é mais do que recorrer a

“um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) escolhida para representar uma população inteira. Sendo o objetivo deste exercício tirar conclusões precisas sobre a população, a partir de um grupo mais restrito de indivíduos.”

Para que a amostra, que serviu de base à nossa investigação, fosse o mais representativa possível do total da população, recorremos à amostragem não probabilística, acidental e por conveniência. *“Contrariamente à amostragem probabilística, a amostragem não probabilística não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhida para formar a amostra”* e é acidental porque *“é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos”* (Fortin, 2009, p.31). Por outras palavras a amostragem acidental permite escolher pessoas que estão no local certo à hora certa.

A amostra seleccionada ficou constituída por 117 EEER, dos quais 27 (23.08%) do sexo masculino e 90 (76.92%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 27 e os 57 anos que exercem funções em várias instituições de saúde nacionais portuguesas.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão para este estudo:

- EEER que estejam a exercer a especialidade há pelo menos 6 meses;
- EEER que tenham pelo menos 3 anos de experiência profissional em Enfermagem;
- EEER que não estejam a exercer funções em mais que um local de trabalho.

2.2. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para a realização deste estudo foi utilizado um instrumento de colheita de dados (ICD) sob o formato de questionário (**Apêndice A**). Fortin (2009, p. 249) define questionário como sendo *“um método de colheita de dados que necessitam das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos (...) habitualmente preenchido pelos próprios (...), sem assistência”*. Esta mesma autora sublinha que *“as questões são concebidas com o objetivo de colher informação factual sobre os indivíduos, os acontecimentos ou as situações conhecidas dos indivíduos, ou ainda sobre as atitudes, as crenças e intenções dos participantes.”*

O ICD, composto por perguntas fechadas e abertas (83 no total), está estruturado por seis secções. Inicia com uma nota introdutória onde é feita a contextualização do estudo, os seus objetivos e as instruções para o seu preenchimento. A primeira parte, a **secção A**, integra a caracterização sócio – demográfica e laboral da amostra, onde foram incluídas questões relacionadas com a pessoa em estudo, especificamente: idade, género, área de residência, estado civil, habilitações literárias, categoria profissional, tempo de exercício na profissão, tipo de vínculo à instituição, tipo de horário praticado e o local de trabalho. A **secção B** refere-se à mensuração do *burnout* em EEER através da escala MBI-GS, elaborada por Schaufeli, Leiter, Maslach e Jackson (1996) e traduzida e validada para a população portuguesa por Nunes (1999).

O Maslach *Burnout* Inventory (MBI) foi elaborado em 1981 por Maslach e Jackson, nos EUA e tinha como objetivos avaliar vários aspetos hipotéticos da síndrome de *burnout*. Para o seu constructo, numa primeira fase, foram efetuados estudos exploratório numa amostra de profissionais em que o contacto direto com pessoas fosse intenso. O objetivo era saber que atitudes e sentimentos caracterizavam os trabalhadores “em *burnout*”. O MBI-GS é a terceira versão proveniente da escala original, de auto resposta, com o intuito de explorar as dimensões subjacentes do *burnout*. Maslach e Leiter (1996), referem que esta última versão difere das anteriores por não referir as relações nos serviços com os utentes, mas preferencialmente enfatizar as relações dos respondentes com o trabalho em geral. Constitui-se como um instrumento de auto-registo com 16 itens acerca de sentimentos relacionados com o trabalho e analisam três dimensões de *burnout*: “exaustão emocional e física” (Ex) (itens 1,2,3,4 e 5), “cinismo” (Cy) (itens 8,9,13,14 e 15) e “eficácia profissional (PE ou “professional efficiency”)” (itens 6,7,10,11,12 e 16). A frequência com que cada sentimento ocorreu foi avaliada numa escala tipo Likert de 7 pontos, variando entre o mínimo 0 (nunca) e o máximo de 6 (todos os dias), o que dá um universo de valores possíveis para as dimensões exaustão emocional e cinismo de 0 a 30 e para a dimensão eficácia profissional entre 0 e 36. De referir que a dimensão “eficácia profissional” é tratada/interpretada de maneira inversa em relação às restantes que compõem esta escala.

Esta escala não permite calcular uma pontuação global de *burnout*, preconizando os autores que a distribuição de cada sub-escala seja dividida em três terços e considera-se existir *burnout* quando um sujeito obtém scores elevados (terço superior) das subescalas de exaustão e cinismo e baixos (terço inferior) da subescala de eficácia profissional. Na tabela 1 encontram-se os “*cut-off points*” para a amostra norte-americana (Maslach *et al.*, 1996).

Tabela 1 - Categorização dos resultados da escala MBI-GS

Subescalas MBI-GS Amostra norte-americana (N=3727)	Níveis de <i>burnout</i>		
	Baixo (terço inferior)	Médio (terço intermédio)	Alto (Terço superior)
Exaustão	<2.00	2.01-3.19	≥3.20
Cinismo	<1.00	1.01-2.19	≥2.20
Eficácia profissional	≤4.00	4.01-4.99	≥5.00

Fonte: Maslach, Jackson e Leiter (1996)

Na versão mais recente do Manual do MBI (3ª edição, 1996), estes autores referiram que o desenvolvimento desta versão foi feito numa base multicultural, através de estudos realizados no Canadá, na Holanda e na Finlândia. Todos esses resultados confirmaram a estrutura fatorial prevista e revelaram que a consistência interna das escalas varia entre o satisfatório e o bom (cf. tabela 2).

Tabela 2 - *Alphas* de Cronbach da escala MBI-GS

Sub-escalas MBI-GS	<i>alpha</i> de Cronbach		
	Amostra holandesa (N=941)	Amostra norte- americana (N=3727)	Amostra finlandesa (N=290)
Exaustão	.87	.89	.87
Cinismo	.73	.80	.84
Eficácia profissional	.73	.76	.84

Fonte: Maslach *et al.* (1996)

As correlações encontradas entre as sub-escalas seguiram o previsto pelo modelo: positiva entre exaustão e cinismo, negativa entre qualquer uma destas sub-escalas e eficácia profissional (cf. tabela 3).

Tabela 3 - Correlação de Pearson entre sub-escalas do MBI-GS

Amostra	N	Ex-Cy	Ex-PE	Cy-PE
Holanda				
Função Pública	956	.59	-.34	-.57
Trabalhadores Rurais	791	.44	-.23	-.35
Finlândia				
Informáticos	289	.44	-.29	-.34
Canadá				
Militares	147	.51	-.09	-.57
Trabalhadores em escritório	609	.48	-.04	-.38
“Tecnológicos”	515	.44	-.23	-.44
Enfermeiros(as)	1257	.58	-.24	-.44
Gestores	310	.47	-.16	-.38
Trabalhadores de psiquiatria	415	.61	-.34	-.46

Fonte: Maslach *et al.* (1996)

De acordo com a tabela 4, constatou-se que os valores médios de cada sub-escala diferiam de país para país.

Tabela 4 - Médias e desvios-padrão das subescalas do MBI-GS nas diversas amostras

Amostra	N	Ex	Cy	PE
Holanda				
Função Pública	956	1.57 (1.11)	1.54 (1.07)	4.14 (0.96)
Trabalhadores Rurais	791	1.28 (1.08)	1.39 (1.02)	4.86 (0.94)
Finlândia				
Informáticos	289	2.09 (1.26)	1.46 (1.32)	4.80 (1.04)
Canadá				
Militares	147	2.05 (1.23)	1.63 (1.35)	4.60 (0.93)
Trabalhadores de escritório	609	2.70 (1.56)	1.92 (1.35)	4.54 (1.03)
“Tecnológicos”	515	2.65 (1.31)	1.72 (1.14)	4.54 (0.93)
Enfermeiros(as)	1257	2.98 (1.38)	1.80 (1.24)	4.41 (0.99)
Gestores	310	2.55 (1.40)	1.32 (1.06)	4.73 (0.88)
Trabalhadores de psiquiatria	415	2.54 (1.53)	1.88 (1.44)	4.29 (1.01)

Fonte: Maslach *et al.* (1996)

Os autores mencionam também um conjunto de diversos estudos de validade externa e de estabilidade temporal que comprovam as qualidades metrológicas da sua escala. Salientam que as análises fatoriais realizadas comprovam a superioridade do modelo tridimensional de *burnout* por eles proposto em relação a outros modelos unidimensionais, embora assinalem que a dimensão Ex demonstra ter um papel central neste síndrome, mediando o acesso à dimensão Cy. No entanto, esse papel central não é exclusivo, pelo que não se pode reduzir o fenómeno de *burnout* à simples exaustão.

A **secção C** avalia a satisfação com o trabalho através da escala Satisfação Geral do Trabalho de Barton *et al.* (1992), adaptada para a população portuguesa por Silva, Azevedo e Dias (1994). Foi também utilizada por Queirós (2004) na sua tese de doutoramento a uma amostra de 427 participantes, tendo obtido o valor de *alpha* de Cronbach de 0.76, Split-half de 0.70 e Spearman-Brown de 0.72. Note-se que não sendo excelentes valores de fidelidade, situam-se no aspeto da consistência interna (*alpha* de Cronbach) no patamar razoável. “Uma boa consistência interna deve exceder um alfa de 0.80. São no entanto aceitáveis valores acima de 0.60. Estes baixos valores justificam-se quando as escalas têm um número baixo e itens” (Ribeiro, 1999, p. 113). Acontece que este instrumento tem efetivamente um número baixo de itens.

Trata-se de uma escala tipo *Likert*, com cinco questões cotadas de 1 a 7, em que 1 significa discordo completamente, e 7 concordo plenamente, onde as questões estão relacionadas com o grau da satisfação e felicidade no trabalho, a visão do próprio e dos outros, bem como a tendência de abandono do trabalho (Silva, Azevedo & Dias, 1994). A interpretação das pontuações é efetuada no sentido da satisfação, isto é, quanto maior a pontuação, maior a satisfação.

A **secção D** avalia a perceção geral da saúde através da escala a Minha Saúde, com tradução e adaptação de Geada (1990). É um instrumento de auto-resposta, constituída por 18 questões. As respostas são avaliadas numa escala tipo *Likert* de 5 posições e cotadas para que, quanto maior for a pontuação obtida, melhor é a perceção geral de saúde dos indivíduos. As respostas variam entre “a afirmação é totalmente verdadeira marque A” e “a afirmação é totalmente falsa marque E”. Existem itens cuja cotação das respostas se faz inversamente, como é o caso dos itens 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14 e 17. Nestes atribui-se a pontuação máxima (5 valores) para a resposta “totalmente falsa”. As pontuações variam entre 18 e 90, em que os valores médios da amostra global, para a amostra utilizada no processo de adaptação à população portuguesa, de 62.73 (Dp=9.16) para o sexo masculino e de 61.07 (Dp=8.96) para o sexo oposto.

O processo de reconstrução e adaptação para a população portuguesa foi efetuado por Pais Ribeiro (1993) com uma amostra de 609 estudantes saudáveis, sendo 53% do sexo feminino. Neste processo, uma análise fatorial com rotação ortogonal de tipo varimax revelou a existência de 4 fatores, a seguir discriminados, com raízes latentes superiores a 1, que explicam 51,70% da variância total (cf. quadro 10):

Fator 1 – “perceção da saúde atual” – **PSA**, explica 22,00% da variância total. É o mais importante de todos. As questões que o constituem revelam a forma como o indivíduo

classifica a sua percepção sobre a saúde que tem no momento como, por exemplo, “sinto-me melhor agora do que em qualquer outro momento da minha vida”; **Fator 2** - “percepção da saúde passada” – **PSP**, contribui para 11,70 da variância total. Traduz a forma como o indivíduo se prenuncia sobre a saúde que teve como, por exemplo, “nunca estive seriamente doente”; **Fator 3** - “preocupação com a saúde” – **PS**, que inclui itens do tipo “preocupo-me mais com a minha saúde do que as outras pessoas com a sua”. Constitui o terceiro fator mais importante, pois explica 9,80% da variância total; **Fator 4** - “atitude para com a ida ao médico” – **AIM**, que inclui itens do tipo “não gosto de ir ao médico”. Explica 8,00% da variância total.

Quadro 10 - Carga fatorial dos itens da escala “A Minha Saúde”, conservados após tratamento

Fatores Itens	PSA	PSP	PS	AIM
1	0.65			
2	0.57			
3			0.74	
4				0.87
5	0.57			
6		0.64		
7	0.66			
8			0.61	
9	0.44			
10		0.77		
11			0.66	
12	0.68			
13			0.72	
14	0.66			
15				0.88
16		0.83		
17	0.58			
18	0.67			
Eigenvalue	3.98	2.09	1.76	1.74
Variância	22.0	11.7	9.8	8.0

Fonte: Pais Ribeiro (1993)

A **secção E** avalia o *Locus* de Controlo através da escala de Levenson. Esta é constituída por três dimensões (**IPC**) medindo três tipos de expectativas: a dimensão **I** mede as expectativas num controle interno (internalidade), a dimensão **P** mede as expectativas num controle de outros poderosos (externalidade) e a dimensão **C** mensura as expectativas

numa ausência de controlo (externalidade). As três dimensões avaliadas pela escala IPC são independentes no sentido em que não se prevê relação entre si. É um instrumento constituído por 24 questões apresentadas através de uma escala tipo *Likert*, composta por 6 respostas possíveis que avaliam três fatores através de oito itens cada, tendo sido traduzida e aferida para a população portuguesa por Relvas *et al.* em 1989. As respostas são cotadas para que, quanto maior for a pontuação obtida, melhor o *locus* de controlo dos indivíduos.

Das três subescalas, duas apresentam uma consistência aceitável (subescala P e C). A outra subescala revela efetivamente um valor baixo de consistência interna (subescala I), como verificamos na tabela 5.

Tabela 5 - Alpha de Cronbach para a Escala de Locus de Controlo de Levenson

Sub-escala	alpha de Cronbach
Expetativas num controlo interno (I)	0.425
Expetativas no controlo de outros poderosos (C)	0.664
Expetativas numa ausência de controlo (P)	0.695

Fonte: Pinto, É. (2004, p. 62)

Todos os itens são pontuados de 1 a 6, em que 1 significa discordo de maneira acentuada, e 6 concordo de maneira muito acentuada. Cada um dos fatores I, P e C é avaliado através de 8 itens que são apresentados de forma alternada para cada um dos três fatores (cf. quadro 11)

Existem itens cuja cotação das respostas se faz inversamente, como é o caso dos itens 4,5,6,7,8,13,14 e 17. Nestes atribui-se a pontuação máxima (de 5) para resposta “totalmente falsa”.

Quadro 11 - Distribuição dos itens pelos fatores IPC

Fatores	Itens
I	1,4,5,9,18,19,21,23
P	3,8,11,13,15,17,20,22
C	2,6,7,10,12,14,16,24

Fonte: Veríssimo (1996, p. 21-28)

A **secção F** avalia a Auto-estima Global através da escala "The Rosenberg Self-Esteem Scale" (RSES) – Escala de Auto-Estima Global para Adultos de Rosenberg, versão

traduzida, adaptada e validada para a população portuguesa por Faria e Silva (1999). Esta é composta por 10 questões tipo Likert, em que o indivíduo terá de dar uma opinião acerca de si, que variam entre discordo totalmente, discordo, discordo parcialmente, concordo parcialmente, concordo e concordo totalmente. A RSES é uma medida unidimensional, constituída por 10 itens que pretendem avaliar a autoestima global; estes são subdivididos em 5 itens, indicadores de atitudes positivas (1, 3, 4, 7, 10) e outros 5 itens indicadores de atitudes negativas (2, 5, 6, 8, 9), cada um deles com diferentes categorias de resposta. Os itens negativos e positivos não se apresentam de forma consecutiva para tornar a escala menos transparente, reduzindo-se o viés de resposta direcionada. Para cada questão existem 6 possibilidades de resposta A- “Concordo totalmente”; B- “Concordo”; C- “Concordo parcialmente”; D- “Discordo parcialmente”; E- “Discordo”; F- “Discordo totalmente”. A cotação dos itens negativos é invertida. Num estudo de Romano *et al.* (2007) para validação da escala de Rosenberg numa população de adolescentes portugueses, verificou-se uma consistência interna satisfatória e uma estrutura bifatorial que explicava 46% da variância total. A nível da fidelidade, obtiveram um valor de *alpha* de Cronbach para o modelo com dois fatores de 0.63 nos itens que avaliam a autoestima negativa e de 0.74 nos itens que avaliam a autoestima positiva. Este estudo confirma a presença de dois fatores através da análise fatorial confirmatória.

Os scores obtidos variam entre 10 e 60. Assim, quanto mais elevados os resultados obtidos, maior é a autoestima global.

2.3. PROCEDIMENTOS

O facto de pretendermos conhecer detalhadamente a forma como o *burnout* é conceptualizado pelos EEER, achou-se que a metodologia mais compatível a usar seria uma metodologia quantitativa, na medida em que esta permite um maior aprofundamento das questões em causa. Desta forma, o questionário surgiu-nos como a melhor forma de conhecer as suas opiniões, atitudes e percepções sobre o *burnout*, devido ao facto de este se constituir como técnica de observação não participante; pela possibilidade de abrangência de uma maior número de sujeitos a inquirir e pela total confidencialidade e anonimato.

Segundo Fortin (2009, p. 217) “*o investigador precisa o meio em que será conduzido o estudo (...). Um meio, que não dá lugar a um controlo rigoroso como o laboratório, toma frequentemente o nome de meio natural. A maioria dos estudos (...) são conduzidos em*

meio natural, porque, na maior parte dos casos, eles têm lugar no domicílio dos sujeitos (...).”

O meio escolhido para realizar este estudo é o meio natural, pois foi realizado no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação, promovido pela APER no Hotel Oeiras Lagoas Park em Oeiras, nos dias 1, 2 e 3 de Dezembro de 2011, sem qualquer controlo rigoroso tipo laboratório.

Com o intuito de escolher uma amostra representativa da população, aplicou-se o questionário a EEER presentes no congresso, após confirmação positiva do devido pedido para aplicação (**Apêndice B**). No momento da entrega do questionário, procedeu-se da seguinte forma: apresentação formal do investigador; esclarecimento da temática e do seu objetivo; pedido de consentimento informal e esclarecido ao EEER. Salientamos de igual forma que foi solicitada a autorização aos autores das escalas utilizadas.

Depois da coleta do ICD, procedeu-se a uma primeira análise, com o objetivo de excluirmos os que hipoteticamente estivessem mal preenchidos, para que depois fossem codificados de modo a prepararmos o tratamento estatístico.

O tratamento estatístico dos dados referentes a este estudo, foi efetuado informaticamente, através do programa SPSS (*Statistic Package for the Social Sciences*) na versão 20.0. A análise das escalas realizou-se através do cálculo do *alpha* de Cronbach.

Determinámos frequências absolutas (N) e percentuais (%), algumas medidas de tendência central ou de localização (Médias (M); Desvio Padrão (Dp) e Coeficiente de Variação¹ (CV)), para além de medidas de simetria² e de achatamento³, de acordo com as características das variáveis em estudo. Para permitir uma melhor compreensão e discussão, a apresentação dos resultados é feita através de tabelas e gráficos, onde serão apenas documentados os dados com maior relevância.

Na análise inferencial fizemos uso da estatística paramétrica e não paramétrica. Na estatística paramétrica foi usado o teste *t* de *Student*; a correlação de *Pearson* (*r*) e a análise de variância (ANOVA) ou o teste F. Na estatística não paramétrica foi usado o teste *U* de *Mann-Whitney*.

¹ O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis, devendo os resultados serem interpretados do seguinte modo: 0%-15% dispersão baixa; 16%-30% dispersão moderada e > 30% dispersão alta (Pestana & Gageiro, 2003)

² Quando [Skewness/stdError] <1,96, a mediana pertence ao intervalo de confiança a 95% ou está perto de um dos limites desse intervalo, sendo curva simétrica. Por sua vez, quando [Skewness/stdError] >1,96 estamos perante uma curva assimétrica, (Pestana & Gageiro, 2003)

³ Uma distribuição pode ser: Mesocúrtica quando [kurtosis/stdError] <1,96; Platicúrtica quando [kurtosis/stdError] <-1,96 ou Leptocúrtica quando [kurtosis/stdError] >1,96, (Pestana & Gageiro, 2003)

A opção por estes testes obedeceu às condições exigidas para a aplicação de testes paramétricos descritas por Martinez e Ferreira (2007, p. 102) e que são as seguintes: “A *variável dependente deve ser quantitativa (escala Intervalar ou de razão)*”; “A *distribuição da variável dependente deve seguir (aproximadamente) a normalidade*”; “No caso da situação com *design entre sujeitos, não deve existir desequilíbrio de dispersões, ou seja, as variâncias dos dois grupos devem ser homogéneas*”.

