

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa



***Burnout* nos Enfermeiros dos Serviços de Psiquiatria de
Doentes Agudos**
Um contributo para a Gestão

Alexandra Maria Silva Ramalho Sarreira Santos

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientador:
Professor Doutor Jorge Correia Jesuino, Prof. Emérito, ISCTE Business School,
Departamento de Psicologia

Março
2009

Do rio que tudo arrasta se diz que é violento

Mas ninguém diz violentas

As margens que o comprimem.

Bertolt Brecht

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Jorge Correia Jesuíno, pela orientação atenta, pela franca disponibilidade e pelas aprendizagens que me proporcionou em todos os momentos;

Aos Hospitais Públicos, e em particular aos enfermeiros/as que integraram o presente estudo;

Ao Rodrigo, à Diana, ao David e à Bianca, por darem sentido à minha vida;

À minha irmã Luísa, por estar sempre comigo;

À Amélia, pelo acompanhamento incondicional e pelos laços de amizade que sustentam o nosso dia-a-dia;

À Teresa pelos incentivos nas horas que mais precisei;

Ao Luís, pela troca de ideias oportuna, principalmente no mundo da estatística;

À minha família, pela força que me transmitiram;

A todos os que de algum modo e em algum momento se preocuparam comigo...

A todos o meu obrigado. Sem eles este trabalho não teria sido possível.

RESUMO

A síndrome de *burnout*, definida pela exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, designa um estado de fadiga física e emocional crónico dos profissionais, que pode comprometer as organizações.

Neste estudo descritivo, correlacional e comparativo, pretendemos determinar **a influência dos factores organizacionais nos níveis de *burnout* dos enfermeiros dos serviços de psiquiatria de agudos dos hospitais públicos da região de Lisboa.**

O referencial teórico enquadra o *stress* no trabalho salientando conceitos de *burnout* e clima organizacional.

Delinearam-se hipóteses de estudo que pressupõem uma associação entre os diferentes níveis de *burnout* com os factores organizacionais, por um lado, e as consequências por outro.

Aplicaram-se, a 108 enfermeiros, duas escalas validadas para a população portuguesa, a *Maslach Burnout Inventory*, para a avaliação do *burnout* e a *Work Environment Scale* para o clima organizacional, precedidas de um questionário sociodemográfico, que foram alvo de tratamento estatístico.

Apurou-se que 62% dos enfermeiros reflectem baixo *burnout*; 10% um *burnout* intermédio e 27% um elevado *burnout*.

Nas variáveis individuais, apenas a idade influencia os níveis de exaustão emocional: quanto mais novos maiores são estes valores.

Nas dimensões do clima organizacional, é a pressão no trabalho, a autonomia, o desenvolvimento pessoal e o envolvimento que mais influenciam.

Como consequências do *burnout*, estes profissionais manifestam intenção de abandonar a instituição, insatisfação e queixas somáticas, explicadas apenas pela exaustão emocional.

Apesar de não se configurarem estratégias, pelas organizações, parece que estes profissionais vão adoptando estratégias no *continuum burnout*-empenhamento que lhes permite prevenir e diminuir o risco de desgaste profissional.

PALAVRAS – CHAVE

Burnout, Enfermeiros/as, Psiquiatria, Clima organizacional

I 14; J 24

ABSTRACT

The burnout syndrome, which consists in an emotional breakdown, the loss of inner self and self-fulfilment, often refers to a chronic emotional and physical fatiguing mood of some professionals that may compromise organizations.

In this descriptive and comparative study it is expected to determine how the burnout levels, experienced by the nursing staff of the psychiatric ward in Lisbon public hospitals, may affect their performance.

Theory states that stress experienced in their routines, emphasizing the burnout and organizational environment concepts.

Some study views were pointed out to associate different burnout levels with the organizational factors and their consequences. Two scales (valid for the Portuguese population) were tested on 108 nurses. The Maslach Burnout Inventory was used to evaluate the burnout and the Work Environment Scale to the organizational environment. Both were preceded by a socio-demographic poll, further statistically analysed.

It was concluded that 62% of the nursing staff show a burnout low level; 10% an intermediate one and 27% a high level.

Analysing the personal profiles, only age is responsible for the emotional fatigue levels: the younger people are the higher the levels.

As regards the organizational environment, factors such as stress, autonomy and personal fulfilment were proved to be highly influential.

Consequently, these professionals wish to abandon institutions. Dissatisfaction and physical pains usually come along.

Despite the total indifference of organizations towards these problems, nurses seem to get by adapting certain strategies such as a growing involvement which enables them to prevent and diminish the risk of professional breakdown.

KEYWORDS

Burnout, Nurses, Psychiatry, Organizational Environment

I 14, J 24

INDICE

	P
0. INTRODUÇÃO.....	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
1.1. <u>STRESS e TRABALHO.....</u>	5
1.1.1 CONCEITO DE <i>STRESS</i>	5
1.1.2. <u>STRESS NO TRABALHO.....</u>	8
1.2. <u>BURNOUT.....</u>	9
1.2.1. DEFINIÇÃO DE BURNOUT.....	9
1.2.2. MODELOS EXPLICATIVOS DO BURNOUT.....	10
1.2.3. FACTORES ORGANIZACIONAIS INDUTORES DE <i>BURNOUT</i>	17
1.2.3.1. <u>Condições físicas do trabalho.....</u>	18
1.2.3.2. <u>Características do trabalho.....</u>	18
1.2.3.3. <u>Papel na organização.....</u>	20
1.2.3.4. <u>Estrutura e clima organizacionais.....</u>	21
1.2.3.5. <u>Relacionamento Inter-pessoal.....</u>	24
1.2.3.6. <u>Carreira Profissional.....</u>	25
1.2.3.7. <u>Impacto do clima de trabalho.....</u>	26
1.2.4. FACTORES INDIVIDUAIS INDUTORES DE <i>BURNOUT</i>	28
1.2.5. CONSEQUÊNCIAS DO <i>BURNOUT</i>	31
1.2.6. PREVENÇÃO E INTERVENÇÕES NO <i>BURNOUT</i>	33
1.3. <u>FACTORES DE RISCO NAS PROFISSÕES DE SAÚDE.....</u>	36
1.3.1. CUIDAR DO DOENTE.....	37
1.3.2. CONTROLO E AMBIGUIDADE.....	38
1.3.3. CUIDAR EM PSIQUIATRIA.....	41
1.4. <u>ESTADO DE ARTE.....</u>	42

	P
2. CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO E METODOLOGIA	45
2.1. <u>A CONSTRUÇÃO DA INVESTIGAÇÃO</u>	49
2.1.1 OS CONTEXTOS DO ESTUDO.....	49
2.1.2. A APLICAÇÃO E RECOLHA DO QUESTIONÁRIO.....	50
2.2. <u>O INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS</u>	51
2.3. <u>TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS</u>	56
2.4. <u>APRESENTAÇÃO DOS DADOS</u>	57
2.4.1. O QUESTIONÁRIO.....	57
2.4.2. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	57
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADO	59
3.1. <u>CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DOS INSTRUMENTOS CENTRAIS DE INVESTIGAÇÃO</u>	59
3.1.1. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA MBI.....	59
3.1.2. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA Work Environment Scale (WES).....	62
3.2. <u>O BURNOUT EM ENFERMEIROS DOS SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA</u> ...	63
3.3. <u>CLIMA ORGANIZACIONAL DOS SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA</u>	66
3.4. <u>O BURNOUT EM ENFERMEIROS DOS SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA DE AGUDOS EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E SOCIOPROFISSIONAIS</u>	67
3.4.1. GÉNERO.....	67
3.4.2. IDADE E GRUPO ETÁRIO.....	68
3.4.3. ESTADO CIVIL.....	69
3.4.4. EXISTÊNCIA DE FILHOS.....	70
3.4.5. EXERCER FUNÇÕES DE CHEFIA.....	71
3.4.6. NÚMERO DE ANOS NA FUNÇÃO.....	71
3.4.7. ANOS DE SERVIÇO.....	72

	P
3.4.8. SITUAÇÃO CONTRATUAL.....	73
3.5. <u>CLIMA ORGANIZACIONAL E BURNOUT NO TRABALHO</u>	74
3.5.1. CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS DO CLIMA ORGANIZACIONAL E AS VARIÁVEIS DE BURNOUT.....	74
3.6. <u>RELAÇÃO DO ABSENTISMO, INTENÇÃO DE ABANDONO, SATISFAÇÃO E QUEIXAS PSICOSSOMÁTICAS COM O BURNOUT</u> ...	76
3.7. <u>BURNOUT EM ENFERMEIROS DOS SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA DE AGUDOS NOS DIFERENTES HOSPITAIS</u>	78
3.8. <u>COMPARAÇÃO DOS DOIS GRUPOS DE HOSPITAIS NAS DIMENSÕES DE BURNOUT</u>	80
4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	81
4.1. <u>INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS</u>	81
4.1.1. DA AMOSTRA.....	81
4.1.2. DO BURNOUT NO TRABALHO EM ENFERMEIROS DOS SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA.....	82
4.1.3. DOS FACTORES INDIVIDUAIS (GÉNERO, IDADE, ESTADO CIVIL, EXISTÊNCIA DE FILHOS).....	83
4.1.4. DOS FACTORES PROFISSIONAIS E DO CONTEXTO DE TRABALHO (VARIÁVEIS SOCIOPROFISSIONAIS, CLIMA ORGANIZACIONAL, ABSENTISMO, INTENSÃO DE ABANDONO E SATISFAÇÃO GERAL NO TRABALHO).....	85
4.1.5. DO BURNOUT NOS DIFERENTES TIPOS DE HOSPITAL.....	87
4.2. <u>LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES</u>	88
5. CONCLUSÕES	91
6. BIBLIOGRAFIA	95
ANEXOS	99
ANEXO I – CONTEXTOS HOSPITALARES.....	100
ANEXO II – INSTRUMENTO COLHEITA DE DADOS.....	112
ANEXO III – TRABALHO EMPÍRICO.....	120
ANEXOIV – DADOS NORMATIVOS AMERICANOS DO MANUAL DO MASLACH BURNOUT INVENTORY.....	122

