



**INSTITUTO SUPERIOR
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NORTE**

O *BURNOUT* NOS ENFERMEIROS:

Estudo comparativo entre Enfermeiros de Internamento e
Enfermeiros de Unidades de Cuidados Intensivos, do
Hospital de S. João – Porto

Lucília Marisa Correia Rabaça

2008

Lucília Marisa Correia Rabaça

O *BURNOUT* NOS ENFERMEIROS:

Estudo comparativo entre Enfermeiros de Internamento e
Enfermeiros de Unidades de Cuidados Intensivos, do Hospital de S.
João – Porto

Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências da
Saúde – Norte, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da
Dor.

Orientador: Professor Doutor Victor Viana

Resumo

O *Burnout* é uma síndrome psicológica que envolve uma resposta prolongada a stressores existentes no local de trabalho.

Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, são considerados como tendo alto risco de sofrerem de stress relacionado com o trabalho - *Burnout*.

O objectivo deste estudo é conhecer a dor psicógena (*Burnout*) nos enfermeiros. Para isso analisamos uma amostra de 120 enfermeiros que desenvolvem funções em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ou em Serviços de Internamento (SI) do Hospital de S. João – Porto. Utilizamos um formulário para avaliar o *Burnout*, a Auto-eficácia, a Satisfação e Realização e a Personalidade, através do *Maslach Burnout Inventory* (MBI), da Escala de Auto-eficácia de Ralf Schwarzer, a Escala de Realização e Satisfação e o *Eysenck Personality Inventory* (EPI), respectivamente.

Os enfermeiros apresentam valores moderados de *Burnout*, mais acentuados nos enfermeiros mais jovens (entre os 20 e 30 anos), embora não exista diferença entre os que trabalham em UCI ou SI. Os enfermeiros mais velhos e com categoria profissional superior apresentam menos despersonalização (cinismo, tratamento “frio”, por exemplo). Maior categoria profissional e maior número de anos de actividade profissional significa maior sensação de Auto-eficácia. A realização e satisfação é maior para os homens e para os casados e os enfermeiros com categoria profissional superior e que são da função pública também apresentam resultados melhores. Os enfermeiros com índices de neuroticismo superiores apresentam valores de *Burnout* mais elevados e encontram-se mais insatisfeitos.

Conhecer o *Burnout* nos enfermeiros permite actuar atempadamente para que os profissionais que prestam assistência não sejam os próximos a precisar de ajuda.

Abstract

Burnout, considered in this study as psychogenic pain, is a psychological syndrome that involves a prolonged response to stress factors in the workplace.

Health care professionals, especially nurses, are considered as high risk of suffering from stress related to work - Burnout.

This research aims to understand Burnout in nurses. For this purpose, we analyzed a sample of 120 nurses working in Intensive Care Units (ICU) or in Internal Wards (IW) at the Hospital de S. João – Porto. We use an inventory to analyze the Burnout, Self-efficacy, Satisfaction and Achievement and Personality, through the Maslach Burnout Inventory (MBI), the Ralf Schwarzer's Self-efficacy Scale, the Satisfaction and Achievement Scale and the Eysenck Personality Inventory, respectively.

The observed nurses have moderate values for Burnout, more evident in younger nurses (between 20 and 30 years), although there is no difference between those who work in ICU or IW. The older and higher professional nurses have less depersonalization (cynicism, being "cold", for e.g.). Higher professional category and more years of work means greater sensation of Self-efficacy. The achievement and satisfaction is higher for men and for married nurses. Nurses with higher professional category and working for the Civil Service also have better results. Nurses with higher neuroticism scores have higher Burnout values and are more dissatisfied.

Understanding Burnout in nurses allows one to act in time, so professionals who provide assistance won't be the next ones to need help.

*O percurso da dor,
Longe de ser uniforme,
É ao contrário difuso e autocontrolado
Até terminar no cérebro.*

*Esta chegada ao cérebro
Explica também o carácter múltiplo
Que reveste o sofrimento,
Sentido de maneira diferente por cada indivíduo
Consoante a sua origem, cultura ou religião
E que o verbaliza
Pois de forma estritamente individual.*

(Schwob, 1994)

Ao Rui, sem ele não teria conseguido.
Aos meus pais, Alberto e Fátima e à minha avozinha M^a José.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer ao meu orientador, Prof. Dr. Victor Viana, pelo apoio e pela prontidão com que sempre me auxiliou na realização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Rui Gomes da Faculdade de Psicologia, da Universidade de Braga, pela disponibilidade e pela cedência de escalas utilizadas nesta investigação. Ao Prof. Dr. Carlos Caldas, da CESPU, pela amabilidade demonstrada, quando a ele recorri.

Gostaria, também, de agradecer à enfermeira chefe do meu serviço, Enf. Isabel Rodrigues, pela ajuda prestada na complicada fase da obtenção de autorizações. De igual forma, agradeço a todos os enfermeiros chefes, onde os questionários foram aplicados, pela ajuda preciosa para que estes pudessem ser preenchidos. Não poderia deixar de agradecer, a todos os enfermeiros que participaram no estudo. Abdicaram do pouco tempo livre que tinham, para responder e assim contribuir para um melhor conhecimento dos problemas da profissão e para que algo possa ser mudado.

Agradeço a todos os meus familiares, amigos e colegas que me apoiaram e incentivaram quando o desânimo parecia querer reinar.

Um agradecimento muito especial e sentido para o Rui, o meu amor e o meu melhor amigo, por toda a ajuda prestada, pelo auxílio incondicional, pela força que me transmitiu ao longo destes dois anos e sem a qual eu não teria chegado até aqui.

A todas estas pessoas o meu obrigada.

Siglas e Abreviaturas

APED	Associação Portuguesa para o Estudo da Dor
CIT	Contrato Individual de Trabalho
EA	Escala de Auto-eficácia
EPI	Eysenck Personality Inventory
ESR	Escala de Satisfação e Realização
MBI	Maslach Burnout Inventory
SI	Serviço de Internamento
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
IASP	International Association for the Study of Pain

col.	colaboradores
s.a.	sem ano
cit.	citado
N	número
%	percentagem
σ	desvio padrão
\bar{x}	média
p	significância
t	teste <i>t de Student</i> (teste “t”)
r	correlação de <i>Pearson</i>
X^2	qui-quadrado

Índice

I	INTRODUÇÃO	1
II	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1.	O BURNOUT	5
2.	O BURNOUT SEGUNDO C. MASLACH	9
2.1.	<i>BURNOUT</i> E STRESS	12
2.2.	AS MANIFESTAÇÕES DO <i>BURNOUT</i>	15
3.	O BURNOUT E A DOR	19
4.	O BURNOUT EM SAÚDE	20
4.1.	IMPORTÂNCIA DE ESTUDAR O <i>BURNOUT</i> NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	20
4.2.	RESILIÊNCIA, SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E “TRAUMATIZAÇÃO VICARIANTE”	24
5.	A PERSONALIDADE	30
III	INVESTIGAÇÃO	35
1.	OBJECTIVOS	36
2.	MÉTODOS	38
2.1.	AMOSTRA	38
2.2.	INSTRUMENTOS	40
2.3.	PROCEDIMENTOS	41
3.	RESULTADOS	43
3.1.	CONSISTÊNCIA INTERNA DOS INSTRUMENTOS	43
3.2.	ANÁLISE DESCRITIVA	45
3.3.	ANÁLISE COMPARATIVA	49
3.4.	ANÁLISE ASSOCIATIVA	63
4.	DISCUSSÃO	68
IV	CONCLUSÃO	73

Índice de Figuras, Quadros e Tabelas

FIGURA 1: MODELO GERAL DE <i>BURNOUT</i> (MASLACH, JACKSON, & LEITER, 1996) CIT. POR (QUEIRÓS, 2005).....	10
FIGURA 2: FACTORES QUE AFECTAM A SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> NOS ENFERMEIROS (GARROSA, MORENO-JIMÉNEZ, LIANG, & GONZÁLEZ, 2008).	22
FIGURA 3: RELAÇÃO ENTRE OS VALORES MÉDIOS DAS SUBESCALAS DO <i>BURNOUT</i> E A IDADE.....	58
QUADRO 1: VALORES NORMATIVOS DO MBI PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA (GOMES, MELO, & CRUZ, 2000)	11
QUADRO 2: SINTOMAS A NÍVEL INDIVIDUAL DE <i>BURNOUT</i> (SCHAUFELI E ENZMANN, 1998)	16
QUADRO 3: SINTOMAS A NÍVEL INTERPESSOAL DE <i>BURNOUT</i> (SCHAUFELI E ENZMANN, 1998).	17
QUADRO 4: SINTOMAS A NÍVEL ORGANIZACIONAL DE <i>BURNOUT</i> (SCHAUFELI E ENZMANN, 1998).	17
QUADRO 5: POSSÍVEIS SINTOMAS DE <i>BURNOUT</i> (DELBROUCK, 2006).	18
TABELA 1: CONSISTÊNCIA INTERNA DO MBI E DAS SUBESCALAS	43
TABELA 2: CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESCALA DA AUTO-EFICÁCIA	44
TABELA 3: CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESR E DAS SUBESCALAS.....	44
TABELA 4: CONSISTÊNCIA INTERNA DO EPI E DAS SUBESCALAS	45
TABELA 5: DISTRIBUIÇÃO POR GÉNERO	45
TABELA 6: DISTRIBUIÇÃO POR ESTADO CIVIL.....	45
TABELA 7: RELAÇÃO ENTRE IDADE E SERVIÇO EM QUE OS ENFERMEIROS EXERCEM FUNÇÕES.	46
TABELA 8: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELOS SERVIÇOS EM ESTUDO.	46
TABELA 9: ANÁLISE DESCRITIVA DA VARIÁVEL “ANOS DE ACTIVIDADE PROFISSIONAL”	47
TABELA 10: DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS POR CATEGORIA PROFISSIONAL E POR HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.....	47
TABELA 11: DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS POR HORÁRIO DE TRABALHO E TIPO DE VÍNCULO À INSTITUIÇÃO	48
TABELA 12: DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS PELOS SERVIÇOS DE ACORDO COM AS HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.....	48
TABELA 13: RELAÇÃO DOS ENFERMEIROS ENTRE O SERVIÇO QUE EXERCEM FUNÇÕES E O TIPO DE VÍNCULO À INSTITUIÇÃO	48
TABELA 14: MÉDIA E DESVIO PADRÃO DE AUTO-EFICÁCIA POR GÉNERO, E TESTE DE DIFERENÇAS	49
TABELA 15: MÉDIA E DESVIO PADRÃO DE AUTO-EFICÁCIA POR SERVIÇO ONDE EXERCE FUNÇÕES, E TESTE DE DIFERENÇAS	50
TABELA 16: AUTO-EFICÁCIA POR CATEGORIA PROFISSIONAL, E ANÁLISE UNIVARIADA	50
TABELA 17: TESTE DE COMPARAÇÃO MÚLTIPLA (<i>BONFERRONI</i>) DA AUTO-EFICÁCIA EM FUNÇÃO DA CATEGORIA PROFISSIONAL.....	51
TABELA 18: A AUTO-EFICÁCIA EM RELAÇÃO AO SERVIÇO EM QUE EXERCE FUNÇÕES, E TESTE DO QUI-QUADRADO	51
TABELA 19: RESPOSTAS OBTIDAS À QUESTÃO SE ESCOLHERIA A MESMA PROFISSÃO	52
TABELA 20: RELAÇÃO ENTRE GRUPOS ETÁRIOS E A QUESTÃO SE ESCOLHERIA A MESMA PROFISSÃO..	52
TABELA 21: MÉDIAS E DESVIO PADRÃO DAS IDADES PELA QUESTÃO SE VOLTARIA A ESCOLHER A MESMA PROFISSÃO	52
TABELA 22: MÉDIA E DESVIO PADRÃO PARA AS SUBESCALAS DA ESR.	53
TABELA 23: MÉDIAS E DESVIO PADRÃO DAS SUBESCALAS DA SATISFAÇÃO E DA REALIZAÇÃO POR GÉNERO, E TESTE DE DIFERENÇAS	53
TABELA 24: MÉDIAS E DESVIO PADRÃO DA ESR POR ESTADO CIVIL, E TESTE DE DIFERENÇAS.....	54
TABELA 25: MÉDIAS E DESVIO PADRÃO DA ESR, POR CATEGORIA PROFISSIONAL, E TESTE DE DIFERENÇAS	54
TABELA 26: MÉDIAS E DESVIO PADRÃO DA ESR, POR TIPO DE SERVIÇO, E TESTE DE DIFERENÇAS	55

TABELA 27: MÉDIAS E DESVIO PADRÃO DA ESR, POR TIPO DE VÍNCULO À INSTITUIÇÃO, E TESTE DE DIFERENÇAS	55
TABELA 28: MÉDIAS E DESVIO PADRÃO PARA AS SUBESCALAS DO EPI.....	56
TABELA 29: MÉDIAS E DESVIO PADRÃO DO EPI, POR GÉNERO, E TESTE DE DIFERENÇAS	56
TABELA 30: SUBESCALAS DO MBI	56
TABELA 31: DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS PELOS NÍVEIS DAS SUBESCALAS DO MBI.....	57
TABELA 32: MÉDIAS E DESVIO PADRÃO NAS SUBESCALAS DO MBI POR GRUPOS ETÁRIOS, E ANÁLISE UNIVARIADA.....	57
TABELA 33: MÉDIAS E DESVIO PADRÃO NAS SUBESCALAS DO MBI POR GÉNERO, E TESTE DE DIFERENÇAS	59
TABELA 34: MÉDIAS E DESVIO PADRÃO NAS SUBESCALAS DO MBI POR ESTADO CIVIL, E TESTE DE DIFERENÇAS	59
TABELA 35: MÉDIAS E DESVIO PADRÃO NAS SUBESCALAS DO MBI POR CATEGORIA PROFISSIONAL, E ANÁLISE UNIVARIADA	60
TABELA 36: TESTE DE COMPARAÇÃO MÚLTIPLA (<i>BONFERRONI</i>) DO MBI EM FUNÇÃO DA CATEGORIA PROFISSIONAL	60
TABELA 37: MÉDIAS E DESVIO PADRÃO DAS SUBESCALAS DO MBI POR HABILITAÇÕES LITERÁRIAS, E ANÁLISE UNIVARIADA	61
TABELA 38: TESTE DE COMPARAÇÃO MÚLTIPLA (<i>BONFERRONI</i>) DO MBI EM FUNÇÃO DAS HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	61
TABELA 39: MÉDIAS E DESVIO PADRÃO DAS SUBESCALAS DO MBI POR LOCAL DE TRABALHO, E TESTE DE DIFERENÇAS	62
TABELA 40: MÉDIAS E DESVIO PADRÃO DAS SUBESCALAS DO MBI POR ANOS DE ACTIVIDADE PROFISSIONAL, E TESTE DE DIFERENÇAS	62
TABELA 41: MÉDIAS E DESVIO PADRÃO DAS SUBESCALAS POR TIPO DE VINCULO À INSTITUIÇÃO, E TESTE DE DIFERENÇAS	63
TABELA 42: “R” DE <i>PEARSON</i> ENTRE AUTO-EFICÁCIA E IDADE	63
TABELA 43: “R” DE <i>PEARSON</i> ENTRE AUTO-EFICÁCIA E OS ANOS DE ACTIVIDADE PROFISSIONAL.....	64
TABELA 44: “R” DE <i>PEARSON</i> ENTRE AUTO-EFICÁCIA E A ESCALA DE SATISFAÇÃO E REALIZAÇÃO (GLOBAL) E AS SUAS SUBESCALAS	64
TABELA 45: “R” DE <i>PEARSON</i> ENTRE ESR E EA.....	65
TABELA 46: “R” DE <i>PEARSON</i> ENTRE ESR E EPI	65
TABELA 47: “R” DE <i>PEARSON</i> ENTRE ESR E MBI	65
TABELA 48: “R” DE <i>PEARSON</i> ENTRE MBI E EPI.....	66
TABELA 49: “R” DE <i>PEARSON</i> ENTRE A IDADE E O MBI	66
TABELA 50: “R” DE <i>PEARSON</i> ENTRE ANOS DE ACTIVIDADE PROFISSIONAL E O MBI	67
TABELA 51: “R” DE <i>PEARSON</i> ENTRE AUTO-EFICÁCIA E AS SUBESCALAS DO MBI.....	67

I INTRODUÇÃO

Os enfermeiros são um dos grupos profissionais mais sujeitos à exaustão, aos sentimentos de despersonalização e à falta de realização pessoal. É neste âmbito que surge o constructo – *Burnout* – para definir o stress ocupacional nos profissionais que prestam serviços a outros seres humanos.

Este trabalho é composto, para além desta introdução, por três capítulos. No segundo capítulo, na sequência de uma revisão bibliográfica acerca do *Burnout*, organizamos em Enquadramento Teórico; no terceiro capítulo apresentamos as várias etapas da Investigação e por último, no quarto capítulo expomos as conclusões, as limitações encontradas e sugestões para futuros trabalhos.

O capítulo II, Enquadramento Teórico, comporta uma breve resenha histórica sobre o conceito de *Burnout*, desde o seu aparecimento até aos dias de hoje. Apresentamos a definição de *Burnout* para vários autores. Num outro ponto, abordamos o *Burnout* para uma das autoras mais relevantes quando se fala desta síndrome – Maslach. Distinguimos ainda *Burnout* de Stress e definimos quais as principais manifestações do *Burnout*.

Na secção 3. do mesmo capítulo estabelecemos a ligação entre a Dor e *Burnout*, na medida em que sendo o *Burnout* uma dor psicógena, tem toda a relevância ser estudado num mestrado, como o mestrado de Psicologia da Dor.

Após uma abordagem um pouco mais generalista do conceito de *Burnout*, na secção 4. (*O Burnout em Saúde*), passamos a descrever o caso particular dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. Neste ponto expõe-se os vários argumentos e conclusões obtidas por vários autores para considerar a Enfermagem como uma profissão desgastante e sujeita a *Burnout*. Num outro ponto revêem-se os conceitos resiliência, satisfação profissional e “*traumatização vicariante*”, com o intuito de os relacionar com o *Burnout* e com o estudo que pretendemos realizar.

Por último, abordamos a Personalidade. Inicialmente em termos gerais, depois relacionamos com o *Burnout* e o interesse de desenvolver os dois conceitos.

No capítulo III, Investigação, começámos por apresentar os Objectivos, seguindo-se os Métodos, os Resultados e por fim a Discussão. Em Objectivos apresentámos a questão inicial, da qual posteriormente se desenvolveram as questões orientadoras que deram origem às premissas para este estudo. Em Métodos enunciamos a amostra do estudo, com uma descrição da mesma; apresentamos os instrumentos utilizados, o formulário com as suas subescalas; e mostramos os procedimentos que foram utilizados para obter os resultados.

Em Resultados descrevemos os valores obtidos através da aplicação do formulário elaborado à amostra em estudo – os enfermeiros de Serviços de Internamento e de Unidades de Cuidados Intensivos do Hospital de S. João. Acrescentamos ainda, um novo ponto - Consistência Interna dos Instrumentos – onde se apresentam os resultados dos testes à validade das várias escalas, pelo método *Alpha de Cronbach*.

A parte final do capítulo é composta pela Discussão, onde se realiza uma interpretação dos dados obtidos, relacionando com o que foi encontrado na bibliografia.

Na Conclusão, como já foi referido, abordamos as limitações encontradas, são sugeridas novas investigações e apresentam-se possíveis conclusões para os resultados obtidos.

II ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O *BURNOUT*

O *Burnout* é uma síndrome psicológica que envolve uma resposta prolongada a stressores existentes no local de trabalho. Envolve ainda tensão crónica resultante da incongruência existente entre trabalhador e trabalho (Maslach & Jackson, 1981);(Maslach C. , 2003).

Mirofuse e col. (2005) consideram o *Burnout* como o “sofrimento psíquico no trabalho”. Delbrouck (2006) define que o conceito de «síndrome de exaustão profissional dos prestadores de cuidados» ou «síndrome de *Burnout*» nasce da constatação do sofrimento dos prestadores de cuidados.