No que diz respeito às inferências estatísticas e, de acordo com Fortin (2009), usamos os seguintes níveis de significância:

$p \geq 0.05$	Não significativo
$p < 0.05$	Significativo
$p < 0.01$	Bastante significativo
$p < 0.001$	Altamente significativo

Nas correlações de Pearson, foram tomados por referência os indicadores expressos por Pestana e Gageiro (2003) que vinculam que valores de r menores que 0,2 indicam uma associação muito baixa; entre 0,2 e 0,39 baixa; entre 0,4 e 0,69 moderada; entre 0,7 e 0,89 alta; e por fim entre 0,9 e 1 uma associação muito alta.

3. RESULTADOS

Relativamente a este capítulo, serão apresentados e analisados os resultados obtidos na investigação. Primeiramente, procederemos à análise descritiva centrada na caracterização sócio-demográfica e laboral da amostra em estudo, para depois procurarmos também caracterizar não apenas os *scores* obtidos, pelos sujeitos da nossa amostra, para a variável dependente e independentes em estudo, como também analisar como estas se relacionam entre si, tendo como referência os objetivos que orientaram a nossa investigação.

3.1. ANÁLISE DESCRITIVA

A análise da estatística descritiva consiste na delineação das características da amostra em estudo, da qual provêm os dados colhidos. Permite ainda descrever os valores obtidos através da medida das variáveis (Fortin, 2009). Por uma questão de organização estrutural, dividimos a análise descritiva dos resultados:

- Caracterização sociodemográfica dos EEER;
- Caracterização laboral dos EEER;
- Caracterização do *burnout* nos EEER;
- Caracterização da satisfação geral do trabalho dos EEER;
- Caracterização da perceção de saúde dos EEER;
- Caracterização do *locus* de controlo dos EEER;
- Caracterização da autoestima dos EEER.

A apresentação destes dados surge esquematizada em várias tabelas e quadros, precedidas das análises correspondentes.

3.1.1 Caraterização sociodemográfica

Os resultados obtidos neste subcapítulo traduzem todo um conjunto de características sociodemográficas inerentes aos EEER, com referência para a idade, género, área de residência, estado civil e habilitações literárias.

Pela análise da tabela 6, podemos constatar que na totalidade da amostra, a idade mínima é de 27 anos e a máxima é de 57 anos, com uma amplitude de variação de 30 anos. A média é de 41,68 com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,67. Os resultados demonstram que a idade mínima, no género masculino, que representa 23,1% da totalidade da amostra, é de 28 anos e a máxima é de 53 anos, ao qual corresponde uma amplitude de variação situada nos 25 anos. O género feminino, que representa 76,9% da totalidade da amostra, possui uma idade mínima de 27 anos e uma idade máxima de 57 anos, registando-se por tal facto uma maior amplitude de variação que se situa nos 30 anos.

A idade média dos participantes do género masculino ($M=41,93\pm 1,48$) é ligeiramente superior à dos participantes do género feminino ($M=41,61\pm 0,75$), contudo o teste t não revela significância estatística ($t= 0,326$; $p=0,745$).

Respeitante ao coeficiente de dispersão, a idade, na sua totalidade, apresenta uma dispersão fraca. Considerando a análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos mencionar que a distribuição da idade é simétrica e mesocúrtica.

Tabela 6 - Estatísticas relativas à idade segundo o género

Idade Género	N	Min.	Max.	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/s
Masculino	27	28	53	41,93	1,48	3,53	-0,442	-1,079	0,000
Feminino	90	27	57	41,61	0,75	1,80	0,827	-1,119	0,000
Total	117	27	57	41,68	0,67	1,61	-0,143	-1,543	0,000

($t= 0,326$; $p=0,745$)

Devido à amplitude de variação encontrada que se situa entre os 30 anos para a totalidade da amostra e de maneira a conseguirmos visualizar com mais eficácia os dados, procedemos ao agrupamento da idade em classes homogéneas, tendo por base as frequências absolutas.

Os resultados demonstram (cf. quadro 12) que mais de metade da amostra apresentou uma idade igual ou inferior a 45 anos numa percentagem de 69,2%, sendo que

destes a maioria era do género feminino (70,0%). Com uma percentagem de 30,8% surgiram os sujeitos com idade igual ou superior a 46 anos, tendo a maioria destes sido do género masculino, com 33,3%. Refira-se porém, a não existência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2= 0,108$; $p=0,457$).

Relativamente à área de residência observou-se que a grande maioria dos sujeitos da amostra reside em zonas urbanas (91,5%), sendo que destes, a maioria era do género masculino (92,6%). Neste sentido, é escasso o percentual (8,5%) de sujeitos a residir em zona rural, tendo neste caso os sujeitos do género feminino apresentado maior percentagem (8,9%). O teste de *qui-quadrado* revela que não existem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=0,058$; $p=0,583$).

No que toca ao estado civil, verificou-se que 60,7% dos sujeitos eram casados, 21,4% eram solteiros, 8,5% eram divorciados, 1,7% eram viúvos e 7,7% dos sujeitos encontravam-se em união de facto. Quer no género masculino, quer no feminino verificou-se o predomínio dos sujeitos casados e solteiros com percentagens de 66,7% e 25,9% e 58,9% e 20,0%, respetivamente. Porém, pode-se constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=3,902$; $p=0,419$).

Quanto às habilitações literárias, podemos verificar que mais de metade da amostra possui licenciatura (74,4%), 22,2% dos sujeitos possuem mestrado e apenas numa percentagem de 3,4% surgem os sujeitos com doutoramento. Pode ainda referir-se que relativamente à licenciatura a maioria dos sujeitos eram do género feminino (83,3%) e a maioria dos sujeitos que possuíam o mestrado e doutoramento eram do género masculino (44,4% e 11,1%, respetivamente). O teste *qui-quadrado* mostra-nos que existem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=18,099$; $p= 0,000$) entre as habilitações literárias dos indivíduos do género masculino e as habilitações literárias do género feminino.

Quadro 12 - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género

	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
Grupo etário								
≤ 45 Anos	18	66,7	63	70,0	81	69,2	-0,3	0,3
≥ 46 Anos	9	33,3	27	30,0	36	30,8	0,3	-0,3
Área de residência								
Rural	2	7,4	8	8,9	10	8,5	-0,2	0,2
Urbana	25	92,6	82	91,1	107	91,5	0,2	-0,2
Estado Civil								
Casado(a)	18	66,7	53	58,9	71	60,7	0,7	-0,7
Solteiro(a)	7	25,9	18	20,0	25	21,4	0,7	-0,7
Divorciado(a)	2	7,4	8	8,9	10	8,5	-0,2	0,2
Viúvo(a)	-	0,0	2	2,2	2	1,7	-0,8	0,8
União de Facto	-	0,0	9	10,0	9	7,7	-1,7	1,7
Habilitações Literárias								
Licenciatura	12	44,4	75	83,3	87	74,4	3,2	-3,2
Mestrado	12	44,4	14	15,6	26	22,2	2,5	-2,5
Doutoramento	3	11,1	1	1,1	4	3,4	-4,1	4,1

3.1.2 Caraterização laboral

A análise da caraterização laboral é constituída pelas variáveis categoria profissional, tempo de exercício profissional, tipo de vínculo à instituição, tipo de horário praticado e o local de trabalho.

Alusivo à categoria profissional (cf. quadro 13) observou-se que a maioria dos sujeitos, ou seja, mais de metade da amostra era EEER (86,3%) e do género feminino (87,8%) e apenas 13,7% dos sujeitos possuíam a categoria de Enfermeiro Chefe, sendo estes na sua maioria do género masculino numa percentagem de 18,5%. Contudo, alude-se ainda ao facto de não terem existido diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=0,697$; $p=0,293$).

No que se refere ao tempo de exercício profissional na profissão verificou-se que 70,1% dos sujeitos da amostra possui 20 ou menos anos de tempo de exercício profissional e 29,9% dos sujeitos da amostra possui 21 ou mais anos de tempo de exercício profissional. Verificou-se ainda que dos sujeitos que possuíam 20 ou menos anos de tempo de serviço a maioria era do género feminino (71,1%) e a maioria dos sujeitos que possuem 21 ou mais anos de tempo de tempo de serviço (33,3%) era do género masculino. Contudo, tendo em conta o teste de *qui quadrado*, não se vislumbram significâncias estatísticas ($\chi^2=0,196$; $p=0,413$).

Alusivo ao tempo de exercício profissional na instituição verificou-se que 51,3% dos sujeitos possuía 15 ou menos anos de exercício profissional na instituição e 48,7% possuía 16 ou mais anos. Verificou-se ainda que no primeiro caso a maioria dos sujeitos era do género feminino (53,3%) e no segundo caso a maioria dos sujeitos era do género masculino, constituindo 55,6% da amostra. Porém, não existiram diferenças estatísticas significativas ($\chi^2=0,657$; $p=0,277$).

Referente ao tempo de exercício profissional no atual serviço verificou-se que 70,1% dos sujeitos da amostra trabalhava à 10 ou menos anos no atual serviço e 29,9% dos sujeitos da amostra possui 11 ou mais anos de tempo de exercício profissional no atual serviço. Verificou-se ainda que a maioria dos sujeitos que trabalhava à 10 ou menos anos no atual serviço era do género feminino (71,1%); com uma percentagem de 33,3%, constatou-se que a maioria dos sujeitos que possuem 11 ou mais anos de exercício profissional no atual serviço era do género masculino. Todavia, o teste de *qui quadrado* permite-nos observar que não existem diferenças estatísticas significativas ($\chi^2=0,196$; $p=0,413$).

Alusivo ao tempo de exercício profissional na especialidade, verificou-se que 76,9% dos sujeitos da amostra possuem 10 ou menos anos de exercício profissional, sendo que destes a maioria é do género feminino (78,9%). Dos sujeitos que possuíam 11 ou mais anos de exercício profissional na especialidade (23,1%), constatou-se que a maioria era do género masculino numa percentagem de 29,6%. Todavia, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=0,849$; $p=0,250$).

Relativo ao tipo de vínculo com a instituição verificou-se que 87,2% dos sujeitos se encontravam em contrato de trabalho em funções públicas, sendo estes na sua maioria do género masculino (88,9%); 10,3% dos sujeitos encontram-se em contrato individual de trabalho, predominando o género masculino com 11,1%; e 2,6% dos sujeitos possuem outro tipo de contrato, neste caso todos estes do género feminino, numa percentagem de 3,3%. Contudo, não se verificaram diferenças estatísticas significativas ($\chi^2=0,937$; $p=0,626$).

Quanto ao tipo de horário praticado verificou-se que 63,2% dos sujeitos possuem um horário fixo de trabalho, mais predominante no género masculino (77,8%) e 36,8% dos sujeitos da amostra possuem um horário de trabalho por turnos, sendo que destes a maioria dos sujeitos é do género feminino, com 41,1%. Contudo, verifica-se a não existência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=3,188$; $p=0,057$).

Tendo em conta o local de trabalho observou-se que 25,6% dos sujeitos da amostra exerce a profissão no Centro de Saúde e 74,4% dos sujeitos exerce a profissão no Hospital. Observou-se ainda que dos sujeitos que exercem a profissão no Centro de Saúde a maioria é do género masculino (37,0%) e dos que exercem a profissão no Hospital a maioria é do género feminino (77,8%). Por fim, ao realizar-se o teste de *qui-quadrado*, não se registaram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=2,391$; $p=0,100$).

Quadro 13 - Caracterização laboral da amostra em função do género

	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
Categoria profissional								
EEER	22	81,5	79	87,8	101	86,3	-0,8	0,8
Chefe	5	18,5	11	12,2	16	13,7	0,8	-0,8
Tempo de exercício profissional na profissão								
≤ 20 Anos	18	66,7	64	71,1	82	70,1	-0,4	0,4
≥ 21 Anos	9	33,3	26	28,9	35	29,9	0,4	-0,4
Tempo de exercício profissional na instituição								
≤ 15 Anos	12	44,4	48	53,3	60	51,3	-0,8	0,8
≥ 16 Anos	15	55,6	42	46,7	57	48,7	0,8	-0,8
Tempo de exercício profissional no atual serviço								
≤ 10 Anos	18	66,7	64	71,1	82	70,1	-0,4	0,4
≥ 11 Anos	9	33,3	26	28,9	35	29,9	0,4	-0,4
Tempo de exercício profissional na especialidade								
≤ 10 Anos	19	70,4	71	78,9	90	76,9	-0,9	0,9
≥ 11 Anos	8	29,6	19	21,1	27	23,1	0,9	-0,9
Tipo de vínculo com a instituição								
Contrato de trabalho em Funções Públicas	24	88,9	78	86,7	102	87,2	0,3	-0,3
Contrato Individual de Trabalho	3	11,1	9	10,0	12	10,3	0,2	-0,2
Outro	-	0,0	3	3,3	3	2,6	-1,0	1,0
Tipo de horário praticado								
Fixo	21	77,8	53	58,9	74	63,2	1,8	-1,8
Por turnos	6	22,2	37	41,1	43	36,8	-1,8	1,8
Local de trabalho								
Centro de Saúde	10	37,0	20	22,2	30	25,6	1,5	-1,5
Hospital	17	63,0	70	77,8	87	74,4	-1,5	1,5

3.1.3 Caraterização do *burnout*

As estatísticas relativas ao *burnout* (tabela 7), revelaram índices mínimos para a “exaustão emocional e física” de 0 e um máximo de 28, sendo a média de 11,62 ($\pm 5,96$). Relativamente ao “cinismo”, o índice mínimo foi de 0 e o máximo foi de 28, com uma média de 9,55 ($\pm 6,39$). Por último, na “eficácia profissional”, obteve-se um índice mínimo de 18 e um máximo de 36, com uma média de 30,10 e um desvio padrão em torno da média de 4,13. Os valores do coeficiente de dispersão, indicam uma dispersão elevada para a “exaustão emocional” e para o “cinismo”, no entanto, na “eficácia profissional” estamos

perante uma dispersão fraca. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição da “exaustão profissional” e do “cinismo” é assimétrica positiva e mesocúrtica; por sua vez, a distribuição da “eficácia profissional” é assimétrica negativa e mesocúrtica, facto que vai de encontro aos resultados obtidos pelo teste kolmogorov-smirnov, que nos indica que não estamos perante uma distribuição normal.

Tabela 7 - Estatística relativas ao *burnout*

<i>Burnout</i>	Min.	Max.	Média	Dp	CV(%)	Sk/erro	K/erro	K/s
Exaustão Emocional e Física	0	28	11,62	5,96	51,29	2,90	-0,687	0,016
Cinismo	0	28	9,55	6,39	66,91	2,37	-0,463	0,000
Eficácia Profissional	18	36	30,10	4,13	13,69	-2,30	-0,543	0,001

No que diz respeito à caracterização psicossocial da nossa amostra, esta é constituída pelas variáveis relativas à satisfação geral do trabalho, à perceção da minha saúde, ao *locus* de controlo e à autoestima nos EEER nos EEER.

3.1.4 Caracterização inerente à satisfação geral do trabalho

Analisando as estatísticas da satisfação com o trabalho (tabela 8), observa-se que na amostra total existe um valor mínimo de 15 e um máximo de 29, sendo a média de 20,74 ($\pm 2,82$). Alusivo ao género masculino, na satisfação com o trabalho, o valor mínimo centra-se nos 17 e o máximo nos 29, com uma média de 21,48 e um desvio padrão em torno da média de 2,61. No género feminino observa-se um valor mínimo de 15 e um máximo de 26, com uma média de 20,52 ($\pm 2,86$).

Os valores do coeficiente de dispersão, indicam uma dispersão fraca para a amostra total e para ambos os géneros. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição é simétrica e mesocúrtica na globalidade da amostra e segundo o género. Quanto ao teste kolmogorov-smirnov, verificamos que estamos perante uma distribuição normal no género masculino, contudo no género feminino e na amostra global as mesmas não seguem uma distribuição normal.

Tabela 8 - Estatísticas relativas à satisfação com o trabalho segundo o género

Satisfação com o Trabalho	Min.	Max.	Média	Dp	CV(%)	Sk/erro	K/erro	K/s
Masculino	17	29	21,48	2,61	12,15	1,415	1,510	0,076
Feminino	15	26	20,52	2,86	13,94	-0,173	-1,050	0,036
Total	15	29	20,74	2,82	13,60	0,174	-0,326	0,006

Satisfação com o trabalho e a idade

Para compreender a influência entre a satisfação com o trabalho e os grupos etários, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Pode-se inferir que a satisfação global com o trabalho é superior nos participantes com 46 ou mais anos de idade. Contudo, pelos resultados expressos na tabela 9, constata-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($U=1229,000$; $p=0,173$).

Tabela 9 - Teste U de Mann-Whitney entre a satisfação com o trabalho e os grupos etários

Dimensão	Grupos etários	≤45 anos	≥46 anos	U	p
		OM	OM		
Satisfação Global com o Trabalho		56,17	65,36	1229,000	0,173

- **Satisfação com o trabalho e o gênero**

Para entender se existe relação entre a satisfação com o trabalho e o gênero, utilizou-se o Teste t de Student. Menciona-se que os sujeitos do gênero masculino encontram-se mais satisfeitos com o trabalho do que os do gênero feminino. Porém, ao observar a tabela 10, e assumindo a igualdade de variâncias conforme resultado do teste de Levenne, o valor de t não é estatisticamente significativo ($t=1,639$; $p=0,108$).

Tabela 10 - Teste t de Student entre a satisfação com o trabalho e o gênero

Dimensão	Gênero	Masculino		Feminino		Levenne	t	p
		M	DP	M	DP			
Satisfação Global com o Trabalho		21,48	2,61	20,52	2,86	0,438	1,639	0,108

- **Satisfação com o trabalho e a categoria profissional**

Com o intuito de perceber se existe uma relação entre a satisfação com o trabalho e a categoria profissional, utilizou-se o Teste t de Student. Constatou-se que os Enfermeiros Chefes possuem maior satisfação global com o trabalho do que os EEER (cf. tabela 11). Verificou-se, no teste de Levenne, que se assumiram as variâncias, constatando-se assim, que o teste t não estatisticamente significativo nas variáveis em questão ($t=-1,766$; $p=0,093$).

Tabela 11 - Teste t de Student entre a satisfação com o trabalho e a categoria profissional

Dimensão	Categoria profissional	EEER		Chefe		Levenne	t	p
		M	DP	M	DP			
Satisfação Global com o Trabalho		20,55	2,77	21,94	2,93	0,928	-1,766	0,093

- **Satisfação com o trabalho e o tempo de exercício profissional na especialidade**

Para entender a influência entre a satisfação com o trabalho e o tempo de exercício profissional na especialidade (tabela 12), utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney.

Observou-se que a satisfação global com o trabalho centra-se nos enfermeiros que possuem 11 ou mais anos de exercício profissional na especialidade. Porém, constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (U=1087,500; p=0,406).

Tabela 12 - Teste U de Mann-Whitney entre a satisfação com o trabalho e o tempo de exercício profissional na especialidade

Tempo de Exercício Profissional na Especialidade Dimensão	≤10 anos	≥11 anos	U	p
	OM	OM		
Satisfação Global com o Trabalho	57,58	63,72	1087,500	0,406

- **Satisfação com o trabalho e o tipo de horário**

Com o intuito de compreender se existe uma relação entre a satisfação com o trabalho e o tipo de horário, utilizou-se o Teste t de Student. Analisando a tabela 13, observou-se que os enfermeiros que trabalham com um horário fixo estão mais satisfeitos com o trabalho, comparativamente com os enfermeiros que estão a trabalhar por turnos. Assumindo igualdade de variâncias conforme resultado do teste de Levenne, o valor de t é significativo, ou seja, os profissionais de saúde que exercem funções em horários fixos, apresentam índices mais elevados de satisfação com o trabalho, comparativamente com os profissionais que trabalham por turnos (t=2,497; p=0,004).

Tabela 13 - Teste t de Student entre a satisfação com o trabalho e o tipo de horário

Dimensão	Tipo de Horário	Fixo		Por Turnos		Levenne	t	p
		M	DP	M	DP			
Satisfação Global com o Trabalho		21,31	2,73	19,77	2,73	0,938	2,497	0,004

- **Satisfação com o trabalho e o local de trabalho**

No sentido de perceber se a satisfação com o trabalho está relacionada com o local de trabalho, utilizou-se o Teste t de student. Analisando a tabela 14, constatou-se que os enfermeiros que trabalham no Centro de Saúde estão mais satisfeitos com o seu trabalho

comparativamente com os que trabalham no Hospital. Todavia, ao assumir-se igualdade de variâncias conforme resultado do teste de Levene, o valor de t não é significativo ($t=0,141$; $p=0,888$).