	P
ANEXO V – WORK ENVIRONMENT SCALE.....	124
ANEXOVI – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	126
ANEXO VII – ALFA DE CRONBACH, <i>Maslach Burnout Inventory</i>	139
ANEXO VIII - ANÁLISE FACTORIAL, <i>Maslach Burnout Inventory</i>	142
ANEXO IX – ALFA de CRONBACH da <i>MASLACH BURNOUT INVENTORY</i>	150
ANEXO X – ANÁLISE FACTORIAL (forçada a 3 factores) e ALFA de CRONBACH, <i>MASLACH BURNOUT INVENTORY</i>	154
ANEXO XI - ALFA de CRONBACH, <i>WORK ENVIRONMENT SCALE</i>	164
ANEXO XII – ANÁLISE FACTORIAL E ALFA DE CRONBACH, <i>WORK ENVIRONMENT SCALE</i>	168
ANEXO XIII – TESTES ESTATÍSTICOS (<i>BURNOUT</i> EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS INDIVIDUAIS).....	174
ANEXO XIV – CORRELAÇÕES <i>MASLACH BURNOUT INVENTORY</i> E A <i>WORK ENVIRONMENT SCALE</i>	196
ANEXO XV – COMPARAÇÕES SCORES HOSPITAIS.....	202
ANEXO XVI – COMPARAÇÕES SCORES (HOSPITAIS GERAIS E PSIQUIÁTRICOS).....	207

INDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 – Modelo do processo de <i>burnout</i> (Modelo de Maslach).....	16
Quadro nº 2 - Análise factorial confirmatória das dimensões do MBI.....	60
Quadro nº 3 -Coeficientes de Consistência interna da Escala M.B.I.....	61
Quadro nº 4 - Coeficientes de Consistência Interna da Escala WES.....	62
Quadro nº 5 – Resultado da aplicação do r de Spearman às subescalas do MBI	63
Quadro nº 6 - Médias e desvio padrão nas dimensões de <i>burnout</i> no trabalho.....	64
Quadro nº 7 – Número de Casos com “exaustão emocional” e valores descritivos..	64
Quadro nº 8 - Número de Casos com “despersonalização” e valores descritivos....	64
Quadro nº 9 - Número de Casos com “realização pessoal” e valores descritivos....	64
Quadro nº 10 – Valores descritivos para as subescalas e dimensões do clima organizacional (WES).....	67
Quadro nº 11 - Médias e Desvio Padrão nas dimensões de <i>Burnout</i> por género sexual.....	68
Quadro nº 12 – Correlações de Spearman entre idade e dimensões de burnout.....	68
Quadro nº 13 – Médias e Desvio Padrão nas dimensões de burnout.....	69
Quadro nº 14- Comparação da dimensão exaustão emocional nos grupos etários.....	69
Quadro nº 15- Médias e Desvio Padrão nas dimensões de burnout por estado civil.....	70
Quadro nº 16 – Médias e Desvio Padrão das dimensões de burnout pela existência ou não de filhos.....	70
Quadro nº 17- Médias e Desvio Padrão nas dimensões de burnout segundo a função de chefia.....	71
Quadro nº -18 Correlações de Spearman entre o tempo de chefia e as dimensões de burnout.....	72
Quadro nº 19- Médias e Desvio-Padrão nas dimensões de burnout segundo os anos de profissão.....	72
Quadro nº 20- Correlações de Spearman entre os anos de profissão e as dimensões de burnout.....	73
Quadro nº 21- Médias e Desvio Padrão nas dimensões de burnout por situação contratual.....	73
Quadro nº 22 - Correlação entre as subescalas e as dimensões do burnout.....	76
Quadro nº 23- Correlações de Spearman entre o absentismo, a intenção de deixar a instituição, a satisfação no trabalho, as queixas psicossomáticas e as dimensões de burnout.....	77
Quadro nº 24 - Regressão linear das consequências de burnout.....	78
Quadro nº 25 – Médias e Desvio Padrão nas dimensões de <i>burnout</i> por hospital.....	79
Quadro nº 26 – Médias e Desvio Padrão nas dimensões de <i>burnout</i> por tipo de hospital..	80

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1- Fases do Burnout (Modelo de Golembeweski).....	12
FIGURA 2- Fases do burnout (Modelo de Leiter).....	14
FIGURA 3- Diagrama de ligações causais significativas, entre as dimensões de <i>Burnout</i> e as consequências verificadas.....	78

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 - <i>Scores</i> para a dimensão exaustão emocional.....	65
Gráfico nº 2 - <i>Scores</i> para a dimensão despersonalização.....	66
Gráfico nº 3 - <i>Scores</i> de realização pessoal.....	66

0. INTRODUÇÃO

O stress tem-se manifestado como um autêntico “vírus” que inibe o potencial humano instalado nas organizações, sendo indutor de fortes disfuncionamentos e elevados custos nas organizações, em geral, e nos indivíduos em particular.

As consequências negativas do stress manifestam-se no domínio da saúde, entendida esta, não como o oposto de doença mas muito mais como um sinónimo de qualidade de vida, uma condição desejável e simples para se viver uma vida boa, em todas as dimensões da existência humana: cultural, social, política, económica, relacional, individual e fisiológica. Referimo-nos aqui a consequências como a angústia, a desmotivação, a incapacidade, o sub-rendimento, o mau desempenho, a produtividade insatisfatória e o reduzido envolvimento no trabalho e na vida em geral.

Na impossibilidade de as eliminar ou resolver, as pessoas aprendem a tolerar e a resistir às suas transacções de stress, tentam adaptar-se a elas, à custa de um considerável dispêndio de energia individual. Em consequência, a organização no seu todo canaliza a sua energia para enfrentar o stress, ao invés de a investir na realização dos seus objectivos e missão.

A perda de vitalidade das organizações traduz-se em baixa moral, reduzida motivação e insatisfação no trabalho.

O stress é um fenómeno natural, próprio da vida e em particular do complexo mundo do trabalho. É desejável controlar e prevenir os efeitos nocivos do stress tanto a bem da saúde, bem-estar e crescimento pessoal dos indivíduos, como igualmente a bem da saúde (funcional e financeira), produtividade e desenvolvimento das organizações.

Trata-se de um fenómeno conceptualmente neutro, de uma experiência potencialmente positiva, que só não o é quando os esforços de adaptação, elaboração ou superação dos indivíduos falham e os mecanismos de controlo e prevenção das organizações não existem.

Os custos individuais e organizacionais inerentes ao stress, bem como as perdas de eficácia que origina, têm levado as organizações a empreender medidas de gestão para o diminuir.

Existem três ordens de argumentos que motivam as organizações a investir na prevenção do stress:

1. *O argumento humanista*, que vê a prevenção do stress como uma estratégia de promoção da saúde, do clima organizacional e de satisfação e realização profissional dos trabalhadores e que espera encontrar as razões do aumento de produtividade.
2. *O argumento financeiro-defensivo*, que pondera a prevenção de stress como uma forma de reduzir custos directos e indirectos e de se defender contra possíveis acções de protesto cooperativo e sindical, bem como litígios e pedidos de indemnização por parte dos trabalhadores afectados pelo stress;
3. *O argumento da gestão visionária*, que entende a prevenção de stress enquanto um dos métodos que permite criar e assegurar organizações capazes, resistentes, criativas e altamente produtivas, habilitadas para lidar com flexibilidade, eficiência e eficácia com qualquer desafio.

A complexidade dos processos de stress no trabalho e a variedade das possíveis estratégias de intervenção obriga a que a prevenção do stress no trabalho seja eficazmente controlada. Com vista ao seu efectivo controlo defendemos, assim como outros autores (Karasek e Baker, 2000, citado por Ramos, 2001), que a prevenção do stress no trabalho deve ser estruturada segundo três momentos diferentes: diagnóstico, intervenção e avaliação.

O diagnóstico permite conhecer as idiossincrasias dos processos de stress de uma determinada organização e, com base nelas, decidir quais as estratégias a aplicar. Uma vez realizada a intervenção, procede-se à avaliação dos seus resultados. Mas, a prevenção do stress no trabalho não termina nesta fase da avaliação; as apreciações do impacto da intervenção são integradas num novo diagnóstico. Desta forma, a prevenção do stress no trabalho deve ser um processo contínuo, renovado e recriado de acordo com as necessidades que vão surgindo ao longo da história da organização, devendo ser incorporada na cultura e procedimentos da organização.

O desgaste profissional (*burnout*) pode considerar-se como uma resposta a múltiplos factores relacionados com o âmbito profissional e ser característico em trabalhadores de profissão de ajuda.

O *burnout* é a consequência da tensão emocional crónica e do excessivo esforço que implica a relação contínua e exaustiva com outras pessoas, particularmente quando estas são problemáticas.

As grandes pressões mantidas durante um longo período de tempo conduzem a uma exaustão emocional, ficando os profissionais incapazes de se entregar a nível psicológico. Outro aspecto é o desenvolvimento de atitudes negativas desumanizadas ou indiferentes face aos clientes/utentes.

Nos diversos estudos efectuados para identificar as causas do burnout, os factores individuais, como a personalidade, são menos significativos que as correlações do burnout com as características organizacionais (Burke, Shearer e Deszca, 1984; Glombiewski e Scicchitano, 1983; Maslach & Jackson, 1984, citados por Leiter & Maslach, 1988).

As consequências do burnout prejudicam os profissionais, os clientes e a instituição na qual estão inseridos esses profissionais. Pode conduzir a uma diminuição do empenho individual na organização, pois os comportamentos dos profissionais incidem directamente quer no funcionamento organizacional, quer na qualidade dos serviços que prestam.

A prática da saúde, e especificamente da enfermagem, foi encarada durante muito tempo como uma das mais nobres ocupações. Em todas as sociedades se valorizam capacidades como promover a saúde, curar doenças e até evitar a morte. Embora nesta prática haja muitas recompensas pessoais e muitas satisfações, ela não está isenta de riscos, como o *burnout*.

As enfermeiras merecem assim uma especial protecção do stress devido à quantidade de stressores diários com que se confrontam, Fornés (1991) como tivemos oportunidade de vivenciar através da nossa experiência ao longo dez anos como prestadoras directas de cuidados num hospital público.

Esta constatação veio a objectivar-se, posteriormente, como professores de enfermagem durante cerca de onze anos, onde optámos por uma especialidade na área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e, mais tarde, a constituir-se em problemática de investigação, ao frequentarmos o Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Deste modo, pretendemos estudar **a influência dos factores organizacionais nos níveis de *burnout* dos enfermeiros dos serviços de psiquiatria de agudos dos hospitais da região de Lisboa**

Decorrente desta problemática, erguemos como eixos orientadores do nosso estudo as seguintes questões:

- Quais os factores organizacionais e individuais que estão associados às três componentes do burnout, exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal dos enfermeiros/as dos serviços de psiquiatria da região de Lisboa?

- Quais as consequências mais importantes da síndrome de burnout para a organização e para o indivíduo?

Este estudo pretende contribuir para a melhoria da vida laboral dos profissionais de saúde em geral e dos/as enfermeiros/as e em sentido estrito, entendida esta como o cruzamento do bem-estar individual com um conjunto de factores organizacionais, em especial, os que se referem às relações interpessoais.