O *Burnout* emergiu inicialmente como um problema social. Numa primeira fase de desenvolvimento conceptual, o foco incidiu sobre a descrição clínica do *Burnout*. Numa segunda fase, deu-se ênfase à pesquisa sistemática – fase empírica. Por último ocorreu um aprofundamento teórico do conceito – fase do constructo (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993). Estes aspectos serão abordados na secção seguinte (2. O *Burnout* segundo C. Maslach).

O primeiro autor a utilizar esta terminologia foi Herbert Freudenberg em 1974, quando pretendia abordar a vulnerabilidade de indivíduos que desempenham uma profissão “stressante” (Queirós, 2005); (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993). Freudenberg observou trabalhadores voluntários de unidades de saúde que apresentavam perda gradual da sensibilidade emocional, perda da motivação e do empenhamento, e ainda a presença de sintomas físicos e mentais, notando-se especialmente um estado de exaustão (Queirós, 2005).

Outra autora que muito contribuiu para o estudo do *Burnout* foi Christina Maslach, que verificou uma associação entre emoções e comportamentos nos indivíduos que desempenhavam funções que envolviam um grande envolvimento pessoal na relação com outros. Maslach juntamente com outros autores, nomeadamente Schaufeli, iniciaram estudos nos Estados Unidos da América a partir da década de 70, começando por investigar em serviços de saúde, serviços sociais e educação. Na década de 90 alargaram a investigação sobre o *Burnout* a todas as profissões. Nos dias de hoje, o

Burnout é um processo investigado em diversos países e é muito vasta a produção científica a respeito deste tema sobre o qual se encontram inúmeras publicações (Queirós, 2005); (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993).

Muitos outros autores se debruçaram sobre o *Burnout*, como por exemplo, os autores seguintes (citados por Queirós (2005)): Cherniss (1980) definiu o *Burnout* como mudanças pessoais negativas que ocorrem em profissionais de ajuda, trabalhando em empregos emocionalmente exigentes ou frustrantes; para Berkeley (1982) *Burnout* era um estado de isolamento do profissional em relação aos pacientes, aos companheiros de emprego e à administração; para Bibeau e Poirier (1985) o *Burnout* foi considerado uma reacção adaptativa ao stress no trabalho; para Lebigot e Lafont (1985) o *Burnout* era fruto da evolução cultural e do desenvolvimento tecnológico.

Perlman e Hartman (1982) cit. por (Queirós, 2005), responsáveis pela análise de quarenta e oito artigos sobre *Burnout* publicados entre 1974 e 1981, identificaram um padrão-tipo de *Burnout*, que consistia na presença de esgotamento, desumanização e baixa produtividade. Constataram que as profissões tinham uma natureza stressante e que existia relação entre o stress laboral e o *Burnout*, embora nesta fase os estudos fossem maioritariamente clínicos (apenas 10% apresentavam dados empíricos) (Queirós, 2005); (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993).

Schaufeli, Maslach e Marek (1993), analisando estudos longitudinais, chegaram às seguintes conclusões:

- o nível de *Burnout* parecia razoavelmente estável com o passar do tempo;
- a sua natureza era mais crónica que aguda;
- o *Burnout* levava a sintomas físicos, ao absentismo e à rotatividade no emprego;
- o conflito de papéis e a falta de suporte social entre colegas e superiores hierárquicos poderia levar ao *Burnout*.

Os resultados obtidos levaram a que vários autores tentassem encontrar critérios de diagnóstico do *Burnout*. Freudenberger e Richelson

(1980) cit. por (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993) descreveram sintomas clínicos, que incluíam exaustão, distanciamento, aborrecimento e cinismo, impaciência e alta irritabilidade, sensação de onipotência, a suspeita de ser pouco apreciado, paranóia e queixas psicossomáticas. Outros autores, como Pines e Aronson (1988), consideraram que os critérios de *Burnout* seriam a presença de exaustão física, emocional e mental causada pelo envolvimento a longo termo em situações emocionalmente exigentes (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993).

A análise de Schaufeli, Maslach e Marek (1993) conclui que os autores referidos no parágrafo anterior descrevem cinco elementos comuns:

- a predominância de sintomas disfóricos como exaustão mental e emocional, fadiga e depressão;
- os sintomas comportamentais e mentais prevalecem em detrimento dos sintomas físicos (embora também possam estar presentes);
- os sintomas do *Burnout* estão relacionados com o trabalho;
- os sintomas manifestam-se em pessoas “normais”, pessoas que não sofriam de psicopatologia anteriormente;
- as pessoas tornam-se menos eficazes e a sua performance profissional piora devido a atitudes e comportamentos negativos.

Gelsema e col. (2006) consideram que o *Burnout* é uma reacção ao stress que usualmente começa a manifestar-se após uma exposição aos factores stressantes superior a um ano.

Em suma, o *Burnout* é consequência de variáveis organizacionais e de interações interpessoais e emocionais no trabalho. Variáveis sócio-demográficas e personalidade também influenciam os níveis de *Burnout* que os indivíduos vivenciam (Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang, & González, 2008).

Vários autores enumeram diversos grupos com mais susceptibilidade para sofrerem de *Burnout*. Entre eles incluem-se os profissionais que estão em contacto directo com as pessoas e que têm uma «filosofia humanista» (Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle, & Domínguez, 2004). O cuidado, sendo uma relação entre dois seres humanos, implica que a acção de

um resulte no bem-estar do outro (Murofuse, Abranches, & Napoleão, 2005). Neste grupo incluem-se os enfermeiros, pois como afirma Martins (2003) citando Boore (1981), “*a enfermagem inclui as funções de cuidar na saúde e na doença, na sua máxima extensão, desde a concepção até à morte.*” Posteriormente (na secção 4.1) será abordada a importância de estudar o *Burnout* nos profissionais de saúde.

2. O *BURNOUT* SEGUNDO C. MASLACH

Christina Maslach acompanhou o aparecimento do conceito de *Burnout* desde praticamente o início, desde a altura em que era considerado um tópico tabu porque os profissionais tinham dificuldade em admitir que podiam estar a ser “pouco profissionais” (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993). Juntamente com outros autores, acompanhou o nascimento do conceito até à sua proliferação. A própria autora refere o seguinte: “*tendo sido uma das «pioneiras» no campo, tive a vantagem de possuir um ponto de vista a longo termo, que engloba os 20 anos desde o nascimento do conceito do Burnout até à sua presente proliferação*”¹ (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993, p. 20).

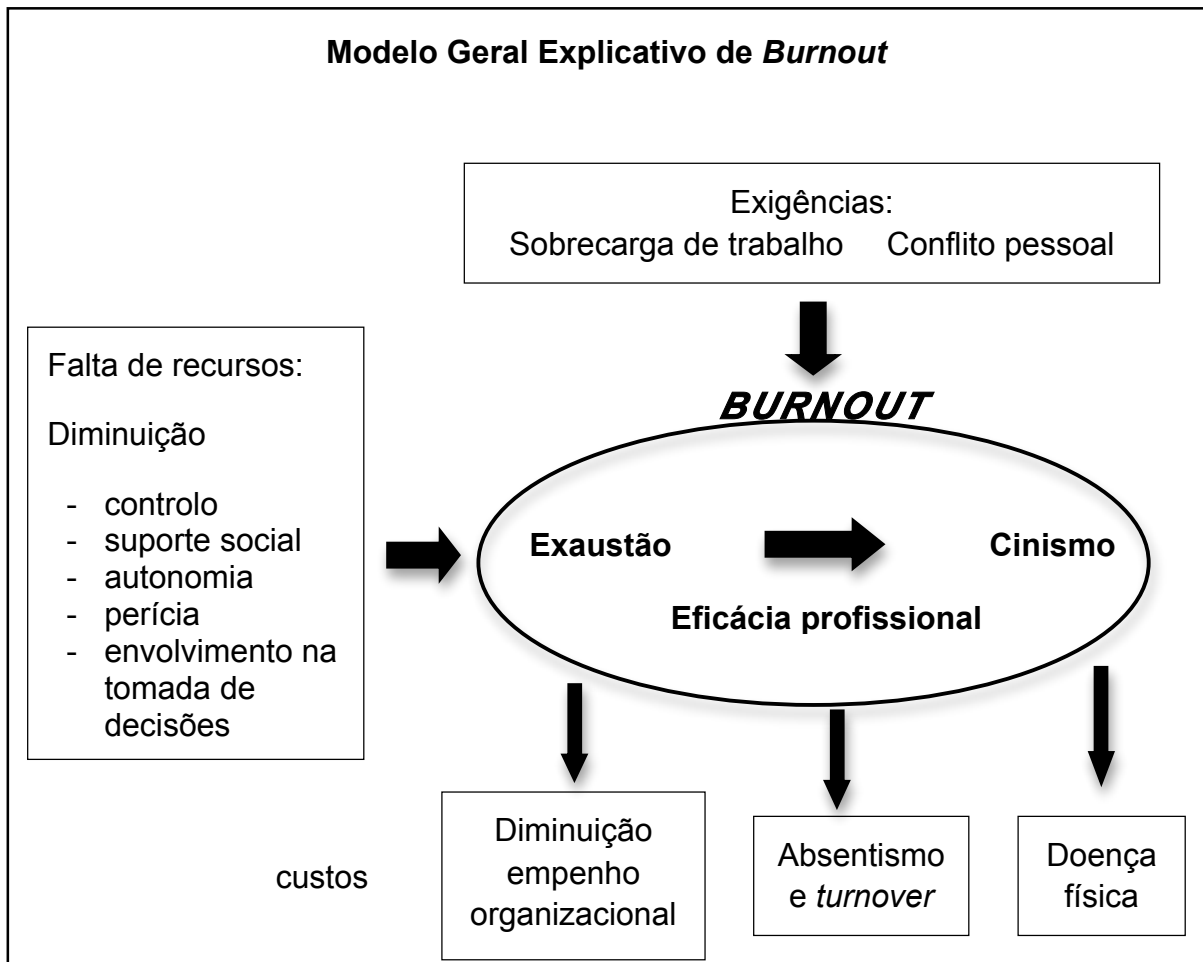
Esta autora considera que um dos aspectos mais importantes da síndrome de *Burnout* é o aumento de sentimentos de exaustão emocional, na medida em que a diminuição das reservas emocionais levava a que os trabalhadores sentissem que eram incapazes de se entregarem completamente no seu cuidado ao outro a nível psicológico. Outro aspecto, é o aparecimento da despersonalização, que consiste em atitudes negativas e cínicas, assim como em sentimentos também negativos e cínicos acerca dos seus clientes/utentes. Num terceiro aspecto, o *Burnout* reduz a realização pessoal, pois o indivíduo desenvolve uma tendência para se avaliar negativamente, começa a sentir-se infeliz consigo próprio e insatisfeito com os objectivos atingidos no trabalho (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996).

Maslach, juntamente com Jackson e Leiter em 1996, desenvolvem o **Modelo Geral Explicativo de *Burnout*** que pode ser observado na Figura 1.

Como podemos constatar pela análise da Figura 1 quando, à falta de recursos se aliam as exigências por sobrecarga de trabalho e de conflitos pessoais, surge o *Burnout*. Este é caracterizado pela exaustão, pelo cinismo e pela perda de eficácia profissional. Aparecem ainda a diminuição do empenho organizacional, o absentismo e o *turnover*, e a doença física. Podemos ainda concluir que a exaustão leva ao cinismo ou despersonalização, ponto abordado por Maslach.

¹ Tradução livre do autor.

Figura 1: Modelo geral de *Burnout* (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996) cit. por (Queirós, 2005)



Para poder avaliar os níveis de *Burnout* a que as pessoas estavam sujeitas, Maslach e Jackson desenvolveram o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), em 1996. Este inventário que é composto por 22 itens, pretende medir três dimensões, consideradas três subescalas: a Exaustão Emocional, a Despersonalização e a Realização Pessoal (Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle, & Domínguez, 2004); (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). As respostas são dadas numa escala ordinal de 7 posições, entre o “nunca”, que corresponde ao “0” e “todos os dias”, que corresponde ao “6”. O inventário tem que ser preenchido pelo próprio indivíduo e todas as instruções são fornecidas no próprio inventário.

Em 1999, Melo, Gomes e Cruz realizaram uma versão portuguesa do MBI (Ribeiro, 2007). Gomes, Melo e Cruz (2000) propõem as seguintes descrições para as três subescalas:

Exaustão Emocional – pretende analisar os sentimentos de sobrecarga emocional e exaustão devido às exigências do trabalho, como por exemplo: *“Sinto-me emocionalmente insatisfeito com o meu trabalho”* ou *“Sinto-me como se estivesse no limite das minhas capacidades”*.

Despersonalização – para medir as pessoas “frias”, impessoais ou negativas dirigidas àqueles a quem prestam serviços, como por exemplo: *“Tornei-me mais cruel com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão”* ou *“Não me interessa realmente o que acontece com alguns dos meus clientes/utentes”*.

Realização Pessoal – analisa os sentimentos de competência profissional e de sucesso no trabalho com pessoas, como por exemplo: *“Lido de forma muito eficaz com os problemas dos meus clientes/utentes”* ou *“Neste trabalho consegui muitas coisas que valeram a pena”*.

Os resultados obtidos através do MBI, podem ser baixos, moderados ou altos e correspondem a níveis de *Burnout* baixos, intermédios ou elevados respectivamente, como se pode verificar no Quadro 1 (Gomes, Melo, & Cruz, 2000).

Quadro 1: Valores normativos do MBI para a população portuguesa (Gomes, Melo, & Cruz, 2000)

	Baixo	Intermédio	Elevado
Exaustão Emocional	0-16	17-26	27 ou mais
Despersonalização	0-6	7-12	13 ou mais
Realização Pessoal	0-31	32-38	39 ou mais

Segundo Maslach e col. (1996) um nível alto de *Burnout* resulta de pontuações altas nas subescalas Exaustão Emocional e Despersonalização e pontuação baixa na subescala Realização Pessoal. Estamos na presença de um nível intermédio de *Burnout* quando as pontuações são médias nas três

subescalas. Por último, um nível baixo de *Burnout* resulta de pontuações baixas de Exaustão Emocional e Despersonalização e uma pontuação elevada na subescala Realização Pessoal.

O MBI foi aplicado pelos seus autores a inúmeras profissões, como professores do ensino básico, secundário e profissional; a assistentes sociais; a médicos e enfermeiros e a trabalhadores de instituições psiquiátricas, como psicólogos, psiquiatras e psicoterapeutas, conselheiros e outros funcionários. Foi ainda aplicado a advogados, policiaes, sacerdotes, entre outros (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996).

Lee & Ashforth (1993) e Leiter (1993) cit. por (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996) utilizaram também o MBI e foram sugerindo alterações, alegando que a Exaustão Emocional era o componente essencial do *Burnout*. No entanto, Maslach e col. (1996) referem que, apesar de central, a Exaustão Emocional não é exclusiva – logo para haver *Burnout* tem que haver Despersonalização e diminuição da Realização Pessoal, mantendo-se a escala do MBI como havia sido construída inicialmente. Estudos longitudinais ao MBI obtiveram correlações de 0,50 a 0,82 em avaliações realizadas com intervalos de 3 meses a 1 ano, o que representa uma boa estabilidade e fiabilidade do MBI (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996); (Queirós, 2005).

2.1. *Burnout* e Stress

Apesar de *Burnout* e stress estarem intimamente ligados, não são conceitos que devam ser confundidos, pois não são sinónimos (Murofuse, Abranches, & Napoleão, 2005). Segundo a autora do MBI (Maslach C. , 2003), devido ao ênfase dado ao ambiente de trabalho em que as pessoas desenvolvem as suas actividades, os investigadores focaram-se mais nas variáveis situacionais, como as exigências profissionais e o apoio social dos colegas, deixando de lado as variáveis individuais, como o tipo de personalidade e a saúde física, que eram de extrema importância para a avaliação do stress. O conceito de *Burnout* surge como “*um processo gradual (...) que envolve atitudes e sentimentos que acarretam problemas de ordem prática e emocional ao trabalhador e à organização. Ocorre quando o lado*

humano do trabalho não é considerado.”(Murofuse, Abranches, & Napoleão, 2005).

Embora muitos autores afirmem que o *Burnout* ocorre porque as pessoas se esforçam e trabalham demais, os estudos realizados não apoiam a teoria de que o *Burnout* está relacionado com a disposição da pessoa, sendo este mais um argumento a favor da separação dos conceitos stress e *Burnout* (Maslach C. , 2003). Em suma, num contexto de trabalho, é mais pertinente falarmos em *Burnout* e não em stress, pois estão presentes factores pessoais e organizacionais que levam os trabalhadores a demonstrarem sentimentos de exaustão, despersonalização e falta de realização pessoal.

É, ainda, importante referir que não existe um consenso geral sobre o papel do *Burnout* nas teorias da psicologia. Maslach verificou a existência de limites na Psicologia Organizacional para explicar o *Burnout*, pois esta não abrange os aspectos específicos do *Burnout* (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). Outros autores, como Cox, Kuk e Leiter (1993) concordaram em diferenciar *Burnout* dos modelos gerais do stress ocupacional Maslach refere que o *Burnout* é uma síndrome que ultrapassa a experiência de stress individual, pois engloba o contexto social do indivíduo (Maslach C. , 2003).

Numa revisão da literatura em que a maioria dos estudos havia utilizado o MBI, Potter (2006) chegou às seguintes conclusões, que serão sucintamente abordadas:

- o ambiente de trabalho está relacionado com o aumento do risco de experimentar *Burnout*;
- a idade dos profissionais é uma variável importante. Certos estudos descobriram que enfermeiras novas experimentam mais exaustão emocional e despersonalização que colegas mais velhas, quando falamos de departamentos de urgência.

Outros estudos, nomeadamente o de Albaladejo e col. (2004), verificaram que:

- os profissionais que trabalhavam em serviços de oncologia, urgência e unidades de cuidados intensivos eram quem tinha maiores valores de *Burnout*;

- depois de 10 anos de experiência pode ocorrer um período de sensibilização a partir do qual o profissional fica especialmente vulnerável, pois tanto as recompensas pessoais como profissionais e económicas não são as prometidas, nem as esperadas;
- existiam diferenças estatisticamente significativas em relação ao género, estado civil, turno e tipo de contrato.

Queirós (2005) aborda o género e o estado civil, segundo a análise de vários autores:

- para alguns não existe diferenças significativas, para outros como Dirkx (1991) as mulheres apresentaram níveis mais altos de *Burnout* e para Cahon e Rowney os homens apresentavam valores mais elevados;
- em relação ao estado civil, Maslach e col. (1985) e Garcia (1990) indicam que os indivíduos casados apresentam níveis mais baixos de *Burnout*.

Num outro estudo realizado a enfermeiros húngaros, os autores concluíram que o *Burnout* era duas vezes mais elevado nos enfermeiros que trabalhavam em unidades de cuidados intensivos, quando comparados com os enfermeiros que trabalhavam em unidades de cuidados continuados e em enfermeiros que exerciam funções em enfermarias (Palfi, Nemeth, Kerekes, Kallai, & Bettlehem, 2008).

Sahraian e col. (2008) num estudo que pretendia comparar os níveis de *Burnout* entre enfermeiros de serviços de cirurgia, psiquiatria e unidade de queimados observaram que os inquiridos mais novos e solteiros apresentavam mais *Burnout* em comparação com enfermeiros mais velhos e casados que apresentavam mais realização pessoal. Os elementos do género masculino estavam mais despersonalizados do que as mulheres. Consideraram que a amostra era relativamente jovem, com média de idades de 34,8 anos e concluíram que tal se devia ao facto dos enfermeiros se retirarem do sector hospitalar por reformas antecipadas ou por mudanças de área profissional (Sahraian, Fazelzadeh, Mehdizadeh, & Toobae, 2008). Estes autores

mencionando Takase e col. (2006) referem ainda, que as condições dos hospitais não favorecem a permanência dos enfermeiros a longo termo.

Por último, vamos referir um estudo com um âmbito ligeiramente diferente mas que mais uma vez vem de encontro ao que foi referido anteriormente. Os enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos estão mais sujeitos a stress (Conqvist, Lutzén, & Nystrom, 2006). Este estudo tinha por objectivo levar os enfermeiros a descrever as suas experiências vividas em situações de cuidados críticos em que o stress moral estivesse presente. O estudo pretendia saber se existia suporte organizado para os enfermeiros, tendo verificado que nem todas as unidades o possuíam e que nas que existia muitas vezes não era devidamente aplicado (Conqvist, Lutzén, & Nystrom, 2006).