Tabela 14 - Teste t de Student entre a satisfação com o trabalho e o local de trabalho

Dimensão	Local de Trabalho		Hospital		Levene	t	p
	M	DP	M	DP			
Satisfação Global com o Trabalho	20,80	2,37	20,72	2,97	0,078	0,141	0,888

3.1.5 Caracterização inerente à percepção de saúde

Nas estatísticas da Percepção de Saúde (tabela 15) observa-se que na amostra total existe um índice mínimo de 43 e um máximo de 90, sendo a média de 55,96 ($\pm 8,15$). Alusivo ao género masculino, o índice mínimo centra-se nos 43 e o máximo nos 90, com uma média de 56,37 ($\pm 4,29$). No género feminino observa-se um índice mínimo de 43 e um máximo de 71, com uma média de 55,82 e um desvio padrão em torno da média de 4,95. Os valores do coeficiente de dispersão demonstram uma dispersão fraca para a amostra total e para ambos os géneros. Quanto à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição é assimétrica positiva e leptocúrtica no género masculino; simétrica e leptocúrtica no género feminino e assimétrica positiva e mesocúrtica na totalidade da amostra. Relativamente ao teste kolmogorov-smirnov, averiguamos que estamos perante uma distribuição normal no género feminino, contudo no género masculino e na amostra global não estamos perante uma distribuição normal.

Tabela 15 - Estatísticas relativas à percepção de saúde segundo o género

Percepção de Saúde	Min.	Max.	Média	Dp	CV(%)	Sk/erro	K/erro	K/s
Masculino	43	90	56,37	4,29	7,61	2,295	2,485	0,000
Feminino	43	71	55,82	4,95	8,87	0,540	1,973	0,052
Total	43	90	55,96	8,15	14,56	2,228	1,906	0,000

- **Percepção de saúde e a idade**

Com o intuito de verificar se existe relação entre a percepção de saúde e os grupos etários, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Constatou-se que a percepção de saúde é superior nos participantes com 45 ou menos anos de idade (cf. tabela 16). Contudo,

constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($U=1057,5000$; $p=0,089$).

Tabela 16 - Teste U de Mann-Whitney entre a percepção de saúde e os grupos etários

Dimensão	Grupos etários	≤45 anos	≥46 anos	U	p
		OM	OM		
Percepção de Saúde		59,94	48,60	1057,500	0,089

- **Percepção de saúde e o género**

De maneira a verificar se há influência entre a percepção de saúde e o género (cf. tabela 17), utilizou-se o Teste t de Student. Poder-se-á aludir que os sujeitos do género masculino têm uma maior percepção da saúde comparativamente com os do género feminino. Porém, ao não se assumir a igualdade de variâncias, conforme os resultados do teste de Levenne, o valor de t não é significativo das variáveis referidas anteriormente ($t=0,302$; $p=0,763$).

Tabela 17 - Teste t de Student entre a percepção de saúde e o género

Dimensão	Género	Masculino		Feminino		Levenne	t	p
		M	DP	M	DP			
Percepção de saúde		56,37	14,29	55,82	4,95	0,034	0,302	0,763

- **Percepção de saúde e a categoria profissional**

Para averiguar se existe relação entre a percepção de saúde e a categoria profissional, utilizou-se o Teste t de Student. Verificou-se que os EEER possuem maior percepção de saúde do que os Enfermeiros Chefes (cf. tabela 18). Assumindo igualdade de variâncias conforme resultado do teste de Levenne, o valor de t é significativo, ou seja, confirma-se que os EEER possuem uma maior percepção da saúde do que os Enfermeiros Chefes ($t=2,487$; $p=0,017$).

Tabela 18 - Teste t de Student entre a percepção de saúde e a categoria profissional

Dimensão	Categoria Profissional	EEER		Chefe		Levenne	t	p
		M	DP	M	DP			
Percepção de Saúde		56,44	8,56	53,06	4,15	0,363	2,487	0,017

- **Percepção de saúde e o tempo de exercício profissional na especialidade**

Com o propósito de entender se existe relação entre a percepção de saúde e o tempo de exercício profissional na especialidade, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Observou-se que os enfermeiros com 10 ou menos anos de exercício profissional na especialidade têm uma melhor percepção de saúde comparativamente com os enfermeiros com 11 ou mais anos de exercício profissional na especialidade (cf. tabela 19). Todavia, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($U=929,500$; $p=0,193$).

Tabela 19 - Teste U de Mann-Whitney entre percepção de saúde e o tempo de exercício profissional na especialidade

Tempo de Exercício Profissional na Especialidade Dimensão	≤10 anos	≥11 anos	U	p
	OM	OM		
Percepção de Saúde	58,69	49,25	929,500	0,193

- **Percepção de saúde e o tipo de Horário**

Com o intuito de compreender se existe relação entre o tipo de horário e a percepção de saúde, utilizou-se o Teste t de Student. Ao analisar a tabela 20, observou-se que os enfermeiros que trabalham por turnos têm melhor percepção de saúde, do que os enfermeiros que exercem funções por horário fixo no. Porém, verificou-se que o valor de t não é significativo entre as variáveis em questão ($t=-0,050$; $p=0,960$).

Tabela 20 - Teste t de Student entre a percepção de saúde e o tipo de horário

Dimensão	Tipo de Horário	Fixo		Por Turnos		Levenne	t	p
		M	DP	M	DP			
Percepção de Saúde		55,93	9,36	56,00	5,58	0,813	-0,050	0,960

- **Percepção de saúde e o local de trabalho**

Para perceber se o local de trabalho influencia a percepção de saúde, utilizou-se o Teste t de Student. Analisando a tabela 21, verificou-se que os enfermeiros que trabalham no Centro de Saúde têm uma melhor percepção de saúde comparativamente com os enfermeiros que trabalham no Hospital. Adotando a igualdade de variâncias dada pelo teste de Levenne, constatou-se que o Teste t não revela significância estatística ($t=1,078$; $p=0,128$).

Tabela 21 - Teste t de Student entre a percepção de saúde e o local de trabalho

Dimensão	Local de Trabalho	Centro de Saúde		Hospital		Levenne	t	p
		M	DP	M	DP			
	Percepção de Saúde	57,39	4,03	55,48	9,09	0,237	1,078	0,128

3.1.6 Caracterização inerente ao *Locus* de Controlo

Na realização das estatísticas para o *Locus* de Controlo, tabela 22, constatámos que revelaram um índice mínimo para as “expectativas num controlo interno” de 22 e um máximo de 45, sendo a média de 30,77 ($\pm 4,20$). Quanto às “expectativas no controlo de outros poderosos” o índice mínimo foi de 8 e o máximo foi de 35, com uma média de 23,00 ($\pm 5,10$). Por último, nas “expectativas numa ausência de controlo”, obteve-se um índice mínimo de 8 e um máximo de 38, com uma média de 23,62 ($\pm 5,92$). Os valores do coeficiente de dispersão, indicam uma dispersão fraca para as “expectativas num controlo interno” e uma dispersão moderada para as “expectativas no controlo de outros poderosos” e nas “expectativas numa ausência de controlo”. Referente à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição das “expectativas num controlo interno” é assimétrica positiva e leptocúrtica; a distribuição das “expectativas no controlo de outros poderosos” é assimétrica negativa e mesocúrtica e a distribuição das “expectativas numa ausência de controlo” é simétrica e mesocúrtica. Analisando o teste kolmogorov-smirnov verificamos que não estamos perante uma distribuição normal.

Tabela 22 - Estatísticas relativas ao *Locus* de Controlo

<i>Locus</i> de Controlo	Min.	Max.	Média	Dp	CV(%)	Sk/erro	K/erro	K/s
Expectativas num Controlo Interno	22	45	30,77	4,20	13,65	2,673	2,850	0,014
Expectativas no Controlo de Outros Poderosos	8	35	23,00	5,10	22,17	-3,425	1,852	0,000
Expectativas numa Ausência de Controlo	8	38	23,62	5,92	25,06	-1,761	0,877	0,001

- ***Locus* de Controlo e a idade**

De maneira a perceber a influência entre o *Locus* de Controlo e os grupos etários, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Analisando a tabela 23, pode-se verificar que, os níveis de *Locus* de Controlo, nas dimensões “expectativas num controlo interno” e “expectativas numa ausência de controlo” foram superiores nos enfermeiros com idade igual

ou inferior a 45 anos. Já na dimensão “expectativas no controlo de outros poderosos” os níveis foram superiores nos enfermeiros com idade igual ou superior a 46 anos. Contudo, constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 23 – Teste U de Mann-Whitney entre o *Locus* de Controlo e os grupos etários

Dimensões	Grupos Etários	≤45 anos	≥46 anos	U	p
		OM	OM		
Expetativas num Controlo Interno		62,69	50,71	1159,500	0,077
Expetativas no Controlo de Outros Poderosos		57,33	59,53	1346,500	0,744
Expetativas numa Ausência de Controlo		59,06	58,88	1453,500	0,979

- ***Locus* de Controlo e o género**

Para se entender a influência entre o *Locus* de Controlo e o género, utilizou-se o Teste t de Student. Menciona-se que em todas as dimensões do *Locus* de Controlo os níveis mais elevados centram-se nos sujeitos do género masculino (cf. tabela 24). Porém, podemos referir que não existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 24 – Teste t de Student entre o *Locus* de Controlo e o género

Dimensões	Género	Masculino		Feminino		Levenne	t	p
		M	DP	M	DP			
Expetativas num Controlo Interno		31,04	4,77	30,70	4,01	0,242	0,367	0,715
Expetativas no Controlo de Outros Poderosos		24,41	3,85	22,57	5,37	0,052	1,652	0,101
Expetativas numa Ausência de Controlo		25,33	4,73	23,08	6,10	0,206	1,768	0,080

- ***Locus* de Controlo e a categoria profissional**

Com o intuito de perceber se existe uma relação entre o *Locus* de Controlo e a categoria profissional, utilizou-se o Teste t de Student. Refira-se que os Enfermeiros Chefes obtiveram níveis mais elevados na dimensão “expectativas num controlo interno” comparativamente com os EEER (cf. tabela 25). No entanto, nas dimensões “expectativas no controlo de outros poderosos” e “expectativas numa ausência de controlo” os níveis mais altos centram-se nos EEER. Assumindo a igualdade entre as variâncias dadas pelo teste de Levenne, averigua-se que o teste t não é significativo.

Tabela 25 - Teste t de Student entre *Locus* de Controlo e a categoria profissional

Dimensões	EEER		Chefe		Levenne	t	p
	M	DP	M	DP			
Expetativas num Controlo Interno	30,66	4,11	31,50	4,66	0,400	-0,743	0,459
Expetativas no Controlo de Outros Poderosos	23,11	5,00	22,27	5,85	0,752	0,596	0,553
Expetativas numa Ausência de Controlo	23,78	5,72	22,50	6,81	0,904	0,805	0,423

- **Locus de Controlo e o tempo de exercício profissional na especialidade**

Com a intenção de entender a influência entre o *Locus* de Controlo e o tempo de exercício profissional na especialidade, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Analisando a tabela 26, constatou-se que, os índices de *Locus* de Controlo, foram superiores em todas as dimensões nos enfermeiros com tempo de exercício profissional na especialidade inferior ou igual a 10 anos. Todavia, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 26 - Teste U de Mann-Whitney entre o *Locus* de Controlo e o tempo de exercício profissional na especialidade

Dimensões	Tempo de Exercício profissional na Especialidade		U	p
	≤10 anos OM	≥11 anos OM		
Expetativas num Controlo Interno	59,90	56,00	1134,000	0,509
Expetativas no Controlo de Outros Poderosos	58,59	55,98	1104,500	0,725
Expetativas numa Ausência de Controlo	60,89	52,69	1144,500	0,269

- **Locus de Controlo e o tipo de horário**

De maneira a perceber se existe uma relação entre o *Locus* de Controlo e o tipo de horário, utilizou-se o Teste t de Student. Constatou-se que os enfermeiros que trabalham com um horário por turnos obtiveram índices mais elevados em todas as dimensões em relação aos enfermeiros que trabalham em horário fixo (cf. tabela 27). Porém, constatamos que o teste t não é significativo entre as variáveis em questão.

Tabela 27 - Teste t de Student entre o *Locus* de Controlo e o tipo de horário

Dimensões	Fixo		Por Turnos		Levenne	t	p
	M	DP	M	DP			
Expetativas num Controlo Interno	30,65	4,49	31,00	3,62	0,464	-0,437	0,663
Expetativas no Controlo de Outros Poderosos	22,92	4,83	23,14	5,59	0,325	-0,227	0,821
Expetativas numa Ausência de Controlo	23,46	5,86	23,84	5,94	0,873	-0,334	0,739

- **Locus de Controlo e o local de trabalho**

Para entender influência entre o *Locus* de Controlo e o local de trabalho, utilizou-se o Teste t de Student. Averiguou-se que os enfermeiros que trabalham no Centro de Saúde obtiveram níveis mais elevados em todas as dimensões do *Locus* de Controlo (cf. tabela 28). Contudo, constatamos que, assumindo a igualdade de variâncias dada pelo teste de Levenne, o valor de t não é estatisticamente significativo.

Tabela 28 – Teste t de Student entre o *Locus* de Controlo e o local de trabalho

Dimensões	Local de Trabalho		Hospital		Levenne	t	p
	Centro de Saúde		M	DP			
Expetativas num Controlo Interno	31,43	4,88	30,55	3,91	0,468	0,997	0,321
Expetativas no Controlo de Outros Poderosos	23,80	4,27	22,72	5,36	0,208	1,000	0,320
Expetativas numa Ausência de Controlo	24,07	4,82	23,44	6,21	0,282	0,505	0,614

3.1.7 Caracterização inerente à autoestima

Referente as estatísticas da autoestima (tabela 29), averiguamos um índice mínimo para a “autoestima positiva” de 5 e um máximo de 19, sendo a média de 9,10 ($\pm 3,07$). Alusivo à “autoestima negativa” o índice mínimo foi de 5 e o máximo foi de 23, com uma média de 9,57 ($\pm 4,08$). Por último, na “autoestima total”, obteve-se um índice mínimo de 10 e um máximo de 39, com uma média de 18,67 e um desvio padrão em torno da média de 6,46. Os valores do coeficiente de dispersão, indicam uma dispersão elevada para todas as dimensões. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição da “autoestima positiva” e da “autoestima total” é assimétrica positiva e leptocúrtica; contudo, a distribuição da “autoestima negativa” é assimétrica positiva e mesocúrtica, facto que vai de encontro aos resultados obtidos pelo teste kolmogorov-smirnov, que nos indica que não estamos perante uma distribuição normal.

Tabela 29 - Estatísticas relativas à autoestima

Autoestima	Min.	Max.	Média	Dp	CV(%)	Sk/erro	K/erro	K/s
Autoestima Positiva	5	19	9,10	3,07	33,74	4,765	3,626	0,000
Autoestima Negativa	5	23	9,57	4,08	42,63	4,318	1,620	0,000
Autoestima Total	10	39	18,67	6,46	34,60	5,314	3,248	0,000

- **Autoestima e a idade**

Para se estudar a relação entre a autoestima e os grupos etários, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Verificou-se que a “autoestima positiva” é superior nos participantes com 45 ou menos anos de idade. No entanto, os índices de “autoestima negativa” e a “autoestima total” são superiores nos participantes com 46 ou mais anos de idade (cf. tabela 30). Contudo, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nos grupos.

Tabela 30 - Teste U de Mann-Whitney entre a autoestima e os grupos etários

Dimensões	Grupos Etários	≤45 anos	≥46 anos	U	p
		OM	OM		
Autoestima Positiva		60,58	55,44	1330,000	0,445
Autoestima Negativa		55,81	63,01	1224,500	0,282
Autoestima Total		57,04	60,19	1323,500	0,641

- **Autoestima e género**

Com o intuito de verificar se existe uma possível relação entre a autoestima e o género, utilizou-se o Teste t de Student. Analisando a tabela 31, podemos aludir que os sujeitos do género feminino têm uma maior “autoestima positiva”, comparativamente com os sujeitos do género masculino. Porém, os participantes do género masculino têm níveis mais elevados de “autoestima negativa” e “autoestima total”. No entanto, assumindo a igualdade de variâncias conforme os resultados dados pelo teste de Levene, o valor de t não demonstrou ser significativo.

Tabela 31 - Teste t de Student entre a autoestima e o género

Dimensões	Género	Masculino		Feminino		Levene	t	p
		M	DP	M	DP			
Autoestima Positiva		8,92	3,41	9,13	2,95	0,366	-0,309	0,758
Autoestima Negativa		10,31	4,19	9,35	4,04	0,727	1,056	0,293
Autoestima Total		19,27	7,19	18,49	6,27	0,583	0,536	0,593

- **Autoestima e categoria profissional**

Para perceber se existe uma relação estatisticamente significativa entre a autoestima e a categoria profissional, utilizou-se o Teste t de Student. Através da análise da tabela 32, averiguou-se que os Enfermeiros Chefes apresentam índices mais elevados na “autoestima positiva” enquanto que os EEER possuem índices mais elevados na “autoestima negativa” e

na “autoestima total”. Todavia, através da igualdade das variâncias, dadas pelos resultados do teste de Levenne, verificou-se que o teste t não é significativo.

Tabela 32 - Teste t de Student entre a autoestima e a categoria profissional

Dimensões	EEER		Chefe		Levenne	t	p
	M	DP	M	DP			
Autoestima Positiva	9,08	2,30	9,12	3,44	0,996	-0,056	0,956
Autoestima Negativa	9,58	4,14	9,50	3,79	0,763	0,069	0,945
Autoestima Total	18,68	6,49	18,62	6,46	0,922	0,030	0,976

- **Autoestima e o tempo de exercício profissional na especialidade**

Com o intuito de compreender a influência entre a autoestima e o tempo de exercício profissional na especialidade, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Analisando a tabela 33, constatou-se que os enfermeiros com 10 ou menos anos de tempo de exercício profissional na especialidade possuem índices altos na “autoestima positiva”. No entanto, os enfermeiros com 11 ou mais anos de tempo de exercício profissional na especialidade apresentam níveis mais elevados na “autoestima negativa” e na “autoestima total”. Contudo, observou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 33 - Teste U de Mann-Whitney entre a autoestima e o tempo de exercício profissional na especialidade

Tempo de Exercício Profissional na Especialidade Dimensões	≤10 anos	≥11 anos	U	p
	OM	OM		
Autoestima Positiva	59,04	58,85	1211,000	0,979
Autoestima Negativa	55,88	64,91	1001,500	0,215
Autoestima Total	56,58	62,63	1063,000	0,408

- **Autoestima e tipo de horário**

Para averiguar se existe uma relação entre o tipo de horário e a autoestima, utilizou-se o Teste t de Student. Observou-se que os enfermeiros que trabalham por turnos têm uma “autoestima positiva, negativa e total” mais elevada, comparativamente com os enfermeiros que possuem um horário fixo de trabalho (cf. tabela 34). No entanto, assumindo igualdade de variâncias conforme resultado do teste de Levenne, o valor de t não demonstrou ser significativo.

Tabela 34 - Teste t de Student entre a autoestima e o tipo de horário

Dimensões	Tipo de Horário	Fixo		Por Turnos		Levenne	t	p
		M	DP	M	DP			
	Autoestima Positiva	8,96	2,98	9,30	3,18	0,664	-0,585	0,560
	Autoestima Negativa	9,36	3,99	9,93	4,25	0,893	-0,723	0,471
	Autoestima Total	18,33	6,24	19,26	6,87	0,584	-0,744	0,458

- **Autoestima e local de trabalho**

Para compreender se a autoestima é influenciada pelo local de trabalho, utilizou-se o Teste t de Student. Analisando a tabela 35, constatou-se que os enfermeiros que trabalham no Hospital têm índices mais elevados nas dimensões “autoestima positiva”, “autoestima negativa” e “autoestima total”, comparativamente com os enfermeiros que trabalham no Centro de Saúde. Denote-se que, assumindo a igualdade de variâncias conforme resultado do teste de Levenne, o valor de t não é significativo.