Urge, assim, diagnosticar alguns dos factores relacionados com o *burnout*, para que o/a enfermeiro/a se realize em todas as suas dimensões, traduzindo-se esta conquista na melhoria da qualidade dos serviços prestados.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 STRESS e TRABALHO

1.1.1 CONCEITO DE *STRESS*

O conceito de *stress* teve a sua origem no século XIX através dos trabalhos desenvolvidos por Claude Bernard. Para o mesmo autor, cada pessoa possui a faculdade de autoregulação com o objectivo de manter o equilíbrio do seu meio interno perante as condições e os fenómenos externos. Nesta linha de pensamento, todas as reacções do indivíduo pretendem recuperar ou manter esse equilíbrio.

No início do século XX, Walter Cannon, conhecido pela enunciação da teoria da homeostasia, introduziu a palavra *stress* para definir estados emocionais com possíveis resultados prejudiciais ao organismo, no contexto das suas investigações sobre a relação entre as emoções e as respostas fisiológicas. Segundo este autor, o *stress* resulta *“da activação da parte central das glândulas supra-renais, de onde se liberta a adrenalina necessária à manutenção da homeostase”*.

Contudo, a popularidade da palavra *stress* deve-se a Hans Selye. Este autor mostrou, através dos seus trabalhos, que *“não era o agente agressor que tinha carácter patogénico, mas sim a reacção, excessiva ou insuficiente do organismo face a esse agente”* Schmitt (1996). Selye, na sua definição de *stress*, sustenta a ideia de que *stress* é a *“reacção do organismo às solicitações externas destinada a protegê-lo contra os perigos e a assegurar a homeostase”*. Podemos dizer que uma má notícia produz o mesmo efeito que uma grande alegria.

Esta resposta fisiológica do organismo, no seu esforço total de reajustamento, pode assumir dois aspectos distintos:

Síndrome Local de Adaptação – como sendo a resposta de certa parte do corpo a uma agressão. Exemplo disso é a formação de um abcesso ou a sudação em situações de calor.

Síndrome Geral de Adaptação (SGA) – como sendo a resposta não específica do organismo a qualquer agente nocivo, independente do factor que o provocou. Daqui decorrem duas características da resposta de *stress*: pode ser provocada tanto por estímulos desagradáveis

(por ex. excesso de trabalho) como agradáveis (por ex. promoção na carreira); apresenta sempre as mesmas características, variando apenas no grau em que se manifesta.

A SGA, segundo Selye, desenvolve-se em três fases características da evolução do *stress*: a **reação de alarme**, a fase de **resistência** e a fase de **exaustão**.

Na **reação de alarme**, o organismo enfrenta o agente causador de *stress* e mantém o seu equilíbrio interno. Há por assim dizer uma mobilização da energia do indivíduo para responder à agressão. Na fase de **resistência**, a agressão persiste levando a uma contínua manifestação das reacções hormonais. O indivíduo, tentando restabelecer o equilíbrio perdido, recorre a diversas estratégias; no entanto, o organismo não consegue enfrentar as várias fontes de *stress* com eficácia e cansa-se rapidamente.

Na fase de **exaustão**, o organismo fica desgastado, debilitado e exposto ao aparecimento de doenças. O indivíduo esgota a sua resistência ao agente indutor de *stress*.

Selye introduz ainda a noção de dois tipos de *stress*, o positivo e o negativo. O *stress* positivo (*eustress*) foi definido por este autor como *stress* benéfico, gerador de satisfação e equilíbrio: são as alegrias da vida, os acontecimentos positivos. O *stress* positivo gera motivação e permite mobilizar energias, estimula e aumenta a produtividade. O *stress* negativo (*distress*) está ligado ao sofrimento, tendo origem em tudo aquilo que o homem encara como contrariedade: lutos, doenças, etc. Este causa insatisfação, frustração e ansiedade. O mesmo inibe e desorganiza o indivíduo, privando-o de um relacionamento harmonioso com o contexto que o rodeia.

O modelo de Selye ao não considerar o papel do indivíduo na determinação da sua própria resposta ao *stress*, denuncia a sua principal limitação. Selye ignora, assim, não só o impacto psicológico do *stress* no indivíduo, como as aptidões deste último para alterar a situação indutora de *stress* (Cartwright e Cooper, 1997; Lazarus e Folkman, 1984, referido por Ramos, 2001).

Richard Lazarus é um dos psicólogos que se insurge contra a desvalorização da subjectividade no estudo do ser humano, perspectivando o *stress* no contexto de estudo das emoções. Este autor procurava saber o que intervém (e como intervém) entre a acção do indutor de *stress* e a resposta do indivíduo. Lazarus pretendia confirmar a sua suspeita de que a resposta de *stress* nos seres humanos depende da mediação cognitiva.

Lazarus cria um novo modelo de *stress*, centrado nas transacções entre a pessoa e o ambiente. O que realmente interessa à luz deste modelo e deste autor é a pessoa em situação de *stress* e não tanto a pessoa com sintomas de *stress*. Segundo Lazarus, a pessoa é um elemento activo e interveniente, que age e não apenas reage às suas trocas com o ambiente, que reciprocamente o afecta e é por ele afectada. (Ramos, 2001, p.53). O **modelo transaccional** de *stress* enfatiza menos os termos da relação (ambiente e pessoa) que a natureza e sequências das relações entre eles. Este é um modelo centrado nos seguintes processos: interpretação do significado de determinada relação com o ambiente – **avaliação cognitiva** – e estratégias para lidar com as exigências contidas nessa mesma relação – **enfrentamento/superação** (*coping*).

Lazarus e Folkman, 1984, referido por Ramos, 2001, definem **avaliação cognitiva**, conceito central no modelo transaccional de *stress*, como as análises feitas pela pessoa, em qualquer encontro significativo com o ambiente. Esta procura conhecer as exigências e constrangimentos implicados nessas transacções e que recursos e opções dispõe para lidar com eles. A forma como se percebe o *stress* é o que determina as respostas da pessoa ao mesmo, as emoções experimentadas e os resultados dos esforços para o vencer.

O **Enfrentamento/Superação** (*Coping*) define as acções destinadas a alterar as circunstâncias da relação desfavorável entre a pessoa e o ambiente, ou a forma como esta é avaliada, de maneira a torná-la mais favorável.

Tal como Ramos, 2001, consideramos que a melhor definição de *stress* é aquela que engloba as noções essenciais dos dois modelos anteriormente referidos:

“O stress é um tipo particular de relação entre a pessoa e o (s) seu (s) meio (s), marcada pela percepção de exigências que cobrem ou excedem os seus recursos de coping e que pode perigar o seu bem-estar;

Esta discrepância – entre o que a pessoa sente que lhe é pedido e o que julga poder dar – é sinalizada pelo organismo, em toda a sua globalidade e totalidade, isto é, aos níveis fisiológico (imunológico, neural, hormonal), psicológico (emocional, cognitivo, comportamental) e social (família, trabalho, comunidade).”

Uma experiência de *stress* acontece quando a pessoa avalia que determinada situação comporta exigências significativas para o seu bem-estar, face às quais julga não dispor de

recursos que as satisfaçam (tanto de *coping* como de apoio social). Este processo avaliativo é automático, involuntário e profundamente emocional. É ele que determina o que é *stress*, as reacções do indivíduo e os resultados dos seus esforços adaptativos, e não a situação ou o elemento de *stress* por si (Ramos, 2000; Ramos, 1999^a; Lazarus e Folkman, 1986; 1984).

Como consequência imediata e automática, dá-se a resposta de *stress*, que pode incluir sinais e sintomas quer **Fisiológicos** (por ex. inibição do sistema imunológico, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial), quer **Psicológicos** (por ex. ansiedade difusa e disfuncional, angústia, depressão, labilidade afectiva), quer **Sociais** (por ex. mau relacionamento conjugal, deterioração da comunicação familiar, absentismo, relações de trabalho difíceis, baixa produtividade)

Se as estratégias de *coping* do indivíduo forem adequadas e eficazes, ele resolve a situação de *stress*: ultrapassa obstáculos, supera dificuldades, elabora sofrimentos, acrescenta novas conquistas pessoais ao seu rol comportamental, cresce como pessoa e constrói a sua maturidade.

Se as estratégias de *coping* não forem adequadas nem eficazes para lidar com a situação de *stress*, o indivíduo fica cativo de um ciclo vicioso, “situação *stressora* – coping ineficaz”, a sua resposta de *stress* agudiza-se, torna-se mais frequente, intensa e duradoura, cristalizando-se na forma de consequências de *stress*, podendo surgir a doença.

É neste sentido que o *stress* é o desafio capital da vida, pois viver implica enfrentar, superar e vencer todo o possível espectro de situações de *stress*, sendo elas mesmas desafios da própria vida à nossa capacidade de resistência e renovação pessoal, com vista ao usufruto de uma existência com qualidade de vida, pleno bem-estar e felicidade.

1.1.2. STRESS NO TRABALHO

O trabalho pode não ser entendido como um prazer, mas sim como um dever, uma obrigação mais ou menos penosa, um esforço – por vezes um sacrifício – inevitável e necessário para se poder viver. Duas razões poderão estar na base desta representação social: por um lado, porque a maioria das pessoas preferia fazer outra coisa que não o seu trabalho; por outro lado, porque o trabalho confronta a generalidade das pessoas com dificuldades a vários níveis, sejam estas “normais”, derivadas da própria definição do seu trabalho, sejam dificuldades “anormais”, enquanto agudizações das primeiras ou mesmo agressões que ultrapassam o sentido do seu trabalho. Numas e noutras encontramos o preciso lugar do *stress* no trabalho.

O *stress* no trabalho define relações de discrepância entre o indivíduo e o seu trabalho, porquanto este último seja um ambiente de relevante significado para o primeiro.

Temos de admitir que o *stress* não é um conceito muito preciso, tendo sido largamente usado nos últimos anos, com vários significados, no que respeita à ciência comportamental.

Ao longo das últimas três décadas têm sido apresentadas várias explicações teóricas para o *stress* no trabalho, inscritas ora na tradição médica de Seyle, ora na tradição psicológica de Lazarus, delimitando, assim, o seu campo de investigação e de intervenção, respectivamente, aos *stressores* identificados e *strains* observados, ou às relações entre as características e condições do trabalho e os indivíduos.¹

1.2. BURNOUT

1.2.1. DEFINIÇÃO DE *BURNOUT*

O termo *burnout* foi utilizado pela primeira vez, em 1974, por Freudeneberger, como “*um conjunto de sintomas médico – biológicos e psicossociais inespecíficos, produto de uma exigência excessiva de energia no trabalho*”. Este conceito tem merecido especial preocupação no que se refere às profissões de serviços humanos, em que a relação entre quem presta o serviço e quem o recebe é essencial para o trabalho. Nestas, a prestação do serviço, cuidado, tratamento ou educação pode traduzir-se numa experiência altamente emocional. Estes critérios aplicam-se às profissões de saúde, que têm sido reconhecidas como ocupações de muito *stress* (Cartwright, 1979, referido por Maslach, C., 2000).