A forma como as pessoas reagem às frustrações das suas aspirações e à realização pessoal está relacionada com o *Burnout* (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). Assim, no *Burnout*, a forma como este se desenvolve e as suas extensas implicações nas relações entre os indivíduos reflecte fundamentalmente a forma como as pessoas lidam com a realização e a frustração das suas aspirações.

“Compreender o processo e as consequências do Burnout alarga a nossa compreensão das pessoas”² (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996, p. 41).

2.2. As manifestações do *Burnout*

As manifestações do *Burnout* podem ser agrupadas em vários grupos dependendo dos autores que estão a classificar. Abordaremos Schaufeli e Enzmann (1998), descritos em Queirós (2005). Estes autores categorizam os possíveis sintomas de *Burnout* em cinco grupos: afectivos, cognitivos, físicos, comportamentais e motivacionais. Os sintomas de *Burnout* podem surgir a nível individual, a nível interpessoal e a nível organizacional, como poderão constatar nos quadros que se seguem (Quadro 2 a Quadro 4).

² Tradução livre do autor.

Quadro 2: Sintomas a nível individual de *Burnout* (Schaufeli e Enzmann, 1998)

Afectivos	Cognitivos	Físicos	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 ficar louco - sentimentos de impotência - sentimentos de insucesso - sentimentos de insuficiência - pobre auto-estima - auto-preocupação - culpa - ideias suicidas - incapacidade de concentração - desleixo - dificuldade com tarefas complexas - pensamento rígido e esquemático - dificuldade em tomar decisões - fantasiar e sonhar acordado - intelectualização - diminuição da tolerância à frustração 	<ul style="list-style-type: none"> - enxaquecas - náuseas - tonturas - agitação - tiques nervosos - dores musculares - problemas sexuais - distúrbio do sono (insónias, noites em branco e dormir excessivo) - perda súbita ou ganho de peso - perda de apetite - suspirar - aumento da tensão pré-menstrual - perda de ciclos menstruais - fadiga crónica - exaustão física - úlceras - perturbações nas coronárias - constipações frequentes e prolongadas - inflamações bruscas - lesões por comportamentos de risco - aumento do risco de problemas cardíacos - hipertensão - aumento de problemas dérmicos - aumento dos níveis de colesterol sérico 	<ul style="list-style-type: none"> - hiperactividade - 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 actividades recreativas - queixas compulsivas 	<ul style="list-style-type: none"> - perda de entusiasmo - perda do idealismo - desilusão - resignação - desapontamento - aborrecimento - desmoralização

Quadro 3: Sintomas a nível interpessoal de *Burnout* (Schaufeli e Enzmann, 1998).

Afectivos	Cognitivos	Físicos	Comportamentais	Motivacionais
<ul style="list-style-type: none"> - irritabilidade - existir por cima da sensibilidade - frio e sem emoções - não ter empatia emocional com os “recipientes” - desenvolver a irritação 	<ul style="list-style-type: none"> - cínica e desumana percepção dos “recipientes” - negativismo a respeito dos “recipientes” - pessimismo a respeito dos “recipientes” - diminuição na empatia com os “recipientes” - estereótipos acerca dos “recipientes” - colocar etiquetas pejorativas nos “recipientes” - culpabilizar - aparência de grandiosidade - aparência de rectidão - “martírio” - hostilidade - suspeição - projecção - paranóia 		<ul style="list-style-type: none"> - violentas explosões - propensão para comportamentos violentos e explosivos - agressividade com os “recipientes” - conflitos interpessoais, maritais e familiares - isolamento e afastamento social - indiferença no que respeita aos “recipientes” - responder aos “recipientes” de qualquer maneira - isolamento do resto dos colegas - humor aborrecido acerca dos “recipientes” - expressões de desespero, abandono e sem significado próximo dos “recipientes” - usar o distanciamento - ciúme - compartimentação 	<ul style="list-style-type: none"> - perda do interesse - desanimo - indiferença no que diz respeito aos “recipientes” - usar os “recipientes” para as suas necessidades pessoais e sociais

Quadro 4: Sintomas a nível organizacional de *Burnout* (Schaufeli e Enzmann, 1998).

Afectivos	Cognitivos	Físicos	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 direcção, colegas e supervisores 		<ul style="list-style-type: none"> - redução de eficiência - 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

“O Burnout manifesta-se através de múltipla sintomatologia, sendo que a identificação de possíveis sinais e sintomas, são organizados e agrupados de diferentes maneiras, (...), não querendo dizer no concreto e no plano individual, que as pessoas apresentem todos esses sintomas,

mas normalmente, apenas uma combinação de alguns” (Queirós, 2005, p. 32).

Delbrouck (2006) identificou, para o *Burnout*, possíveis sintomas físicos e sinais psicológicos (Quadro 5).

Quadro 5: Possíveis sintomas de *Burnout* (Delbrouck, 2006).

Sintomas Físicos	Sinais Psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> - insónia - dores de costas - falta de energia - hipertensão - perturbações digestivas - perda de apetite - úlceras - enxaquecas - náuseas - desequilíbrios hormonais - contracções musculares 	<ul style="list-style-type: none"> - irritabilidade - cinismo - negação dos insucessos - esquecimento de si - perda do sentido de humor - indiferença - desinteresse - despersonalização - insegurança - indecisão - insatisfação - diminuição da auto-estima - ansiedade flutuante - sentimento de impotência - sentimentos de culpa - distração - perda de memória - confusão - atitude negativa - distorção dos valores

Na secção 4.1, destinada à importância de estudar o *Burnout* nos profissionais de saúde, serão abordados mais sintomas e manifestações no *Burnout*, segundo vários autores.

3. O BURNOUT E A DOR

A Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), referindo-se à *International Association for the Study of Pain (IASP)*, ressalta que “*a dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional (...)*”. Com base nesta definição a APED acrescenta que “*a dor não é apenas uma sensação mas sim um fenómeno complexo que envolve emoções e outros componentes que lhe estão associados, (...); a dor é um fenómeno subjectivo*”(Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, s.a.).

Dor e sofrimento são conceitos com uma fronteira difícil de definir, assim como a sensação e a emoção. Schwob (1994) refere que “*a dor é sempre sentida como uma realidade, flutuante mas incontestável, quer por aqueles que sofrem quer pelos que se esforçam por aliviar os sofrimentos dos outros*”. O mesmo autor menciona que “*numerosos factores psicológicos relacionais e psicossociais representam um papel fundamental em toda a experiência de dor*” (Schwob, 1994, p. 81). A nível do fenómeno neuropsicológico, o sofrimento é encarado como uma experiência emocional vivida pelo sujeito num determinado momento e numa determinada situação. A dor exprime-se (assim como as emoções) através de uma série de comportamentos verbais e físicos reconhecíveis, quer seja dor orgânica, psicógena ou mista (Schwob, 1994).

Miró (2003) define a dor psicógena como dor na ausência de lesão, dano ou qualquer factor orgânico plausível associado, resultando portanto de problemas psicológicos. A dor psicógena encontra-se presente nos transtornos da personalidade, em problemas relacionados com conflitos internos ou depressões mascaradas. A dor psicógena é a dor que afecta os indivíduos sujeitos ao *Burnout*.

4. O *BURNOUT* EM SAÚDE

Uma das características do *Burnout* é que ocorre em pessoas que trabalham com outras pessoas, mais especificamente profissionais que contactam com outros numa perspectiva de assistência e ajuda (Queirós, 2005). Essa ajuda está bem presente na área da saúde e nos profissionais que dela fazem parte. No ponto seguinte abordaremos a importância de estudar o *Burnout* nos profissionais de saúde.

4.1. Importância de estudar o *Burnout* nos Profissionais de Saúde

Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, são considerados como tendo alto risco de sofrerem de stress relacionado com o trabalho – *Burnout* – e isto porque trabalham muitas horas, têm um grande leque de tarefas e relações complicadas com os pacientes, suas famílias, médicos e colegas de trabalho (Maslach et al, 2001) cit. por (Ilhan, Durukan, Taner, & Maral, 2007).

Segundo a *Health Education Authority* citado por (Murofuse, Abranches, & Napoleão, 2005), a enfermagem é a uma das profissões mais stressantes. (Claix-Simons, 2006, p. 169) refere que “*o stress profissional dos Enfermeiros revela-se importante e fala-se cada vez mais de uma exaustão na profissão.*” Este último autor aborda, ainda, que a exaustão profissional atinge cerca de um quarto dos enfermeiros de hospitais gerais, quando somando todos os serviços (resultados de estudos europeus e canadianos).

Para Garrosa e col. (2008) a Enfermagem é considerada uma profissão de risco com níveis elevados de stress e *Burnout*. De acordo com dois estudos epidemiológicos Europeus, o *Burnout* afecta aproximadamente 25% dos enfermeiros (Landau, 1992 e Saint-Arnaud et al, 1992) cit. por (Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang, & González, 2008). Maslach e col. (1996), através da aplicação do MBI a enfermeiros, obtiveram para a subescala Exaustão Emocional valores médios mais elevados do que para os grupos profissionais no seu todo, ou seja, para os enfermeiros a exaustão profissional foi de 22,19 enquanto que para a população geral foi de 20,99. Deste modo, foi o grupo profissional (juntamente com médicos) que obteve valores mais elevados.

Queirós (2005, p. 248), num estudo realizado a 965 enfermeiros portugueses, concluiu que *“cerca de 27% dos enfermeiros portugueses têm Burnout no trabalho em fases iniciais do processo, cerca de 16% apresentam manifestações mais avançadas e aproximadamente 2% estarão num nível elevadamente grave a manifestarem ineficácia profissional”*.

A síndrome de *Burnout* pode manifestar-se em três níveis, segundo Claix-Simons (2006):

- ao nível intrapessoal, em que a necessidade de fazer o bem, a importância da relação de ajuda podem levar à sensação de desfasamento entre as suas expectativas irrealistas e o trabalho no dia-a-dia;
- ao nível profissional e organizacional. Os enfermeiros nos dias de hoje estão sujeitos à intensificação do ritmo global de trabalho, uma vez que as estadias hospitalares tendem a ser mais curtas devido às normas ministeriais de contenção de custos, logo existe uma maior circulação de doentes. Como estas medidas não foram acompanhadas de um aumento do pessoal, os enfermeiros sentem que o seu trabalho se tornou trabalho em série, que leva à fadiga e às frustrações;
- por último, ao nível social. Este nível engloba os outros dois níveis, na medida em que do trabalho não se espera apenas um salário, mas também a realização pessoal. As expectativas aumentaram quer a nível pessoal, quer a nível da sociedade que exige ideais de excelência.

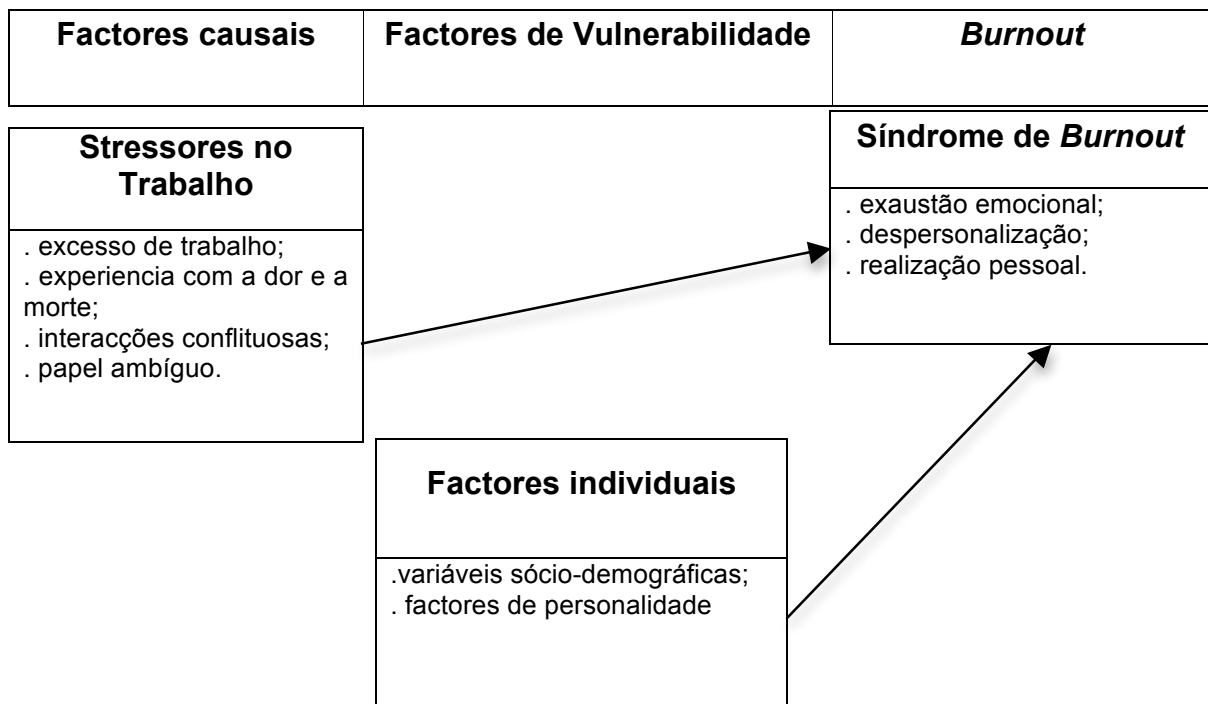
A organização do trabalho do enfermeiro é muito complexa pois está sujeita a vários factores que a põem constantemente em causa. Como nos explica Claix-Simons (2006, p. 172), *“Após cada tarefa, o enfermeiro deve rapidamente escolher, de entre várias possibilidades, a que é prioritária naquele instante”*. Terem que se reorganizar constantemente faz com que os enfermeiros esperem de si próprios mais do que é possível; que realizem várias tarefas ao mesmo tempo sempre com a sensação de urgência; que resistam à inovação com receio que torne as coisas mais lentas e interpretam a

oferta de ajuda como estando a pôr em causa a sua competência. Podem existir, ainda, dificuldades de comunicação devido ao isolamento e à desvalorização crónica que o enfermeiro sente por não ser reconhecido pelos outros profissionais e nem pelos seus superiores. Existe uma desigualdade na troca entre enfermeiro e doente, pois este último na maioria das situações não tem capacidade para oferecer reconhecimento ao enfermeiro devido ao estado de sofrimento em que se encontra.

Para finalizar, podemos referir a carga afectiva que o enfermeiro tem ligada ao próprio local de trabalho, na medida em que enfrenta dilemas em que o que é da responsabilidade do enfermeiro e o que não é, não está bem definido (Claix-Simons, 2006; Schoonbrood, 2006).

Garrosa e col. (2008) desenvolveram um esquema que pretendia abordar os vários factores que afectavam o *Burnout* nos enfermeiros.

Figura 2: Factores que afectam a Síndrome de *Burnout* nos enfermeiros (Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang, & González, 2008).



Como podemos observar na figura anterior (Figura 2), para o *Burnout* contribuem muitos agentes, logo a forma como cada enfermeiro vivencia estes aspectos como o excesso de trabalho, o seu papel muitas vezes ambíguo, já

referido anteriormente vai determinar níveis de *Burnout* mais ou menos intensos.

Segundo Schoonbrood (2006, p. 184), “*Na Grã-Bretanha, é na classe dos enfermeiros que se regista a mais alta taxa de suicídios de indivíduos do sexo feminino.*” Outro estudo realizado no Hospital Suíço de Lucerna demonstrou que cerca de 35% dos prestadores de cuidados sofrem de perturbações típicas da exaustão – dores a nível da nuca e das costas e manifestações de irritabilidade – exaustão, *Burnout* (Schoonbrood, 2006).

Silvério e Silva (1997) declaram que cerca de 75% dos enfermeiros em Portugal fazem turnos nocturnos, geralmente em sistemas de rotação com uma ou duas noites por semana. Afirmam, ainda, que cerca de 20% das pessoas que trabalham por turnos “*ou o abandonam posteriormente, ou sofrem de perturbações crónicas do foro psiquiátrico, gastro-enterológico e cardiovascular*” (Silvério & Silva, 1997, p. 31).

Para Matos e col. (1999) os sintomas associados podem ser psicossomáticos, conductuais (absentismo laboral, dependência de álcool entre outras substâncias, consumo elevado de tabaco, problemas conjugais e familiares), emocionais e defensivos, em que utilizam o cinismo ou desprezo em relação às pessoas para as quais trabalha.

Desta forma, pode-se estudar o *Burnout* nos enfermeiros para compreender alguns dos problemas que tanto afectam esta classe profissional (a insatisfação profissional, a produtividade do trabalho, o absentismo, os acidentes de trabalho e algumas doenças ocupacionais), de modo a que se tentem encontrar soluções (Murofuse, Abranches, & Napoleão, 2005).

Apesar de cada vez se falar mais de “humanização hospitalar”, a verdade é que, no que diz respeito aos profissionais de saúde, pouco ou nada se faz. Apenas interessam os aspectos técnicos – o “saber” e o “saber fazer” –, deixando para trás o “ser”, o “saber ser”, o “saber estar” e sobretudo o bem-estar do técnico de saúde, podendo levar ao surgimento do stress (Martins, 2003).

4.2. Resiliência, Satisfação Profissional e “Traumatização Vicariante”

Resiliência, Satisfação Profissional e “Traumatização Vicariante” são conceitos que influenciam o indivíduo na forma como este vai experienciar ou não *Burnout*. Abordaremos cada um deles para melhor entendermos a complexidade da síndrome de *Burnout*.

4.2.1. Resiliência

Resiliência vem do latim *Resilientia* e significa a “*capacidade de defesa e recuperação de uma pessoa perante factores ou condições adversas*”(Dicionário Editora, 2008, p. 1457) quando aplicado às ciências sociais.

Segundo a Harvard Women’s Health Watch (2001), os especialistas concluíram que os indivíduos que eram mais resilientes possuíam muitas das seguintes categorias: a autenticidade (manifestação de sinceridade ou naturalidade); aptidão para fazer face à adversidade; flexibilidade para a mudança e acreditarem que a vida merece ser vivida. Apesar da Resiliência ter uma componente inata pode ser fortalecida devendo, para isso, trabalhar junto dos indivíduos os pontos anteriormente referidos.

Felgueiras (2006), no Jornal de Ciências Cognitivas, refere que a Resiliência resulta de competências intrinsecamente desenvolvidas para que os seres humanos consigam transpor e superar os problemas.

Para Marques (s.a.) trata-se de “*um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam ter uma vida saudável num meio adverso*”.

Em suma, Resiliência é a capacidade individual para se ajustar à adversidade, mantendo o equilíbrio, conservando algum controle sobre o ambiente que o rodeia e continuando o seu percurso de uma maneira positiva (Jackson, Firtko, & Edenborough, 2007).

Passaremos, agora, para o caso particular dos Enfermeiros e na existência de Resiliência como estratégia para responder às adversidades no local de trabalho.

Os Enfermeiros testemunham tragédias e sofrimentos no seu dia-a-dia de trabalho, por isso ter a capacidade de ser resiliente é fundamental e crucial (Tusaie e Dyer, 2004) cit. por (Jackson, Firtko, & Edenborough, 2007).

Essa capacidade pode ser desenvolvida, como foi referido anteriormente. Para os autores Jackson e col.(2007) e Lee e col. (2004), no caso dos enfermeiros, a resiliência será fortalecida se o enfermeiro:

- construir relações profissionais positivas, que sejam fontes de suporte social;
- manter o positivismo, já que as emoções positivas e uma boa gargalhada estão associadas com benefícios físicos e emocionais;
- desenvolver a inteligência emocional, na medida em que esta é a capacidade para perceber as próprias necessidades emocionais a as dos colegas de trabalho;
- alcançar o balanço e a espiritualidade na vida;
- se tornar mais reflexivo.

Bright (1997) e Giordano (1997) cit. por Jackson e col.(2007) sugerem que desenvolver a resiliência é um meio de os enfermeiros enfrentarem positivamente o *Burnout* que possam sofrer no seu trabalho.

Em suma, se os enfermeiros tiverem as condições referidas anteriormente serão capazes de sobreviver e prosperar no seu ambiente de trabalho.