Tabela 35 - Teste t de Student entre a autoestima e o local de trabalho

Dimensões	Local de Trabalho	Centro de Saúde		Hospital		Levenne	t	p
		M	DP	M	DP			
	Autoestima Positiva	8,90	2,38	9,15	3,25	0,160	-0,385	0,701
	Autoestima Negativa	8,60	3,86	9,90	4,12	0,523	-1,516	0,132
	Autoestima Total	17,50	5,47	19,08	6,76	0,135	-1,155	0,251

3.2. ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passamos de seguida á análise inferencial dos mesmos. A estatística inferencial possibilita, com base nos dados recolhidos, a obtenção de conclusões num domínio mais vasto de onde esses elementos provieram (Pestana & Gageiro, 2003). Sobre esta temática, Fortin (2009, p. 440) refere que “*a estatística inferencial serve para generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população*”. Assim, trata-se de determinar em que medida os valores da amostra constituem boas estimações dos parâmetros da população.

Após estas considerações iniciais procedemos de seguida à análise das correlações entre as diversas variáveis e o *burnout* de forma a encontrar fundamento empírico que dê resposta aos objetivos da presente investigação.

Influência dos fatores sociodemográficos no *burnout* nos EEER*- Burnout* nos EEER *versus* idade

Com o intuito de perceber a influência entre a idade e o *burnout*, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Pode-se inferir, através da análise da tabela 36, que, os níveis de *burnout* nas dimensões “exaustão emocional e física” e “cinismo” são superiores nos participantes com 46 ou mais anos de idade. Refira-se que, na dimensão “eficácia profissional” os níveis de *burnout* são mais elevados nos sujeitos com idades iguais ou inferiores a 45 anos. No entanto, constatou-se que as diferenças entre os grupos não apresentam significância estatística.

Tabela 36 - Teste U de Mann-Whitney entre o *burnout* e os grupos etários

Dimensões	Grupo Etários	≤45 anos	≥46 anos	U	p
		OM	OM		
Exaustão Emocional e Física		57,47	57,56	1380,500	0,990
Cinismo		55,14	65,97	1171,000	0,108
Eficácia Profissional		56,52	63,07	1257,500	0,334

- Burnout nos EEER *versus* género

Para se compreender a influência do género sobre o *burnout*, utilizou-se o Teste t de Student. Saliente-se que, em duas das dimensões do *burnout* (“exaustão emocional e física” e “cinismo”), os níveis mais elevados são atribuídos aos sujeitos do género masculino (cf. tabela 37). Quanto à dimensão “eficácia profissional” os níveis de *burnout* são mais elevados nos sujeitos do género feminino. Todavia, assumindo igualdade de variâncias conforme os resultados do teste de Levene, o valor de t não é significativo.

Tabela 37 - Teste t de Student entre o *burnout* e o género

Dimensões	Género	Masculino		Feminino		Levene	t	p
		M	DP	M	DP			
Exaustão Emocional e Física		11,89	5,53	11,57	6,09	0,636	0,251	0,803
Cinismo		9,56	5,94	9,48	6,54	0,525	0,054	0,957
Eficácia Profissional		30,11	4,74	30,10	4,12	0,212	0,010	0,992

- *Burnout* nos EEER versus área de residência

Com o intuito de estudar a relação entre a área de residência e o *burnout*, utilizou-se o Teste t de Student. Observou-se que em todas as dimensões do *burnout* os níveis mais elevados são atribuídos aos participantes que residem na zona rural, (cf. tabela 38). Contudo, assumindo igualdade de variâncias conforme os resultados do teste de Levene, o valor de t não é significativo.

Tabela 38 - Teste t de Student entre o *burnout* e a área de residência

Dimensões	Área de Residência		Rural		Urbana		Levene	t	p
	M	DP	M	DP	M	DP			
Exaustão Emocional e Física	11,90	6,22	11,62	5,94	,838	0,139	0,890		
Cinismo	10,60	6,22	9,39	6,41	,884	0,569	0,571		
Eficácia Profissional	29,80	4,58	30,13	4,23	,813	-0,235	0,814		

- *Burnout* nos EEER versus estado civil

Para entender a influência do estado civil sobre o *burnout*, utilizou-se o Teste Kruskal-Wallis. Analisando a tabela 39, observou-se que os níveis de *burnout*, na dimensão “exaustão emocional e física” são superiores nos participantes divorciados. Na dimensão “cinismo”, os índices são superiores nos indivíduos solteiros. Por fim, na dimensão “eficácia profissional” os índices mais altos de *burnout* centram-se nos participantes viúvos. No entanto, constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 39 - Teste Kruskal-Wallis entre o *burnout* e o estado civil

Dimensões	Estado Civil	Casado (a)	Solteiro (a)	Divorciado (a)	Viúvo (a)	União de facto	KW	p
		OM	OM	OM	OM	OM		
Exaustão Emocional e Física		57,81	56,17	66,44	21,50	57,69	3,088	0,543
Cinismo		57,36	67,15	54,70	28,50	55,33	3,481	0,481
Eficácia Profissional		58,60	57,54	64,55	54,50	54,56	0,501	0,973

- *Burnout* nos EEER versus habilitações literárias

Com o objetivo de estudarmos se existe relação entre as habilitações literárias e o *burnout*, utilizou-se o Teste Kruskal-Wallis. De acordo com a tabela 40, observou-se que, os níveis de *burnout* são mais elevados na dimensão “exaustão emocional e física” nos participantes que possuem o Doutorado. Em relação às dimensões “cinismo” e “eficácia profissional”, constatou-se que os níveis são superiores nos indivíduos que têm Mestrado.

Todavia, averiguou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 40 - Teste Kruskal-Wallis entre o *burnout* e as habilitações literárias

Dimensões	Habilitações Literárias	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento	KW	p
		OM	OM	OM		
Exaustão Emocional e Física		55,56	62,10	70,00	1,354	0,508
Cinismo		57,90	62,38	46,13	0,920	0,631
Eficácia Profissional		58,94	56,52	61,88	0,146	0,929

Influência dos fatores laborais no burnout nos EEER

- Burnout nos EEER versus categoria profissional

Com o intuito de perceber se existe uma relação entre a categoria profissional e o burnout, utilizou-se o Teste t de Student, em consonância com o teste de Levene.

Ao analisar a tabela 41 verificamos que os EEER, quando comparados com os Enfermeiros Chefes, demonstraram possuir índices mais baixos de *burnout* na dimensão “exaustão emocional e física”, índices mais elevados na dimensão “Cinismo” e menores índices na dimensão “eficácia profissional”. Porém, pela interpretação dos valores de significância, estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Tabela 41 - Teste t de Student entre o *burnout* e a categoria profissional

Dimensões	Categoria Profissional		Chefe		Levene	t	p
	Especialista		M	DP			
Exaustão Emocional e Física	M	DP	M	DP	0,382	-0,295	0,772
Cinismo	11,57	5,80	12,13	6,98	0,057	0,169	0,868
Eficácia Profissional	9,55	6,08	9,19	8,24	0,054	1,037	0,314

- *Burnout* nos EEER versus tempo de exercício profissional na especialidade

Para entender a influência entre o tempo de exercício profissional na especialidade e o *burnout*, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Observou-se que, os níveis de *burnout*, nas dimensões “exaustão emocional e física” e “cinismo” são superiores nos participantes com 10 ou menos anos de tempo de exercício profissional na especialidade (cf. tabela 42). Por outro lado, os enfermeiros que possuem 10 ou menos anos de tempo de exercício profissional na especialidade possuem níveis mais baixos de *burnout* na dimensão “eficácia profissional”. Contudo, salientamos que apenas existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão “exaustão emocional e física” (U=828,500; p=0,033).

Tabela 42 - Teste U de Mann-Whitney entre o *burnout* e o tempo de exercício profissional na especialidade

Tempo de Exercício Profissional na Especialidade Dimensões	≤10 anos	≥11 anos	U	p
	OM	OM		
Exaustão Emocional e Física	61,09	45,37	828,500	0,033
Cinismo	59,70	54,54	1094,500	0,484
Eficácia Profissional	58,65	57,98	1156,500	0,929

- *Burnout* nos EEER *versus* vínculo à instituição

Quanto ao estudo da associação entre o tipo de vínculo à instituição e o *burnout*, podemos concluir através do teste de Kruskal-Wallis presente na tabela 43 que os níveis de *burnout* foram mais elevados nas dimensões “exaustão emocional e física” e “cinismo” nos profissionais que possuem um contrato de trabalho em funções públicas. Porém, na dimensão “eficácia profissional”, os participantes com maiores níveis foram os que possuem contrato individual de trabalho. No entanto, menciona-se que não existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 43 - Teste Kruskal-Wallis entre o *burnout* e o vínculo à instituição

Vínculo à instituição Dimensões	Contrato de Trabalho em Funções Públicas	Contrato Individual de Trabalho	Outro	KW	p
	OM	OM	OM		
Exaustão Emocional e Física	58,58	50,18	48,33	0,880	0,644
Cinismo	58,89	54,82	58,83	0,146	0,929
Eficácia Profissional	58,49	56,25	67,83	0,287	0,866

- *Burnout* nos EEER *versus* tipo de horário praticado

Quanto à influência do tipo de horário praticado no *burnout*, apuramos através do Teste t de Student, presente na tabela 44, que os enfermeiros que têm um horário de trabalho por turnos, obtiveram níveis mais elevados em todas as dimensões do *burnout*. Contudo, assumindo a igualdade de variâncias conforme resultado do teste de Levene, o valor de t não é significativo.

Tabela 44 - Teste t de Student entre o *burnout* e o tipo de horário praticado

Dimensões	Tipo de Horário		Levene		t	p	
	Fixo	Por Turnos	M	DP			
Exaustão Emocional e Física	M	DP	M	DP	0,538	-0,622	0,536
Cinismo	11,37	5,65	12,11	6,45	0,479	-0,166	0,869
Eficácia Profissional	9,42	6,45	9,63	6,32	0,656	0,804	0,423

- *Burnout* nos EEER *versus* local de trabalho

Quanto ao estudo da associação entre o local de trabalho e o *burnout*, podemos concluir através do Teste t de Student, presente na tabela 45, que os enfermeiros que trabalham no Centro de Saúde obtiveram índices mais elevados de *burnout* nas dimensões “exaustão emocional e física” e “cinismo”. Por sua vez, os enfermeiros que trabalham no Hospital apresentaram níveis mais elevados na dimensão “eficácia profissional”. Porém, pela interpretação dos valores de significância, estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Tabela 45 - Teste t de Student entre o *burnout* e o local de trabalho

Dimensões	Local de Trabalho		Hospital		Levenne	t	p
	Centro de Saúde						
	M	DP	M	DP			
Exaustão Emocional e Física	11,93	6,72	11,55	5,69	0,253	0,272	0,787
Cinismo	10,59	6,81	9,14	6,23	0,390	1,013	0,317
Eficácia Profissional	30,76	3,74	29,88	4,40	0,397	1,040	0,303

Influência dos fatores psicossociais no burnout nos EEER

Tendo como base a presente relação, temos o intuito de identificar se o *burnout* influencia a Satisfação com o Trabalho; a Perceção da Saúde; o Locus de Controlo e a Autoestima. Face ao exposto efetuamos análises de regressões múltiplas para testar o valor preditivo das variáveis independentes em relação à variável dependente. O método de estimação utilizado foi o *stepwise* (passo a passo).

- **Relação entre variáveis independentes e a variável dependente (“Exaustão Emocional e Física”)**

Relativo à “exaustão emocional e física”, observando a tabela 46, verifica-se a existência de correlações positivas e negativas, oscilando entre ($r=-0,003$) na “perceção global da saúde” e ($r=0,435$) na “autoestima negativa”. Constatou-se a existência de associações lineares muito baixas (“satisfação geral com o trabalho”; “perceção da saúde”; “expectativas num controlo interno”); de associações lineares baixas (“expectativas no controlo de outros poderosos”; “expectativas numa ausência de controlo”; “autoestima positiva”) e associações lineares moderadas (“autoestima negativa”; “autoestima total”).

Observamos, ainda, que existem correlações positivas e significativas entre as variáveis independentes “expectativas num controlo interno”, “expectativas no controlo de

outros poderosos”, “expectativas numa ausência de controlo”, “autoestima positiva”, “autoestima negativa” e “autoestima total” com a variável dependente, ou seja, quando aumentam as variáveis independentes referidas, aumenta a “exaustão emocional e física”.

Tabela 46 - Correlação de Pearson entre a “exaustão emocional e física” e as variáveis independentes

Variáveis	r	p
Satisfação Geral com o Trabalho	-0,011	0,456
Perceção Global de Saúde	-0,003	0,487
Expectativas num Controlo Interno	0,166	0,045
Expectativas no Controlo de Outros Poderosos	0,354	0,000
Expectativas numa Ausência de Controlo	0,383	0,000
Autoestima Positiva	0,289	0,001
Autoestima Negativa	0,435	0,000
Autoestima Total	0,410	0,000

Através da análise do quadro 14, verificamos que a primeira variável a entrar no modelo de regressão é a “autoestima negativa” por se apresentar com maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=0,435$), estabelecendo uma associação moderada e explicando por si só 18,9% da “exaustão emocional e física”, com um erro padrão de 5,400.

A segunda variável a entrar no modelo de regressão são as “expectativas numa ausência de controlo”, para se juntar à “autoestima negativa”, estabelecendo uma associação baixa e explicando as duas 25,9% da “exaustão emocional e física”, com um erro padrão de 5,187.

O teste F é estatisticamente significativo levando-nos a depreender que existe uma relação entre as variáveis referidas anteriormente. Deste modo, deduz-se que quanto maior é a “exaustão emocional e física” maior é a “autoestima negativa” e as “expectativas numa ausência de controlo”.

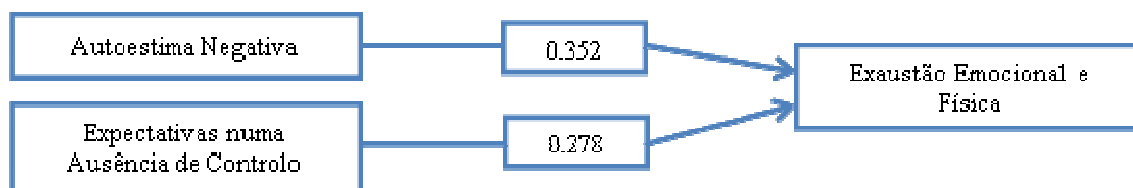
O modelo final ajustado para a “exaustão emocional e física” é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{“Exaustão Emocional e Física”} = 0,082 + 0,352 \text{ “Autoestima Negativa”} + 0,278 \text{ “Expectativas numa Ausência de Controlo”}$$

Quadro 14 - Regressão múltipla entre a “exaustão emocional e física” e as variáveis independentes

Variável dependente: “Exaustão Emocional e Física”					
R=0,509					
R ² =0,259					
R ² Ajustado=0,245					
Erro padrão de estimativa=5,187					
Incremento de R ² =0,070					
F=9,649					
p=0,002					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes		Coefficiente Beta	Coefficiente Padronizado	t	p
Constante		0,082			
“Autoestima Negativa”		0,516	0,352	3,936	0,000
“Expectativas numa Ausência de Controlo”		0,276	0,278	3,106	0,002
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	961,057	2	480,529	17,858	0,000
Residual	2744,600	102	26,908		
Total	3705,657	104			

Figura 4 - Esquema síntese da “Exaustão Emocional e Física”



- Relação entre variáveis independentes e a variável dependente (“cinismo”)

Respeitante ao “cinismo”, observando a tabela 47, verifica-se a existência de correlações positivas e negativas oscilando entre (r=0,056) na “perceção global da saúde” e (r=0,455) na “autoestima negativa”. Mencione-se que a existência de associações lineares muito baixas (“satisfação geral com o trabalho”; perceção geral da saúde”; “expectativas num controlo interno”); de associações lineares baixas (“autoestima positiva”) e associações lineares moderadas (“expectativas no controlo de outros poderosos”; “expectativas numa ausência de controlo”; “autoestima negativa”; “autoestima total”). Observa-se a existência de correlações significativas entre as “expectativas no controlo de outros poderosos”; as “expectativas numa ausência de controlo”; a “autoestima positiva”; e “autoestima negativa” e a “autoestima total” e entre o “cinismo”.

Tabela 47 – Correlação de Pearson entre o “cinismo” e as variáveis independentes

Variáveis	r	p
Satisfação Geral com o Trabalho	-0,112	0,126
Perceção Global de Saúde	0,056	0,282
Expectativas num Controlo Interno	0,052	0,299
Expectativas no Controlo de Outros Poderosos	0,404	0,000
Expectativas numa Ausência de Controlo	0,433	0,000
Autoestima Positiva	0,319	0,000
Autoestima Negativa	0,455	0,000
Autoestima Total	0,438	0,000

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a “autoestima negativa” já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica, no primeiro modelo, 20,7% da variação do “cinismo” e o erro padrão de regressão é de 5,478, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados do “cinismo”.

No segundo modelo de regressão, para além da “autoestima negativa”, entraram as “expectativas numa ausência de controlo”, no seu conjunto passaram a explicar 29,9% da variabilidade total do “cinismo” tendo o erro estimado diminuído para 5,430.

Os resultados destes dois modelos são apresentados no quadro 15 que evidencia como a “autoestima negativa” e as “expectativas numa ausência de controlo” são preditoras do “cinismo”. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem é moderada ($r=0,547$). Por sua vez, os testes F ao apresentarem resultados que são estatisticamente significativos, leva-nos a inferir que existe uma relação entre as variáveis referidas anteriormente.

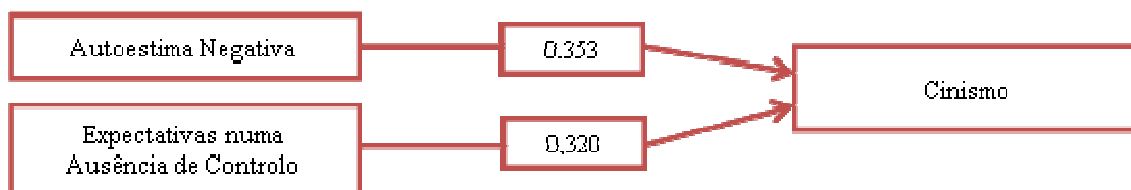
O modelo final ajustado para o “cinismo” é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{“Cinismo”} = -4,038 + 0,353 \text{ “Autoestima Negativa”} + 0,320 \text{ “Expectativas numa Ausência de Controlo”}$$

Quadro 15 - Regressão múltipla entre o “cinismo” e as variáveis independentes

Variável dependente: “ <i>Cinismo</i> ”					
R=0,547					
R ² =0,299					
R ² Ajustado=0,285					
Erro padrão de estimativa=5,430					
Incremento de R ² =0,092					
F=13,634					
p=0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes		Coefficiente Beta	Coefficiente Padronizado	t	p
Constante		-4,038			
“Autoestima Negativa”		0,556	0,353	4,072	0,000
“Expectativas numa Ausência de Controlo”		0,338	0,320	3,692	0,000
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	1307,375	2	653,687	22,169	0,000
Residual	3066,644	102	29,487		
Total	4374,019	104			

Figura 5 - Esquema síntese do “cinismo”



- Relação entre variáveis independentes e a variável dependente (“eficácia profissional”)

Alusivo à “eficácia profissional” (tabela 48), observa-se a existência de correlações negativas e positivas oscilando entre (r=0,036) nas “expectativas num controlo interno” e (r=-0,494) na “autoestima total”. Verifica-se a existência de associações lineares muito baixas (“satisfação geral com o trabalho”; “perceção da saúde”; “expectativas num controlo interno”; “expectativas no controlo de outros poderosos”; “expectativas numa ausência de controlo”) e associações lineares moderadas (“autoestima positiva”; “autoestima negativa e autoestima total”).

Observamos que existem correlações negativas significativas na variável independente “expectativas no controlo de outros poderosos”; “expectativas numa ausência de controlo”; “autoestima positiva”; “autoestima negativa” e “autoestima total” com a variável dependente, ou seja, à medida que aumentam os índices das variáveis independentes

referidas, diminuem os valores da “eficácia profissional”, logo aumentam os níveis de *burnout*.

Tabela 48 - Correlação de Pearson entre a “eficácia profissional” e as variáveis independentes

Variáveis	r	p
Satisfação Geral com o Trabalho	0,148	0,064
Perceção Global de Saúde	0,135	0,083
Expectativas num Controlo Interno	0,036	0,358
Expectativas no Controlo de Outros Poderosos	-0,171	0,039
Expectativas numa Ausência de Controlo	-0,196	0,021
Autoestima Positiva	-0,470	0,000
Autoestima Negativa	-0,428	0,000
Autoestima Total	-0,494	0,000

Averiguamos que a primeira e única variável a entrar no modelo de regressão é a “autoestima total” por se apresentar com maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=-0,494$), estabelecendo uma associação moderada e explicando por si só 49,4% da “eficácia profissional”, com um erro padrão de 3,805. O teste F é estatisticamente significativo, o que leva a inferir que existe influência entre a “eficácia profissional” e a “autoestima total” (cf. Quadro 16).