Segundo Queirós (1998), o conceito foi especificado em 1982 por C. Maslach e Jackson, nos seguintes termos: “*uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e de redução de realização pessoal*”, que pode ocorrer em indivíduos com profissões de serviço humano. Por outras palavras, o *burnout* é definido como uma síndrome psicológica de exaustão, cinismo e ineficácia no local de trabalho.

O factor que parece estar na origem de *burnout* é a existência de um *stress* crónico continuado. O *burnout* consiste, assim, numa reacção prolongada aos elementos indutores de *stress* (*stressores*) no trabalho.

¹ A conceptualização de *stress* no trabalho data da década de sessenta, através dos trabalhos do Instituto de Investigação Social da Universidade de Michigan (Jex, 1998, referido por Ramos, 2001).

O termo *burnout* tem sido definido de diversas maneiras por diferentes pesquisadores. A definição mais abrangente (Freudenberger e Richelson, 1980) equipara *burnout* a *stress*, ligando *burnout* a uma infindável lista de variáveis de saúde e bem-estar, e sugere que a causa esteja ligada a uma implacável busca de sucesso.

Por haver um fraco consenso entre consultores, clínicos, investigadores, gestores e administradores, a compreensão do conceito, o que lhe dá origem e as suas consequências, está longe de ser esclarecida. A informação é ainda limitada relativamente à percentagem de pessoas que viveram em *burnout* e por quanto tempo o viveram. É também necessária informação conclusiva sobre resultados críticos, como a qualidade do trabalho, mudança e saúde pessoal.

As definições de *burnout* têm sido alteradas ou modificadas como resultado de um melhor conhecimento do conceito. Há uma crescente diversidade na aplicação do mesmo (Pines e Aronson, 1988). A pesquisa, na década de 80, aplicou o conceito de *burnout* a muitas outras áreas que também têm um alto nível de *stress* interpessoal, não se limitando a pesquisas em profissões de serviço humano.

É importante reconhecer que o *burnout* é um conceito multifacetado, enquanto que, ao mesmo tempo, limita o número de estados psicológicos que são considerados parte integrante e o incremento de medidas de desenvolvimento psicométricas que podem discriminar os estados (Burke, R., Richardson, A, 1993).

1.2.2. MODELOS EXPLICATIVOS DO *BURNOUT*

Diferentes autores têm conceptualizado o processo de aparecimento da Síndrome de *Burnout*, ou a sequência de aparecimento das três dimensões. Surgem assim modelos na procura de unidade, consistência do conceito e explicação da síndrome, das suas manifestações, e antecedentes.

O **Modelo de House e Wells** (1978) é um modelo que apresenta uma abordagem cognitiva-perceptual com interpretação sobre o meio envolvente do indivíduo e as variáveis pessoais. Identifica variáveis individuais e organizacionais que podem estar relacionadas com o *Burnout*.

Segundo este modelo, o *burnout* instala-se em quatro fases:

1ª fase – Grau em que a satisfação é conducente ao *stress*, existindo duas circunstâncias em que pode surgir o *stress*: aptidão inadequada e discrepância entre o indivíduo e o meio de trabalho.

2ª fase – *Stress* percepcionado. Aqui interfere a história e personalidade do indivíduo e das variáveis organizacionais, que vão condicionar a passagem da 1ª à 2ª fase.

3ª fase – Resposta ao *stress*.

4ª fase – Resultados do *stress*. O *burnout* enquanto experiência multifacetada do *stress* emocional crónico está colocado nesta quarta fase.

Para os autores deste modelo, segundo Pereira (1992) e Gomes (1995), citados por Queirós (2005), as três dimensões do *burnout* reflectem as três categorias de *stress* de sintomas principais:

- Fisiológicos, focando os sintomas físicos (exaustão emocional);
- Afectivo - cognitivos, focando as atitudes e sentimentos (exaustão emocional e despersonalização);
- Comportamental, focando os comportamentos sintomáticos (despersonalização e diminuição da produtividade no trabalho).

O **Modelo de Cherniss** (1980) considera o *burnout* como um processo, constituído por diferentes estados sucessivos que ocorrem no tempo e representa uma forma de adaptação ou *coping* às particulares causas de *stress* (Cherniss, 1980, *ap.* Gomes, 1995; Correia, 1997, p.7; Queirós, 2005, p.38). Este modelo baseia-se num estudo de dois anos, que caracterizou profissionais de quatro áreas propensas ao *burnout* (saúde mental, enfermagem, ensino e direito), no qual o autor propõe que determinadas características do trabalho interagem com características do indivíduo, assim como com as suas expectativas, provocando grande *stress*, que o indivíduo experimenta a vários níveis.

O *stress* pode ser combatido através da utilização de técnicas e estratégias que podem ser períodos activos de solução de problemas, ou, por outra, mudança de atitudes e comportamentos negativos, incluindo o “cinismo” para com os clientes e afastamento emocional, que são classificadas de *burnout*.

O **Modelo de Edewich e Brodsky** (1980) é um modelo composto por quatro etapas diferentes, cuja progressão ao longo das etapas se faria de forma cíclica, podendo repetir-se

várias vezes no tempo, de forma que uma pessoa pode completar o ciclo em distintas épocas e em diferentes trabalhos.

- A primeira etapa é de idealismo e de entusiasmo, hiperactividade e sentimentos positivos, expectativas irreais acerca do que pode conseguir.
- A segunda etapa é de estagnação, caracterizada pela perda do idealismo inicial e do entusiasmo, podendo ocorrer fadiga intensa, queixas psicossomáticas e irritabilidade.
- A terceira etapa é de frustração; constitui o núcleo central do *burnout*, associado a culpabilidade e sentimentos de desgaste.
- A quarta etapa é de desmoralização, desinteresse e indiferença, acompanhado de sentimentos de vazio total (Garcia, 1990; Gomes, 1995; Correia, 1997; Queirós, 2005).

O **Modelo de Golembiewski et al.** (1986) é estruturado a partir dos resultados do MBI, num modelo em oito fases evolutivas para a ocorrência de *burnout*, numa sequência com início em valores baixos e a evoluir conforme o esquema da figura que se segue.

O autor considera a pontuação das três subescalas do Maslach *Burnout Inventory*, sendo a despersonalização a primeira etapa do modelo e a menos grave. Níveis altos na despersonalização podem ter efeitos negativos na realização pessoal. O aumento dos sintomas anteriores podem desencadear níveis altos de exaustão emocional.

Figura 1 - Fases de *burnout* (Modelo de Golembiewski)

Subescala	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Despersonalização	B	A	B	A	B	A	B	A
Realização Pessoal	B	B	A	A	B	B	A	A
Exaustão Emocional	B	B	B	B	A	A	A	A

Nota: B= baixo A= Alto

Fonte: “*Burnout Profesional en Organizaciones*” Garcia, M. 1990

Para Mirvis, et al. (1996, ap. Fiadzo, et al., 1996), citado por Queirós (2005) “as fases agrupam-se em três grupos que classificam o grau de severidade do *burnout*.

As fases 1, 2 e 3 reflectem baixo *burnout*; as fases 4 e 5 indicam um nível intermédio de *burnout* e as fases 6, 7 e 8 denotam *burnout* elevado”. Segundo Fiadzo, et al. (1996) a definição de alto ou baixo efectuada por Golembiewski baseia-se em pontos de corte segundo scores obtidos para cada uma das subescalas. Assim, para a despersonalização, scores maiores

ou iguais a 19 são considerados altos. Para a realização pessoal, scores iguais ou menores a 26 são considerados baixos. E em relação à exaustão emocional, scores maiores ou iguais a 24 são considerados altos.

A validade externa do modelo é confirmada em mais de doze amostras diferentes, e as variáveis chave em estudo confirmam a robustez do modelo (García, 1999).

Este modelo, apesar de parecer consistente, foi mais tarde contestado por Leiter e pelo próprio Golembewski., tendo sido assinaladas algumas limitações:

1. O modelo indica unicamente que as fases são progressivas quanto aos níveis, mas um indivíduo pode não passar através de todas elas;
2. O modelo engloba duas formas de apresentação do *burnout*: ataque crónico, com uma progressão desde a primeira à oitava fase e ataque agudo, com vários saltos do indivíduo pelas fases, por exemplo da fase 1 à 5, e desta à 8.
3. Por último, o modelo não explica como o indivíduo recupera desde a oitava fase.

O **Modelo de Leiter** (1988, 1989) utiliza a amplitude total das três subescalas sem dicotomizar, admitindo quatro fases possíveis (figura). Segundo este autor o modelo permite assegurar toda a riqueza do MBI, sem perda de informação. Citando Garcia (1990), Leiter refere que os profissionais que experimentam situações de exaustão emocional, aquando da exposição a situações de *stress* no trabalho (sobretudo face aos pedidos relacionados com a função), reagem alheando-se, através da despersonalização. Os profissionais perdem, assim, o compromisso emocional que mantinham na sua relação laboral, ao mesmo tempo que continuam a sofrer de exaustão emocional, produzindo-se uma avaliação negativa da sua realização pessoal, que conduz à síndrome de *burnout*.

No modelo de Leiter, a exaustão emocional ocupa o lugar central, pois está associada a níveis elevados de despersonalização e baixos de realização pessoal, bem como a outros aspectos, tais como o aumento do absentismo devido à redução do compromisso/envolvimento. A despersonalização aparece como uma tentativa ineficaz para lidar com sentimentos de exaustão, surgidos no relacionamento interpessoal.

Figura 2 – Fases de *Burnout* (Modelo de Leiter)

	FASES			
	1	2	3	4
Exaustão Emocional	B	B	A	A
Despersonalização	B	A	B	A
Realização Pessoal	B	B	B	A

Nota: B= baixo A= alto

Fonte: Garcia, M. (1990)

Modelo geral explicativo de *burnout* (Maslach; Jackson; Leiter, 1996)

Segundo o modelo multi-dimensional de Cristina Maslach, o conceito de *burnout* foi definido como a experiência individual do *stress*, inserida num contexto de relações sociais e envolvendo, portanto, a concepção que o indivíduo tem de si mesmo e dos outros. É definido através das suas três componentes essenciais: a exaustão emocional, o "cinismo" ou despersonalização e a ineficácia ou sensação de desempenho pessoal reduzido.