4.2.2. Satisfação Profissional

A Satisfação Profissional é outro factor que pode influenciar os níveis de *Burnout*. Começamos por definir o que é Satisfação. Satisfação é um sentimento subjectivo de felicidade e contentamento com a vida (Medley, 1976) cit. por (Lee, Hwang, Kim, & Daly, 2004); é ainda uma percepção combinada de qualidade no trabalho e fora deste (profissional e não profissional) (Lee, Hwang, Kim, & Daly, 2004). Na generalidade acredita-se que a satisfação profissional está positivamente relacionada com a satisfação de vida e que o *Burnout* está negativamente relacionado com a satisfação de vida (Lee, Hwang, Kim, & Daly, 2004).

Siu (2002) refere que a insatisfação profissional é influenciado pelo género, idade, ambiente de trabalho em equipa e as orientações. Num estudo realizado a Enfermeiros de Hong Kong, concluiu que o clima organizacional estava relacionado com a Satisfação Profissional dos Enfermeiros e que o stress e a frustração levam a problemas emocionais e físicos que resultam numa substancial insatisfação. Para além disso, cita vários estudos em que se conclui que os trabalhadores mais velhos estão mais satisfeitos que os mais novos e em relação ao género, os homens tendem a estar mais satisfeitos que as mulheres (Siu, 2002).

Neste sentido Queirós (2005), baseando-se em Garcia (1990), refere que os métodos de prevenção, redução e supressão do *Burnout* são basicamente os mesmos que para o stress. Refere que esses métodos são: possibilidade de obter frequentes períodos de férias, manter uma auto-estima adequada e não ter pressa em atingir os objectivos. Termina, referindo que o importante é tentar que o trabalho não altere a vida normal e desenvolver estratégias para encarar o trabalho de forma positiva (Queirós, 2005).

Palfi e col. (2008) enumeram algumas recomendações para prevenir o *Burnout*. Referem que é importante que sejam atribuídos melhores horários de trabalho, objectivos reais e exequíveis aos enfermeiros; melhores condições de trabalho e autonomia, em que a partilha de responsabilidade seja feita pelas equipas de trabalho; que existam condições para o desenvolvimento e promoção dos enfermeiros, em que haja definição dos objectivos de trabalho e uso económico do tempo; os profissionais encontrem apoio mútuo da família e dos colegas de trabalho, assim como tempo para descanso e recreio, que aprendam técnicas de relaxamento e que pratiquem exercício físico regular; consigam separar a vida privada do trabalho e em que tenham menos responsabilidade no trabalho, que leva a sobrecarga, a situações ambíguas e a conflitos. Os enfermeiros devem ser capazes de dizer “não” em certos casos, na medida em que devem ser conscientes dos seus limites e privilegiar o trabalho em equipa. É também importante que os enfermeiros se reúnam para discutir e partilhar as experiências profissionais e casos clínicos mais pertinentes (Palfi, Nemeth, Kerekes, Kallai, & Betlehem, 2008).

Como podemos observar pelo que foi referido anteriormente, são inúmeras as recomendações e sugestões para diminuir os efeitos do *Burnout*. É necessário que os responsáveis estejam despertos para elas e que as ponham em prática, para que os profissionais que cuidam dos doentes não se tornem nos próprios doentes.

4.2.3. “Traumatização Vicariante”

O conceito “Traumatização Vicariante”, em inglês “*Vicarious Traumatization*” foi introduzido por McCann e Pearlman em 1990 e conceptualizava o risco de trabalhar com vítimas de traumas. Assim, considera-se o termo mais apropriado para identificar o principal efeito de trabalhar com clientes que sofreram traumas. McCann e Pearlman foram ainda responsáveis pela criação da Teoria Construtivista do Auto-desenvolvimento como forma de melhor compreender a “Traumatização Vicariante” (Dunkley & Whelan, 2006). Nesta teoria explicava-se o impacto do trauma na adaptação individual e no desenvolvimento psicológico da pessoa, afectando vários níveis que serão abordados mais abaixo (Little, 2002).

Para além deste termo existem outros conceitos relacionados, como a contratransferência e o *Burnout* (Dunkley & Whelan, 2006). Apesar de serem colocados como similares têm características distintas. Assim sendo, na contratransferência são as características pessoais do prestador que determinam a sua resposta para com o cliente, enquanto que no *Burnout* a ênfase é colocada nas características do stressor. A “Traumatização Vicariante” engloba as duas, pois trata-se da resposta do prestador face ao cliente com trauma, dos seus aspectos intrínsecos assim como das características da situação. Os prestadores de cuidados desenvolvem também eles traumas, que resultam de terem estado em contacto com pessoas vítimas de traumas (McCann e Pearlman, 1990) cit. por (Dunkley & Whelan, 2006).

A “Traumatização Vicariante” tem impacto a vários níveis quando está presente. Pode atingir o sistema de valores do profissional, levando a um estado de fantasia e distanciamento dos demais; atingir as suas capacidades de auto-estima, sendo incapaz de controlar emoções negativas; os recursos do ego, podendo desenvolver comportamentos destrutivos. As necessidades psicológicas e os esquemas cognitivos também são afectados pondo em causa

a capacidade para tomar conta das suas próprias vidas. Para finalizar, as imagens referidas pelos clientes tornam-se nas imagens memorizadas pelo profissional, começando a fazer parte das suas recordações (Sinclair & Hamill, 2007).

Muitos autores comparam “Traumatização Vicariante” com o stress pós-traumático atribuindo os mesmos sintomas a ambos, sendo eles: o re-experimentar o evento, o evitamento persistente, o aumento da ansiedade, irritabilidade e a disfunção na área social, ocupacional ou outras importantes áreas de funcionamento do indivíduo (Dunkley & Whelan, 2006); (Lerias & Byrne, 2003); (Little, 2002).

Lerias e Byrne (2003), após uma revisão literária, enumeram vários aspectos previdentes da “Traumatização Vicariante” que segundo os autores estudados, medeiam os efeitos e prevêm a ocorrência dos sintomas nas pessoas atingidas pela “Traumatização Vicariante”. São eles, entre outros:

- a severidade do acontecimento;
- o envolvimento empático com a vítima;
- a existência de “Locus de controle externo” no indivíduo;
- a experiência de vida;
- o género – as mulheres sofrem mais de “Traumatização Vicariante”;
- o grau de exposição ao factor stressante;
- a idade – pessoas mais novas lidam pior com situações stressantes;
- *coping* negativo (por exemplo, abusar do café e do álcool) e a resposta de *coping* negativo, em que o comportamento que seria para combater o stress contribui para aumentar o nível de stress sentido;
- educação e estatuto socioeconómico – menor nível de educação leva a maior nível de stress e “Traumatização Vicariante”.

Como podemos constatar, os três conceitos (Resiliência, Satisfação Profissional e “Traumatização Vicariante”), têm muitos aspectos em comum, nomeadamente o serem influenciados pelo género, idade e o facto de estarem relacionados com o *Burnout*. Acontece, ainda, que estes conceitos se potenciam mutuamente, ou seja, um indivíduo resiliente terá maior satisfação profissional e estará menos sujeito à “Traumatização Vicariante”.

5. A PERSONALIDADE

Schwob (1994, p. 53), autor com várias publicações sobre a dor refere que *“a personalidade assenta num movimento duplo: por um lado movimento de construção das formas de comportamentos psicológicos, psicomotores, instintivo-afectivos e de adaptação; por outro lado, movimento ligado aos imperativos do ambiente.”*

Para Vaz Serra e col. (1980), a personalidade na sua vertente neuroticismo e extroversão (que será posteriormente abordada em maior detalhe) está geneticamente determinada. Logo, as diferentes personalidades estão pré-determinadas, mas a forma como influenciam outros aspectos da vida como o stress, a dor e o *Burnout* vão variar de indivíduo para indivíduo.

A personalidade influencia constantemente a forma como o indivíduo vivencia a dor, seja esta menor ou maior, orgânica ou de origem psicológica, aguda ou crónica (Schwob, 1994).

Desde sempre os psicólogos entenderam a importância duma descrição das dimensões principais da conduta dos indivíduos, levando numerosos investigadores a definir os factores fundamentais da personalidade (Eysenck & Eysenck, 1994). Um dos mais importantes foi H. J. Eysenck que, juntamente com Sybil B. G. Eysenck, criou o *Eysenck Personality Inventory* (EPI). Eysenck definiu personalidade como *“a organização mais ou menos estável e persistente do carácter, temperamento, intelecto e físico do indivíduo, que permite o seu ajustamento único ao ambiente que o rodeia”* (Eysenck, 1997) cit. por (Martins, 2004, p. 202).

O EPI foi desenhado para avaliar duas grandes dimensões da personalidade: neuroticismo/estabilidade emocional e extroversão/introversão. Para mais facilmente se descrever a avaliação destas dimensões, apenas se fala em neuroticismo e extroversão (Martins, 2004); (Vaz Serra, Ponciano, & Freitas, 1980).

Assim, considera-se que *“um introvertido é um indivíduo voltado para o mundo interior e subjectivo, enquanto que o extrovertido se encontra atento ao mundo exterior e objectivo”* (Vaz Serra, Ponciano, & Freitas, 1980, p. 127). Em

seguida definiremos mais concretamente o extrovertido e o introvertido típicos mas, podemos desde já entendê-los como sendo os pontos extremos de um contínuo, em que os indivíduos se encontram dispersos, podendo pender mais para o ponto extrovertido ou introvertido (Eysenck & Eysenck, 1994); (Martins, 2004); (Vaz Serra, Ponciano, & Freitas, 1980).

O extrovertido típico é social, tem muitos amigos, tem que ter pessoas com quem falar, não gosta de ler ou trabalhar sozinho, busca emoções fortes, arrisca, faz projectos e deixa-se conduzir pelos impulsos do momento, tem sempre resposta rápida, é despreocupado, pouco exigente, optimista, gosta de rir e viver contente. Por seu lado, o introvertido gosta mais dos livros do que das pessoas, é reservado e distante com excepção dos amigos íntimos; pensa antes de comprometer-se e desconfia dos impulsos do momento, não gosta de sensações fortes e leva a sério as coisas quotidianas, leva uma vida ordenada, é uma pessoa em quem se pode confiar e é pessimista (Eysenck & Eysenck, 1994); (Martins, 2004); (Vaz Serra, Ponciano, & Freitas, 1980).

O Neuroticismo, por sua vez, indica labilidade emocional e hiperactividade. Pessoas que obtêm pontuações elevadas de neuroticismo são emocionalmente hipersensíveis, com dificuldade para recuperar depois de uma situação emocional. Estes indivíduos desenvolvem com frequência queixas somáticas difusas como enxaquecas, transtornos digestivos, insónias, dores de costas, entre outras. Podem desenvolver ainda estados de ansiedade e outros sentimentos desagradáveis (Eysenck & Eysenck, 1994).

É importante que se distinga entre neuroticismo e depressão neurótica, pois no caso do neuroticismo apesar de poder estar presente no indivíduo, este pode adaptar-se de maneira adequada ao trabalho, à sociedade, à vida sexual e à família, enquanto que a depressão neurótica pressupõe a existência de patologia e logo inadaptação do indivíduo (Eysenck & Eysenck, 1994).

O EPI surgiu para melhorar os instrumentos existentes, como o *Maudsley Personality Inventory*, para avaliar a personalidade e nesse sentido apresenta as seguintes vantagens:

- perguntas com termos mais claros, tornando o inventário mais compreensível;

- não existem perguntas elaboradas na negativa;
- as variáveis neuroticismo e extroversão não apresentam qualquer correlação entre si;
- possui uma escala de mentira, que permite *“eliminar os casos de indivíduos que procuram dar respostas socialmente desejáveis”* (Vaz Serra, Ponciano, & Freitas, 1980, p. 128).

O EPI foi traduzido e aplicado em Portugal por Adriano Vaz Serra, Emanuel Ponciano e J. Fidalgo Freitas a partir de uma amostra constituída por 490 indivíduos (290 do sexo masculino e 200 do sexo feminino) entre 1979 e 1980. Estes 490 indivíduos responderam à Forma A³ do EPI; sendo que do total de indivíduos, 64 responderam à Forma B do inventário um mês depois para avaliar a estabilidade temporal do teste (coeficiente de estabilidade) e o coeficiente de equivalência.

Os indivíduos presentes no referido estudo deveriam ter uma vida profissional activa; não deviam tomar medicamentos para doenças do foro psiquiátrico e não deveriam sentir necessidade de assistência psiquiátrica ou apresentar alterações de comportamento relativamente ao habitual (Vaz Serra, Ponciano, & Freitas, 1980).

Os resultados obtidos por Vaz Serra e col. (1980) revelaram que o neuroticismo é mais elevado nas mulheres, embora a diferença estatística seja discretamente significativa. Relativamente à escala de mentira apareceram médias significativamente mais elevadas no sexo masculino.

Em comparação com os valores obtidos para a população inglesa concluíram que *“as médias são bastantes próximas entre si, embora discretamente mais elevadas, para qualquer das dimensões, nos portugueses”* (Vaz Serra, Ponciano, & Freitas, 1980, p. 129).

Após a aplicação da Forma B do inventário obtiveram-se resultados com níveis de significância <0,0001, o que indica a boa construção do

³ O EPI *“tem duas formas paralelas, a «Forma A» e a «Forma B», que se correlacionam entre si positivamente, a um nível alto de significação. A vantagem destas duas formas de apresentação é conseguirem-se eliminar factores de memória quando o teste tem de ser utilizado com poucos dias de intervalo.”* (Vaz Serra, Ponciano, & Freitas, 1980, p. 128)

inventário e a independência que existe entre as duas dimensões (Vaz Serra, Ponciano, & Freitas, 1980).

A avaliação teste-reteste foi também significativa, o que pressupõe uma boa estabilidade temporal e a escala de mentiras manteve-se dentro dos valores aceitáveis. Concluíram, ainda, que a escala de mentiras apresentava uma correlação positiva e significativa com a idade. Os autores admitiram que se podia tratar de uma escala de defesa psicológica, na medida em que com o avançar da idade, o indivíduo vai adquirindo maiores hábitos defensivos (Vaz Serra, Ponciano, & Freitas, 1980).

Por todos os factores anteriormente referidos podemos concluir que o EPI, que se encontra validado para a população portuguesa, é um bom instrumento para avaliar a personalidade.

O EPI será novamente abordado na secção 2. Métodos, aquando da identificação dos instrumentos utilizados no estudo.

Após esta breve descrição do EPI, das suas vantagens e da aplicação realizada na população portuguesa torna-se importante estabelecer um paralelismo entre a personalidade e o *Burnout*, nomeadamente o porquê de estudar a personalidade e relacioná-la com os índices de *Burnout*, que os indivíduos possam apresentar, para sabermos se o tipo de personalidade influencia o *Burnout* que o indivíduo manifesta.

Narumoto e col. (2008) num estudo que pretendia investigar as relações entre o *Burnout*, o *coping* e a personalidade concluiu que valores elevados de neuroticismo estavam associados a níveis elevados de *Burnout*, o que vinha confirmar o que Piedmont (1993) reportou anos antes. Este autor referia que, mesmo que as variáveis situacionais estivessem controladas, a personalidade continuava a ter uma importância muito significativa para a variação dos níveis de *Burnout* (Narumoto, Nakamura, Kitabayashi, Shibata, Nakamae, & Fukui, 2008).

Outros autores, como Garrosa e col. (2008) desenvolveram um estudo exploratório em que uma das suas hipóteses era que a inclusão dos factores da personalidade na previsão do *Burnout* explicava o aumento que se verificava nos seus índices. Os resultados que obtiveram validaram a hipótese,

na medida em que sugerem que a personalidade pode ser verdadeiramente relevante para a explicação do *Burnout*.

Sahraian e col. (2008), baseados em estudos anteriores – Vachin (1978) e Wessells (1989) – refere que as características da personalidade são importantes para o desenvolvimento do *Burnout*. Entre elas constam: as motivações para escolher uma profissão humanista; as expectativas para a pessoa e para os outros; os valores; a auto-estima e a habilidade para expressar sentimentos; o controle que exercem sobre os eventos e o estilo pessoal. A forma como as vivenciavam ia influenciar o aparecimento do *Burnout*. Os autores referiam que enfermeiros histriónicos e narcisistas reportavam níveis mais elevados de despersonalização e realização pessoal respectivamente (Sahraian, Fazelzadeh, Mehdizadeh, & Toobae, 2008).

Como podemos comprovar pelos estudos existentes, a personalidade esta relacionada com o *Burnout*, pelo que é relevante avaliá-la para sabermos se o mesmo se verifica para a população portuguesa, mais concretamente para a amostra que vamos estudar.

III INVESTIGAÇÃO

1. OBJECTIVOS

Será que os enfermeiros portugueses sofrem de *Burnout*? Esta foi a questão que nos surgiu da observação do estilo de vida dos enfermeiros, o facto de se tratar de uma profissão designada de Humana e Social e o facto de muitos enfermeiros trabalharem por turnos.

Após reflexão surgiram outras questões orientadoras:

- Até que ponto os enfermeiros sofrem de *Burnout*?
- Será que o *Burnout* está relacionado com o tipo de serviço (Serviço de internamento (SI) ou Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)) e o tipo de actividades que desempenham?
- Qual o grupo (enfermeiros do SI ou da UCI) com maiores índices de *Burnout*?
- Em qual dos grupos será menor a satisfação profissional? Qual a sua relação com o *Burnout*? Será que os dois grupos diferem nos níveis de satisfação profissional?
- A noção de Auto-eficácia será menor nos mais jovens ou nos mais velhos?
- Estará a personalidade relacionada com os índices de *Burnout*?
- Haverá diferenças significativas entre os géneros e os grupos etários?

Embora existissem estudos realizados nomeadamente em Portugal, estes ainda eram muito poucos e não nos permitiram chegar a conclusões. Por isso, como não encontramos uma resposta satisfatória, decidimos partir para uma investigação particular mas que nos permitisse tirar conclusões sobre o que é sofrer de *Burnout*.

Assim sendo, o objectivo global para este trabalho de investigação é:

- **Conhecer a dor psicógena nos enfermeiros (Burnout) e verificar se existem diferenças nos grupos estudados (SI e UCI).**

Os objectivos específicos que daí surgem são:

- caracterizar os níveis de Burnout nos enfermeiros estudados;
- conhecer os níveis de auto-eficácia percebida pelos enfermeiros em relação aos problemas existentes no local de trabalho (serviço/unidade), na amostra estudada;
- relacionar auto-eficácia com o género, a categoria profissional, os anos de actividade profissional e o serviço onde exerce funções;
perceber os níveis de satisfação e de realização dos inquiridos, relacionando com a idade, com os grupos etários e com o género, o estado civil, a categoria profissional, o tipo de serviço e o tipo de vínculo à instituição.
- identificar o grupo de enfermeiros em que a satisfação profissional é menor;
- relacionar a personalidade com o género e com os índices de *Burnout*;
- correlacionar o *Burnout* com a auto-eficácia e com a satisfação e a realização;
- relacionar o *Burnout* com os grupos etários, o género, o estado civil, a categoria profissional, as habilitações literárias, o local de trabalho, os anos de actividade profissional e o tipo de vínculo à instituição.

2. MÉTODOS

Nesta investigação realizou-se um estudo comparativo sobre os índices de *Burnout* entre enfermeiros que desempenham funções em serviços de internamento e outros que trabalham em unidades de cuidados intensivos. No decorrer do estudo, analisaram-se também variáveis sócio-demográficas. Para além disso, também se utilizou uma escala para avaliar a auto-eficácia na profissão, outra para avaliar a satisfação e realização profissional e uma outra para avaliar tipos de personalidade.

De acordo com Ribeiro (1999), estamos na presença de um estudo observacional descritivo, uma vez que fornece informação acerca da população em estudo descrevendo os acontecimentos que ocorrem, naturalmente, sem a intervenção do investigador. O estudo é transversal, na medida em que aborda a amostra como um grupo único representativo da população em análise. Caracteriza-se também pela comparação entre grupos, pois a amostra foi posteriormente dividida em dois grupos (em enfermeiros do internamento e em enfermeiros da unidade de cuidados intensivos). Os dados são recolhidos num único período de tempo (Ribeiro, 1999).