O modelo final ajustado para a “eficácia profissional” é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{“Eficácia Profissional”} = 36,373 + (-0,494) \text{ “Autoestima Total”}$$

Quadro 16 - Regressão múltipla entre a “eficácia profissional” e as variáveis independentes

Variável dependente: “Eficácia Profissional”					
R=0,494					
R ² =0,244					
R ² Ajustado=0,237					
Erro padrão de estimativa=3,805					
Incremento de R ² =0,244					
F=33,849					
p=0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta		Coeficiente Padronizado	t	p
Constante	36,373				
“Autoestima Total”	-0,329		-0,494	-5,818	0,000
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	490,047	1	490,047	33,849	0,000
Residual	1520,140	105	14,478		
Total	2010,187	106			

Figura 6 - Esquema síntese da “Eficácia Profissional”



4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No capítulo anterior, procedemos à apresentação dos resultados do estudo empírico, procurando salientar os mais significativos. Neste capítulo interpretam-se e discutem-se os resultados obtidos no referido estudo, confrontando-se com o quadro teórico de referência e retirando implicações para o desenvolvimento do estudo. Será constituída assim uma conexão lógica com a literatura prévia.

Teceremos ainda algumas considerações sobre a metodologia utilizada, os objetivos e limitações do estudo, bem como as implicações que os resultados obtidos poderão ter no desenvolvimento de novos modelos de programas de reabilitação.

Considerando que o EEER é uma dualidade funcionando numa unidade, o corpo produz mudanças na mente e esta age sobre o corpo. Atualmente, a vida repleta de *stress* e preocupações, é fonte constante de perturbações e doenças psicossomáticas, como por exemplo o *burnout*. Para alcançar o equilíbrio entre saúde e bem-estar, o EEER utiliza recursos protetores que, quando não são percebidos, poderão a vir alterar os resultados terapêuticos da intervenção de reabilitação. O uso constante de formas de defesas indesejáveis e a persistência do desequilíbrio saúde-bem-estar resultam em distúrbios psicossociais.

A Enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority* como a quarta profissão mais stressante. Além disso, encontra dificuldades em delimitar os diferentes papéis da profissão e, conseqüentemente, a falta de reconhecimento nítido entre o público, levando ao aumento da despersonalização do trabalhador em relação à profissão (Jodas & Haddad, 2009).

Na atualidade, discute-se por que é relevante estudar *burnout*. O fato é que os Enfermeiros são especialmente suscetíveis a altas taxas de *burnout*, e, por isso, as organizações estão cada vez mais preocupadas com a qualidade de vida, o bem-estar e a saúde física e mental dos seus colaboradores, pois esta síndrome pode levar a sérias repercussões, tanto no âmbito laboral como pessoal. Afinal, a saúde laboral destes profissionais pode repercutir tanto na qualidade dos cuidados prestados, como no seu grau de formação (Gil-Monte, 2003).

A Enfermagem, como prática social, não ficou isenta às transformações introduzidas no mundo do trabalho. Nota-se que em Portugal, a síndrome de *burnout* ainda é pouco estudado, embora já se conheça a sua importância no trabalho dos profissionais de

Enfermagem. Assim, entende-se que estudar o *burnout* em Enfermeiros permite compreender e elucidar alguns problemas, tais como a insatisfação profissional, a produtividade do trabalho, o absentismo, os acidentes de trabalho e algumas doenças ocupacionais, além de permitir a busca de intervenções e soluções (Murofuse *et al.*, 2005).

Fernandes *et al.* (2008) pesquisaram a associação entre *burnout* e o trabalho em Enfermagem. Os resultados revelaram que esta classe vivencia um cenário de instabilidade e insegurança e tem ainda de conviver com ausência de horas adequadas de repouso e simultaneamente com a falta de tempo para realização de outro tipo de atividades no cotidiano, acabando por desenvolver o *burnout*.

De acordo com Caldereno *et al.* (2008) os fatores que levam ao surgimento de *burnout* na equipe de enfermagem são agrupados em três categorias: a) funcionamento organizacional que se refere ao caráter hierárquico e burocrático das organizações de saúde; b) relacionamento interpessoal, seja entre colegas de mesmo nível hierárquico, superiores e subordinados, seja entre empregados e clientes resultando em conflitos; c) sobrecarga de trabalho, afetando negativamente, a percepção do enfermeiro acerca do seu contexto de trabalho e associando-se principalmente ao *deficit* de pessoal.

Isto leva-nos de encontro a um dos nossos objetivos desta investigação que passa por contribuir para a reflexão sobre as características e consequências de *burnout* nos EEER numa lógica de produção de conhecimento que facilite uma abordagem global de reabilitação ao longo de qualquer tipo de intervenção no EEER.

Contudo o presente estudo teve como objetivos gerais: conhecer incidência da síndrome de *burnout* em EEER sob influência das variáveis *sociodemográficas* (idade, género, área de residência, estado civil); laborais (habilitações literárias, categoria profissional, tempo de exercício na profissão, tipo de vínculo à instituição, tipo de horário praticado e o local de trabalho) e psicossociais (Satisfação Geral do Trabalho, Percepção Geral da Saúde, *Locus* de Controlo, Autoestima Global) que exercem um efeito significativo sobre o *burnout* nestes profissionais. Desta forma, pretendemos contribuir para a compreensão dos múltiplos fatores que podem influenciar a incidência de *burnout* nos EEER, chamando à atenção para a importância de se entender a pessoa como um todo, numa rede complexa de múltiplas influências, numa lógica de produção de conhecimento que facilite o desenho de programas de intervenção formativos e informativos, visando a promoção do bem-estar e qualidade de vida dos EEER.

Face ao exposto e apesar de se ter feito um esforço para realizar um estudo integrador e compreensivo, ficou-se com a impressão de se terem observado apenas alguns pormenores, que julgamos importantes, numa paisagem muito vasta e complexa que consiste no conjunto dos possíveis “fatores e mecanismos” que contribuem para a incidência

de *burnout* nos EEER. Uma das preocupações tida em conta desde o início da conceptualização da investigação, foi desenvolver um trabalho científico pautado pelo rigor metodológico. Deste modo, relativamente ao processo de recolha de dados e avaliação das variáveis gostaríamos de tecer as seguintes considerações:

1. A preocupação tida em conta na colheita de dados, que se traduz pelo tão simples mas importante facto da mesma ter sido efetuada aleatoriamente, sendo a forma mais simples de obtermos uma amostra representativa da população, evitando qualquer tendenciosidade consistente numa amostra. Por outro lado, decorrem do não conhecimento minucioso dos estratos da população à partida e, logicamente, da não distribuição equitativa destes na amostra formada.

2. O anonimato dos sujeitos neste estudo garantiu um maior aprofundamento dos resultados e das análises, mas pode ter limitado a pesquisa pelo eventual enviesamento nos resultados introduzidos pelos sujeitos.

3. Para avaliar a generalidade das variáveis em estudo, utilizámos instrumentos de medida com apreciável fiabilidade, aferidos para a população portuguesa;

4. A utilização do inquérito é uma forma eficiente de coletar informação de um grande número de respondentes e de uma grande variedade de informação e são fáceis de ministrar. Todavia, são dependentes da motivação dos sujeitos, sua honestidade, memória e capacidade de resposta e as repostas fechadas, podem ter baixa validade.

5. Apesar da fraca expressão de estudos em que nos possamos ancorar de forma mais direta, importa referir o esforço no sentido de os descobrir a nível nacional e internacional.

Partindo deste referencial, de seguida serão apresentadas e discutidas as relações e generalizações evidenciadas pelos resultados da investigação, da mesma forma que se tentará procurar demonstrar como estes mesmos resultados e interpretações concordam ou diferem com trabalhos previamente publicados.

Tendo em conta a caracterização psicossocial da amostra, encontramos influências significativas entre:

- a) Satisfação com o trabalho e o tipo de horário
- b) Perceção de saúde e a categoria profissional

A escala de satisfação geral no trabalho avaliada no nosso estudo, dá-nos a ideia de como as pessoas e o sujeito, individualmente, se sente relativamente ao trabalho. Assim, analisando a nossa investigação constata-se que, os profissionais de saúde que exercem funções em horário fixo, possuem índices mais elevados de satisfação com o trabalho, comparativamente com os profissionais que trabalham por turnos.

Este resultado, coaduna-se com o esperado, na medida em que o Enfermeiro que realize as suas funções diariamente, com o mesmo horário, consegue orientar e planear

melhor a sua vida individual e social. Com este tipo de horário, o profissional consegue manter frequentes interações com a família, preservando as relações familiares, quer a nível matrimonial e do cuidado aos filhos, bem como, os contatos sociais e a prática de atividades de tempos livres.

Queirós (2005) obteve resultados semelhantes aos deste estudo, referindo que a eficácia profissional é maior nos Enfermeiros que não trabalham por turnos e, por conseguinte, prediz uma melhor satisfação geral no trabalho. Observa ainda, que os indivíduos que trabalham por turnos apresentam níveis mais elevados de exaustão emocional e física e níveis mais baixos nas restantes dimensões. Da mesma forma, Soares (2007), num estudo realizado a 82 enfermeiros a exercer funções no hospital de Águeda, verificou que os enfermeiros que trabalham em regime de horário fixo apresentam médias superiores na satisfação, comparativamente aos enfermeiros que trabalham por turnos.

O tipo de horário praticado, nomeadamente o trabalho por turnos, e mais especificamente o horário noturno, tem sido apontado como potenciador de exaustão emocional e da despersonalização, diminuindo por isso a satisfação geral com o trabalho (Sahraian *et al.*, 2008).

A organização do horário de trabalho por turnos inverte o padrão do ciclo sono-vigília e resulta habitualmente numa dissociação entre os ritmos biológicos, psicológicos e sociais dos trabalhadores (devido ao desalinhamento entre o sistema circadiano e os sincronizadores ambientais), situação que pode perturbar a satisfação com o trabalho e o desempenho das funções (com aumento do número de erros e acidentes), a vida familiar e social (uma vez que têm dificuldade em participar em eventos sociais e familiares) e a saúde a curto e longo prazo (perturbações do sono, gastrointestinais, cardiovasculares, do estado de humor e fadiga) (Minors & Waterhouse, 1981; Minors, Scott & Waterhouse, 1986; Folkard, 1989; Comperatore & Krueger, 1990; Costa, 1997 *cit. in* Silva, 2000).

São vários os estudos que demonstram uma associação entre o trabalho por turnos e acidentes de trabalho, absentismo, perturbações gastrointestinais, perturbações do humor, perturbações do sono (Silva, 2000).

A evidência de que este ritmo de trabalho, cujas horas de dormir e de estar acordado são consideravelmente alteradas, é prejudicial à saúde e à produtividade dos trabalhadores, assim como pode pôr em risco a segurança destes e dos que os rodeiam (Cabral & Veiga, 2006).

Neste contexto, Silva e Silvério (1997, p. 233), confirmam que *“o trabalho por turnos é vivenciado por muitos enfermeiros como um problema médico, psicológico e sócio-familiar com elevados custos”*.

Em relação à influência significativa entre a “perceção de saúde” e a “categoria profissional”, o nosso estudo refere que os EEER possuem uma melhor perceção da sua saúde do que os Enfermeiros Chefes. O facto de se ter obtido esta relação significativa pode ser explicada pelo facto de os EEER estarem mais em contacto direto e físico com os utentes, tendo em conta os seus *handicaps*, as suas necessidades afetadas e olhando para o utente como um todo na altura de conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. Este poderá ser um fator preponderante, para que o EEER tenha uma maior e melhor perceção da sua saúde em comparação com os Enfermeiros Chefes.

Outro fator que pode explicar este resultado, prende-se com o facto de que a intervenção do EEER visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos utentes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas; ou seja, o papel do EEER na saúde é multidimensional, uma vez que a sua atuação, não se centra apenas aquando da instalação da incapacidade, mas também na prevenção da mesma. Uma vez que estes profissionais estão mais despertos para estas situações, pode ser mais uma justificativa para que os EEER apresentem uma melhor perceção da sua saúde em relação aos Enfermeiros Chefes.

Os Enfermeiros Chefes detêm a responsabilidade de todos os aspetos operacionais do serviço que lidera, de forma a assegurar cuidados de enfermagem com o máximo de qualidade e eficiência. Regra geral, como os Enfermeiros Especialistas são o “braço direito” dos Enfermeiros Chefes, esta responsabilidade é-lhes muitas vezes atribuída/incutida pelos seus superiores. Será esta responsabilidade na excelência e qualidade de cuidados prestados aos utentes, que também justifique que os EEER estejam mais atentos à perceção da sua saúde, em detrimento dos Enfermeiros Chefes.

Influência das variáveis sócio-demográficas nas sub-escalas de burnout nos EEER

No que concerne ao nosso estudo, a nossa amostra tem maioritariamente 45 ou menos anos, numa percentagem de 69,2%. Porém, a idade não diferencia os valores das dimensões “exaustão emocional e física”, “cinismo” e “eficácia profissional”, facto que vai ao encontro de outros estudos que também não revelaram correlações significativas entre a idade e as sub-escalas do MBI-GS (Lautert, 1995; Rodrigues, 2006; Hoch 1988, *cit. in* Parreira, 1998). No entanto, podemos constatar que os níveis de *burnout*, obtidos em todas

as suas dimensões, foram superiores nos participantes com 46 ou mais anos de idade, facto tal que vai ao encontro ao estudo de Lacerda *et al.* (2005, p.108), que refere que “*quanto maior a idade do individuo... mais propenso a desenvolver sintomas de burnout, ele está.*” A explicação para esta conclusão poderá ser devida ao facto destes indivíduos já exercerem funções há bastantes anos, e por conseguinte, o contacto mais prolongado com os utentes poderá levar a que sinais e sintomas de exaustão física, psíquica e emocional ocorram mais facilmente.

O estudo de Queirós (2005, p.250) vem, em parte, contradizer alguns resultados do nosso estudo, uma vez que refere que “*com idades agrupadas, em quatro grupos etários, verificamos que os mais jovens (dos 20-29 anos) apresentam níveis mais elevados e com significado estatístico de exaustão emocional e física do que os outros grupos mais velhos, sendo que os níveis diminuem progressivamente com o avanço dos grupos etários... já o cinismo apresenta uma tendência significativa inversa, mais idade, mais cinismo...*”. A pesquisa de Santos *et al.* (2009) vem também contradizer os nossos resultados em relação à idade, uma vez que chegou à conclusão que os indivíduos relativamente jovens, (pertencentes ao grupo etário entre os 31 e 37 anos) estão mais propensos a *burnout* em todas as suas dimensões. Este facto pode ser justificado pelas pessoas mais jovens terem maiores expectativas em relação ao seu trabalho e que muitas vezes saem defraudadas ou frustradas.

No que diz respeito ao género, e indo ao encontro de outros estudos realizados com enfermeiros (Garrosa *et al.*, 2010; Queirós, 2005; Rainho, 2005), a nossa amostra é predominantemente do sexo feminino (76.9%), facto que pode ser explicado pela relação historicamente construída entre a mulher e o cuidar (Teixeira *et al.*, 2006) e pela própria composição feminina na profissão. No entanto, apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, no nosso estudo inferiu-se que os níveis de *burnout* em todas as suas dimensões são superiores nos sujeitos do género masculino, o que contraria a literatura, que aponta comumente para uma maior vulnerabilidade feminina (Carlotto, 2001; Benevides-Pereira, 2002; Gomes *et al.*, 2008). Também Queirós (2005) não encontrou diferenças significativas entre o género e as dimensões de *burnout*. No entanto, o estudo de Maslach (1998) converge com o nosso, afirmando que os homens apresentam níveis mais elevados de “cinismo” e “eficácia profissional” divergindo apenas na dimensão “exaustão emocional e física” que é superior nas mulheres.

Apesar de não existirem diferenças significativas em relação ao estado civil, no nosso estudo observou-se que, os níveis de *burnout*, nas dimensões “exaustão emocional e física” são superiores nos EEER divorciados (OM – 66,44), na dimensão “cinismo” são

superiores nos EEER solteiros (OM – 67,15) e por fim, na dimensão “eficácia profissional” são superiores nos viúvos (OM – 54,50).

Os resultados obtidos, de que são os sujeitos não casados (solteiros, divorciados, separados ou viúvos) os que apresentam maiores níveis de *burnout* são consonantes com o verificado por Maslach e Jackson (1981), Seltzer e Numerof (1988) e Silva (2008) significando que na nossa amostra o companheiro/cônjuge funciona como fonte de suporte emocional, diminuindo os níveis de *burnout*. Com efeito, o apoio social e familiar parece ter um efeito protetor no desenvolvimento do *burnout* (Matos *et al.*, *cit. in* Vara, 2007), aliado ao resultado de serem os enfermeiros com companheiro/conjuge os que apresentam maior realização pessoal. Maslach (2006) afirma parte destas conclusões, pois refere serem os indivíduos não casados os mais afetados por este síndrome.

Respeitante às habilitações literárias, no nosso estudo existem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros. Este fato demonstra o interesse deste grupo profissional na aquisição de conhecimentos e competências com vista à aquisição de qualificação para o exercício da profissão. O fato de se tratar de uma amostra em que os participantes detêm um nível elevado de formação, subscreve a opinião de Delaney e Godard (2001) e Yongmei Liu, *et al.* (2007) ao referir que a formação, oferece mais segurança ao colaborador, e permite-lhe um desempenho mais assertivo, fornecendo-lhe mais competências e desta forma facilita a gestão dos fatores condicionantes, reduzindo os níveis de *burnout*.

Na nossa investigação observou-se que, os níveis de *burnout*, são mais elevados na dimensão “exaustão emocional e física” nos indivíduos com doutoramento (OM – 70,00) e são mais elevados nas dimensões “cinismo” e “eficácia profissional” nos participantes que possuem o mestrado (OM – 62,38 e OM – 56,52, respetivamente). Este resultado vai de encontro de outros estudos realizados, segundo os quais os sujeitos com elevado nível de habilitações académicas referem maiores níveis de *burnout* do que trabalhadores com níveis académicos mais baixos (Maslach *et al.*, 2001). Sá (2004) confirma que os indivíduos que possuem maiores habilitações académicas apresentam valores mais elevados de *burnout* quando em comparação com os habilitados com licenciatura ou bacharelato. A explicação destes resultados pode dever-se ao facto de os indivíduos com maiores habilitações académicas terem trabalhos com maiores responsabilidades, mais indutores de *stress*, ou por terem maiores expectativas laborais, e conseqüentemente sentirem maior desânimo e exaustão se as mesmas não forem realizadas.

Influência das variáveis laborais nas sub-escalas de burnout nos EEER

No nosso estudo existem influências estatisticamente significativas da variável tempo de exercício profissional na especialidade na dimensão “exaustão emocional e física”.

Sendo assim, verificamos que os EEER que exercem funções há 10 ou menos anos apresentam maior propensão para *burnout*, em relação aos que já exercem a especialidade há 11 ou mais anos, o que vai ao encontro de alguns estudos já elaborados. Este facto é observado na literatura que relata que trabalhadores com pouca experiência profissional na especialidade apresentam mais chances de desenvolver a sintomatologia por se sentirem pouco preparados para as responsabilidades da profissão (Atance-Martinez, 1997; Lautert, 1995; Schaufeli *et al.*, 2002; Cherniss, 1980).

No entanto, muitos autores referem que não se encontra concordância na literatura. Enquanto alguns descrevem a síndrome como um processo que aumenta com o tempo, outros têm verificado maior incidência desta em sujeitos que exercem a especialidade à pouco tempo, provavelmente pela pouca experiência na especialidade e ainda não conseguirem ultrapassar com facilidade os obstáculos que a jornada laboral lhes oferece todos os dias (Schaufeli *et al.*, 2002; Benevides-Pereira, 2001). Atance-Martinez (1997) considera que após 10 anos de experiência, os profissionais tornam-se menos vulneráveis ao desencadeamento de *burnout*. Da mesma forma, Garcia (1990) salienta que, à medida que o tempo vai passando, o profissional vai adquirindo mais conhecimento e experiência, podendo levar ao aumento do desinteresse das suas atividades, por todos os problemas que poderão advir bem como pela crescente frustração e mal-estar que o seu trabalho lhe proporciona, podendo mesmo leva-lo ao abandono da profissão.

Queirós (2005), num estudo alargado com enfermeiros, refere não ser significativa a correlação entre os anos de serviço e a exaustão emocional e física. No entanto, desenha-se uma tendência para os enfermeiros com menos anos de serviço terem níveis médios mais altos de exaustão emocional e física.