A **exaustão emocional** tem a ver com as sensações de inadequação (de não estar à altura das solicitações) e de esgotamento dos recursos emocionais e físicos do indivíduo (como desgaste, perda de energia, esvaziamento, debilitação e fadiga). O trabalhador sente-se "drenado" emocionalmente e esgotado, sem qualquer fonte onde se reabastecer, sem energia para ajudar outra pessoa que necessite de ajuda ou para enfrentar mais um dia. Esta componente representa a dimensão individual básica do *stress* no *burnout*.

O "**cinismo**" ou **despersonalização** corresponde à atitude negativa de reacção ao trabalho excessivamente indiferente ou hostil, muitas vezes com perda de idealismo. Este é inicialmente uma resposta autodefensiva à sobrecarga operada pela exaustão emocional – uma espécie de amortecedor emocional de "envolvimento indiferente". Esta indiferença pode eventualmente transformar-se em desumanização. A componente "cinismo" representa a dimensão interpessoal do *burnout*.

A **ineficácia** ou **desempenho pessoal reduzido** relaciona-se com o declínio dos sentimentos de competência e de produtividade no trabalho. O indivíduo experimenta um crescente sentimento de inadequação relativamente à sua capacidade de executar bem o trabalho, moral em baixo, afastamento e incapacidade de adaptação. Este sentimento pode degenerar numa

auto – sentença de falhanço. Esta componente representa a dimensão de auto-avaliação do *burnout*.

As descrições de *burnout* têm origem, desde sempre, no relacionamento no trabalho, quer se trate de relacionamento com clientes, colegas ou superiores. Estas relações, fonte de correntes emocionais e de recompensa, podem constituir um recurso de adaptação ao *stress* profissional e são, muitas vezes, afectadas pelos próprios efeitos negativos do *burnout*. Assim sendo, o *burnout* deve ter sempre uma abordagem dentro do seu contexto e nunca limitada à componente da exaustão individual, pois pode levar-nos a perder de vista a totalidade do fenómeno.

Nas vivências dos profissionais de saúde, contam-se experiências emocionais significativas associadas à relação entre os profissionais e os doentes na prestação de cuidados, que ilustram bem os três componentes do *burnout*. Por exemplo, quando os doentes conseguem recuperar devido ao esforço do profissional, estas experiências são muito gratificantes. Ao invés, vivências como o caso de doentes difíceis ou desagradáveis, a necessidade de dar más notícias, de lidar com a morte ou de enfrentar conflitos com colegas ou supervisores, contêm uma carga de *stress* do ponto de vista emocional para o profissional. Tensões emocionais como estas podem levar ao estado de exaustão emocional.

Com o objectivo de se protegerem, os profissionais de saúde reagem distanciando-se psicologicamente, evitando envolver-se excessivamente e mantendo uma atitude de indiferença – “envolvimento indiferente” (*detached concern*), como é designado (Lief & Fox, 1963, citado por Maslach, 2000). Será mais fácil para o profissional encarar o estado do doente como um “caso particular” ou “sintoma”, se este for inquietante ou difícil de tratar, do que como um ser humano que sofre. Muitas vezes esta mistura de compaixão e distância emocional degenera numa visão negativa e despersonalizada dos doentes. Esta visão pode influenciar a prestação de cuidados, fazendo-a entrar em declínio.

Muitos profissionais de saúde interpretam esta experiência de perturbação emocional como uma falha do seu profissionalismo, pois não estão suficientemente preparados para a realidade emocional do seu trabalho e entendem que a atitude profissional deve ser fria, objectiva e racional. Começam então a questionar a sua própria capacidade para o trabalho que desempenham e sentem, por vezes, que o seu desempenho fica muito aquém das expectativas.

Consequentemente, o profissional de saúde pode começar a desenvolver uma auto-avaliação negativista, susceptível de vir a diminuir o seu desempenho profissional ou mesmo levá-lo ao abandono do trabalho. A prestação de bons cuidados de saúde pode ser algo difícil de cumprir num contexto de equipas com *déficit* de elementos, de formação deficiente ou com recursos inadequados.

Como referimos acima, o *burnout* consiste numa reacção crescente de *stress* face a *stressores* ocupacionais. Neste processo de *burnout*, tem-se dado uma ênfase maior ao processo de desgaste psicológico e aos resultados psicológicos e sociais desta exposição crónica, do que aos processos físicos. O processo de *burnout* tende a ter uma duração bastante estável dado que é uma reacção prolongada a elementos interpessoais (Maslach, C; Leiter, M., 2000).

Também os efeitos de *burnout* tendem a durar algum tempo, o que confirma a noção que a sua natureza é mais crónica do que aguda.

Considera-se ainda que os sintomas do *burnout* se manifestam em pessoas “normais” sem sinais de qualquer psicopatologia prévia ou doença orgânica.

Quadro nº 1 – Modelo do processo de *burnout*. (Modelo de Maslach)

Falta de recursos
Diminuídos:
Controlo da capacidade de adaptação (“coping”)
Apoio social
Utilização da habilidade
Autonomia
Envolvimento na decisão
Solicitações
Sobrecarga de trabalho
Conflito pessoal
Exaustão
Esgotamento
Cinismo
Despersonalização
Diminuição do desempenho e da eficácia
Custos
Diminuição do empenhamento organizacional
Rotatividade e absentismo
Doença física

O principal instrumento de avaliação ou de pesquisa do *burnout* é o Inventário de Esgotamento de Maslach (*Maslack Burnout Inventory – MBI*), que proporciona avaliações distintas de cada um dos três componentes do processo de *burnout*.

Segundo Maslach, C; Leiter, M., (2000), as solicitações profissionais e os conflitos entre os trabalhadores normalmente dão origem à “exaustão” e ao “cinismo”, enquanto que a ineficácia é determinada por falta de apoio social e de oportunidades de desenvolvimento profissional (Quadro nº 1)

O relacionamento complexo entre os vários aspectos dos contextos organizacionais e as três componentes do *burnout* deu origem ao desenvolvimento de modelos estruturais decorrentes da investigação do *burnout*.

Ainda segundo a mesma autora, a relação entre a exaustão e o cinismo (ou despersonalização), constitui o aspecto mais fiável do modelo do processo de *burnout*. A exaustão, para além de estar estreitamente associada ao cinismo, tem um papel intermediário na relação deste com os factores organizacionais. No entanto, a relação destes dois componentes do *burnout* com a eficácia, não significa que haja uma relação causal directa entre eles. Existem sim vários aspectos susceptíveis de agravar o estado de exaustão ou de diminuir a eficiência, ou os dois ao mesmo tempo.

Este modelo multidimensional do *burnout* apresenta importantes implicações teórico-práticas. Permite uma ampla compreensão deste tipo de *stress* no trabalho, através da identificação de várias reacções psicológicas que podem ser vividas por diferentes trabalhadores, num dado contexto social.

1.2.3. FACTORES ORGANIZACIONAIS INDUTORES DE *BURNOUT*

Conhecer os factores de *stress*, associados à organização, potencialmente indutores de *burnout*, é fundamental para planear intervenções eficazes.

A relação problemática entre o indivíduo e a situação que este vive é inerente ao conceito fundamental de *stress*. O *burnout*, na situação laboral, constitui-se como mediador na ligação causal entre os vários elementos indutores de *stress* no trabalho e os resultados de *stress* individual. Assim, os efeitos das características pessoais e das características do trabalho têm de ser considerados em conjunto dentro do contexto organizacional.

A classificação das fontes de *stress* por que optamos sintetiza as categorias genéricas designadas por vários autores (Cartwright e Cooper, 1997; Cartwright et al., 1995; Ross e Altmaier, 1994; Sauter et al., 1990; Baker, 1988; Burke, 1988): *condições físicas do trabalho, características do trabalho; papel na organização; estrutura e clima organizacionais, relacionamento interpessoal e carreira profissional.*

1.2.3.1. Condições físicas do trabalho

A influência das condições físicas do local de trabalho no bem-estar das pessoas e no seu rendimento é inegável. A ergonomia é uma das disciplinas que se dedica ao estudo do lugar de trabalho, abordando factores desde a forma como o espaço é arranjado, às condições ambientais, tais como a temperatura, a iluminação e a ventilação, até ao desenho dos instrumentos de trabalho.

Uma das condições físicas mais citadas pela literatura é a **iluminação** (Ramos, 2001). A confirmar estão os estudos desenvolvidos pela Western Electric Company nas décadas de vinte e trinta, que inauguraram o movimento das relações humanas nas teorias organizacionais (Robbins, 1998, referido por Ramos, 2001). A luz natural é, sem dúvida, a melhor forma de iluminação, até pelos seus efeitos sobre os ritmos internos das pessoas. No entanto, será certamente ínfimo o número de trabalhos que se realizam unicamente com este tipo ideal de iluminação. Torna-se então indispensável proporcionar a intensidade óptima da luz artificial, consoante o tipo de trabalho, dado que os ambientes de trabalho, excessiva ou defeituosamente iluminados, podem causar *stress*, sendo as dores de cabeça e os estados de nervosismo os seus indicadores mais frequentes (Quick et al., 1997).

Outra das condições físicas do trabalho que pode originar reacções de *stress* é a **temperatura**. É do conhecimento geral que muito frio desanima e desmotiva, ao passo que muito calor irrita. A conjugação da temperatura com a qualidade do ar é de extrema importância, na medida em que constitui o “micro-ambiente climatérico” dos locais de trabalho.

O **espaço** físico do trabalho, de acordo com Steele (1973, citado por Quick et al., 1997), deve oferecer protecção e segurança, facilitar o contacto social, proporcionar identificação simbólica, promover a instrumentalização das tarefas, aumentar o prazer e estimular o crescimento. Qualquer local de trabalho se pode transformar num factor de *stress* se não cumprir uma destas características.

1.2.3.2 Características do trabalho

As **características das tarefas** são factores potencialmente indutores de *stress*. Exemplos disso são: a variedade das tarefas, a autonomia do indivíduo para as realizar, o nível de conhecimentos e de competências exigido, a responsabilidade inerente à tarefa, os problemas de eficiência, os prazos, as reuniões, o grau de proximidade ao supervisor, etc.

Um dos clássicos *stressores* organizacionais é a **sobrecarga do trabalho**, referindo-se habitualmente ao excesso de trabalho, isto é, ao elevado número de tarefas a cumprir. Este tipo de sobrecarga, associado à falta de tempo, designa-se por sobrecarga quantitativa, originando muitas vezes horários alargados e necessidade de levar trabalho para casa. A sobrecarga qualitativa refere-se ao “trabalho muito difícil”, o que acontece quando as pessoas não possuem os conhecimentos e as competências adequadas para cumprir determinada tarefa ou quando a tarefa é de grande complexidade (Cartwright e Cooper, 1997, referido por Ramos, 2001).