Construiu-se um instrumento (formulário) para avaliar a dor psicógena. A sua finalidade é aplicar o MBI e verificar os índices de *Burnout* para avaliar a dor/sofrimento dos inquiridos. Relacionando as respostas do formulário com as outras escalas, nomeadamente a personalidade, a satisfação profissional e a auto-eficácia, estamos a definir até que ponto o *Burnout* – e logo a dor/sofrimento por associação – afectam a vida dos indivíduos.

Passemos à descrição da amostra, dos instrumentos utilizados e dos procedimentos realizados.

2.1. Amostra

A população deste estudo foram os enfermeiros dos serviços de Cirurgia Geral e Cirurgia Vasculuar (serviços de internamento) e os enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e da Unidade de Cuidados Intensivos da Urgência do Hospital de S. João – Porto. O objectivo era que todos os elementos da população participassem no estudo. No entanto, como

tal não se verificou, a amostra é constituída pelos indivíduos que aceitaram participar. Logo, a amostra para este estudo é não probabilística accidental, isto é, uma amostra simples constituída por indivíduos que acidentalmente participam no estudo (Ribeiro, 1999).

Definiram-se como critérios de exclusão, que foram todos eles verificados:

- Enfermeiros(as) com menos de um ano de exercício da profissão;
- Enfermeiros(as) a efectuar tratamento psiquiátrico;
- Enfermeiros(as) com doença crónica, como doenças osteoarticulares.

Estes critérios foram definidos com o propósito de garantir que os enfermeiros tinham tempo de serviço suficiente para poderem ter estado sujeitos ao *Burnout*. Pretendíamos ainda garantir que não sofriam de patologias que fossem comuns aos sinais e sintomas que as pessoas sujeitas ao *Burnout* sofrem, como é o caso das doenças do foro psiquiátrico e doenças osteoarticulares.

O número previsto de indivíduos para participar neste estudo era 113 elementos para os serviços de internamento e 107 elementos para as unidades de cuidados intensivos, segundo os dados obtidos nos Recursos Humanos do Hospital São João – Porto, ou seja, uma população de 220 indivíduos. Foram escolhidos como exemplo de serviços de internamento o serviço de Cirurgia Geral e de Cirurgia Vascular por serem serviços com características semelhantes, em que os cuidados prestados ao doentes/utentes também são equivalentes. É importante referir que o serviço de Cirurgia Vascular tem um total de 25 elementos e o serviço de Cirurgia Geral tem um total de 91 elementos. Os mesmos critérios foram seguidos para a escolha da Unidade de Cuidados Intensivos da Urgência e da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, ou seja, ambas são unidades de cuidados mais específicos (intensivos) mas no “âmbito intensivista” prestam cuidados a doentes gerais (não possuem uma patologia específica, como acontece numa unidade de cuidados intensivos de cardiologia, por exemplo).

Desta população obtivemos 71 questionários preenchidos por enfermeiros dos serviços de internamento (Cirurgia Geral e Vascular) e 49 questionários preenchidos por enfermeiros de unidades de cuidados intensivos.

2.2. Instrumentos

O instrumento utilizado foi um questionário composto por cinco partes.

A primeira inquiria sobre variáveis sócio-demográficas, sendo estas: a idade, a nacionalidade, o género, o estado civil, a categoria profissional (enfermeiro, enfermeiro graduado ou especialista), habilitações literárias, serviço em que exerce funções (serviço de internamento ou unidade de cuidados intensivos), anos de actividade profissional, horário de trabalho (turnos ou fixo) e tipo de vínculo à instituição (Função Publica ou Contrato Individual de Trabalho).

A segunda parte era composta pelo *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Como já foi referido anteriormente, o questionário é composto por vinte e dois itens, os quais serão respondidos numa escala ordinal de 7 posições, correspondendo o “0” ao “Nunca”, o “1” a “Algumas vezes por ano”, o “2” a “Uma vez por mês”, o “3” a “Algumas vezes por mês”, o “4” a “Uma vez por semana”, o “5” a “Algumas vezes por semana” e o “6” a “Todos os dias”. Pretende avaliar a Exaustão Emocional, a Despersonalização e a Realização pessoal dos inquiridos. A aplicação deste inventário neste estudo foi autorizada pelo Professor Rui Gomes⁴, um dos autores da versão portuguesa.

Na terceira parte apresenta-se uma Escala de Auto-eficácia, adaptada da Escala de Auto-eficácia de Schwarzer. Esta é constituída por dez itens, sendo estes respondidos pela escolha da opção que mais se adequa à situação profissional do inquirido. As respostas possíveis são: “Nada verdadeiro”, “Quase verdadeiro”, “Em certa medida verdadeiro” e “Completamente verdadeiro”. Esta escala tem como objectivo avaliar a noção que os elementos têm das suas capacidades para cumprir os objectivos pretendidos.

⁴ Professor na Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

A quarta parte do questionário era composta pela escala que se designou como Satisfação e Realização. Nesta escala começa-se com a pergunta “Se tivesse que optar novamente (sabendo o que sabe hoje) voltaria a escolher a mesma profissão?”, em que os indivíduos respondem “Sim”, “Não” ou “Não Sei”. Em seguida apresenta-se uma tabela com quinze itens em que se pretende que cada um seja respondido numa pontuação de 1 a 5, correspondendo o “1” a “Muito baixo” e o “5” a “Muito alto”. Com esta escala obtemos os valores de satisfação e realização para o indivíduo.

Na quinta e última parte aplicou-se o Inventário de Personalidade de Eysenck (EPI), questionário revalidado para a população portuguesa pelo Professor Vaz Serra⁵. O Inventário é composto por 57 perguntas em que o inquirido responde “Sim” ou “Não”. Este inventário define a personalidade em termos de neuroticismo e extroversão.

2.3. Procedimentos

Foi pedida autorização à “Comissão de Ética para a Saúde”, do Hospital de S. João, para a realização desta investigação, que foi concedida por unanimidade.

Foi explicado a todos os intervenientes qual o âmbito da investigação e foi-lhes garantido a rigorosa confidencialidade e anonimato nas respostas. Foi, ainda, reforçado que a participação era voluntária e estes poderiam terminá-la em qualquer ocasião. Os questionários foram aplicados entre Março e Maio de 2008.

Para o estudo estatístico, os elementos recolhidos no questionário foram introduzidos numa tabela mestra, para posterior análise através do programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 15.0.

Na análise descritiva recorreu-se ao cálculo de medidas de tendência central (moda, mediana e média) e de dispersão (desvio-padrão e variância) de todas as variáveis da amostra, bem como ao cálculo das frequências e da

⁵ Professor na Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina.

percentagem, com o intuito de fazer uma caracterização dos dados da amostra. Utilizaram-se gráficos e tabelas de acordo com a sua utilidade e pertinência.

Aplicamos o *One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test* para identificarmos que testes estatísticos teríamos que utilizar. Com a aplicação deste teste obtivemos significâncias com $p < 0,05$, para as subescalas do MBI (exaustão emocional, realização pessoal), para a escala de auto-eficácia, para a escala de satisfação e realização e para o Inventário de Personalidade de Eysenck (EPI), logo foram utilizados testes paramétricos. Outros critérios que se verificam são os grupos terem um N superior a 30 elementos e as observações serem independentes entre si. Por isso, para a análise comparativa bivariada (relação entre duas variáveis) utilizaram-se testes paramétricos. Com esta análise pretendeu-se estabelecer as diferenças entre essas variáveis (obter níveis de significância), pelo que se utilizou o teste “t” e a análise univariada (*OneWay ANOVA*). Utilizamos, ainda, o teste de *Bonferroni* que compara os resultados entre os subgrupos, ou seja, permite-nos conhecer a importância de um determinado subgrupo para o estudo em comparação com os outros subgrupos. Uma das finalidades era saber se, apesar dos grupos não serem homogêneos, poderiam ser utilizados no estudo.

Por último, realizamos a análise associativa entre as variáveis, para determinar segundo o cálculo do coeficiente de correlação, se existe relação conjunta entre as principais variáveis métricas e as variáveis sócio-demográficas em cada um dos grupos em estudo. O teste utilizado foi o *r de Pearson*, teste paramétrico.

3. RESULTADOS

Para melhor descrevermos os resultados obtidos após a aplicação do questionário, estes foram divididos em análise descritiva, análise comparativa e análise associativa, respectivamente secção 3.2, 3.3 e 3.4. Começamos por investigar a consistência interna das escalas utilizadas, como podemos observar na secção 3.1.

3.1. Consistência Interna dos Instrumentos

Os instrumentos EA e EPI encontram-se validados para a população portuguesa (Schwarzer & Jerusalem, 2000);(Vaz Serra, Ponciano, & Freitas, 1980). Em relação ao MBI e ao ESR, encontram-se em uso para a população portuguesa (Gomes, Melo, & Cruz, 2000). Apesar disso, decidimos comprovar a consistência interna destes. Realizamos o teste do *alpha de Cronbach* para as várias escalas, que se exporão de seguida.

Para todos os itens do MBI, o *alpha de Cronbach* é de 0,698, o que atesta uma boa consistência interna. Para cada uma das subescalas (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal) o *Alpha de Cronbach* é 0,87, 0,74 e 0,51 respectivamente (Tabela 1). Mais uma vez valores bastante bons de consistência interna para o *Maslach Burnout Inventory*. Maslach obteve valores de *alpha de Cronbach* de 0,90 para a Exaustão Emocional; de 0,79 para a Despersonalização e de 0,71 para a Realização Pessoal (Amaro & Jesus, 2007). Podemos constatar que os valores obtidos neste estudo foram muito próximos dos obtidos pela autora (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996); (Maslach & Jackson, 1981).

Tabela 1: Consistência Interna do MBI e das Subescalas

		alpha de Cronbach
MBI (Escala total)		0,70
Subescalas do MBI	Exaustão Emocional	0,87
	Despersonalização	0,74
	Realização pessoal	0,51

Para a escala de Auto-eficácia, o *alpha de Cronbach* é de 0,85 (boa consistência interna) como podemos ver na Tabela 2 – considera-se boa consistência interna valores de *alpha* entre 0,75 e 0,90 (Schwarzer & Jerusalem, 2000).

Tabela 2: Consistência Interna da Escala da Auto-Eficácia

	alpha de Cronbach
EA	0,85

Em relação à escala de Satisfação e Realização, obtivemos um *alpha de Cronbach* de 0,68 para os itens que diziam respeito à satisfação; um *alpha de Cronbach* de 0,84 para os itens da realização e um *alpha de Cronbach* de 0,78 para os itens relacionados à satisfação global. Mais uma vez, estamos na presença de valores *alpha de Cronbach* muito bons (Tabela 3).

Tabela 3: Consistência Interna da ESR e das Subescalas

	alpha de Cronbach	
ESR (Escala total)	0,88	
Subescalas do ESR	Satisfação	0,68
	Realização	0,84
	Satisfação Geral	0,78

Por último, analisamos a consistência interna do EPI. O *alpha de Cronbach* para o *Eysenck Personality Inventory* é de 0,72. Os valores de *alpha de Cronbach* obtidos foram 0,85 para neuroticismo e 0,20 para extroversão (Tabela 4). Os autores portugueses (Vaz Serra, Ponciano, & Freitas, 1980) obtiveram 0,84 e 0,70 para neuroticismo e extroversão respectivamente. Podemos observar que para o neuroticismo o *alpha de Cronbach* é até ligeiramente superior, sendo que o mesmo não se verifica para a extroversão, que apresenta valores muito modestos.

Tabela 4: Consistência Interna do EPI e das Subescalas

		alpha de Cronbach
EPI (Escala total)		0,72
Subescalas do EPI	Neuroticismo	0,85
	Extroversão	0,20

3.2. Análise descritiva

A nossa amostra é constituída por 120 enfermeiros de nacionalidade portuguesa, com idades compreendidas entre os 24 e os 55 anos, tendo como média de idades 32,5 anos, com um desvio padrão de 8,2 anos. Quanto ao género 76,7% são do género feminino (Tabela 5). Em relação ao estado civil 50,8% dos elementos são solteiros, sendo que 48,3% são casados ou vivem em união de facto, apenas um elemento referiu estar separado (Tabela 6).

Tabela 5: Distribuição por Género

Masculino		Feminino		Total	
N	%	N	%	N	%
28	23,3%	92	76,7%	120	100%

Tabela 6: Distribuição por Estado Civil

Solteiro		Casado ou em união de facto		Separado		Total	
N	%	N	%	N	%	N	%
61	50,8%	58	48,3%	1	0,8%	120	100%

Na Tabela 7 podemos verificar como as médias de idade e respectivo desvio padrão se distribuem pelos serviços abordados e por último para os dois grupos que se pretendem analisar (SI e UCI). A partir deste ponto abordaremos apenas dois tipos de serviço, que designamos por **Serviço de Internamento (SI)** – nele incluímos o serviço de Cirurgia Geral e de Cirurgia Vascular – e

Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) – onde incluímos a UCI da Urgência e a UCI Polivalente.

Tabela 7: Relação entre idade e serviço em que os enfermeiros exercem funções.

Serviço	Idade (anos)	
	\bar{x}	σ
Cirurgia Geral	35,2	9,5
Cirurgia Vascular	28,4	5,0
UCI Polivalente	29,4	5,9
UCI Urgência	33,1	5,6
Tipo de serviço	Idade (anos)	
	\bar{x}	σ
SI	33,9	9,2
UCI	30,5	6,0

Os enfermeiros estão distribuídos pelos tipos de serviços da seguinte forma (Tabela 8):

Tabela 8: Distribuição da amostra pelos serviços em estudo.

Serviço	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
SI	9	7,5%	62	51,7%	71	59,2%
UCI	19	15,8%	30	25%	49	40,8%

Como podemos observar, 59,2% dos enfermeiros exercem funções em serviços de internamento e 40,8% em Unidades de Cuidados Intensivos.

Os enfermeiros questionados têm entre os 2 anos e os 34 anos de actividade profissional e a média situa-se nos 9,6 anos, com um desvio padrão de 8,1 anos (Tabela 9). No que diz respeito à categoria profissional, 50,8% são enfermeiros, 45% são enfermeiros graduados (exercem funções há pelo menos 6 anos no Hospital de S. João) e 4,2% são enfermeiros especialistas (tiraram

um curso de especialidade) (Tabela 10). Em relação às habilitações literárias, 82,5% são enfermeiros licenciados, 15% possuem uma pós-graduação sendo que 2 dos elementos possuem Mestrado. Quando questionados sobre o horário de trabalho, 92,5% dos enfermeiros responderam que trabalham por turnos, enquanto que os restantes trabalham em horário fixo e todos pertencem à função pública. Devido ao número reduzido de enfermeiros a trabalhar em horário fixo não será considerada esta variável para efeitos de correlações. Quanto ao tipo de vínculo à instituição, observou-se que 42,5% possuíam um Contrato Individual de Trabalho (Tabela 11).

Tabela 9: Análise descritiva da variável “Anos de actividade profissional”

Anos de actividade profissional			
Mínimo	Máximo	\bar{x}	σ
2	34	9,6	8,1

Tabela 10: Distribuição dos Enfermeiros por Categoria Profissional e por Habilitações Literárias

Categoria profissional	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Enfermeiro	17	14,17%	44	36,67%	61	50,83%
Enfermeiro Graduado	8	6,67%	46	38,33%	54	45%
Enfermeiro Especialista	3	2,5%	2	1,67%	5	4,17%
Habilitações Literárias						
Bacharelato	-	-	3	2,5%	3	2,5%
Licenciatura	22	18,33%	77	64,17%	99	82,5%
Pós-Graduação	6	5%	10	8,33%	16	13,3%
Mestrado	-	-	2	1,67%	2	1,67%

Tabela 11: Distribuição dos Enfermeiros por Horário de Trabalho e Tipo de Vínculo à Instituição

Horário	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Fixo	1	0,83%	8	6,67%	9	7,5%
Turnos	27	22,50%	84	70,00%	111	92,5%
Vínculo à instituição						
Função Pública	15	12,50%	54	45,00%	69	57,5%
CIT	13	10,83%	38	31,67%	51	42,5%

Tabela 12: Distribuição dos enfermeiros pelos serviços de acordo com as habilitações Literárias

Serviço	Bacharelato		Licenciatura		Pós-graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SI	3	2,5%	62	51,7%	4	3,3%	2	1,75
UCI	-	-	37	30,8%	12	10%	-	-

Na Tabela 12 podemos observar que os enfermeiros que trabalham em UCI são o grupo que apresenta um número mais elevado de enfermeiros com pós-graduações, 10% da amostra, quando comparado com os 3,3% dos enfermeiros que trabalham em SI.

Tabela 13: Relação dos Enfermeiros entre o Serviço que exercem funções e o Tipo de Vínculo à Instituição

Vínculo à Instituição	SI		UCI	
	N	%	N	%
Função Pública	42	35,00%	27	22,50%
CIT	29	24,17%	22	18,33%

Como podemos observar pela Tabela 13 a relação entre o número de enfermeiros que trabalha numa UCI e o seu vínculo contratual (função pública ou contrato individual de trabalho) está muito equilibrada, enquanto que nos Serviços de Internamento (SI) o número de enfermeiros que são da função pública é razoavelmente superior.

3.3. Análise comparativa

Os resultados obtidos com a utilização da Escala de Auto-eficácia (EA) mostraram que os enfermeiros têm uma capacidade de Auto-eficácia com pontuação média de 2,9 – a escala varia de 1 a 4 –, sendo que 1 era o valor mais baixo e 4 o valor mais elevado no que se refere a sentimentos de Auto-eficácia.

Como foi referido anteriormente, a escala era composta por dez itens, que eram respondidos pela escolha de uma das opções: “nada verdadeiro”, “quase verdadeiro”, “em certa medida verdadeiro” e “completamente verdadeiro”.

Quando analisamos a média e o desvio padrão da escala de Auto-eficácia com o género obtemos os valores descritos na Tabela 14. Ao realizarmos o teste “t” verificamos significância ($p=0,006$), logo existe diferença estatisticamente significativa entre géneros, concluindo que a Auto-eficácia é superior nos homens.

Tabela 14: Média e Desvio Padrão de Auto-eficácia por Género, e teste de diferenças

	Masculino (N=28)		Feminino (N=92)		Teste “t”
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	P
Auto-eficácia	3,10	0,43	2,83	0,45	0,006

Em relação ao serviço em que exercem funções, como podemos observar as médias e o desvio padrão para os dois grupos (enfermeiros do serviço de internamento e da unidade de cuidados intensivos) são muito idênticas (Tabela 15).

Tabela 15: Média e Desvio Padrão de Auto-eficácia por serviço onde exerce funções, e teste de diferenças

	Serviço de Internamento (SI)		Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)		Teste "t"
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	P
Auto-eficácia	2,87	0,47	2,93	0,43	0,449

Quando aplicamos o teste de diferenças (teste "t"), constatamos que as diferenças encontradas não têm valor estatístico ($p=0,449$), não são significativas como havia sido dito anteriormente.

Para compreendermos como se distribui a auto-eficácia pelos serviços estudados vamos considerar que obtiveram uma pontuação baixa quando a cotação é inferior a dois, uma pontuação média quando a cotação é inferior a três e uma pontuação alta quando a cotação é superior a três.

Quando relacionamos a Auto-eficácia com a categoria profissional verificamos que são os enfermeiros especialistas a obter médias superiores de auto-eficácia (Tabela 16). Pelo teste de *Bonferroni*, comprovamos que embora sejam apenas 5, os enfermeiros especialistas tem valores significativos (Tabela 17). Como podemos observar pelas tabelas referidas os resultados têm valor estatístico uma vez que a análise da variância é significativa ($p=0,039$).

Tabela 16: Auto-eficácia por categoria profissional, e análise univariada

	Enfermeiro (N= 61)		Enfermeiro Graduado (N= 54)		Enfermeiro Especialista (N= 5)		OneWay ANOVA
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	P
Auto – eficácia	2,84	0,43	2,92	0,47	3,36	0,32	0,039

Analisando a escala de Auto-eficácia e os serviços em estudo, podemos constatar que em ambos os serviços as maiores percentagens verificaram-se para a pontuação 'Média' (Tabela 18). Ao realizarmos o teste do

qui-quadrado (χ^2), verificamos que não existe significância, portanto não tem valor estatístico.