Vaz Serra (1999), refere que, a razão pela qual os indivíduos que exercem a especialidade à menos tempo estarem mais sujeitos a *burnout*, em relação aos mais velhos, pode ser explicada pelo fato de que estes indivíduos entram para as suas carreiras com ideais elevados, motivação e investimento pessoal, sentindo-se depois defraudados, e como tal, com tendência a desenvolver *burnout*.

A insatisfação laboral, o compromisso assumido de forma deficiente com o trabalho e com a organização e a intenção de desistir, todos indicadores de afastamento psicológico, partilham quantidades consideráveis de variância com o *burnout*: 5 a 25%, dependendo da dimensão envolvida (Schaufelli, 1999).

No que diz respeito ao tipo de vínculo à instituição, apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, verificamos que no nosso estudo os indivíduos que têm contrato de trabalho em funções públicas têm maiores níveis de *burnout* nas dimensões “exaustão emocional e física” e “cinismo”; por outro lado, os indivíduos com outro tipo de contrato têm níveis superiores na dimensão “eficácia profissional”. Estes resultados não vão ao encontro de estudos realizados anteriormente. Silva e Gomes (2009) concluem que são os indivíduos com contratos mais precários que apresentam níveis de *burnout* mais elevados nas dimensões “exaustão emocional” e “cinismo” e mais baixos na dimensão “eficácia profissional”. Estes autores referem ainda que são os profissionais com contratos de trabalho mais instáveis os que mais revelaram problemas relacionados com o excesso de trabalho e envolvimento profissional, com a instabilidade profissional e na carreira, e com o *status* socioprofissional. Este facto leva a supor que a menor estabilidade de emprego poderá gerar insegurança e preocupação a nível individual e familiar devido a uma possível falta de perspectiva de um futuro estável.

Relativamente à relação entre o tipo de horário praticado e o *burnout*, no nosso estudo, apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, os EEER que trabalham com um horário por turnos apresentam maiores níveis de *burnout* em todas as suas dimensões. Este facto vai ao encontro da bibliografia pesquisada. A grande maioria dos estudos efetuados em diversos países acerca das consequências do trabalho por turnos no indivíduo, concluem que este tipo de trabalho é prejudicial para a saúde e para o bem-estar dos trabalhadores. Segundo Peiró (1999), o trabalho por turnos chega a afetar cerca de 20% dos trabalhadores, acarretando diversos transtornos, tanto físicos como psicológicos, sendo apontado como potenciador da exaustão emocional e física e da despersonalização.

A perturbação da estrutura rítmica circadiana provocada por este regime de trabalho tem sido associada a várias queixas dos trabalhadores por turnos, podendo assumir contornos intensos (Azevedo, 1980; Minors & Waterhouse, 1981; Comperatore & Krueger, 1990; Monk, 1994; Healey & Waterhouse, 1995; Silva *et al.*, 1996 *cit. in* Santos, 2003).

No que diz respeito à relação entre o local de trabalho e as dimensões de *burnout*, apesar de não existirem diferenças significativas no nosso estudo, verificamos que são os Enfermeiros que trabalham no Centro de Saúde que têm níveis mais elevados de “exaustão emocional e física” e de “cinismo”; porém, são os profissionais que trabalham no hospital os que se consideram menos eficazes profissionalmente.

Nunes (1990) realizou um estudo em enfermeiros de hospitais centrais, distritais e centros de saúde e concluiu que os que trabalhavam nos hospitais apresentavam um nível médio de *burnout* mais elevado em comparação com os que trabalham nos centros de

saúde. Ao invés, o estudo de Rainho (2005, *cit. in* Martins, 2010, p. 21) para estudar este síndrome numa amostra de 160 Enfermeiros que exerciam funções em contexto hospitalar e Centros de Saúde, teve como conclusão a observação de diferenças estatisticamente significativa na média ponderada de *burnout* entre os enfermeiros que trabalhavam no hospital e nos centros de saúde, sendo superior nestes.

Influência das variáveis psicossociais nas sub-escalas de burnout nos EEER

No nosso estudo existem influências significativas tanto da variável *Locus* de Controlo como da Autoestima com o *burnout*.

Avaliando a relação existente entre a autoestima com o *burnout*, verificaram-se correlações positivas e significativas entre as dimensões “exaustão emocional e física” e “cinismo” e a autoestima em todas as suas dimensões, ou seja, quanto maior a autoestima (positiva, negativa e total), mais elevados os níveis de *burnout* nas dimensões referidas. No que diz respeito à relação entre a dimensão “eficácia profissional” e a autoestima, verificou-se uma correlação negativa e significativa, isto é, quando aumenta a autoestima (positiva, negativa e total), diminuem os valores de “eficácia profissional”, aumentando os níveis de *burnout* nesta dimensão.

Estes resultados não vão, em parte, ao encontro do que seria esperado, uma vez que, a autoestima (positiva e total) desempenha uma função importante na proteção do *self* e, quando elevada, constitui-se num filtro protetor que seleciona as informações referentes ao indivíduo (Tamayo, 2002). Alguns estudos sobre a autoestima demonstram que esta é entendida como um recurso usado pelo indivíduo para enfrentar situações de *stress*. Indivíduos com autoestima positiva apresentam autoconceitos mais consistentes, mais certos e são mais estáveis do que as pessoas com autoestima negativa (Alsaker, F. & Olweus, D., 1993; Campbell, J., Trapnell, P., Heine, S., Katz, I., Lavalle, L. & Lehman, D. 1996). Será de referir que indivíduos que tenham uma avaliação subjetiva intrínseca positiva, que confie em si próprio, que seja capaz de poder enfrentar os desafios da vida, que saiba expressar de forma adequada para si e para os outros as próprias necessidades e desejos, ultrapassam com maior facilidade todos os obstáculos que aparecem, diminuindo a propensão a *burnout* e por conseguinte às suas dimensões.

Convergindo com os resultados por nós obtidos, Jex e Elacqua (1999) referem que os indivíduos com baixa autoestima tendem a ser mais passivos quando confrontados com situações de crise, o que faz com que fiquem mais vulneráveis aos efeitos dos agentes promotores de *stress*. Sendo o *burnout* considerado “como uma espécie particular do *stress* ocupacional prolongado” (Brill, 1984 *cit. in* Queirós, 2005, p. 56), consideraríamos que a

autoestima seria também um fator protetor relativamente ao *burnout*, parecendo haver, no geral, uma correlação positiva entre baixa autoestima e altos níveis de *stress* ocupacional.

A realização de investigação sobre o *burnout* relacionado com a autoestima é imprescindível, pois a ela relacionam-se vários elementos de bem-estar, motivação, empenho, envolvimento, *stress*, ansiedade, entre outros.

Tendo em consideração, a relação existente entre o *burnout* e o *locus* de controlo no nosso estudo, encontramos relações positivas e significativas entre o *locus* de controlo (“expetativas num controlo interno” – *locus* de controlo interno; “expetativas no controlo de outros poderosos” e “expetativas numa ausência de controlo” – *locus* de controlo externo) e a dimensão “exaustão emocional e física”, bem como entre as dimensões “expetativas no controlo de outros poderosos” e “expetativas numa ausência de controlo” e o “cinismo”, significando que, quanto maior o *locus* de controlo, maiores os níveis de *burnout* (“exaustão emocional e física” e “cinismo”).

Relacionando a dimensão “eficácia profissional”, com a variável *locus* de controlo, verificamos correlações negativas e significativas nas dimensões “expetativas no controlo de outros poderosos” e “expetativas numa ausência de controlo”, ou seja, quando aumentam estas dimensões, menor a “eficácia profissional”, originando níveis mais elevados de *burnout*.

Avaliando o *locus* de controlo interno, verificamos que os resultados obtidos neste estudo, quanto maior o *locus* de controlo interno, mais suscetíveis estão os profissionais a *burnout*, não vão ao encontro da literatura. Pelo contrário, inúmeros estudos efetuados parecem demonstrar que os indivíduos com um *locus* de controlo interno desenvolvem maior probabilidade de desenvolver comportamentos promotores de saúde, apesar de em situações de doença crónica ou aguda poder ser mais vantajoso acreditar nos outros poderosos (Weinman *et al.*, 1996). Da mesma forma, Rodrigues (2007) conclui que as pessoas com um controlo interno são mais capazes de solucionar os problemas, diminuindo a capacidade para o *stress*.

Segundo Gil-Monte e Peiró (1997) as pessoas empáticas, idealistas, sensíveis, altruístas, com dedicação profissional, com tipo A de personalidade, baixa autoconfiança e baixo *locus* de controlo interno seriam mais propensas à exaustão emocional e física.

Wallston (1992) refere que quando um individuo desenvolve expetativas de controlo interno sobre situações gerais da sua vida, também desenvolve expetativas do mesmo tipo sobre situações específicas, as quais permitiriam uma melhor previsão do seu comportamento.

Para Sánchez (1990) a internalidade está associada com maiores índices de adaptação, satisfação e envolvimento nas atividades do que a externalidade, pois o êxito é devido ao próprio empenho, esforço, destreza ou habilidade e inteligência. Além disso, os indivíduos "internos" têm mais motivação para o êxito do que os externos, apresentando por isso menores probabilidades de "exaustão emocional e física".

Waller e Bates (1992) realizaram uma investigação com o intuito de identificar variáveis associadas a uma vida saudável e verificaram que a maioria dos indivíduos saudáveis possuía um *locus* de controlo interno e uma autoeficácia elevada.

Parece, então, um aspeto favorável, o sentimento individual de ter algum controlo perante os acontecimentos ao longo da vida; segundo Ruiz-Bueno (2000), o controlo percebido é um robusto preditor de comportamento individual, motivação, *performance* e emoção, podendo predizer sucesso, ou não, em vários domínios da vida.

No que diz respeito aos resultados da nossa investigação nas relações entre locus de controlo externo ("expetativas no controlo de outros poderosos" e "expetativas numa ausência de controlo") e o *burnout*, estes vão ao encontro com outros resultados da pesquisa bibliográfica.

Mendes (1996), num estudo efetuado com Enfermeiros de Psiquiatria, encontrou fortes correlações entre o *locus* de controlo e o *burnout*, referindo que os indivíduos com *locus* de controlo externo, são menos capazes de realização e motivação com vista ao êxito, e por isso mais vulneráveis ao *burnout*.

Da mesma forma, estudos realizados por Nowicki e DiGirolamo (1989), relatam que os sujeitos controlados externamente, isto é, a crença de que são outras pessoas e não o sujeito quem controla a sua própria vida, têm mais problemas para criar relações adequadas.

Robbins (1996) assinala, ainda que, os indivíduos com inclinação de controlo externo estão menos satisfeitos, faltam mais, são menos eficazes e envolvem-se menos com o trabalho, têm níveis superiores de exaustão e apercebem-se que têm pouco controlo sobre os resultados organizacionais importantes. Além disso, são mais condescendentes e dispostos a seguir instruções de outros mais poderosos.

Klonowicz (2001) afirma que aqueles que atribuem os acontecimentos das suas vidas à ação de outros poderosos ou ao acaso são pessoas que experimentam mais intensamente os afetos negativos do que os afetos positivos nas suas vidas e que, de uma maneira geral, estão menos satisfeitas com as suas vidas. Corroborando este estudo, Graziano (2005) numa investigação relacionando a felicidade e o *locus* de controlo numa amostra de cento e seis sujeitos universitários, verificou-se que, quanto maior o *locus* de controlo externo dos sujeitos pesquisados, também menor eram os níveis de felicidade.

Avaliando o locus de controlo nas suas componentes interna e externa, Ribeiro (2000), referem que, no que diz respeito à “vantagem” da internalidade sobre a externalidade, alguns estudos citados por tais como, sugerem que os sujeitos com tendência para a internalidade tendem a desenvolver mais esforços de realização, a estarem mais atentos aos aspetos do meio que fornecem informações úteis para o seu futuro comportamento, mostrando-se mais resistentes a serem influenciados. São ainda mais tolerantes e sociáveis enquanto que os sujeitos com tendência para a externalidade mostram-se mais agressivos, dogmáticos, desconfiados de si e dos outros, utilizando mais mecanismos de defesa. Os indivíduos com tendência para a externalidade são mais desconfiados e ofensivos.

É do nosso entender que indivíduos que adotem estratégias preventivas à instalação de *burnout* laboral estejam menos expostos à exaustão emocional e física, ao cinismo e a uma maior eficácia profissional, de modo a aumentar o seu bem-estar subjetivo e qualidade de vida laboral. No entanto, como foi referido anteriormente, estas estratégias não são apenas subjetivas ao indivíduo, onde o meio laboral, como a chefia, os colegas de trabalho, as oportunidades de formação... é um fator que se deve ter em conta no que diz respeito ao surgimento de *stress* laboral.

Perceção das características e conseqüências de burnout nos EEER, numa lógica de produção de conhecimento que facilite o desenho de programas de intervenção formativos e informativos, visando a promoção da saúde destes profissionais. Como utilizar, então, os resultados da presente investigação para a intervenção?

- É essencial que os profissionais de saúde estejam atentos às dificuldades e necessidades sentidas pelos EEER ao longo de todo o processo da sua jornada laboral.

Sendo assim, surge a necessidade da criação de um espaço multidisciplinar, dinâmico, interventivo e integrado na realidade laboral onde se identifiquem as necessidades dos EEER. A diminuição da incidência de *burnout* nos EEER passa sempre por uma estreita colaboração entre equipas multidisciplinares. O objetivo seria dar a conhecer as reais necessidades destes indivíduos, diminuindo a ansiedade e a expectativa em relação ao futuro; promover o diálogo entre colegas de trabalho e a chefia, por forma a promover o aumento da autoestima e *locus de controlo* e por fim, promover partilha de experiências entre EEER e todos os terapeutas, criando laços de amizade e uma plataforma de apoio que lhes transmita segurança e os faça sentir acompanhados.

- Uma outra forma de diminuir exaustão emocional e física e o cinismo, visando um aumento da eficácia profissional, é criar campanhas de sensibilização de forma a incrementar o apoio informal;

- A adoção de estratégias individuais, como por exemplo a formação para resolução de problemas, assertividade e gestão eficaz do tempo; estratégias de grupo, consistindo no apoio dos colegas e superiores e, por fim, de estratégias organizacionais como a adoção de programas de socialização para prevenir o choque com a realidade e implantação de sistemas de avaliação que concedam aos profissionais um papel ativo e de participação nas decisões laborais;

- A implementação de apoios/subsídios ou de programas que facilitem o acesso às mais diversas terapias, que nem sempre são compartilhadas pelo Sistema Nacional de Saúde, também seria proveitoso;

- Uma maior sensibilização de toda a sociedade para a problemática do *burnout*, nomeadamente com relevância para as consequências que poderão dele advir, poderia contribuir para uma diminuição da incidência desta síndrome, levando ao aumento da satisfação e bem-estar.

5. CONCLUSÕES

Ao terminar este nosso percurso, fazemos agora, uma reflexão sobre o mesmo, a sua organização e suas limitações. No final deste capítulo, realizamos também uma reflexão sobre as implicações práticas do estudo onde sugerimos algumas medidas que, segundo os nossos achados, pensamos ser oportunas e benéficas, visando um apoio mais adequado aos EEER.

5.1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como seria de prever em qualquer estudo científico, existem alguns fatores que condicionam ou limitam o processo de investigação, pelo que se torna importante refletir sobre esses aspetos e concluir se de alguma forma interferiram nos resultados obtidos.

Apesar de todo o esforço desenvolvido, ficaram certamente por estudar e avaliar outros aspetos importantes no aparecimento da síndrome de *burnout* nos EEER. Variáveis relacionadas com a profissão, uma análise mais pormenorizada de todo o contexto familiar, parecem ser importantes para a compreensão mais aprofundada desta problemática. Por outro lado, seria interessante analisar e quantificar outras variáveis tais como a medicação que tomam, as alterações do sono, os hábitos alimentares, afetação da vida social, entre outros aspetos. No entanto, consideramos que não nos era possível incorporar mais variáveis no nosso estudo. Mesmo assim, perante a dimensão do ICD (83 questões no total) sentimos por parte dos participantes algum cansaço para terminar o seu preenchimento.

Em relação à amostra houve um esforço enorme de conseguir reunir o maior número de participantes, e que estes fossem o mais representativo possível de toda a população, pelo que construimos um ICD, que pudesse ser auto-preenchido, e o qual foi entregue aos EEER de forma pessoal, facilitando assim o seu preenchimento.

No entanto, podemos referir algumas condicionantes que afetaram o número total da amostra:

- desde logo, a aplicação do ICD foi efetuada num congresso, razão pela qual, alguns dos indivíduos não se mostraram disponíveis para o seu preenchimento, pois não achavam que seria o local e altura mais apropriada;

- alguns dos ICD que foram distribuídos, após a explanação dos objetivos do estudo e conseqüente pedido de consentimento, não foram preenchidos e/ou devolvidos.

Consideramos por isso, que a nossa amostra poderia/deveria ser constituída por mais indivíduos, pelo facto de ter um carácter não probabilístico, o que sugere desde logo limitações na possibilidade de se fazerem generalizações caso os resultados não se apresentem muito significativos a nível estatístico. No entanto, face ao enquadramento do tempo disponível e ao facto de a maioria dos dados terem sido recolhidos através de preenchimento acompanhado, estamos cientes que uma amostra de 117 EEER só foi possível devido a um grande empenho e trabalho da nossa parte e por parte da APER, entidade promotora do congresso, que autorizou a aplicação do ICD. De sublinhar que a utilização de um ICD deste tipo é uma forma eficiente de coletar informação de um grande número de respondentes, recolhendo também uma grande variedade de informação para além de ser fácil de ministrar. Porém, são dependentes da motivação dos sujeitos, da sua honestidade e capacidade de resposta, para além do que, as respostas fechadas podem apresentar baixa validade. Estes fatores são muito importantes, uma vez que, no nosso estudo, o facto de termos tido poucas associações significativas entre as variáveis, pode ser explicada pelo facto dos participantes irem perdendo a motivação à medida que iam preenchendo o ICD, pois após a sua recolha, a maior parte dos indivíduos comentava que o ICD era muito longo, com muitas escalas.

Perante esta opção de recolha de dados, não se pode negar a possibilidade de o investigador poder influenciar alguns resultados. Não deixando de referir que uma das maiores preocupações tida em conta, desde o início da conceptualização da presente investigação, foi desenvolver um trabalho científico pautado pelo rigor metodológico com a maior isenção possível.

É de opinião geral que as limitações são idênticas àquelas que a grande maioria dos investigadores encontra pelo que não retiramos valor ao trabalho desenvolvido, aliás, a consciência dessas limitações fez com que tentássemos reduzir ao máximo a possibilidade de enviesamento dos resultados.

5.2. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E PRINCIPAIS CONCLUSÕES

No primeiro capítulo abordamos a temática do *burnout* em Enfermagem, pois julgamos ser uma problemática pertinente, atual e ainda pouco explorada a nível científico. Como já foi referido na parte introdutória, as profissões ditas de “ajuda” em que o núcleo central do trabalho se situa nas relações humanas estabelecidas, leva a um aumento da tensão emocional e crónica e excessivo esforço, devido ao contato contínuo e exaustivo

com outras pessoas, especialmente as que têm problemas ou são problemáticas. Este conhecimento permite identificar um foco de atenção a nível da função física e psicossocial muitas vezes não percecionado pelos profissionais de saúde, promovendo assim prioridades para as ações de promoção de saúde e de bem-estar dos EEER. Terminamos a parte introdutória com a delineação dos objetivos para este estudo.

No segundo capítulo, debruçamo-nos sobre a metodologia utilizada para dar resposta aos nossos objetivos, fazemos a caracterização do tipo de estudo, dos participantes e do instrumento de colheita de dados, fazendo referência ao procedimento da sua aplicação.