As profissões que assentam na relação humana, tais como os profissionais de saúde, apresentam uma subtil sobrecarga qualitativa, na medida em que encerram uma exigência acrescida: a habilidade no relacionamento interpessoal.

A **subcarga de trabalho** também pode funcionar como *stressor*, tal como o afirmam Ross e Altmaier (1994). A subcarga de trabalho designa a reduzida utilização das capacidades dos trabalhadores e pode contribuir para a progressiva perda de competências e de aprendizagens (Karasek e Theorell, 1990).

A importância do **ritmo** de trabalho enquanto factor indutor de *stress* reside no encontro entre o que o determina, ou quem o determina, e o grau de controlo que a pessoa pode exercer sobre as tarefas a desempenhar (Karasek e Theorell, 1990; Ross e Altmaier, 1994). A situação ideal será aquela em que o ritmo de trabalho pode ser decidido pelo próprio indivíduo, havendo elevada possibilidade de controlo. Contudo, se uma pessoa for indecisa, tiver dificuldades em tomar decisões ou em planificar o seu trabalho, o ritmo determinado por si própria poderá constituir uma fonte de *stress*.

O **trabalho repetitivo**, fruto da repetição contínua de tarefas, assemelha-se à subcarga de trabalho dado que não coloca grandes exigências ou desafios ao trabalhador, não lhe exigindo particulares conhecimentos ou competências. O trabalho resulta rotineiro e monótono, porque se faz sempre a mesma coisa, durante muito tempo. Segundo o modelo de exigência – controlo (Karasek e Theorell, 1990), este tipo de trabalho é um trabalho passivo e concorre para o aparecimento de sintomas associados ao *stress*.

O **trabalho por turnos** é uma necessidade social, uma realidade económica e uma novidade competitiva. O trabalho por turnos pode até revelar-se positivo, pois além de quebrar as

rotinas dos horários fixos e habituais, permite ao indivíduo gozar de uma disponibilidade de tempo vantajosa para algumas actividades sociais. No entanto, este pode acarretar consequências negativas e crónicas no organismo, quando se torna prolongado no tempo. Para Gomes, 1998, a desregulação do ritmo interno do organismo, o que pode acontecer por acção do trabalho por turnos, provoca dificuldades do sono, alterações da libido, do apetite, do peso, problemas digestivos e cardiovasculares, apatia, irritabilidade, cansaço, contribuindo para o aparecimento de perturbações ao nível da saúde física e psicológica e da vida social e familiar.

1.2.3.3. Papel na organização

O conceito de *papel* assume particular relevância para entender o funcionamento social das organizações. Segundo Robbins, 1998, o papel define o padrão comportamental esperado pelos outros, atribuído a alguém de acordo com a sua posição na organização. Jesúno, 1988, ao citar Katz e Khan, 1978, refere que os papéis que permitem coordenar os comportamentos individuais no seio de uma organização são percebidos através de indicadores formais e informais. O ideal seria que cada papel organizacional fosse claramente definido e percebido por todos os elementos da organização. Mas isso não acontece, o que gera **ambiguidade, conflito e sobrecarga de papéis**, situações indutoras de *stress*.

Para Jex, 1998 e Cartwright e Cooper, 1997, citado por Ramos, 2001, um papel desempenhado na organização é **ambíguo** quando não é claramente definido, fazendo com que o indivíduo não tenha uma correcta representação dos objectivos do seu trabalho, das expectativas dos seus colegas em relação a ele ou das suas responsabilidades.

Um dos principais factores que origina ambiguidade do papel reside na deficiente transmissão das características do mesmo, o que acontece quando o superior hierárquico não fornece adequada informação sobre o papel à pessoa que o desempenhará, ou quando a informação é confusa. A transmissão de informação sobre o papel também pode originar ambiguidade quando não são esclarecidos os comportamentos e processos indicados para atingir os objectivos, apesar destes serem bem definidos. A ambiguidade do papel pode ainda resultar de mudanças ambientais e sociais exteriores à organização (Jex, 1998, citado por Ramos, 2001).

Tem-se verificado uma relação significativa entre a ambiguidade do papel e sintomas tais como humor depressivo, baixa auto-estima, insatisfação profissional, motivação reduzida, absentismo, ansiedade e abandono do trabalho (Cartwright e Cooper, 1994; Burke, 1988; Golowinkowski e Cooper, 1987, citados por Ramos, 2001).

Robbins, 1998, citado por Ramos, 2001, refere que o **conflito de papéis** acontece quando o indivíduo se vê confrontado com expectativas divergentes sobre o seu papel. Cumprir uma dessas expectativas poderá tornar muito difícil cumprir as outras, sendo que, por vezes, elas são mesmo contraditórias entre si (Jex, 1998; Quick et al., 1997).

O conflito de papéis é uma situação indutora de *stress* bastante comum no mundo do trabalho e assume várias formas, consoante os termos do conflito: entre os papéis interpretados por diferentes pessoas, entre os papéis desempenhados pela mesma pessoa e dentro do mesmo papel.

O facto de serem colocadas muitas expectativas em determinada pessoa, ou que a sua função seja particularmente difícil ou complexa, pode originar um novo tipo de conflito de papel – sobrecarga de papel – potencialmente causador de *stress*.

A **responsabilidade** inerente ao papel desempenhado numa organização também origina *stress*. No entanto, a responsabilidade por coisas origina menos *stress* que a responsabilidade por pessoas, sendo um claro exemplo disso a responsabilidade dos enfermeiros pela vida das pessoas (Marshall, 1980, citado por Ramos, 2001).

1.2.3.4 Estrutura e clima organizacionais

Uma organização é definida como uma unidade social conscientemente coordenada, constituída por pessoas comprometidas entre si, e que dirige a sua actividade para a obtenção de determinados objectivos (Robbins, 1998; Friedman e Neville, 1970, citado por Ramos, 2001).

Para Robbins, 1998; Ross e Altmaier, 1994, existem dois tipos de estruturas organizacionais, as **centralizadas** e as **descentralizadas**. A não participação nas decisões relativas ao trabalho, própria das estruturas centralizadas, desencadeia situações de *stress*, expressas por indicadores tais como má saúde geral, baixa auto – estima, depressão e absentismo².

As estruturas organizacionais que permitem aos indivíduos participar na tomada de decisões provoca maior satisfação profissional e melhor rendimento.

² Quando uma organização possui uma estrutura centralizada significa que a tomada de decisão se concentra num único ponto na organização, habitualmente na figura dos gestores, directores ou administradores. Uma organização tem uma estrutura descentralizada, quando os empregados possuem maior grau de controlo sobre o seu trabalho, porque podem tomar decisões ou porque as suas opiniões contam efectivamente para a superior tomada de decisões (Robbins, 1998; Ross e Altmaier, 1994)

Cada vez mais se fomenta o **trabalho em equipa**, como forma de aumentar o rendimento e promover o empenho dos seus colaboradores. As equipas de trabalho favorecem, entre outros factores, a produtividade, a participação na tomada de decisões, a resolução de problemas, a motivação, o comprometimento com a organização, a qualidade do trabalho, a identidade profissional e o suporte social. Um dos principais méritos da equipa de trabalho é o seu potencial papel na prevenção do *stress*. Contudo, ela encerra duas exigências basilares, que originam significativas reacções de *stress*: maior responsabilidade e melhores competências de relacionamento interpessoal (DeFrank e Ivancevich, 1998; Quick et al., 1997, citados por Ramos, 2001).

A cultura de uma organização pode originar *stress*, especialmente se um dos seus valores centrais for a **competição** (tanto externa com interna). Empresas que promovem a competição interna alcançam invariavelmente dois resultados opostos: maior rendimento e mais *stress*. A competição deveria pressupor a cooperação. No entanto, o que se observa é um desvio da competição sadia para a competição pervertida, no âmbito da qual as relações interpessoais e o clima de trabalho se deterioram.

O fenómeno das **privatizações**, a par do elevado número de **fusões e aquisições** geram grande incerteza nos trabalhadores e exigem consideráveis ajustamentos pessoais, sendo por isso a mudança uma das mais potentes situações de *stress* organizacional (Cartwright e Cooper, 1997).

Muitos dos factores enumerados contribuem, directa ou indirectamente, para a definição e qualidade do **clima** vivido numa organização. Contudo, há duas dimensões que o influenciam decisivamente: *o estilo de liderança* e *a comunicação*.

O *estilo de liderança* imprimido pelos líderes formais afecta objectivamente os seus subordinados, consoante seja directivo ou cooperante, próximo ou distante, centrado nas tarefas ou nas relações. O estilo de liderança **democrático** implica menores constrangimentos, do ponto de vista da definição do trabalho, pois tem em consideração as opiniões dos empregados e a sua participação activa na forma como o trabalho é feito (Friedmen e Naville, 1970, referido por Ramos, 2001). Este tipo de liderança concorre para um melhor clima organizacional e reduz as probabilidades do mesmo causar *stress*.

Cada vez mais as organizações dão especial atenção à *comunicação* organizacional e interpessoal, vendo na sua melhoria e promoção o aumento do rendimento. A comunicação é o instrumento capital da relação humana e, nesse sentido, é também o principal meio

psicossocial do trabalho. A comunicação liga as pessoas umas às outras, transportando inevitavelmente a personalidade de cada um. Quando esta é ineficaz, surgem situações indutoras de *stress*.

O contexto social pode ser mais importante do que as condições de trabalho objectivas na determinação da forma como os empregados percebem e reagem ao seu trabalho. A informação social, como a descrição das funções, o modelo dos papéis e os elogios por parte dos outros trabalhadores e dos superiores, podem influenciar tanto a motivação para o trabalho e o desempenho como o fazem presumivelmente outros aspectos mais concretos da profissão.

Baseado na investigação de vários ambientes sociais, os aspectos subjacentes ao clima social podem ser organizados em três domínios (Moos, 1987, referido por Moos, 1998):

- **Domínio da relação:** o modo como os indivíduos se relacionam uns com os outros, num dado cenário;
- **Domínio do crescimento pessoal ou domínio da orientação do objectivo:** os objectivos de crescimento pessoal em vista dos quais é orientado um determinado cenário;
- **Domínio da estabilidade do sistema e da mudança:** o índice de abertura à alteração que caracteriza um determinado cenário.

Os três domínios do clima de trabalho são importantes, dado que, por exemplo, trabalhos exigentes podem ser efectivamente desempenhados tanto em ambientes ricos em apoio social como em autonomia e controlo pessoal.