Tabela 17: Teste de comparação múltipla (*Bonferroni*) da Auto-eficácia em função da categoria profissional

	Enfermeiro	Enfermeiro Graduado	Enfermeiro Especialista
Enfermeiro	-	0,9	0,039
Enfermeiro Graduado	-	-	0,114

(os valores referem-se a níveis de significância)

Tabela 18: A Auto-Eficácia em relação ao serviço em que exerce funções, e teste do qui-quadrado

Escala de Auto-eficácia	Serviço em que exerce funções		Total	χ^2
	SI	UCI		p
Baixa	1	2	3	0,496
Média	45	27	72	
Alta	25	20	45	
Total	71	49	120	

Quando questionados sobre se “voltariam a escolher a mesma profissão sabendo o que sabem na actualidade”, 56,7% responderam que sim. Na Tabela 19 podemos ver a distribuição das respostas e na Tabela 20 podemos observar a distribuição pelos grupos etários, verificamos ainda que não existe significância. Podemos observar que para todos os grupos etários o maior número de respostas é para o sim. Na Tabela 21 podemos ver qual a média de idades para cada uma das respostas.

Tabela 19: respostas obtidas à questão se escolheria a mesma profissão

Respostas	“Se tivesse que optar novamente (sabendo o que sabe hoje) voltaria a escolher a mesma profissão?”	
	N	%
Sim	68	56,7%
Não	23	19,2%
Não sei	29	24,2%

Tabela 20: Relação entre grupos etários e a questão se escolheria a mesma profissão

Grupos etários	Voltaria a escolher a mesma profissão						Total N	x ²
	Sim		Não		Não sei			p
	N	%	N	%	N	%		
[20; 30[	31	25,83	12	10,00	17	14,17	60	0,575
[30; 40[	22	18,33	8	6,67	8	6,67	38	
[40, 50[	10	8,33	1	0,83	4	3,33	15	
50 ou mais	5	4,17	2	1,67	-	-	7	
Total	68	56,66	23	19,17	29	24,17	120	

Tabela 21: Médias e Desvio Padrão das idades pela questão se voltaria a escolher a mesma profissão

	Voltaria a escolher a mesma profissão					
	Sim (N=68)		Não (N=23)		Não sei (N=29)	
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ
Idade (Anos)	33,26	8,79	32	7,99	31,24	6,95

Para avaliarmos a satisfação e a realização dos enfermeiros utilizamos uma escala adaptada em que quatro questões são destinadas a avaliar os níveis de satisfação e em que três questões avaliam os níveis de realização –

para ambos podem variar de 1 a 6. Obtêm-se estes valores somando os itens correspondentes, dividindo os valores finais pelo total de itens das subescalas. Para tornar o estudo da satisfação e da realização mais completo, foram acrescentadas algumas questões – como “*Nível de satisfação com a administração do hospital*” e “*Nível de satisfação com o salário recebido*” –, designando-se este grupo de questões por Satisfação Geral (ver anexo na p. 82).

Para esta escala obtivemos como valores médios 4,3 com desvio padrão de 0,9. Relembramos que os resultados variam de 1 a 6. Na Tabela 22 podemos observar a distribuição dos resultados pelas subescalas e podemos verificar que a média é ligeiramente superior para a subescala da Realização.

Comparando os resultados da escala ESR, agrupada nas três subescalas, para o género masculino e feminino (teste “t”) verificamos que as diferenças apenas são estatisticamente significativas no que se refere à subescala satisfação ($p=0,001$). Na Tabela 23 podemos observar que a satisfação é maior para os homens.

Tabela 22: Média e Desvio Padrão para as Subescalas da ESR.

Satisfação		Realização		Satisfação geral	
\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ
3,17	0,57	4,09	0,96	3,26	0,72

Tabela 23: Médias e desvio padrão das subescalas da satisfação e da Realização por género, e teste de diferenças

Subescalas	Masculino (N=28)		Feminino (N=92)		Teste “t”
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	p
Satisfação	3,49	0,60	3,08	0,53	0,001
Realização	4,02	0,95	4,11	0,96	0,683
Satisfação Geral	3,04	0,76	3,32	0,70	0,077

O mesmo se verificou para a variável estado civil, quando relacionada com a ESR, apenas se observou diferenças para a subescala da satisfação (Tabela 24).

Tabela 24: Médias e desvio padrão da ESR por estado civil, e teste de diferenças

Subescalas	Solteiro (N=62)		Casado (N=58)		Teste "t"
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	p
Satisfação	3,07	0,58	3,28	0,55	0,038
Realização	4,12	0,96	4,05	0,96	0,683
Satisfação Geral	3,21	0,75	3,30	0,69	0,476

Em relação à categoria profissional realizou-se a análise da variância pelo *OneWay ANOVA* e apenas se obtiveram valores significativos para as respostas adicionadas ($p=0,029$). Os enfermeiros graduados encontram-se mais satisfeitos e realizados no que diz respeito à administração do hospital; à relação médico-enfermeiro; à interacção entre enfermeiros; ao salário recebido; ao status profissional; ao trabalho desenvolvido e ao nível de autonomia profissional (Tabela 25).

Tabela 25: Médias e desvio padrão da ESR, por categoria profissional, e teste de diferenças

Subescalas	Enfermeiro (N=61)		Enfermeiro graduado (N=54)		Enfermeiro especialista (N=5)		OneWay ANOVA
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	p
Satisfação	3,17	0,62	3,13	0,52	3,70	0,32	0,102
Realização	4,11	1,01	4,07	0,94	4,00	0,62	0,960
Satisfação Geral	3,10	0,75	3,45	0,67	3,10	0,50	0,029

Embora para as subescalas da Satisfação e da Realização, os enfermeiros das unidades de cuidados intensivos tenham valores mais elevados, estes não têm valor estatístico, porque o teste *t* para análise das diferenças não deu significativo para nenhum deles. O mesmo se verificou para

a ESR e o tipo de vínculo à instituição, em que o teste t voltou a não ser significativo. Na Tabela 26 e na Tabela 27 podemos observar os valores médios obtidos para as duas variáveis.

Tabela 26: Médias e desvio padrão da ESR, por tipo de serviço, e teste de diferenças

Subescalas	SI (N=71)		UCI (N=49)		Teste "t"
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	p
Satisfação	3,09	0,55	3,29	0,58	0,061
Realização	3,99	0,99	4,23	0,90	0,177
Satisfação Geral	3,30	0,75	3,19	0,67	0,385

Tabela 27: Médias e desvio padrão da ESR, por tipo de vínculo à instituição, e teste de diferenças

Subescalas	Função Pública (N=69)		CIT (N=51)		Teste "t"
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	p
Satisfação	3,25	0,55	3,06	0,59	0,072
Realização	4,08	0,89	4,11	1,05	0,878
Satisfação Geral	3,33	0,68	3,15	0,76	0,188

O EPI permitiu-nos obter os seguintes resultados e verificar que:

- a subescala Mentira com valores médios de 4,88 e desvio padrão de 1,656, apresentava valores aceitáveis. Eysenck, S. e Eysenck, H. (1994) referem que uma pontuação acima dos 5 deve levar à rejeição do EPI e, como isso não se verificou, a escala pode ser utilizada (Tabela 28).
- a personalidade, mais propriamente o neuroticismo, apresentava diferenças estatisticamente significativas quando comparada com o género ($p=0,027$) (Tabela 29);

- para as variáveis idade, estado civil, serviço em que exerce funções, anos de actividade profissional e tipo de vínculo à instituição não se verificaram diferenças.

Tabela 28: Médias e Desvio Padrão para as Subescalas do EPI

EPI	\bar{x}	σ
Neuroticismo	8,08	5,11
Extroversão	13,49	3,22
Mentira	4,88	1,66

Na Tabela 29 podemos observar que o Neuroticismo é superior nas mulheres.

Tabela 29: Médias e desvio padrão do EPI, por género, e teste de diferenças

EPI	Masculino (N=28)		Feminino (N=92)		Teste "t"
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	p
Neuroticismo	6,21	4,69	8,64	5,12	0,027
Extroversão	14,04	3,51	13,33	3,12	0,309
Mentira	4,68	1,85	4,95	1,60	0,457

Como foi referido anteriormente, o MBI está dividido em três subescalas, que são obtidas pela conjugação de determinados itens do MBI. As subescalas são a Exaustão Emocional, a Despersonalização e a Realização Pessoal. Na Tabela 30 temos os resultados obtidos para cada uma das subescalas.

Tabela 30: Subescalas do MBI

Exaustão Emocional		Despersonalização		Realização Pessoal	
\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ
19,02	10,67	3,88	6,98	35,86	3,42

Na Tabela 31, podemos observar a distribuição dos enfermeiros pelos níveis *baixo*, *intermédio* e *elevado* das subescalas Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal.

Tabela 31: Distribuição dos enfermeiros pelos níveis das subescalas do MBI

Níveis de Burnout	Exaustão Emocional		Despersonalização		Realização Pessoal	
	N	%	N	%	N	%
Baixo	57	47,5%	96	80%	29	24,2%
Intermédio	31	25,8%	3	2,5%	39	32,5%
Elevado	32	26,7%	21	17,5%	52	43,3%

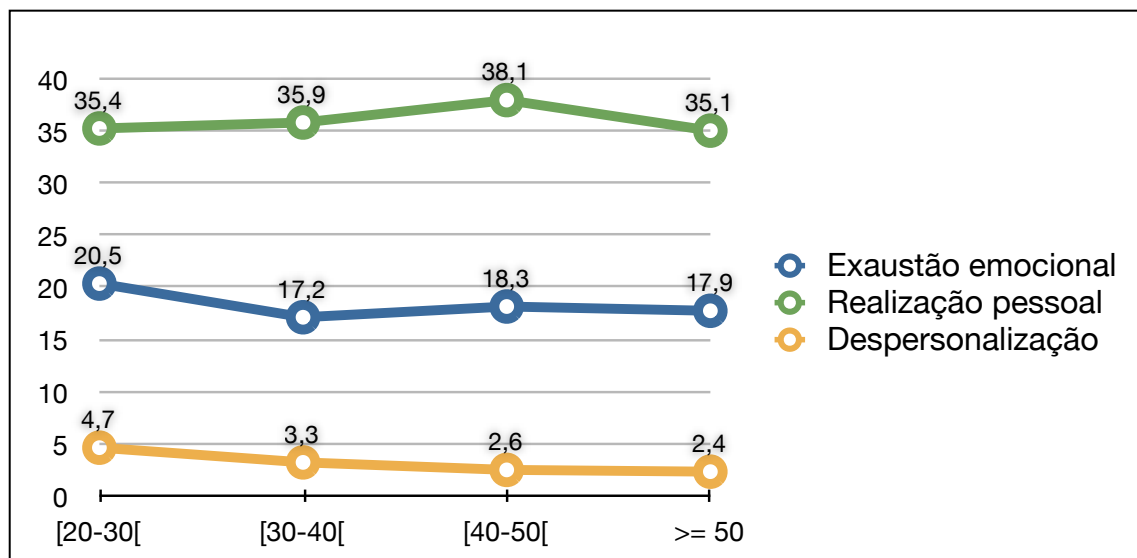
Quando comparamos as médias (\bar{x}) das subescalas do *Burnout* distribuídas pelos grupos etários, observamos que os enfermeiros que estão no grupo etário dos 20 aos 30 anos possuem os valores mais elevados de exaustão emocional e de despersonalização. Já os valores mais elevados de realização pessoal verificam-se nos enfermeiros mais velhos, nomeadamente no grupo dos 40 aos 50 anos (Tabela 32).

Tabela 32: Médias e Desvio Padrão nas Subescalas do MBI por Grupos Etários, e Análise Univariada

SUBESCALAS DO MBI	[20-30[anos (N=60)		[30-40[anos (N=38)		[40-50[anos (N=15)		≥50 anos (N=7)		OneWay ANOVA
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	σ	\bar{x}	p
Exaustão Emocional	20,47	11,16	17,24	9,53	18,27	10,0	17,86	13,99	0,513
Despersonalização	4,73	3,79	3,32	3,00	2,60	2,17	2,43	2,82	0,041
Realização Pessoal	35,35	6,70	35,92	7,32	38,07	4,79	35,14	11,22	0,599

A Figura 3 permite-nos observar a distribuição das subescalas pelos grupos etários e comprovar o que foi dito anteriormente, ou seja, o grupo etário mais jovem é o que apresenta os valores mais elevados de Exaustão Emocional e de Despersonalização e dos valores mais baixos de Realização Pessoal.

Figura 3: Relação entre os valores médios das subescalas do *Burnout* e a idade



Ao realizarmos a análise da variância para os grupos etários e as subescalas do MBI através do *OneWay ANOVA*, verificamos que existe significância ($p=0,041$) para a despersonalização, ou seja existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Tabela 32).

Relacionando o género com as subescalas também não se verificam alterações, pois mantêm-se níveis baixos para a Exaustão Emocional e a Despersonalização para ambos os géneros e uma Realização Pessoal com níveis elevados. Pela comparação de médias entre o género e o *Burnout*, incluindo as três subescalas verificamos homogeneidade entre homens e mulheres (Tabela 33). O teste “*t*” dá valores não significativos ($p>0,05$), logo não existem diferenças estatisticamente significativas entre o género e as subescalas do MBI.

Tabela 33: Médias e Desvio Padrão nas subescalas do MBI por género, e teste de diferenças

Subescalas do MBI	Masculino (N=28)		Feminino (N=92)		Teste “t”
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	p
Exaustão Emocional	20,21	9,605	18,65	10,997	0,500
Despersonalização	4,79	3,966	3,61	3,207	0,111
Realização Pessoal	36,21	7,218	35,75	6,940	0,759

Para analisarmos os níveis de *Burnout* nas subescalas, reagrupamos os enfermeiros tendo como critério terem cônjuge (enfermeiros casados ou em união de facto) que passamos a designar como casados ou não terem (enfermeiros solteiros ou separados) que passamos a considerar solteiros

Podemos verificar que também para a relação entre estado civil e as variáveis do *Burnout* as diferenças são muito ténues (Tabela 34). No entanto estas diferenças não têm significado estatístico uma vez que com a realização do teste “t” para as subescalas do MBI, em função do estado civil, não encontramos valores significativos.

Tabela 34: Médias e Desvio Padrão nas subescalas do MBI por estado civil, e teste de diferenças

Subescalas do MBI	Solteiro (N=62)		Casado (N=58)		Teste “t”
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	p
Exaustão Emocional	18,79	10,96	19,26	10,44	0,811
Despersonalização	3,98	3,60	3,78	3,25	0,741
Realização Pessoal	35,90	7,52	35,81	6,41	0,942

Tabela 35: Médias e Desvio Padrão nas subescalas do MBI por categoria profissional, e análise univariada

Subescalas do MBI	Enfermeiro (N=61)		Enfermeiro Graduado (N=54)		Enfermeiro Especialista (N=5)		OneWay ANOVA
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	p
Exaustão Emocional	20,62	10,886	17,57	10,516	15	7,517	0,216
Despersonalização	4,74	3,821	2,87	2,635	4,4	3,362	0,012
Realização Pessoal	34,95	7,1	36,72	6,666	37,6	8,792	0,341

Na Tabela 35 podemos observar as médias e desvio padrão das subescalas do MBI por categoria profissional. Os enfermeiros (categoria profissional mais baixa) foram os que tiveram médias mais altas para a Exaustão Emocional e Despersonalização, e médias mais baixas de Realização Pessoal. Da aplicação do *OneWay ANOVA* verificamos diferenças significativas para a Despersonalização ($p=0,012$). Na Tabela 36 podemos comprovar que apesar do número limitado de enfermeiros especialistas, os resultados são estatisticamente significativos.

Tabela 36: Teste de comparação múltipla (*Bonferroni*) do MBI em função da categoria profissional

	Enfermeiro	Enfermeiro Graduado	Enfermeiro Especialista
Enfermeiro	-	0,010	1,000
Enfermeiro Graduado	-	-	0,979

(os valores referem-se a significância)

Na Tabela 37 podemos observar as médias e desvio padrão das subescalas do MBI por habilitações literárias e verificar que apenas para a despersonalização obtivemos valores significativos ($p=0,011$). A despersonalização aumenta com o aumento do nível de graduação. Novamente, devido a um dos grupos ter um número reduzido de elementos,

realizamos o teste de *Bonferroni* (Tabela 38). Neste teste não obtivemos valores significativos.

Tabela 37: Médias e Desvio Padrão das subescalas do MBI por habilitações literárias, e análise univariada

Subescalas do MBI	Bacharelato (n=3)		Licenciatura (N=99)		Pós-Graduação (N=16)		Mestrado (N=2)		OneWay ANOVA
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	p
Exaustão Emocional	9,67	6,43	19,71	10,75	15,50	9,67	27,00	9,90	0,133
Despersonalização	1,33	2,31	3,56	3,05	5,88	4,66	8,00	4,24	0,011
Realização Pessoal	35,67	15,50	35,41	6,85	38,31	6,24	38,50	0,71	0,450

Tabela 38: Teste de comparação múltipla (*Bonferroni*) do MBI em função das habilitações literárias

	Bacharelato	Licenciatura	Pós-graduação	Mestrado
Bacharelato	-	1,000	0,187	0,184
Licenciatura	-	-	0,062	0,371
Pós-graduação	-	-	-	1,000

Para a análise do local em que os enfermeiros exerciam funções em relação aos valores médios das dimensões do MBI, tivemos que fazer um reagrupamento dos casos numa nova variável. Assim, os enfermeiros que referiram Cirurgia Geral e Cirurgia Vasculuar foram considerados como sendo de Serviços de Internamento (SI) e os que referiram UCI Polivalente ou UCI da Urgência foram considerados como sendo do grupo UCI. Obtivemos os resultados presentes na Tabela 39.

Podemos verificar que os níveis de *Burnout* são ligeiramente superiores nos enfermeiros que trabalham em serviços de internamento. Apesar desta constatação, os resultados não têm significado estatístico, pois após a aplicação do *t de Student*, obtivemos $p > 0,05$ para as subescalas do MBI.

Tabela 39: Médias e Desvio Padrão das subescalas do MBI por local de trabalho, e teste de diferenças

Subescalas do MBI	SI (N=71)		UCI (N=49)		Teste “t”
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	p
Exaustão Emocional	20,30	11,11	17,16	9,82	0,114
Despersonalização	4,03	3,49	3,67	3,33	0,579
Realização Pessoal	36,23	7,79	35,33	5,64	0,490

Com os anos de actividade profissional fizemos um ponto de corte em que consideramos dois grupos – enfermeiros com menos de 10 anos de actividade profissional e enfermeiros com 10 anos ou mais de actividade. Obtivemos que os que trabalham há menos de 10 anos têm valores superiores de Exaustão Emocional e de Despersonalização e valores inferiores de Realização Pessoal quando comparados com os que trabalham há 10 anos ou mais (Tabela 40).

Tabela 40: Médias e Desvio Padrão das subescalas do MBI por anos de actividade profissional, e teste de diferenças

Subescalas do MBI	Menos de 10 anos de actividade profissional (N=67)		10 ou mais anos de actividade profissional (N=53)		Teste “t”
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	p
Exaustão Emocional	19,86	10,96	17,98	10,31	0,347
Despersonalização	4,66	3,78	2,91	2,61	0,005
Realização Pessoal	35,15	7,24	36,75	6,60	0,212

No tipo de vínculo, os enfermeiros tinham que referir se pertenciam à função pública ou possuíam um contracto individual de trabalho, sendo que

este significa maior precariedade e menos regalias. Na Tabela 41 podemos verificar que os valores médios são superiores nos enfermeiros com contrato individual de trabalho (vínculo precário), quando relacionado com o MBI. Após a aplicação do *t de Student*, não obtivemos valores significativos, logo apesar de existirem diferenças estas não são estatisticamente significativas.

Tabela 41: Médias e Desvio Padrão das subescalas por tipo de vínculo à instituição, e teste de diferenças

Subescalas do MBI	Função pública (N=69)		CIT (N=51)		Teste “t”
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	p
Exaustão Emocional	17,72	10,13	20,76	11,22	0,123
Despersonalização	3,52	3,44	4,37	3,36	0,179
Realização Pessoal	36,70	6,44	34,73	7,57	0,127

3.4. Análise associativa

Quando correlacionamos a Auto-eficácia com a idade, obtivemos um *r de Pearson* significativo ($p=0,048$) e positivo, ou seja sugerindo que quanto mais velhos os enfermeiros eram, mais sentimentos de Auto-eficácia demonstravam (Tabela 42).