No terceiro capítulo apresentamos os resultados obtidos nesta investigação relativos à caracterização sócio-demográfica /laboral e psicossocial dos EEER e a caracterização da incidência de *burnout* nestes. Na segunda parte deste capítulo realizamos o tratamento estatístico referente às variáveis em estudo e à sua correlação e/ou influência sobre a nossa variável dependente – *burnout* nos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

No quarto capítulo realizamos a discussão dos resultados, que visam dar resposta aos objetivos traçados no início do nosso estudo. Assim, tomando em consideração a ordem dos objetivos gerais da presente investigação, expressos no início do primeiro capítulo, chegamos às seguintes conclusões, com significado estatístico:

- 1- *Influência das variáveis sociodemográficas e laborais na incidência de burnout em EEER.* No nosso estudo não existem influências significativas das variáveis sociodemográficas (idade, género, área de residência, estado civil, habilitações literárias); relativamente às variáveis laborais, existem influências significativas entre o tempo de exercício profissional na especialidade e a dimensão “exaustão emocional e física”.
- 2- *Influência das variáveis psicossociais na incidência de burnout em EEER.* No nosso estudo existem influências tanto da variável *locus* de controlo como da autoestima. Em relação ao *locus* de controlo, este apresenta valor estatístico significativo nas “expetativas no controlo de outros poderosos” e “expetativas numa ausência de controlo” em todas as dimensões do *burnout*; relativamente às “expetativas num controlo interno” apenas apresenta influências significativas na dimensão “exaustão emocional e física”. No que diz respeito à autoestima, esta apresenta valor estatístico significativo na autoestima positiva, negativa e total com todas as dimensões do *burnout*.

A identificação destas variáveis tem interesse significativo para a prática clínica, uma vez que possibilita a adoção de estratégias preventivas capazes de minimizar e/ou retardar o aparecimento desta síndrome, e conseqüentemente, a diminuição dos níveis de *stress* laboral e a promoção do bem-estar. Assim, para alcançar o último objetivo, desenvolvemos uma reflexão com base na literatura consultada, mas também nos conhecimentos adquiridos, pelo que apresentamos de seguida algumas implicações práticas no nosso trabalho.

5.3. IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

Os EEER que venham a desenvolver *burnout* deverão ser acompanhados por equipas multidisciplinares, para que sejam identificadas todas as fontes que levem ao seu aparecimento e satisfeitas as suas necessidades, de forma a promover o bem-estar laboral. Assim, um acompanhamento formal, contínuo e especializado deste grupo profissional, permite desenvolver e consolidar as bases necessárias para que estes prossigam com as ferramentas úteis para lidarem com as interferências e adversidades do dia-a-dia laboral. Para que tal aconteça, é fundamental a sensibilização e conhecimento dos profissionais e técnicos para a temática estudada.

Estes indivíduos tiram maior partido da sua reabilitação se usufruírem de um alargado conjunto de terapias direcionadas às suas necessidades. A adoção de estratégias individuais, como por exemplo a formação laboral para a resolução de problemas, gestão eficaz do tempo, o apoio dos colegas e superiores, a adoção de programas de socialização para prevenir o choque com a realidade e implantação de sistemas de avaliação que concedam aos profissionais um papel ativo e de participação nas decisões laborais; a implementação de apoios/subsídios ou de programas que facilitem o acesso às mais diversas terapias, que nem sempre são comparticipadas pelo Sistema Nacional de Saúde, também seria proveitoso.

A má gestão do trabalho é também apontada como fator de risco para o surgimento de *burnout*. Tendo ainda em conta que muitos dos utentes atendidos nas Instituições de saúde nacionais, apresentam alguma dificuldade em gerir conflitos e o *stress*, recomenda-se então uma boa gestão do trabalho, para que não possam existir razões de reclamação. Se todo o serviço e todos os funcionários trabalharem em consonância, com menos frequência surgirão motivos de queixa e exaltação por parte dos utentes, fruto de maus atendimentos. Sugere-se então que se crie, por exemplo, um guia de procedimentos, normas e regras a nível nacional, para que em todas as unidades se proceda de igual ou semelhante forma em casos iguais ou semelhantes. É importante a uniformização de

procedimentos, para que os utentes não possam, em qualquer situação sentir-se penalizados, comparando-se com outras unidades de saúde.

É importante promover uma comunicação eficaz entre colaboradores e entre estes e a liderança. Evitar mal entendidos é fundamental para melhorar o Clima Organizacional. Propõe-se tendo em conta estes aspetos que, regularmente se realizem reuniões sectoriais e com todos os colaboradores como forma de esclarecer acontecimentos, informar de resultados obtidos, ou apresentar projetos a iniciar. Reduzir os níveis de comunicação e as comunicações em escada, é importante para diminuir os mal-entendidos e as interpretações ambíguas. Há que tentar promover uma comunicação o mais direta possível entre chefias e colaboradores, evitando intermediários. Formações na área da comunicação organizacional poderão ser bastante úteis.

Para além das questões da comunicação, o líder deverá também atender aos objetivos pessoais de cada colaborador, nunca esquecendo os objetivos da organização. Os colaboradores precisam sentir-se parte do motor da Instituição, e como tal, ter bem esclarecidos os seus objetivos, o seu papel na Instituição e as suas tarefas, para que se sintam envolvidos na Instituição e nas decisões da mesma, e encontrem sentido na sua intervenção. Reuniões regulares com os colaboradores, com o objetivo de discutir objetivos pessoais e expectativas, poderão ser úteis. É importante que o colaborador tenha um espaço destinado à discussão dos seus objetivos, dificuldades e integração na Instituição. Terminamos este estudo com a convicção de que atingimos os objetivos propostos, contribuindo para o conhecimento teórico da problemática do *burnout* em EEER, ficando a ânsia de informar e sensibilizar para um objetivo comum: minimizar o impacto desta síndrome nesta classe profissional.

6. BIBLIOGRAFIA

Alsaker, F. & Olweus, D. (1993). Global self-evaluations and perceived instability of self in early adolescence: A cohort longitudinal study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 34, 47-63.

Andrade, P. (2011). Promoção do Savoring em Equipas de Enfermagem: Aumento do *Engagement* e Prevenção do *Burnout*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar- Universidade do Porto, Porto.

Atance-Martinez, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de *Burnout* en personal sanitario. *Revista Espanola de salud Publica*. Madrid, Espanha, 71, (3).

Batista, D. (2010). O Ser Fisioterapeuta: Desenvolvimento Profissional e Qualidade de Vida no Trabalho. Acedido em 30, Março, 2012, em http://www.alfa.br/biblioteca/artigos/dissertacao_20100620.pdf

Benevides-Pereira, A.M.T. (2001). *A saúde mental de profissionais de saúde mental: uma investigação da personalidade de psicólogos*. São Paulo: EDUEM.

Benevides-Pereira, A.M.T. (2002). *Burnout*, por quê? Uma introdução. *cit. in*: Benevides-Pereira, A.M.T. (Org.). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Burke, R. & Greenglass, E. (1989). Psychological *burnout* among men and women in teaching: an examination of the Cherniss model. *Human Relations*, 42 (3), 261-273.

Cabral, F. & Veiga, R. (2006). *Higiene, Segurança, Saúde e Prevenção de Acidentes de Trabalho*. Vol. 2. Lisboa: edições profissionais, Lda.

Calderero A., Miaso A. & Corradi-Webster C. (2008). Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de pronto atendimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*; 10(1), 51-62. Acedido em 1,Abril, 2012, em <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a5.htm>

Campbell, J., Trapnell, P., Heine, S., Katz, I., Lavalley, L. & Lehman, D. (1996). Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology* , 70 (1), 141-156.

Campos, R. (2005). *Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo. Acedido em 1, Abril, 2012, em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11052005-112045/pt-br.php>

Carlotto, M. S. (2001). Síndrome de *Burnout*: Um tipo de estresse ocupacional. *Cadernos Universitários*. Canoas, vol.18, nº.1, 4-11.

Carvalho, R. (1995). Stress Profissional. *Revista de Segurança*, 120,31-35.

Castro, F. & Zanelli, J. (2007). Síndrome de *burnout* e projeto de ser. Caderno de psicologia social do trabalho. São Paulo, vol.10, nº2. Acedido em 30, Março, 2012, em http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S151637172007000200003&script=sci_arttext

Catsicaris, C., Eymann, A., Cacchiarelli, N., & Usandivaras, I. (2007). La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (*burnout*). Un modelo de prevención en la formación médica. *Archivos Argentinos de Pediatría* 105,3:236-240.

Cavaleiro, R. (2010). *Burnout* nos profissionais de saúde dos serviços de Psiquiatria/Paliativos/Dermatologia. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa – Universidade de Lisboa, Lisboa.

Cherniss, C. (1980). Professional *burnout* in human service organizations. New York: Praeger.

Codo, W. (1999). *Educação: trabalho e carinho: Burnout*, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes

Comperatore, C. & Krueger, G. (1990). Circadian rhythm, desynchronization, jetlag, shift lag and coping strategies (p. 323-339). Em A.J. Soctt (ed). Occupational Medicine State of the Art Reviews 5:2 – Shiftwork. Philadelphia: Hanley and Belfus.

Correia, A. (1999). O *Burnout* nos profissionais dos centros de atendimento de toxicodependentes: causas e consequências. Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Cumbe, V. (2010). Síndrome de *Burnout* em médicos e Enfermeiros cuidadores de pacientes com doenças Neoplásicas em Serviços de Oncologia. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

Delaney, J. & Godard, J. (2001). An industrial relations perspective on the highperformance paradigm. *Human Resource Management Review* 11, 395-429.

Delbrouck, M. (2006). Síndrome de exaustão (*Burnout*). Lisboa: Climepsi.

Fernandes, S., Medeiros, S. & Ribeiro, L. (2008). Estresse ocupacional e o medo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras Revista Eletrônica de Enfermagem; 10(2), 414-427. Acedido em 2, Abril, 2012, em <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a13.htm>

Folkard, S. (1989). Shift working: A growing occupational hazard. *Occupational Health*, 41 (7), p. 182-186.

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

Formighieri, V. (2003). *Burnout* em Fisioterapeutas: Influência sobre a atividade de trabalho e bem-estar físico e psicológico. Dissertação de Pós-graduação em Engenharia de Produção apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina. Acedido em 1, Abril, 2012, em <http://www.educacaofisica.com.br/biblioteca/burnout-em-fisioterapeutas-influencia-sobre-a-atividade-de-trabalho-e-bem-estar-fisico.pdf>

Forte, A. (2009). *Burnout*, Inteligência Emocional e Auto-Atualização em Enfermeiros Psiquiátricos. Dissertação de Mestrado em Temas de Psicologia Ramo de Psicologia da Saúde apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

Fortin, M. (2009). O processo de investigação: da conceção à realização. Loures: Editora Lusociência.

Freudenberg, H. (1974). Staff burn-out: Journal of Social Issues, 30.

Garcia, M. (1990). *Burnout* Profesional en Organizaciones. Boletín de Psicología, 29, 7-27.

Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jiménez, B., & Monteiro, M. J. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. International Journal of Nursing Studies, 47, 205-215.

Gil, A. (1995). Métodos e técnicas de pesquisa social (4ª ed.). São Paulo: Atlas.

Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1997). Desgaste Psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis.

Gil-Monte, P. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (*Burnout*) en profesionales de enfermería. Psicología em Estudo, 7, 3-10.

Gil-Monte, P. (2003). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo en Enfermería. Revista Eletrônica InterAção Psy, 1,19-33.

Gil-Monte, P. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*): una perspectiva histórica. Em: Gil-Monte, P. & Moreno-Jiménes, B. El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*). Madrid: Ediciones Perámide.

Gisbert, M. (2002). Estrés laboral en el personal sanitario. Fisioterapia, 33-42. Acedido em 2, Abril, 2012, em <http://www.elsevier.es/es/revistas/fisioterapia-146/estres-laboral-personal-sanitario-13031834-articulos-2002>.

Golembiewski, R., Munzenrider, R. & Carter. (1983). Phases of *Burnout*: Developments in Concepts and Applications. New York: Praeger.

Gomes, A., Cabanelas, S., Macedo, V., Pinto, C. & Pinheiro, L. (2008). Stresse, “*burnout*”, saúde física, satisfação e realização em profissionais de saúde: análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar. Em: Pereira, M., *et al.* “Modelos, investigação e prática em diferentes contextos de saúde. Actas do congresso Família, saúde e doença”. Braga, Universidade do Minho, v.4, p. 178-192.

Graziano, L. (2005). A felicidade revisitada: um estudo sobre o bem-estar subjetivo na visão da Psicologia Positiva. Tese de Mestrado em Psicologia apresentada ao Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Hill, M., & Hill, A. (2005). Investigação por Questionário. Lisboa: Edições Sílabo.

Imperatori, E. (1999). Mais de 1001 Conceitos para Melhorar a Qualidade dos Serviços de Saúde: Glossário. Lisboa: Edinova.

Jacques, M. & Codo, W. (2002). Saúde mental e trabalho. Petrópolis: Vozes.

Jex, S. & Elacqua, T. (1999). Self-esteem as a moderator: A comparison of global and organization-based measures. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 71-81.

Jodas, D. & Haddad, M. (2009). Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de um hospital universitário. vol. 22, n.2, pp. 192-197. ISSN 0103-2100.

Kilfedder, C., Power, K. & Wells, J. (2001). *Burnout* in psychiatric nursing. *Journal of advanced nursing*, 34 (3), 383-386.

Klonowicz, T. (2001). Discontented people: reactivity and *locus* of control as determinants of subjective well-being. *European Journal of Personality*, 15 (1), 29-47.

Lacerda, P. & Hueb, M. (2005). A avaliação da síndrome de *burnout* com enfermeiros de um hospital geral. *Revista eletrónica da sociedade de psicologia do triângulo Mineiro – SPTM*, 1, 102-109. ISSN 1518-4625

Lakatos, E. & Marconi, M. (1996). Metodologia científica (3ª ed.). São Paulo: Atlas.

Landeiro, E. (2011). Viagem pelo Mundo da Ansiedade, *Burnout* e Perturbação Depressiva. Acedido em, 6, Abril, 2012, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0592.pdf>

Lautert, L. (1995). O desgaste profissional do enfermeiro. Tese de Mestrado em Psicologia apresentada à Universidade Pontifícia de Salamanca, Salamanca. Acedido em, 6, Abril, 2012, em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/11028>

Leiter, M. (1999). *Burnout* as a Development Process. Washington: Considerations of Models.

Leiter, M. & Maslach, C. (2005). *Banishing burnout: six strategies for improving your relationship with work*. San Francisco: Jossey-Bass.

Lousada, A. (2001). Clima organizacional – apoio social entre os professores. *O Professor*, 3, (74).

Marques, F. (2011). As perceções da cultura organizacional e a Síndrome de *Burnout*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos apresentada ao Instituto Superior de Economia e Gestão - Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.

Marques-Teixeira, J. (2002). Burn-out ou a Síndrome de Exaustão. *Saúde Mental*, 4,2, 10-19.

Martinez, M. & Oliveira, L. (1997). Trabalho em turnos nas empresas de Botucau, São Paulo: estudo descritivo. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (2). Acedido em 6, Abril, 2012, em http://search.bearshare.com/web?src=derr&appid=781&systemid=2&q=http://www.scielo.br/scielo.php%3fscript%3dsci_arttext%26pid%3dS0102-311X1997000200010

Martins, J. (2010). Avaliação processual de *Burnout* em Enfermeiros para e na Gestão das Organizações de Saúde. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde apresentada à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.

Maslach, C. (1978). The client role in staff *burnout*. *Journal of Social Issues*, 34 (4), 111-124.

Maslach, C. (1993). *Burnout: a multidimensional perspective*. Em W. Shaufeli, C. Maslach & T. Marek (Orgs.). *Professional burnout: recent developments in theory and research* (pp. 19-32). Philadelphia: Taylor & Francis.

Maslach, C. (1998). A multidimensional theory of *burnout*. Em Cooper, C. *Theories of organizational stress*. Manchester: Oxford University Press: [s.n].

Maslach, C. (2006). Understanding Job *Burnout*. Em Rossi, A., Perrewe, P. & Sauter, S. (Eds.), *Stress and quality of working life: Greenwich, Connecticut: Current perspectives in Occupational Health*, pp37-51. Information Age Publishing.

Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M. (1996). *Maslach burnout inventory manual*. Consulting Psychologist Press, 3, 3-9.

Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced *Burnout*. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.

Maslach, C. & Schaufelli, W. (1993). Historical and conceptual development of *burnout*. New York: Taylor & Francis.

Maslach, C., Schaufeli, Wilmar, B., Leiter, M. (2001) *Job Burnout*. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

Mendes, A. (1996). Síndrome de *burnout* em enfermeiros de psiquiatria: Contributo para o estudo dos fatores do ambiente e da pessoa para o seu desenvolvimento. *In Dossier Saúde e Desenvolvimento*. Coimbra: Edição Formasau.

Minors, D., Scott, A. & Waterhouse, J. (1986). Circadian arrhythmia: Shiftwork, travel and health. *Journal of the Society of Occupational Medicine*, 36 (2):39-44.

Minors, D. & Waterhouse, J. (1981). *Circadian rhythms and the human*. London: John Wright & Sons

Moreno-Jiménez, B., Hernández, E. & Gutiérrez, J. (2000). La Evaluación del estrés y el burnout del profesorado: el CPB-R. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16 (1), 331-349.

Moreno-Jimenez, B., Garrosa-Hernandez, E., Gálvez, M., González, J. & Benevides-Pereira, A (2002). A avaliação do *burnout* em professores. Comparação de instrumentos: CBP-R e MBI-ED. *Psicologia em Estudo*, 7, (1), 11-19.

Mota-Cardoso, R., Araújo, A., Ramos, R., Gonçalves, G. & Ramos, M. (2002). O stress nos professores Portugueses. Estudo IPSSO 2000, Porto: Porto Editora.

Murofuse, N., Abranches, S. & Napoleão, A. (2005). Reflexões sobre estresse e *burnout* e a relação com a enfermagem. *Rev. Latino-americana. Enfermagem*, 13, (2), 255-261, mar.-abr.

Nowicki, S. & DiGirolamo, A. (1989). The association of external *locus* of control, nonverbal processing difficulties and emotional disturbance. *Behavioral Disorders*, 15 (1), 28-34.

Nunes, R. (1990). As alterações psicológicas induzidas pelo stress profissional nos enfermeiros. Tese de Mestrado em Psicologia apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. Acedido em 12, Abril, 2012, em <http://www.webartigos.com/artigos/sindrome-de-burnout-uma-consequencia-do-estresse/69074/#ixzz1wgeDkj7L>

Oliveira, M. & Prista-Guerra, M. (2004). *Burnout* nos profissionais de saúde mental: Expectativas, Auto-Atualização e outras variáveis associadas. *Saúde Mental*, 6 (1), 15-25.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Acedido em 20, Abril, 2012, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Pais Ribeiro, J. (1993). Características de Saúde em Estudantes, Jovens, da cidade do Porto. Dissertação de Doutoramento em Psicologia apresentada à Universidade do Porto, Porto.

Parreira, P. (1998). Contacto com a morte e síndrome de *Burnout*: estudo comparativo com três grupos de enfermeiros de oncologia. Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentado ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Peiró, J. (1999) - *Desencadeantes do estrés laboral*. Madrid: Pirâmide.

Pereira, A. (2002). *Burnout*: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Pereira, A., & Poupá, C. (2004). Como escrever uma tese, monografia ou livro científico usando o word. Lisboa: Sílabo.

Pestana, M. & Gageiro, J. (2003). Análise de dados para Ciências Sociais – a Complementaridade do SPSS. 3.^a Edição. Lisboa: Silabo. ISBN: 9726182972.

Pinto, É. (2004). Abordagem à aprendizagem e resultados escolares obtidos nos alunos dos cursos de Terapia Ocupacional e Fisioterapia. Dissertação de Mestrado em Psicologia Educacional apresentado ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. Acedido em 20, Abril, 2012 em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/804/1/DM%20PINT-E1.pdf>

Pinto da Costa, M. (2009). *Burnout* nos médicos – perfil e enquadramento destes doentes. Dissertação de Mestrado integrado em Medicina apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar-Universidade do Porto, Porto.

Queirós, P. (1997) - *Burnout* em Enfermeiros: Comparação de três grupos. Dissertação de mestrado em Saúde Ocupacional apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Queirós, P. (2004). *Burnout* en el Trabajo y Conjugal en Enfermeiros Portugueses. Dissertação de Doutoramento em Psicologia apresentada à Universidade da Extremadura, Badajoz.

Queirós, P. (2005). *Burnout* no trabalho e conjugal em Enfermeiros Portugueses. 1ª ed. Coimbra: Sinais Vitais.

Rainho, C. (2005). Síndrome de burnout em enfermeiros: aplicação do Questionário Breve do Burnout. *Nursing*, 12, 7-11.

Relvas, J., Vaz-Serra, A., Saraiva, C. & Coleho, I. (1984). Resultados da aplicação da Escala IPC de Levenson a estudantes universitários. *Psiquiatria Clínica*. 5(3), 119-124.

Ribeiro, C. (2000). "Em torno do conceito de *Locus* de Controlo". Lisboa: Máthesis. 9, 297-314.

Ribeiro, José Luís Pais. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.