A Escala de Clima Social no Trabalho³ (WES) foi concebida para a medição dos três domínios de clima no trabalho. Esta escala baseia-se na ideia de que os empregados são observadores participativos do meio do trabalho e dispõem de qualificação para o avaliar. As dimensões da **relação** de WES medem a forma como empregados e directores se relacionam e apoiam mutuamente. As dimensões de **crescimento pessoal ou de orientação de objectivos** da WES incluem as tarefas em função das quais são orientados os cenários de trabalho, ou seja, autonomia, orientação de tarefas e pressão profissional. A **estabilidade e as dimensões da mudança do sistema** da WES têm a ver com a estrutura, clareza e abertura à mudança que

³ (Work Environment Scale)

caracterizam o local de trabalho. Estes três conjuntos de clima social tipificam diferentes cenários sociais (Moos, 1986b).

Os grupos de trabalho variam muito do ponto de vista da qualidade das relações interpessoais, da ênfase posta na orientação das tarefas e da pressão do trabalho, bem como do nível de clareza e de organização. Esta conclusão levanta uma questão intrigante: de que forma é o clima social influenciado pelos outros domínios do sistema contextual e de que forma transmite o seu impacto?

Moos e os seus colaboradores descreveram o conceito de ambiente de trabalho como sendo um sistema dinâmico, composto por **características físicas e arquitectónicas**, uma **estrutura organizacional** e **políticas**, **factores supra-pessoais** (background e características pessoais dos empregados) e **clima social**. Formularam um modelo de relações entre estes quatro conjuntos de factores e as suas respectivas ligações ao contexto organizacional.

1.2.3.5 Relacionamento Inter-pessoal

As relações interpessoais são potencialmente indutoras de *stress*, uma vez que tomam lugar no contexto das diferenças individuais, no trabalho e fora deste. Para Selye (1980), aprender a viver com os outros é um dos aspectos da vida de cada pessoa que mais *stress* causa.

O **relacionamento entre colegas** é de vital importância para a definição de um bom clima de trabalho, sendo esta uma condição essencial de bem-estar e segurança no trabalho. Na sua falta, o *stress* é inevitável. As relações precárias, fracas ou pobres entre colegas de trabalho estão associadas a sentimentos de ameaça, desconfiança, baixo suporte, reduzido apoio interpessoal e ausência de empatia. A falta de coesão do grupo leva a uma comunicação fechada, pouco franca e desinteressada, o que contribui para os conflitos interpessoais (Ramos, 2001).

A **relação com os superiores** pode induzir *stress*, especialmente se eles optam por um estilo de liderança autoritário, distante e directivo, ou que os subordinados a percepcionem como tal e as situações não a justifiquem. No meio organizacional, é habitualmente mais desejável e efectivo um estilo de liderança que promova a comunicação aberta entre as pessoas e que demonstre disponibilidade para as ajudar com os problemas que surgem no dia a dia.

A **relação com os subordinados** carece das mesmas exigências que acima referimos: adequação das atitudes de liderança e auto-controlo emocional das respostas de *stress*. Outro factor gerador de *stress* é a necessidade de motivar os subordinados, de os criticar e corrigir, de os reforçar ou punir, preservando, simultaneamente, uma boa relação com eles e um bom ambiente de trabalho. Os superiores devem, por isso, possuir boas competências de relacionamento interpessoal e mostrar disponibilidade para o mesmo. O *stress* surge não só da exigência em si, mas da sua articulação com as restantes competências e funções de um supervisor, e ainda da sua habitual pouca experiência no domínio das relações com subordinados.

1.2.3.6. Carreira Profissional

A carreira profissional representa a história de trabalho de uma pessoa. Para Robbins (1998), citado por Ramos, 2001, a carreira define-se como a sequência de experiências de trabalho de uma pessoa ao longo da sua vida. Dada a sua importância para os indivíduos e organizações, a carreira profissional encerra diversas situações indutoras de *stress*, motivadas também pela incerteza, mudança e flexibilidade do actual mundo do trabalho. A carreira decorre em três fases básicas: o início, a fase de desenvolvimento e o final desta, todas elas com situações potencialmente geradoras de *stress*.

O *início da carreira* é, sem dúvida, um período de *stress* marcado por dificuldades, inseguranças e frustrações. O novo trabalhador deseja sentir-se seguro no emprego, adquirir reconhecimento por parte dos colegas e afirmar-se no meio organizacional (Glowinkowski e Cooper, 1986, citados por Ramos, 2001), processos estes que acarretam, naturalmente, experiências de *stress*. O *stress* associado ao início de carreira reside na adaptação a todos os domínios do trabalho e resulta: do “choque com a realidade” do trabalho e da organização, diferente das expectativas criadas; de experiências de socialização inadequadas; da ambiguidade e incertezas relativamente ao papel organizacional atribuído; da compreensão de normas institucionais e do sistema de recompensas; da aprendizagem das formas de relacionamento com o superior e colegas (Burke, 1988).

A **avaliação do desempenho**, o primeiro impulsionador do *desenvolvimento da carreira*, comporta um potencial indutor de *stress*. Trata-se de um processo que gera *stress*, quer para quem é avaliado quer para quem avalia, uma vez que dessas avaliações depende não só o

meio de subsistência e a evolução da carreira profissional dos indivíduos, mas também a qualidade das relações interpessoais na organização.

A **falta de formação** representa uma fonte de *stress* importante, uma vez que uma adequada formação contribui para melhor capacitar um funcionário das suas funções e promover o seu rendimento, assim como é fundamental para uma boa progressão na carreira e para uma actualização de conhecimentos. Numa instituição, onde se valoriza, sobretudo, o potencial humano, é imprescindível proporcionar aos indivíduos momentos de formação e treino.

A **insegurança** inerente à carreira profissional, a que actualmente assistimos, devido às novas configurações do trabalho, concorre de forma significativa para o aumento do *stress* no trabalho. A segurança do emprego foi substituída pela segurança da “empregabilidade”.

O *final da vida de trabalho* é um período marcante no ciclo de vida de qualquer pessoa, pois envolve grandes transformações. Nesta etapa distinguem-se dois importantes momentos: os **últimos anos da carreira** e a **reforma**.

1.2.3.7 Impacto do clima de trabalho

A investigação examinou as ligações entre o clima de trabalho e a moral, o desempenho e o bem-estar.

Os climas de trabalho coesos e receptivos, orientados para a independência e a autonomia e que proporcionam tarefas com significado e com desafio, tendem a produzir um bom espírito nos empregados e a diminuir as intenções de rotatividade. Os cenários de trabalho bem organizados, nos quais os indivíduos não se sentem minimizados pelas políticas burocráticas, tendem também a criar um bom espírito. De igual modo, o facto de os superiores especificarem objectivos claros e incentivarem a participação nas tomadas de decisão, favorecem o espírito optimista no trabalho e a melhoria do desempenho. A ambiguidade dos papéis e da sobrecarga e os conflitos no grupo têm um impacto oposto, bem como as coacções situacionais, as tarefas e os líderes muito estruturados (Fisher e Gitelson, 1983; Moos, 1986b).

As elevadas exigências no trabalho, a ausência de desafio e o conflito de papéis têm levado ao consumo de drogas, entre elas o álcool e respectivas consequências. As despesas relativas ao trabalho e os custos sociais do abuso de substâncias aditivas podem ser muito maiores do que normalmente se crê.

Os empregados que referem maior número de problemas relacionados com o trabalho citam tendencialmente uma mais ampla variedade de razões para beber, como seja relaxar e aguentar a pressão do trabalho. Assim, os problemas no trabalho podem contribuir para o aumento do consumo de álcool, levando o indivíduo a justificar a bebida como resposta aos factores de *stress*.

Diversas investigações examinaram os laços entre os cenários de trabalho e a saúde.

Moos (1988) associou quatro aspectos do clima de trabalho com a pressão sofrida pelos empregados e a falta do seu bem-estar, a saber: elevadas exigências no trabalho; falta de oportunidade de participação nos processos de tomada de decisões e na organização e ritmo de trabalho; elevado controlo por parte dos superiores; falta de clareza acerca do trabalho e dos critérios para um desempenho adequado.

A pressão tem mais tendência a ocorrer quando as exigências do trabalho são altas e o indivíduo conta com poucas hipóteses de decidir como lhes pode dar satisfação.

Sempre que os empregados têm autorização para tomar decisões acerca do seu trabalho, as exigências elevadas podem ser estimulantes e promover a solução de problemas e a inovação (Karasek, 1979, citado por Moos, 1990).

Um outro conjunto de estudos revela que os empregados que referem uma pressão de trabalho elevada, falta de autonomia e de clareza, e fraco relacionamento com colegas e superiores tendem a queixar-se de sintomas como dores de cabeça, tonturas e cansaço, durante esses episódios (Schmitt e Fitzgerald, 1982, citados por Moos, 1990). Assim, a falta de apoio por parte dos outros colaboradores e dos superiores pode ampliar o grau em que as exigências de trabalho elevadas e a baixa autonomia fazem aumentar a prevalência de sintomas físicos e mentais.

As características do trabalho constituem um dos factores que contribuem para o *burnout*: a **sobrecarga de trabalho** e os **conflitos pessoais** vividos no serviço são os antecedentes primários da exaustão.

A **sobrecarga de trabalho** exige, por um lado, a execução de um volume de trabalho demasiado grande num curto espaço de tempo (do ponto de vista quantitativo) e, por outro, a aceitação de responsabilidades que se encontram fora do âmbito das competências dos empregados, sobretudo em processos de transição significativos nas organizações (do ponto de vista qualitativo).

No que concerne aos **conflitos pessoais**, estes exercem um impacto de exaustão, tanto pela sua solicitação ao nível da energia emocional do indivíduo, como pelo enfraquecimento produzido na autoconfiança do empregado no contexto social da organização.

A falta de recursos, como o apoio social entre colegas para gerir as solicitações profissionais, também contribui para a ocorrência de *burnout*. O apoio faz realçar os valores partilhados e o sentido de comunidade dentro da organização, aumentando o sentido de eficácia dos trabalhadores.

De igual forma, a oportunidade dos trabalhadores participarem nas decisões que digam respeito ao seu trabalho e de exercerem controlo sobre as suas retribuições constitui um importante recurso.

1.2.4 FACTORES INDIVIDUAIS INDUTORES DE *BURNOUT*

As características pessoais devem também ser tidas em conta nas questões de *burnout*, embora a investigação sobre o *burnout* incida principalmente no contexto organizacional.

As variáveis individuais não são mais que características pessoais preexistentes às vivências de *stress* que as acompanham e influenciam. Elas consubstanciam a vulnerabilidade ou resistência de uma pessoa ao *stress*.

As características da **personalidade**, o **estilo de coping** e o **suporte social** são as principais variáveis individuais envolvidas na determinação das diversas respostas e consequências de *stress*.