Tabela 42: “r” de Pearson entre Auto-eficácia e idade

		idade
Auto-eficácia	r	0,181
	p	0,048

Para a categoria profissional e para os anos de actividade profissional também houve significância, respectivamente $p=0,036$ e $p=0,020$, sendo também elas positivas. A Auto-eficácia é maior para os enfermeiros com mais anos de experiência (Tabela 43).

Tabela 43: “r” de *Pearson* entre Auto-eficácia e os anos de actividade profissional

		Anos de actividade profissional
Auto-eficácia	r	0,212
	p	0,020

Na Tabela 44 podemos observar que existe uma correlação positiva e significativa entre a escala de Auto-eficácia e a Escala de Satisfação e Realização (ESR) e que esta é positiva, ou seja quanto maior os sentimentos de Auto-eficácia maior a realização e a satisfação que os sujeitos referem.

Tabela 44: “r” de *Pearson* entre Auto-eficácia e a Escala de Satisfação e Realização (global) e as suas subescalas

		Escala de Satisfação e Realização	Subescala Satisfação	Subescala Realização
Auto-eficácia	r	0,209	0,189	0,251
	p	0,022	0,038	0,006

Quando correlacionamos a ESR com as outras escalas utilizadas (EA, EPI e MBI) através do *r* de *Pearson*, a ESR relacionou-se sempre positivamente com a EA, o que significa que quando a satisfação e a realização aumentam, também aumentam os sentimentos de auto-eficácia (Tabela 45). Por último, quanto maior o Neuroticismo (EPI), menor a Satisfação (ESR) (Tabela 46). Obtemos relações significativas para a Realização (ESR) com a Exaustão Emocional (MBI), sendo que quando a exaustão aumenta diminui a realização; e como seria de esperar Realização (ESR) e Realização Pessoal (MBI) estão correlacionadas entre si positivamente. A satisfação geral relaciona-se com todas as subescalas do MBI, sendo que com o aumento dos níveis referidos diminuíam a Exaustão Emocional e a Despersonalização (Tabela 47).

Tabela 45: “r” de *Pearson* entre ESR e EA

			Escola Auto-Eficácia
ESR	Satisfação	r	0,189
		p	0,038
	Realização	r	0,251
		p	0,006
	Satisfação geral	r	0,289
		p	0,001

Tabela 46: “r” de *Pearson* entre ESR e EPI

			EPI		
			Neuroticismo	Extroversão	Mentira
ESR	Satisfação	r	-0,064	0,126	0,07
		p	0,487	0,171	0,446
	Realização	r	-0,163	0,053	0,035
		p	0,075	0,565	0,705
	Satisfação geral	r	-0,193	-0,052	0,118
		p	0,035	0,573	0,2

Tabela 47: “r” de *Pearson* entre ESR e MBI

			MBI		
			Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
ESR	Satisfação	r	0,112	0,086	0,037
		p	0,225	0,353	0,691
	Realização	r	-0,401	-0,167	0,295
		p	0,000	0,068	0,001
	Satisfação geral	r	-0,529	-0,278	0,183
		p	0,000	0,002	0,045

Ao correlacionarmos o EPI com o *Burnout* obtemos significância entre o Neuroticismo e as subescalas do MBI, Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização (Tabela 48). Sendo que, quanto maior o neuroticismo maior a Exaustão Emocional e a Despersonalização. Em relação à Realização Pessoal, esta correlaciona-se negativamente – quanto maior o Neuroticismo, menor a Realização Pessoal.

Após realizarmos o teste de correlação de Pearson (r) voltamos a verificar significância para a subescala Despersonalização ($p=0,006$), sendo que esta se relaciona negativamente, ou seja, quanto mais idade menos despersonalização (Tabela 49).

Tabela 48: “r” de Pearson entre MBI e EPI

			EPI		
			Neuroticismo	Extroversão	Mentira
MBI	Exaustão Emocional	r	0,436	-0,044	-0,139
		p	0,000	0,637	0,131
	Despersonalização	r	0,249	0,03	-0,16
		p	0,006	0,741	0,081
	Realização Pessoal	r	-0,221	0,17	-0,127
		p	0,015	0,064	0,166

Tabela 49: “r” de Pearson entre a idade e o MBI

		Exaustão emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
idade	r	-0,081	-0,211	0,073
	p	0,377	0,021	0,430

Para estas variáveis, apenas a Despersonalização apresentou correlação negativa significativa ($p=0,024$), mostrando que quantos mais anos de serviço, menor a Despersonalização referida pelos enfermeiros. Tal vem de

encontro ao que foi referido anteriormente, em que enfermeiros mais velhos apresentavam pontuações mais baixas de Despersonalização (Tabela 50).

Tabela 50: “r” de *Pearson* entre anos de actividade profissional e o MBI

		Exaustão emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
Anos de actividade profissional	r	-0,093	-0,207	0,057
	p	0,315	0,024	0,533

A análise da variância (*OneWay ANOVA*) entre o Auto-eficácia e as subescalas do MBI demonstra-nos valores significativos para as subescalas Exaustão Emocional e Realização Pessoal, respectivamente $p=0,064$ e $p=0,039$. Ao aplicarmos o “r” de *Pearson* obtemos correlações negativas para a exaustão (mais exaustão, menor sentimento de auto-eficácia) e positiva para a realização (quanto maior realização, maior o sentimento de Auto-eficácia) (Tabela 51).

Tabela 51: “r” de *Pearson* entre Auto-eficácia e as subescalas do MBI

		Exaustão emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
Auto-eficácia	r	-0,353	0,088	0,363
	p	0,000	0,337	0,000

4. DISCUSSÃO

Nesta secção abordaremos a discussão dos resultados.

Em relação à consistência interna dos instrumentos, como podemos verificar, obtivemos bons resultados para todas as escalas quando avaliadas no geral e quando avaliadas para as suas subescalas, com excepção da subescala de extroversão (EPI) que apresentou um valor modesto.

No que diz respeito ao *Burnout*, avaliado com o MBI, podemos inferir que 26,7% dos enfermeiros sofre de Exaustão Emocional; 17,5% sofre de Despersonalização e que 24,2% apresentam baixa Realização Pessoal. Tendo em conta os valores obtidos, o *Burnout* está presente nos enfermeiros: em valores intermédios para a subescala de Exaustão Emocional, com valores baixos de Despersonalização e em que a Realização Pessoal é considerada intermédia – assim o *Burnout* para esta amostra é intermédio.

Apesar disso, o *Burnout*, nas suas vertentes de Exaustão e Despersonalização apresentou valores elevados no grupo etário dos 20 aos 30 anos; sendo os mais elevados em relação aos outros grupos etários. Tal vem de encontro ao referido anteriormente em que enfermeiros mais novos experimentam mais Exaustão Emocional e Despersonalização (Ilhan, Durukan, Taner, & Maral, 2007); (Potter, 2006).

A Despersonalização diminui com a idade, o que também se verificou em alguns estudos como de Anderson e Iwanicki (1984) e de Cordes e Dougherty (1993) cit. por (Queirós, 2005, p. 50), que referiam que “*indivíduos com mais experiência apresentam níveis mais baixos de exaustão e Despersonalização e os mais jovens apresentam níveis mais elevados nas dimensões de Burnout*”. Os enfermeiros mais velhos, no grupo etário dos 40 aos 50 anos, do nosso estudo possuíam valores mais elevados de Realização Pessoal. Podemos projectar que os enfermeiros que sofrem de *Burnout* provavelmente já abandonaram os serviços, principalmente os que já atingiram uma determinada idade, como vem referido num estudo de Sahraian (2008).

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o género e o *Burnout*, o que também já se verificou noutros estudos como o de Matos e

col. (1999). Em relação ao estado civil, quando agrupamos os indivíduos com cônjuge (casados) e sem cônjuge (solteiros) verificamos que ambos os grupos apresentam níveis médios de *Burnout* muito semelhantes, ou seja, sem diferenças estatisticamente significativas.

Em relação à categoria profissional verifica-se que quanto maior a categoria profissional (enfermeiro graduado e especialista) menor a Despersonalização. O teste de *Bonferroni* apresentou diferenças significativas entre enfermeiros e enfermeiros graduados para a despersonalização. Tais resultados levam-nos a concluir que a experiência profissional – que é menor para o enfermeiro em relação ao enfermeiro graduado – pode traduzir a existência destas diferenças. Verifica-se, ainda que, os enfermeiros (mais novos) apresentam médias mais altas de Exaustão Emocional e Despersonalização e médias mais baixas de Realização Pessoal, apesar de não haver significância. Mais uma vez, se realça o facto dos enfermeiros com categoria profissional superior – logo mais velhos – poderem estar numa situação em que não desejam aprender novas coisas, e assim não sentem a frustração que os mais novos sentem pela realidade não corresponder às expectativas que tinham, tal como foi descrito por Potter (2006). Pode ocorrer, também, que os enfermeiros mais velhos já sentiram que atingiram níveis elevados de satisfação com a carreira, estando realizados com o que conseguiram.

Já no que se refere às habilitações literárias, quanto maiores, maior a Despersonalização. Mais uma vez aplicamos o teste de *Bonferroni*, devido ao número limitado de elementos de alguns dos conjuntos. Apesar de não encontrarmos valores significativos – embora a comparação licenciatura / pós-graduação apresente um valor próximo da significância – decidimos manter todos os grupos, porque concluímos que existe uma tendência para a Despersonalização aumentar com as habilitações literárias. Apesar de serem o oposto do anterior, vem na mesma linha, ou seja, os enfermeiros investem na formação mas não se vêem reconhecidos e, como tal, a frustração manifesta-se na Despersonalização (Murofuse, Abranches, & Napoleão, 2005).

Apesar de não significativo, os serviços de internamento (SI) tiveram níveis gerais de *Burnout* superior o que vai contra a literatura encontrada que

refere que é nas UCI que os níveis de *Burnout* são mais elevados (Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle, & Domínguez, 2004); (Conqvist, Lutzén, & Nystrom, 2006); (Palfi, Nemeth, Kerekes, Kallai, & Betlehem, 2008). Noutros estudos também não se verificaram diferenças estatísticas, mas os enfermeiros que trabalhavam em serviços de internamento obtiveram valores mais elevados de *Burnout*, como num estudo de Ilhan e col. (2007) realizado a enfermeiros que exerciam funções em vários serviços, incluindo serviços cirúrgicos e unidades de cuidados intensivos. Neste estudo os autores não apresentaram nenhuma explicação porque não pretendiam comparar os dois tipos de serviços. Na nossa opinião, apesar de numa UCI os pacientes estarem em estado mais grave, estão mais vigiados quer por equipamentos, quer por haver mais profissionais. Tal não acontece nas enfermarias, podendo levar a um maior stress e desgaste dos profissionais, que têm que fazer face a um elevado número de pacientes e muitas vezes sem grandes condições em termos de equipamentos e pessoal.

Os enfermeiros com menos de dez anos de actividade profissional apresentam valores mais elevados de Exaustão Emocional, de Despersonalização e de Realização Pessoal, quando comparados com elementos com mais de dez anos de experiência. É de salientar que apenas encontramos valores significativos para a Despersonalização. Quando correlacionamos os anos de actividade profissional com as subescalas do *Burnout* voltamos a obter apenas valores estatisticamente significativos para a Despersonalização, que diminui com o aumento dos anos de trabalho. Tal facto corrobora o que foi referido anteriormente.

Em relação ao tipo de contrato que os enfermeiros possuíam, não encontramos correlações significativas, embora os enfermeiros com vínculo mais precário (contrato individual de trabalho) apresentassem maior Exaustão, mais Despersonalização e menor Realização Pessoal, o que pode ser entendido se considerarmos a remuneração como um factor importante para a satisfação dos indivíduos.

Estes resultados podem dever-se ao facto dos enfermeiros ainda não se terem consciencializado do desgaste que a profissão acarreta. Outra explicação era o caso da amostra ser relativamente jovem e por este motivo

ainda não estarem sujeitos a níveis de *Burnout* elevados. Outro motivo para os valores serem relativamente baixos é que os enfermeiros que sofrem ou já sofreram de *Burnout* provavelmente já abandonaram os serviços, principalmente os que já atingiram uma determinada idade, como vem referido num estudo de Sahraian (2008).

Em relação à Auto-eficácia, os valores médios obtidos foram iguais aos que o autor da escala original (Schwarzer & Jerusalem, 2000) obteve da aplicação da escala em inúmeros países da Europa – 2,9 –, o que atesta a boa fiabilidade da escala. Nesta escala concluímos que os mais velhos tinham mais sentimentos de Auto-eficácia e entre géneros eram os homens a apresentar níveis mais elevados. Uma maior Auto-eficácia estava ainda correlacionada com mais anos de actividade profissional. Quando relacionamos a Auto-eficácia com a categoria profissional, esta era maior para a categoria profissional de enfermeiro especialista. O teste de *Bonferroni* mostrou-nos que apesar dos enfermeiros especialistas serem um grupo com poucos elementos deveriam ser mantidos em estudo porque representam valor estatístico.

Quando correlacionamos a Auto-eficácia com o MBI encontramos significância negativa para Exaustão e positiva para a Realização Pessoal, ou seja, os enfermeiros que se encontram mais exaustos e menos realizados, também se consideram menos auto-eficazes.

Os resultados da escala de Auto-eficácia correlacionaram-se positiva e significativamente com a escala de satisfação e realização. Quando os enfermeiros referiam Auto-eficácia elevada também tinham uma satisfação e realização elevadas.

Em relação à questão “se voltaria a escolher a mesma profissão” (em que pretendíamos saber se os inquiridos se encontravam satisfeitos com a escolha que haviam feito), a maioria respondeu que sim, o que se deve provavelmente ao facto de a população ser jovem e embora alguns possam estar frustrados com a profissão ainda não estão dispostos a desistir.

Quanto à realização e satisfação, esta é maior para os homens e para os casados, o que consolida o que foi referido anteriormente em relação ao

Burnout. Os indivíduos casados estão mais protegidos de sofrerem *Burnout*, porque a sua percepção de satisfação e realização é maior.

Os enfermeiros graduados, como foi referido anteriormente, estão mais satisfeitos e realizados com os aspectos gerais da profissão (administração do hospital, relação médico-enfermeiro, interacção entre enfermeiros, salário recebido, status profissional, trabalho desenvolvido e nível de autonomia profissional), e isto porque possuem contratos mais estáveis e salários superiores (também a satisfação dos que eram funcionários públicos foi superior, embora não significativa). Os enfermeiros das UCI apresentaram mais satisfação, o que pode explicar os níveis de *Burnout* terem sido ligeiramente inferiores aos dos enfermeiros do SI.

Quanto à relação da Personalidade (EPI) com a Satisfação e Realização Profissional (ESR), pode concluir-se que os enfermeiros que apresentavam mais neuroticismo, referiam menor satisfação e o neuroticismo era superior nas mulheres. O neuroticismo aumentava com o aumento da Exaustão Emocional e da Despersonalização e fazia diminuir a Realização Pessoal. Estes resultados vêm confirmar os resultados obtidos por Maslach (2003) que referia que o *Burnout* estava relacionado com a dimensão da personalidade neuroticismo e que apresentavam baixos níveis de robustez e auto-estima.

Encontramos uma correlação negativa entre a Exaustão Emocional (MBI) e a Realização (ESR), o que seria de esperar, uma vez que é normal que um elemento com exaustão se sinta menos realizado. E encontramos uma correlação positiva entre a Realização (ESR) e a Realização Pessoal (MBI) facto que contávamos que acontecesse e que veio validar a eficácia dos nossos instrumentos.

IV CONCLUSÃO

Este estudo pretendia analisar o *Burnout* em dois grupos de enfermeiros e com base nas respostas tentar inferir se um grupo era mais susceptível e sofria mais de *Burnout*. Desejava-se ainda conhecer a percepção de auto-eficácia dos inquiridos e os seus sentimentos de realização e satisfação. Queríamos, ainda, identificar se o tipo de personalidade, mais concretamente neurótico ou extrovertido, influenciavam os índices de *Burnout*.

Mais de um quarto dos enfermeiros estudados apresentam exaustão emocional e também a falta de realização pessoal atinge quase um quarto dos inquiridos. Os mais jovens apresentavam valores mais elevados de *Burnout*.

Em relação à comparação entre os dois grupos não se encontraram diferenças significativas. Apesar do SI ter valores superiores de *Burnout*, não podemos concluir que se trata do grupo que sofre mais de *Burnout*. Seria interessante alargar o estudo a um número maior de enfermeiros para poder comprovar os resultados obtidos. E até, realizá-lo noutras unidades hospitalares para comparar os resultados obtidos neste hospital, com os resultados obtidos noutros hospitais.

Encontramos, no entanto, significâncias que foram de encontro a estudos anteriores. E que nesse sentido mostraram que o *Burnout* é uma síndrome que deve ser tida em conta pelas organizações e administrações, com a finalidade de que os seus colaboradores estejam mais satisfeitos com o seu trabalho e assim sejam mais produtivos.

A auto-eficácia foi superior para os mais velhos e para os homens, aumentava ainda com a categoria profissional e com o facto dos inquiridos terem mais anos de experiência. Não encontramos diferenças entre os dois tipos de serviços. Nesta linha, surge também a noção de auto-eficácia, satisfação e realização. A auto-eficácia é algo que pode ser melhorada e desenvolvida, para que os mais novos (os que referiam menos auto-eficácia) consigam desenvolver um melhor trabalho. Como é lógico um elemento exausto não se considera auto-eficaz e satisfeito, já um elemento que se sente realizado e satisfeito, também se vai sentir mais auto-eficaz. Mais um argumento a favor de que, investindo na satisfação dos profissionais, consegue-se frutos a outros níveis, nomeadamente profissionais mais capazes e autónomos.

Tendo em conta o que foi referido anteriormente em relação à resiliência (no enquadramento teórico) podemos concluir que enfermeiros que possuam capacidade de resiliência e em que a satisfação profissional é mais elevada serão mais auto-eficazes e sofrerão menos de “Traumatização Vicariante”.

Similarmente, os enfermeiros com índices de neuroticismo, apresentavam-se com níveis mais elevados nas subescalas de exaustão emocional e de despersonalização, e a sua realização pessoal era menor. Apresentavam, ainda, uma satisfação menor. Neste contexto podemos concluir que o *Burnout* está relacionado com a personalidade, não conseguimos é descortinar se é o *Burnout* que leva a uma personalidade mais neurótica ou se é a personalidade neurótica que leva a um estado de *Burnout*.

Seria interessante realizar um estudo para estabelecer a relação entre *Burnout* e Personalidade.

Para finalizar, apenas queremos ressaltar a importância de estudar o *Burnout* e principalmente de actuar para que, caso ele exista, se atenuem os seus efeitos e se combatam o mais precocemente possível. O *Burnout*, quando presente, vai fragilizar os profissionais que, por sua vez, vão ser incapazes de prestar cuidados apropriados. Mais do que não conseguirem oferecer os melhores serviços em termos técnicos, também não vão poder prestar ajuda a nível psicológico, podendo mesmo serem desagradáveis e cruéis.

Os profissionais vão ainda acumular sofrimento psicológico que vai desencadear outros problemas de saúde, como por exemplo dores de costas e de cabeça que levam ao absentismo e a desenvolverem problemas de adição ao álcool, tabaco e outras drogas que acarretam prejuízos para a instituição e para o Estado.

São necessários mais estudos e a implementação de medidas para diminuir o *Burnout*. Investir em estratégias para prevenir o *Burnout* leva à redução dos custos financeiros, aumenta a produtividade e melhora a qualidade de vida. Pode-se, ainda, evitar a dor e o sofrimento que os sintomas físicos, emocionais, comportamentais e sociais do *Burnout* causam aos funcionários.

As estratégias implementadas podem ser individuais, grupais ou institucionais.

A nível individual é importante diminuir as exigências e acabar com as metas impossíveis de alcançar, essas metas devem tornarem-se mais realistas e portanto mais gratificantes. Deve-se criar grupos de apoio para que os funcionários consigam lidar melhor com o stress e aprendam a gerir melhor o seu tempo (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996); (Palfi, Nemeth, Kerekes, Kallai, & Betlehem, 2008).