Robbins, S. (1996). *Organizational behavior*. 7. ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Rodrigues, A. (2006). *Burnout* e estilos de coping em enfermeiros que assistem pacientes oncológicos. Acedido em 20, Abril, 2012, em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-22032007-0911733/pt-br.php>

Rodrigues, D. (2007). Os aspetos cognitivos da qualidade de vida: Um estudo entre as variáveis do *locus* de controle e as do bem-estar subjetivo. Tese de Doutoramento em Psicologia apresentada à Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro Acedido em 20, Abril, 2012, em http://teses.ufri.br/ip_d/daniellemonegalharodrigues.pdf

Romano, A., Negreiros, J. & Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala da autoestima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior do país. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (1), 109-116.

Ruiz-Bueno, J. (2000). *Locus* of control, perceived control, and learned helplessness. In V. Rice (Eds) *Handbook of Stress, coping and health: Implications for nursing research, theory, and practice*.[s. l.]: Sage Publications, 461-482.

Sá, L. (2004). Do Stresse ao *Burnout* em Enfermagem Oncológica. *Enfermagem Oncológica*, 31, 14-37;

Sahraian, A., Fazelzadeh, A., Mehdizadeh, A.R., & Toobae, S.H. (2008). Burnout in hospital nurses: a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. *Journal compilation*, 62-67.

Sánchez, J. (1990). *Locus* de Control y motivación al logro: diferencias sexuales. Tese de Licenciatura em Psicologia apresentada à Universidade Intercontinental, México.

Santos, R. (2003). Trabalho por turnos e capacidade laboral: variáveis psicológicas e cronobiológicas. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental e Sistémica apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra

Santos, A. (2009). *Burnout* nos enfermeiros dos serviços de psiquiatria de doentes agudos: um contributo para a gestão. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde apresentada ao Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa de Lisboa, Lisboa Acedido em 20, Abril, 2012, em <http://repositorio-iul.iscte.pt/handle/10071/1812>.

Sávio, S. (2008). El Síndrome del *Burnout*: un proceso de estrés laboral crónico. *Hologramática*, 5,(8)

Schaufeli, W. (1999). Evaluación de riesgos psicosociales y prevención del estrés laboral: algunas experiencias holandesas. *Psicología Trabajo Organizacional*, 15, 147-171.

Schaufeli, W.; Leiter, M.; Maslach, C. & Jackson, S. (1996). *Maslach Burnout Inventory-General Survey*. 3-Test Manual (pp. 19-26). Palo Alto, CA: Psychologists Press.

Schaufeli W. B., Martinez I.M. et al. (2002). *Burnout* and engagement in University Students. A Cross-National Study. *Journal of Cross-Cultural Psychology Study*, 33, (5), 464-481.

Seltzer, J. & Numerof, R. (1988). Supervisory leadership and subordinate *Burnout*. *Academy of Management Journal*, 2, 439-449.

Silva, C. (2000). Fundamentos teóricos e aplicações da cronobiologia, *Psicologia, Investigação e Prática*, 5, (2), Outubro.

Silva, C., Azevedo, M. H. & Dias, M. R. (1994). Estudo Padronizado do Trabalho por Turnos: Versão Experimental. Bateria de escalas. Coimbra: Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Silva, C. Azevedo, M. & Dias, M. (1995). Estudo padronizado do trabalho por turnos – versão portuguesa do SSI. *Revista Psychologica*. Coimbra, 13, 27-36.

Silva, C. & Silvério, J. (1997). Versão portuguesa do “Standard Shiftwork Index” Resultado com amostras de enfermeiros. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, p. 233-240

Silva, M. (2008). *Ansiedade e Burnout em enfermeiras dos cuidados de saúde primários do interior-norte de Portugal*. Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentado à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade do Porto, Porto.

Silva, M. & Gomes, A. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia* 14, (3), 239 - 248.

Silvério, J. (1995). *Burnout* no desporto: estudo comparativo em atletas do triatlo, natação, ciclismo e atletismo. Tese de Mestrado em Psicologia Desportiva apresentada à Universidade do Minho – Braga, Braga.

Siqueira, M. (2008). Medidas do comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico de gestão. Porto Alegre: Artmed.

Soares, J. (2007). Satisfação geral no trabalho dos Enfermeiros. Clima organizacional e características pessoais. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública apresentada à Universidade de Aveiro, Aveiro.

Soares, J. (2010). Exaustão Emocional dos cuidadores de doentes oncológicos – eficácia de uma intervenção de grupo. Dissertação de Doutoramento em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação - Universidade do Porto, Porto.

Suzuki, E., Itomine, I., Kanoya, Y., Katsuki, T., HorriI, S. & Sato, C. (2008). Factors Affecting Rapid Turnover of Novice Nurses in University Hospitals: A two year longitudinal study. *Japan Journal of Nursing Science*, 5, 9-21.

Tamayo, M. (2002). *Burnout*: relações com a afetividade negativa, o coping no trabalho e a percepção de suporte organizacional. Tese de Doutoramento em Psicologia apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília. Acedido em 19, Abril, 2012, em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582008000100009&script=sci_arttext

Taris, T., Le Blank, P., Schaufelli, W. & Scherues, P. (2005). Are there casual relationship between the dimensions of the Maslach burnout inventory? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress*, 19.

Teixeira, E. *et al.* (2006). Trajetória e tendências dos cursos de Enfermagem no Brasil. *Revista brasileira de enfermagem*, 59, (4), 479-87.

Vara, N. (2007). *Burnout* e satisfação no trabalho em bombeiros que trabalham na área da emergência pré-hospitalar. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade do Porto, Porto.

Vasques-Meneses, I. & Gazotti, A. (1999). A si mesmo como trabalho. In: Codo, W. (org.). *Educação: carinho e trabalho*. 2. ed. Petropolis: Vozes.

Vaz-Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra.

Verissimo, R. (1996). A Satisfação Profissional e a Inteligência Emocional. Coimbra: *Revista Sinais Vitais*, 59, 52-54.

Vidal, J. (1993). *Estrés y psicopatología*. Madrid: Pirámide.

Wagner, D. (2004). Síndrome de *Burnout*: um estudo junto aos Educadores (Professores e Educadores assistentes) em Escolas de Educação Infantil. Dissertação de Mestrado Profissionalizante em Engenharia apresentada à Universidade Federal do Rio Grande Sul, Rio de Janeiro, Acedido em 12, Abril, 2012, em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/4915/000461391.pdf?sequence=1>

Waller, K., & Bates, R. (1992). Health locus of control and self-efficacy beliefs in a healthy elderly sample. *American Journal of Health Promotion*, 6 (4), 302-309.

Wallston, K. (1992): Hocus-Pocus, the Focus Isn't Strictly on Locus: Rotter's Social Learning Theory Modified for Health. *Cognitive Theory and Research*, 16 (2), 183-199

Weinman, J., Petrie, K., Moss-Morris, R. & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A New method for Assessing the Cognitive Representation of Illness. *Psychology and Health*, 11 (3), 431-445.

Yongmei Liu, A., James, G., Combs, B., David, J., Ketchen Jr., C., & Ireland, R. (2007). The value of human resource management for organizational performance. *Business Horizons*, 50, 503-511.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de colheita de dados



Instituto Superior Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

SINDROME DE *BURNOUT* NOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Ex.mo(a) Senhor(a) Enf.º(a):

Sou Vitor Hugo Alves, enfermeiro, aluno do 2º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação no Instituto Superior Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu, encontrando-me na fase de elaboração de um trabalho de investigação sobre a temática: **Síndrome de *Burnout* nos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de reabilitação.**

Os elementos fornecidos por este **Instrumento de Colheita de Dados** destinam-se a um trabalho de investigação que tem por objetivos: Conhecer as dimensões do *Burnout* no trabalho em Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação Portugueses; e aferir da existência de associações entre expressões de *Burnout* no trabalho e variáveis de contexto sócio-demográfico, laboral e psicossocial.

- Venho por este meio solicitar a sua colaboração e autorização para participar neste estudo.
- As questões apresentadas deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade.
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião.
- Será garantida a confidencialidade dos dados, pelo que não é necessário escrever o seu nome no questionário.

Desde já o meu muito obrigado pela sua colaboração e disponibilidade.

Vítor Alves

SECÇÃO A – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E LABORAL

Leia atentamente e coloque uma cruz (X) no local correspondente à sua resposta, ou completando com dados a seu respeito.

TODA A INFORMAÇÃO É CONFIDENCIAL

1- Idade: _____

2- Género:

Masculino
Feminino

3- Área de Residência:

Rural
Urbana

4- Estado Civil:

Casado (a) Víuvo (a)
Solteiro (a) União de facto
Divorciado (a) Outro (qual) _____

5- Habilitações literárias:

Mestrado
Doutoramento
Outro _____

6- Categoria Profissional:

Especialista
Chefe

7- Tempo de Exercício Profissional:

Na profissão _____ Anos
Na instituição _____ Anos
No actual serviço _____ Anos
Na especialidade _____ Anos

8- Tipo de Vínculo à instituição:

Contrato de trabalho em Funções Públicas
Contrato Individual de Trabalho
Outro (por favor especifique)

9- Tipo de horário Praticado:

Fixo
Por turnos

10- Local de trabalho:

Centro de Saúde
Hospital

SECÇÃO B- CARACTERIZAÇÃO DO BURNOUT EM ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO – MBI – GS

Em seguida existem afirmações sobre sentimentos relacionados com o trabalho. Leia cada afirmação cuidadosamente e decida o que sente sobre o seu trabalho. Se nunca apresentou esse sentimento coloque uma cruz no 0. Se já teve indique a frequência que melhor descreve (de 1 a 6).

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

MASLACH BURNOUT INVENTORY – GENERAL SURVEY

(Schaufeli, Leiter, Maslach & Jackson, 1996; Nunes, 1999)

1. No meu trabalho sinto-me exausto emocionalmente.	0	1	2	3	4	5	6
2. Sinto-me usado ao fim de um dia de trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
3. Sinto-me cansado quando me levanto de manhã e tenho de ir trabalhar.	0	1	2	3	4	5	6
4. Trabalhar com pessoas todo o dia causa-me stress.	0	1	2	3	4	5	6
5. O meu trabalho deixa-me exausto.	0	1	2	3	4	5	6
6. Eu consigo resolver eficazmente os problemas que aparecem no meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
7. Eu sinto que estou a contribuir eficazmente para os objetivos da minha instituição.	0	1	2	3	4	5	6
8. Eu estou a ficar menos interessado no meu trabalho desde que comecei a trabalhar.	0	1	2	3	4	5	6
9. Eu estou a ficar com menos entusiasmo sobre o meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
10. Na minha opinião, eu sou bom naquilo que faço.	0	1	2	3	4	5	6
11. Eu sinto-me alegre quando consigo atingir algo no meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
12. No meu trabalho, eu tenho conseguido realizar muitas coisas que valem a pena.	0	1	2	3	4	5	6
13. Eu só quero fazer o meu trabalho e que não me incomodem.	0	1	2	3	4	5	6
14. Estou a ficar mais cético se o meu trabalho contribui para alguma coisa.	0	1	2	3	4	5	6
15. Eu duvido do significado do meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
16. No meu trabalho, eu sinto-me confiante de que sou eficaz em ter as coisas feitas.	0	1	2	3	4	5	6

SECÇÃO C- AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM O TRABALHO – Satisfação Geral do Trabalho

As questões que se seguem dizem respeito à **satisfação geral com o trabalho e não à sua satisfação com o regime de turnos**. Por favor, em cada questão coloque um círculo no algarismo apropriado, utilizando a classificação abaixo indicada.

- 1= Discordo completamente**
2= Discordo
3= Discordo ligeiramente
4= Neutro
5= Concordo ligeiramente
6= Concordo
7= Concordo completamente

SATISFAÇÃO GERAL DO TRABALHO (Barton *et al.*, 1992)

a. No geral, estou muito satisfeito(a) com este trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
b. Penso frequentemente em abandonar este trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
c. No geral, sinto-me satisfeito(a) com o tipo de trabalho que faço.	1	2	3	4	5	6	7
d. A maior parte das pessoas neste trabalho sentem-se satisfeitas com o trabalho que fazem.	1	2	3	4	5	6	7
e. As pessoas neste trabalho pensam frequentemente em abandoná-lo.	1	2	3	4	5	6	7

© 1994 – C. F. Silva, M. H. Azevedo; M. R. Dias (trad. e adapt.)

SECÇÃO D- AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DE SAÚDE – A minha Saúde

Por favor, leia cada uma das afirmações seguintes e, depois, escolha de entre as letras que estão na linha à frente de cada afirmação, a que melhor se aplica a si e faça um círculo à volta dessa letra. Não há respostas certas ou erradas.

Se a afirmação é totalmente verdadeira marque A
 Se é maioritariamente verdadeira marque B
 Se não sabe se é verdadeira ou falsa marque C
 Se é maioritariamente falsa marque D
 Se é totalmente falsa marque E

Algumas afirmações podem parecer iguais, mas cada uma é diferente e deverá ser assinalada.

A MINHA SAÚDE (PAIS RIBEIRO)

	Totalmente verdadeiro	Em grande parte verdade	Não sei	Em grande parte falsa	Totalmente falsa
1. De acordo com os médicos que tenho consultado, a minha saúde é atualmente excelente.	A	B	C	D	E
2. Sinto-me melhor agora do que em qualquer outro momento da minha vida.	A	B	C	D	E
3. Nunca fico preocupado com a minha saúde.	A	B	C	D	E
4. Não gosto de ir ao médico.	A	B	C	D	E
5. Sou uma pessoa um pouco doente.	A	B	C	D	E
6. Já estive tão doente que pensei que ia morrer.	A	B	C	D	E
7. Não sou tão saudável agora como costumava ser.	A	B	C	D	E
8. Preocupo-me mais com a minha saúde do que as outras pessoas com a sua.	A	B	C	D	E
9. O meu organismo parece resistir muito bem às doenças.	A	B	C	D	E
10. Nunca tive uma doença que durasse muito tempo.	A	B	C	D	E
11. As pessoas parecem-me mais preocupadas com a sua saúde do que eu com a minha	A	B	C	D	E
12. Tenho uma saúde excelente.	A	B	C	D	E
13. A minha saúde é uma das minhas preocupações.	A	B	C	D	E
14. Ultimamente tenho-me sentido mal.	A	B	C	D	E
15. Ir ao médico não é coisa que me incomode.	A	B	C	D	E
16. Nunca estive seriamente doente.	A	B	C	D	E
17. Os médicos dizem que a minha saúde é atualmente fraca	A	B	C	D	E
18. Sinto-me tão bem agora como em qualquer outro momento da minha vida.	A	B	C	D	E

SECÇÃO E- AVALIAÇÃO DO LOCUS DE CONTROLO – IPC

À frente de cada questão estão colocados seis pontos. Coloque um círculo à volta do número que corresponder à sua maneira de ser de acordo com a seguinte distribuição

1= Discordo de maneira muito acentuada
2= Discordo de maneira acentuada
3= Discordo

4= Concordo
5= Concordo de maneira acentuada
6= Concordo de maneira muito acentuada

INTERNAL, POWERFUL OTHER AND CHANCE – ESCALA DE LOCUS DE CONTROLO DE LEVENSON (Relvas, J. *et al.*, 1989)

1. Se consigo ou não vir a ser um chefe depende principalmente das minhas aptidões.	1	2	3	4	5	6
2. Em grande parte a minha vida é controlada por fatores acidentais.	1	2	3	4	5	6
3. Tenho a sensação que o que acontece na minha vida é em grande parte determinado por outras pessoas poderosas.	1	2	3	4	5	6
4. Se tenho ou não um acidente de automóvel depende principalmente de eu ser ou não um bom condutor.	1	2	3	4	5	6
5. Quando faço planos, tenho quase a certeza de conseguir pô-los em prática.	1	2	3	4	5	6
6. Muitas vezes não há a possibilidade de proteger o meu interesse pessoal de acontecimentos azarentos.	1	2	3	4	5	6
7. Quando consigo o que quero, é habitualmente porque tenho sorte.	1	2	3	4	5	6
8. Embora possa ter boas aptidões, não me será dada responsabilidade de chefia sem apelar para aqueles que estão em posições de poder.	1	2	3	4	5	6
9. A quantidade de amigos que tenho depende da forma como consigo ser simpático.	1	2	3	4	5	6
10. Tenho verificado com frequência que o que está para acontecer na realidade acontece.	1	2	3	4	5	6
11. A minha vida é controlada principalmente por outras pessoas poderosas.	1	2	3	4	5	6
12. Se tenho ou não um acidente de automóvel é fundamentalmente uma questão de sorte.	1	2	3	4	5	6
13. Gente como eu tem poucas possibilidades de proteger os seus interesses pessoais quando entram em conflito com os de pessoas de grupos de pressão fortes.	1	2	3	4	5	6
14. Nem sempre é sensato eu fazer planos com demasiada antecedência porque muitas coisas acabam por ser uma questão de boa ou de má sorte.	1	2	3	4	5	6
15. Para obter o que quero é preciso agradar aos que estão acima de mim.	1	2	3	4	5	6
16. Se consigo ou não vir a ser um chefe depende bastante da sorte de estar no sítio certo na altura certa.	1	2	3	4	5	6
17. Se pessoas importantes decidissem que não gostavam de mim, provavelmente eu não conseguiria arranjar muitos amigos.	1	2	3	4	5	6
18. Posso perfeitamente determinar o que acontecerá na minha vida.	1	2	3	4	5	6
19. Usualmente sou capaz de proteger os meus interesses pessoais.	1	2	3	4	5	6
20. Se tenho ou não um acidente de automóvel depende principalmente do outro condutor.	1	2	3	4	5	6
21. Quando consigo o que quero, é porque usualmente trabalhei bastante para o obter.	1	2	3	4	5	6
22. Em ordem a levar os meus planos por diante, asseguro-me de que estão de acordo com os desejos das pessoas que têm poder sobre mim.	1	2	3	4	5	6
23. A minha vida é determinada pelas minhas próprias ações.	1	2	3	4	5	6
24. É principalmente uma questão de sorte se eu tenho ou não poucos ou muitos amigos.	1	2	3	4	5	6

SECÇÃO F- AVALIAÇÃO DA AUTO-ESTIMA

Segue-se uma lista de afirmações respeitantes ao modo como se sente relativamente a si próprio(a). À frente de cada uma delas assinale com uma **X**, na respetiva coluna a resposta que mais se lhe adequa.

ESCALA DE AUTO-ESTIMA GLOBAL

(ROSENBERG, M.; ADAPTAÇÃO PORTUGUESA: FARIA. L. & SILVA, S., 1999)

A	B	C	D		E		F	
Concordo totalmente	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo parcialmente		Discordo		Discordo totalmente	
1	Globalmente estou satisfeito(a) comigo próprio(a).		A	B	C	D	E	F
2	Por vezes penso que nada valho.		A	B	C	D	E	F
3	Sinto que tenho um bom número de qualidades		A	B	C	D	E	F
4	Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das outras pessoas.		A	B	C	D	E	F
5	Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.		A	B	C	D	E	F
6	Por vezes sinto-me de facto um(a) inútil.		A	B	C	D	E	F
7	Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros.		A	B	C	D	E	F
8	Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a).		A	B	C	D	E	F
9	Em termos gerais, inclino-me a achar que sou um(a) falhado(a).		A	B	C	D	E	F
10	Adoto uma atitude positiva perante mim próprio(a).		A	B	C	D	E	F

**O preenchimento do questionário terminou.
Muito obrigado pela sua preciosa colaboração!**

APÊNDICE B - Pedido de autorização para aplicação do ICD

Exmo. Sr. Presidente da APER:

O meu nome é Vítor Hugo Nunes Valente Alves, encontro-me a frequentar o II Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Saúde de Viseu.

No âmbito da unidade curricular de Investigação em Enfermagem, foi-me proposto a elaboração de um trabalho de investigação que se intitula “**Síndrome de *Burnout* nos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação**”, pelo que venho por este meio, solicitar a Vossa Excelência a autorização para a aplicação do questionário aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, que estarão presentes no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação nos dias 1, 2 e 3 de Dezembro no hotel Oeiras – Lagoa Park.

Esta pesquisa terá como Orientador o Professor Doutor Carlos Albuquerque, e tem como objetivo estudar a prevalência de *burnout* nos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

Junto envio o projeto de estudo para que a nossa proposta possa ser melhor analisada.

Sem mais assunto de momento e certo que o meu pedido será analisado com o maior interesse da Vossa parte, despeço-me com elevada consideração.

Viseu, 2 de Novembro de 2011

Melhores cumprimentos

Atentamente,

Vitor Alves