A investigação permite estabelecer alguns padrões correlativos consistentes: os níveis de *burnout* são mais elevados nas pessoas com uma **personalidade** menos “forte”, com maior controlo exterior e classificadas como “neuróticas”. Cherniss, 1980; Farber, 1983; Freudenberger e Richelson, 1980; Pines e Aronson, 1981, são de opinião que os indivíduos susceptíveis ao *burnout* são empáticos, sensíveis, dedicados, idealistas e orientados mas, também, ansiosos, obsessivos, entusiastas e susceptíveis de se sobre – identificarem com outros.

O controlo é o principal moderador dos efeitos do *stress* e o recurso pessoal que mais probabilidades encerra em garantir o sucesso na forma como se lida com o *stress*, bem como

o crescimento pessoal e a saúde. Rotter, criou assim um dos mais importantes e populares conceitos da Psicologia, o *locus* de controlo (Ramos, 2001).

Também a auto-estima é uma variável moderadora das experiências de *stress*. É um conceito inter-relacionado com o anterior, na medida em que um dos processos de formação da auto-estima é a história de experiências pessoais nos encontros com o mundo e com os outros (Turner e Roszell, 1994, citados por Ramos, 2001).

O padrão de comportamento Tipo A representa um dos clássicos moderadores dos efeitos do *stress* associados à personalidade. Este tipo de padrão é uma combinação complexa de comportamentos e emoções de elevada competição, agressividade, hostilidade e impaciência (Ganster, 1987, citado por Ramos, 2001). O padrão de comportamento Tipo A exacerba as experiências de *stress*, seja afectando a forma como os indivíduos interpretam as situações potencialmente *stressoras*, seja no modo como gerem as mesmas.

Relativamente à **idade**, um menor grau de *burnout* parece estar associado a idade elevada, confundindo-se esta com os anos de experiência e com a propensão para a sobrevivência, isto é, aqueles que conseguem “sobreviver” aos primeiros elementos de *stress* sem abandonar o trabalho.

Relativamente ao **sexo**, a única diferença consistente é a que refere uma maior tendência masculina para pontuações mais elevadas de cinismo (Maslach e Jackson, 1985, citados por Burke, 1993). As mesmas autoras, ao examinarem as diferenças de sexo entre trabalhadores e uma grande variedade de ocupações de saúde e serviços, constataram que as mulheres obtinham um resultado significativamente mais alto na exaustão emocional e mais baixo na realização pessoal que os homens. Alguns estudiosos têm tido em conta que as mulheres estão mais predisponíveis para sofrer de *burnout* do que os homens por causa da sobrecarga e conflito do papel (Pines, Aronson e Kafry, 1981; Etzion e Pines, 1986, citados por Burke, 1993). No entanto, provas empíricas revistas por Greenglass (1991) não sustentam a teoria que múltiplos papéis estejam associados com maior *stress* ou doença nas mulheres. Estudos recentes não têm encontrado diferenças no *burnout* entre homens e mulheres. Contudo, algumas pesquisas indicam que as mulheres podem ser ligeiramente menos atingidas do que os homens. Um certo número de estudos tem constatado que os homens apresentam resultados mais altos do que as mulheres de despersonalização e têm atitudes mais negativas para com os clientes do que as mulheres.

Foram dadas várias explicações possíveis para as diferenças entre os sexos na experiência de *burnout*. Uma das explicações, dada por Greenglass (1991), tem as suas raízes na aceitação das normas associadas ao papel masculino, que dá ênfase à força, independência e invulnerabilidade. Dado que é socialmente inaceitável que os homens expressem abertamente a sua vulnerabilidade, a despersonalização pode ser o resultado de uma incapacidade dos homens lidarem com o *stress* do trabalho. O mesmo autor defende também que as mulheres têm maior habilidade para lidar com o *stress* interpessoal do que os homens. Maslach e Jackson, 1985, reforçam esta teoria, relacionando-a com o papel tradicional feminino, o qual dá ênfase ao cuidar e à preocupação com os outros. Também Orgus, Greenglass e Burke (1990) constataram que a alta despersonalização nos homens estava associada à falta de colegialidade, alto absentismo, maior uso de medicação e um estilo de vida com menor qualidade.

Diversos estudos, levados a cabo por Burke, Shearer e Deszca, Maslach e Jackson, 1984, encontraram geralmente fracas relações entre outras variáveis demográficas, como estado civil, tipo de comunidade, nível de educação e número de anos de serviço, e *burnout*. No entanto, estudos que investigaram relações entre o *burnout* e a ocupação ou posição sugerem que aqueles com menos anos de experiência ou menos anos na posição actual tendem a obter resultados de *burnout* mais elevados.

Assim, estas fracas relações do ponto de vista demográfico reforçam a tese que defende o peso mais significativo do contexto profissional no desenrolar do processo de *burnout*. (Maslach, C; Leiter, M., 2000).

Maslach, C; Leiter, M. (2000) refere-nos ainda que, de acordo com um modelo recente, quanto maior é a disparidade ou o desajustamento entre a pessoa e o trabalho que executa, tanto maior será a probabilidade de ocorrência de *burnout*. Este modelo especifica não apenas uma, mas seis áreas, nas quais se pode produzir o desajustamento. São elas: carga profissional, controlo, recompensa, comunidade, justiça e valores. Em cada área, a natureza do trabalho pode não estar em harmonia com a natureza do indivíduo, o que se traduz num aumento de exaustão, de cinismo e de ineficácia. No entanto, quando existe uma melhor adequação nestas seis áreas, o resultado provável é o empenhamento no trabalho.

Segundo Gore (1987), a principal variável “amortecedora” dos efeitos negativos do *stress* é o **suporte social**. Os outros a que estamos ligados, de tantas e variadas formas, são-nos

imprescindíveis. É deles que nos chega a força e o incentivo, o apoio e o aconchego de que necessitamos para suportar e vencer as provações impostas pelo *stress*. Holahan e Moos (1994) referem que o suporte social está associado à saúde física e mental, à mais rápida convalescença e recuperação das doenças e à maior probabilidade de nos mantermos saudáveis nas situações de *stress*. Contudo, Coyne e Downey (1991) alertam para os casos em que o suporte social tem um efeito adverso nas experiências de *stress* e, de uma forma geral, na saúde dos indivíduos. Com efeito, as relações sociais podem revelar-se disfuncionais, caracterizando-se por conflitos, inibição da comunicação e falta de estabilidade nas relações próximas e íntimas (Ramos, 2001).

1.2.5. CONSEQUÊNCIAS DO *BURNOUT*

A exaustão é a componente do *burnout* que se aproxima mais das variáveis ortodoxas do *stress*, sendo a que melhor permite predizer resultados de saúde relacionados com o *stress*. A exaustão mostra uma correlação com sintomas de *stress*, como dores de cabeça, fadiga crónica, perturbações gastrointestinais, tensão muscular, hipertensão, episódios gripais e resfriados, e perturbações do sono.

Também em relação à saúde mental, o processo de *burnout* pode dar lugar a incapacidades mentais, sendo de certa forma demonstrável a associação entre um quadro forte de ansiedade, irritabilidade, insónias, aumento do consumo de álcool e drogas, problemas familiares e depressão. Por outro lado, tem-se argumentado que o próprio processo de *burnout* consistiria numa forma de doença mental, mais do que numa causa. Muitas das discussões têm-se centrado em saber até que ponto o *burnout* constitui um fenómeno distinto da depressão, mas a investigação tem demonstrado que as duas são diferentes: o processo de *burnout* encontra-se ligado a uma situação profissional, a um contexto específico, enquanto que a depressão surge como um processo geral e independente de um contexto.

O *burnout* pode originar uma deterioração da qualidade dos cuidados e serviços prestados aos doentes e/ou clientes.

O *burnout* tem sido associado a várias formas de afastamento do trabalho – **absentismo**, **intenção de abandonar o trabalho** e **rotatividade**. No entanto, para quem permanece no trabalho, o *burnout* acarreta uma menor produtividade e uma menor eficiência. Pode ser associado a um menor grau de **satisfação profissional** e a um menor empenhamento para

com o trabalho e/ou a organização, na medida em que diminui a oportunidade de experiências satisfatórias.⁴

A intenção de demissão, rotatividade (*turnover*), é um problema especial para as organizações de serviços humanos. A maior parte dos estudos que investigaram as intenções de rotatividade demonstraram que a rotatividade desejado ou intencional estava significativamente relacionado com o *burnout* (Maslach e Jackson, 1984^a, b; Quarttorchi-Tubin, Jones, e Breedlova, 1982, Pines, Aronson, e Kafry, 1981; Taylor et al., 1990, citados por Burke, 1993).

Segundo Kahill, 1988, citado por Burke, 1993, as provas que ligam o *burnout* ao absentismo não são consistentes. Embora vários autores (Maslach e Jackson, 1981; Pines, Aronson e Kafry, 1981; Schwab, Jackson e Schuler, 1986) encontrassem medidas de *burnout* relacionadas com atrasos, muitos intervalos e absentismo, os relacionamentos raramente dão conta de grandes quantidades de variações em turnover. Outras investigações não encontraram relações entre o absentismo e o *burnout*.

O *burnout* pode assim tornar-se “contagioso”, alastrando através de interações informais. O indivíduo que vive um processo de *burnout* pode exercer uma influência negativa nos colegas, seja provocando conflitos de pessoal, seja perturbando a execução das tarefas. Também se demonstrou que o *burnout* exerce um efeito de “extravasamento” na vida privada dos indivíduos. (Maslach, C; Leiter, M., 2000).

Existem provas que indicam que o *burnout* está relacionado com a falta de saúde, por exemplo, a fadiga e a depressão ou exaustão física, dificuldades de sono, e problemas somáticos específicos tais como dores de cabeça, distúrbios gastrointestinais, constipações e gripes, entre outros (Kahill, 1988, citado por Burke, 1993). Altos níveis de *burnout* estão também relacionados com estilos de vida associados a uma fraca saúde, como consumo de álcool, de tabaco e pouco exercício físico. O *burnout* está também ligado a vários sintomas emocionais, como a depressão, sentimentos de culpa e tensão (Burke, 1993, citando Firth et

⁴ A maior parte das investigações determinou que o *burnout* está claramente associado à redução de satisfação no trabalho (Burke, 1993, citando Burke, 1987; Burke e Greenglass, 1989; Burke, Shearer, e Deszca, 1984b). Alguns investigadores consideraram o esgotamento psicológico como resultado da satisfação no trabalho (e.g., Burke, Shearer, e Deszca, 1984b; Burke e Greenglass, 1988) enquanto outros consideram que a satisfação no trabalho é a causa do esgotamento psicológico (Burke, 1993, citando Dolan, 1987; Leiter, 1988^a; Pines, Aronson e Kafry, 1981).

al., 1987; Jayaratne e Chess, 1983; Jayaratne, Chess, e Kunkel, 1986; Pines, e