Em relação ao grupo, é essencial desenvolver as capacidades dos superiores hierárquicos para que estes distribuam as tarefas mais difíceis e menos gratificantes por todos os elementos. Deste modo dá-se a oportunidade para que todos eles passem pelas actividades mais gratificantes, ou seja, que possam vivenciar situações novas para não caírem na rotina. Os funcionários devem ter ainda, a possibilidade de propor actividades novas e criativas e todos devem investir no desenvolvimento profissional (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996); (Palfi, Nemeth, Kerekes, Kallai, & Betlehem, 2008).

Por fim, a instituição em si deve estabelecer metas claras e eficientes, deve estimular a autonomia dos funcionários e incentivar a sua participação nas decisões e na partilha de responsabilidades e deve também instruir os funcionários sobre os mecanismos que se podem utilizar para a redução de problemas e conflitos (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996); (Palfi, Nemeth, Kerekes, Kallai, & Betlehem, 2008).

Uma limitação do trabalho é ter sido aplicado apenas num momento – estudo transversal – pelo que não podemos estabelecer uma sequência temporal de acontecimentos (Mausner & Bahn, 1999). Neste caso particular os inquiridos responderam com base em sentimentos que numa avaliação futura podem variar. Seria interessante aplicar novamente o estudo aos inquiridos e avaliar se as respostas seriam as mesmas.

Outra limitação encontrada foi o facto de quando fomos dividir em grupos, alguns deles ficaram com um número bastante limitado de elementos. Temos como exemplo, a categoria profissional e as habilitações literárias, em que o grupo dos enfermeiros especialistas e o grupo de enfermeiros com

mestrado apenas é composto por cinco e dois elementos respectivamente. Seria importante num próximo estudo obter grupos mais homogéneos em termos do número de inquiridos.

Bibliografia

Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* , 78, 505-516.

Amaro, H., & Jesus, S. (Maio de 2007). *Comportamentos Comunicacionais Assertivos e Burnout nos Profissionais de Enfermagem*. Obtido em 17 de Junho de 2007, de Forumenfermagem:

http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&task=view&id=2884

Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (s.a.). *O que é a dor?* Obtido em 21 de Outubro de 2007, de Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED): <http://www.aped-dor.org/scid/apedweb/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=423>

Claix-Simons, C. (2006). A situação dos Enfermeiros. In M. Delbrouck, *Síndrome de Exaustão (Burnout)* (pp. 169-176). Lisboa: Climepsi Editores.

Conqvist, A., Lutzén, K., & Nystrom, M. (2006). Nurses' lived experiences of moral stress support in the intensive care context. *Journal of Nursing Management* , 14, 405-413.

Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)* (1.ª ed.). (M. Delbrouck, Ed.) Lisboa: Climepsi Editores.

Dicionário Editora. (2008). *Dicionário da Língua Portuguesa*. Porto: Porto Editora.

Dunkley, J., & Whelan, T. (2006). Vicarious traumatization: current status and future directions. *British Journal of Guidance & Counselling* , 34 (No. 1), 107-116.

Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. (1994). *EPI. Cuestionario de Personalidad (Adaptación española)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

Felgueiras, S. (Março de 2006). *Resiliência e formação dos profissionais de ajuda*. (S. P. Cognitivas, Ed.) Obtido em 17 de Abril de 2008, de Jornal de Ciências Cognitivas : <http://www.jcienciascognitivas.home.sapo.pt>

Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Liang, Y., & González, J. L. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies* , 45, 418-427.

- Gelsema, T., Van Der Doef, M., Maes, S., Janssen, M., & Akerboom, S. e. (2006). A longitudinal study of job stress in teh nursing profession: causes and consequences. *Journal of Nursing Management* , 14, 289-299.
- Gomes, A. R., Melo, B., & Cruz, J. F. (2000). *Inventário de "Burnout" de Maslach - Prestadores de Serviços Humanos (IBM-PSH)*. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia. Braga: Universidade do Minho.
- Harvard Medical School. (Novembro de 2001). At the Heart of Recovery, Personal Resilience.(Brief Article). *Harvard Women's Health Watch* .
- Ilhan, M., Durukan, E., Taner, E., & Maral, I. &. (2007). Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey. *JAN Original Tesearch* , 100-106.
- Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* , 60 (1), 1-9.
- Lee, H., Hwang, S., Kim, J., & Daly, B. (2004). Predictors os life satisfaction of Korean nurses. *Nursing and Health care management and policy* , 48 (6), 632-641.
- Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: symptoms and predictors. *Stress and Health* , 19, 129-138.
- Little, S. (2002). Vicarious Traumatization. *Emergency nurse* , 10 (No. 6), 27-30.
- Marques, R. (s.a.). *O conceito de resiliência*. Obtido em 17 de Abril de 2008, de Escola Superior de Educação de Santarem:
http://www.eses.pt/usr/ramiro/docs/etica_pedagogia/conceito%20de%20resiliência.pdf
- Martins, M. C. (2004). Acção da personalidade na saúde: contributos para a qualidade de vida. *Millenium Revista do Instituto Superior Politecnico de Viseu* , Ano 8 n.º 30, 202-208.
- Martins, M. C. (Outubro de 2003). *Situações indutoras de stress no trabalho dos Enfermeiros em ambiente hospitalar*. Obtido em 23 de Junho de 2007, de Millenium - Revista do ISPV: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium28/18.htm>
- Maslach, C. (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science* , 189-192.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* , 2, 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd ed.). California: Consulting Psychologists Press, Inc.

Matos, H. S., Vega, E. D., & Urdániz, A. P. (1999). Estudo do Síndrome de Burnout entre os profissionais de saúde dum hospital geral. *Psiquiatria Clínica*, 20 (1), 125-138.

Mausner, J., & Bahn. (1999). *Introdução à Epidemiologia* (2.^a Edição ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Miró, J. (2003). *Dolor crónico: Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Murofuse, N. T., Abranches, S. S., & Napoleão, A. A. (2005). Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a Enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(2), 255-261.

Narumoto, J., Nakamura, K., Kitabayashi, Y., Shibata, K., Nakamae, T., & Fukui, K. (2008). Relationships among burnout, coping style and personality: study of Japanese professional caregivers for elderly. *Psychiatry and Clinical Neurisciences*, 62, 174-176.

Palfi, I., Nemeth, K., Kerekes, Z., Kallai, J., & Betlehem, J. (2008). The role of burnout among Hungarian nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 19-25.

Potter, C. (2006). To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout: a review of the literature. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 9, 57-64.

Queirós, P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses* (1.^a ed.). Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde. Instrumentos publicados em português* (1.^a ed.). Coimbra: Quarteto.

Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Sahraian, A., Fazelzadeh, A., Mehdizadeh, A., & Toobae, S. (2008). Burnout in hospital nurses: a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. *International Nursing Review*, 55, 62-67.

Schaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek, T. (1993). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Taylor & Francis.

Schoonbrood, J. (2006). As fases fulcrais para a resolução da exaustão dos enfermeiros hospitalares. In M. Delbrouck, *Síndrome de Exaustão (Burnout)* (pp. 184-186). Lisboa: Climepsi Editores.

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2000). *General Perceived Self-Efficacy*. Obtido em 10 de Outubro de 2008, de Freie Universität Berlin: <http://web.fu->

berlin.de/gesund/skalen/Language_Selection/Turkish/General_Perceived_Self-Efficac/general_perceived_self-efficac.htm

Schwob, M. (1994). *A Dor*. Lisboa: Instituto Piaget.

Silvério, J. M., & Silva, C. F. (1997). A saúde do profissional da saúde: contributos das cronociências. In J. Ribeiro, & J. Ribeiro (Ed.), *2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde - Actas* (pp. 31-39). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Sinclair, H. A., & Hamill, C. (2007). Does vicarious traumatisation affect oncology nurses? A literature review. *European Journal of Oncology Nursing*, *11*, 348-356.

Siu, O. (2002). Predictors of job satisfaction and absenteeism in two samples of Hong Kong nurses. *Journal of Advanced Nursing*, *40*(2), 218-229.

Vaz Serra, A., Ponciano, E., & Freitas, J. (1980). Resultado da aplicação do Eysenck Personality Inventory a uma amostra de população portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, *1* (2), 127-132.

Anexos

FORMULÁRIO USADO NO ESTUDO

Formulário

O meu nome é Lucília Rabaça, sou enfermeira neste Hospital e estou a recolher informação sobre a adaptação profissional dos enfermeiros.

Gostaria de contar com a sua participação, sendo esta completamente facultativa e podendo termina-la em qualquer ocasião.

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

Solicito, portanto a sua participação rigorosa e honesta no preenchimento das questões.

Grata pela sua colaboração.

Porto, 2008

Para qualquer esclarecimento: lucilia.rabaca@gmail.com ou tel. 963852697

Data: __/__/__

N.

I – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DO CUIDADOR

1- Idade: _____ anos

2- Nacionalidade: _____

3- Género:

Masculino

Feminino

4- Estado civil:

Solteiro (a)

Casado (a)

Separado (a)

Divorciado (a)

União de facto

Viúvo (a)

5- Categoria Profissional:

Enfermeiro(a)

Enfermeiro(a) Graduado(a)

Enfermeiro(a) Especialista

1

6- Habilitações Literárias:

- Bacharelato Pós – graduação Doutoramento
 Licenciatura Mestrado

7- Serviço em que exerce funções:

- Cirurgia Geral Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes
 Cirurgia Vasculuar Unidade de Cuidados Intensivos da Urgência

8- Anos de actividade profissional: _____**9- Horário de trabalho:**

- Turnos Fixo

10- Tipo de vinculo à instituição:

- Função Publica
 Contrato Individual de Trabalho

II – MBI - HSS

A finalidade deste inventário é analisar a maneira como os enfermeiros **encaram o seu emprego e as pessoas** com quem trabalham ou lidam diariamente. Neste questionário o termo “clientes” é utilizado para identificar as pessoas a quem presta os seus serviços, cuidados, tratamentos ou instrução. Nas suas respostas pense nessas pessoas como “**clientes**” do serviço que presta, mesmo que possa usar outro termo no seu trabalho.

Na página seguinte indicam-se 22 afirmações relativas a **sentimentos relacionados com a actividade profissional**. Por favor, leia cada afirmação com atenção e decida se alguma vez se sentiu assim em relação à sua profissão. Se nunca teve esse sentimento, assinale “0” (zero), caso contrário indique quantas vezes o sentiu, utilizando a escala seguinte:

Quantas vezes	0	1	2	3	4	5	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

Afirmações:

1. Sinto-me emocionalmente insatisfeito(a) com o meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
2. No final do meu dia de trabalho, sinto-me como se tivesse sido "usado(a)"	0	1	2	3	4	5	6
3. Sinto-me fatigado(a) quando me levanto de manhã e tenho que enfrentar outro dia de emprego	0	1	2	3	4	5	6
4. Posso facilmente compreender como é que os meus clientes/utentes se sentem em relação às coisas	0	1	2	3	4	5	6
5. Sinto que trato alguns clientes/utentes como se fossem objectos impessoais	0	1	2	3	4	5	6
6. Trabalhar com pessoas todo o dia, constitui realmente uma pressão para mim	0	1	2	3	4	5	6
7. Lido de forma muito eficaz com os problemas dos meus clientes/utentes	0	1	2	3	4	5	6
8. Sinto-me esgotado(a) com o meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida das outras pessoas através do meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
10. Tornei-me mais cruel com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão	0	1	2	3	4	5	6
11. Preocupa-me o facto deste trabalho me estar a tornar mais "duro(a)" ou "rígido(a)" do ponto de vista emocional	0	1	2	3	4	5	6
12. Sinto-me com muitas energias	0	1	2	3	4	5	6
13. Sinto-me frustrado(a) com o meu emprego	0	1	2	3	4	5	6
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu emprego	0	1	2	3	4	5	6
15. Não me interessa realmente o que acontece com alguns dos meus clientes/utentes	0	1	2	3	4	5	6
16. Trabalhar directamente com pessoas gera-me demasiado "stresse"	0	1	2	3	4	5	6
17. Sou capaz de criar facilmente um ambiente relaxado com os meus clientes/utentes	0	1	2	3	4	5	6
18. Sinto-me contente depois de trabalhar "de perto" com os meus clientes/utentes	0	1	2	3	4	5	6
19. Neste emprego consegui muitas coisas que valeram a pena	0	1	2	3	4	5	6
20. Sinto-me como se estivesse no limite das minha capacidades	0	1	2	3	4	5	6
21. No meu trabalho lido muito calmamente com os problemas emocionais	0	1	2	3	4	5	6
22. Sinto que os meus clientes/utentes me culpam por alguns dos seus problemas	0	1	2	3	4	5	6

III – EA

As afirmações que se seguem relacionam-se com a forma como lida com os **problemas profissionais** que lhe possam surgir **no seu dia-a-dia**. Por favor, indique em que medida cada uma das afirmações é verdadeira e se aplica à sua situação em concreto. Assinale o espaço que achar mais adequado ao seu caso, utilizando a seguinte pontuação:

Nada Verdadeiro	Quase Verdadeiro	Em certa medida verdadeiro	Completamente verdadeiro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>Nada verdadeiro</i>			<i>Completamente verdadeiro</i>
1. Se me esforçar suficientemente, consigo resolver sempre os problemas profissionais difíceis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mesmo quando encontro alguma oposição, sou capaz de encontrar os meios e as formas de conseguir o que pretendo no meu local de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tenho a certeza que sou capaz de atingir os meus objectivos profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Consigo lidar eficazmente com os acontecimentos inesperados, que me possam surgir no trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Graças ao meu desembaraço, sou capaz de resolver as situações imprevistas no meu serviço/unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sou capaz de resolver a maior parte dos problemas profissionais se me esforçar suficientemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Consigo manter-me calmo(a) perante situações difíceis no serviço/unidade pois confio na minha capacidade para resolver os problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Quando me confronto com um problema no meu local de trabalho, consigo encontrar várias soluções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se tiver um problema no serviço/unidade, consigo pensar numa boa solução	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Consigo solucionar qualquer problema que me aconteça na enfermaria/unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV – ESR

1. Se tivesse que optar novamente (sabendo o que sabe hoje) voltaria a escolher a mesma profissão? SIM _____ NÃO _____ NÃO SEI _____

2. Para cada um dos aspectos que a seguir se referem, assinale o número que melhor reflectir a sua opinião relativamente à sua situação:

	Muito Baixo			Muito Alto		
2.1 Nível global de satisfação profissional	1	2	3	4	5	6
2.2 Nível de satisfação com a administração do hospital	1	2	3	4	5	6
2.3 Nível de satisfação com a sua relação médico-enfermeiro	1	2	3	4	5	6
2.4 Nível de satisfação com a interacção entre enfermeiros	1	2	3	4	5	6
2.5 Nível de satisfação com o salário recebido	1	2	3	4	5	6
2.6 Nível de satisfação com o status profissional	1	2	3	4	5	6
2.7 Nível de satisfação com o trabalho desenvolvido	1	2	3	4	5	6
2.8 Nível de autonomia profissional que possui	1	2	3	4	5	6
2.9 Nível de desilusão profissional	1	2	3	4	5	6
2.10 Nível de satisfação pessoal	1	2	3	4	5	6
2.11 Desejo de abandonar o actual local de trabalho	1	2	3	4	5	6
2.12 Desejo de abandonar a profissão	1	2	3	4	5	6
2.13 Nível de realização profissional actual	1	2	3	4	5	6
2.14 Nível de realização pessoal actual	1	2	3	4	5	6
2.15 Nível de auto-estima actual	1	2	3	4	5	6

V- EPI

Neste questionário estão algumas perguntas sobre a maneira como reage, sente e actua. À frente de cada pergunta existe um espaço para a resposta "SIM" ou "NÃO".

Tente decidir se "SIM" ou "NÃO" representam a sua maneira habitual de agir ou sentir; então, desenhe uma CRUZ no quadrado da coluna "SIM" ou "NÃO". **Responda depressa e não fique a pensar muito sobre a mesma pergunta;** desejamos a sua primeira impressão e não o resultado de um longo juízo sobre a assunto. A resposta a todo o questionário não deverá tomar-lhe mais do que alguns minutos. Assegure-se de que não saltou nenhuma pergunta. Comece o questionário, responda depressa e a todas as perguntas. Não há respostas certas nem erradas, pois isto não é um teste de inteligência ou aptidões, mas sim uma medida da maneira como reage.

	SIM	NÃO
1. Anseia, frequentemente, por excitação?		
2. Precisa, com frequência, de pessoas amigas compreensivas para lhe levantarem o ânimo?		
3. É, normalmente, uma pessoa "descontraída"?		
4. Custa-lhe muito receber um "não" como resposta?		
5. Pensa bem antes de fazer qualquer coisa?		
6. Se disser que fará qualquer coisa, cumpre sempre a promessa, por mais inconveniente que lhe seja fazê-lo?		
7. O seu estado de humor varia com frequência?		
8. Geralmente, faz e diz coisas, rapidamente, sem pensar?		
9. Sente-se, às vezes, infeliz, sem motivo para isso?		
10. Seria capaz de fazer fosse o que fosse, por uma questão de desafio?		
11. Sente-se subitamente envergonhado(a) quando quer falar com um(a) desconhecido(a) atraente?		
12. De vez em quando, perde a cabeça e zanga-se?		
13. Age, muitas vezes, sob o impulso do momento?		
14. Preocupa-se, frequentemente, com coisas que não devia ter feito ou dito?		
15. Geralmente, prefere ler a encontrar-se com pessoas?		
16. Ofende-se com bastante facilidade?		
17. Gosta muito de sair?		
18. Tem, ocasionalmente, pensamentos e ideias de que não gostaria que os outros conhecessem?		
19. Sente-se, às vezes, cheio de energia e, outras vezes, muito apático?		
20. Prefere ter poucos mas bons amigos?		
21. Costuma "sonhar acordado"?		
22. Quando as pessoas berram consigo, também lhes berra?		
23. É, frequentemente, perturbado por sentimentos de culpa?		
24. Os seus hábitos são todos bons e desejáveis?		
25. Consegue distrair-se e divertir-se numa festa animada?		

26. Considera-se uma pessoa tensa ou "nervosa"?		
27. Os outros consideram-no(a) uma pessoa com muita vivacidade?		
28. Depois de ter feito algo de importante, sente, com frequência, que podia ter feito melhor?		
29. Fica a maior parte do tempo calado(a) quando está com outras pessoas?		
30. Às vezes é bisbilhoteiro(a)?		
31. Costuma ter tantas ideias na cabeça que não consegue dormir?		
32. Se há alguma coisa que pretende saber, prefere procurar num livro a conversar com alguém sobre o assunto?		
33. Costuma ter palpitações ou sentir o coração a bater muito?		
34. Gosta do tipo de trabalho que exige muita atenção?		
35. Costuma ter crises em que sente o corpo a tremer?		
36. Declararia sempre tudo na alfândega, mesmo que soubesse que nunca o descobririam?		
37. Detesta estar com um grupo em que se pregam partidas uns aos outros?		
38. Considera-se uma pessoa irritável?		
39. Gosta de fazer coisas em que precisa de actuar depressa?		
40. Costuma preocupar-se com coisas desagradáveis que poderiam acontecer?		
41. Considera-se uma pessoa lenta e sem pressa na vida quotidiana?		
42. Já alguma vez chegou atrasado a um encontro de trabalho?		
43. Costuma ter muitos pesadelos?		
44. Gosta tanto de conversar com pessoas, que nunca perde uma oportunidade de falar com um desconhecido?		
45. Costuma sentir-se perturbado(a) com dores?		
46. Sentir-se-ia muito infeliz se não pudesse contactar com muita gente a maior parte do tempo?		
47. Considera-se uma pessoa nervosa?		
48. De todas as pessoas que conhece, há alguma de que, declaradamente, não gosta?		
49. Considera que tem confiança em si próprio(a)?		
50. Sente-se facilmente ofendido(a) quando as pessoas descobrem uma falta em si ou no seu trabalho?		
51. Acha realmente difícil conseguir divertir-se numa festa animada?		
52. Costuma sentir-se perturbado(a) por sentimentos de inferioridade?		
53. Consegue facilmente dar vida a uma festa enfadonha?		
54. Por vezes fala sobre assuntos de que nada conhece?		
55. Costuma preocupar-se com a idade?		
56. Gosta de pregar partidas aos outros?		
57. Costuma sofrer de insónias?		

Verifique se respondeu a todas as perguntas.

Muito Obrigada pela sua colaboração!

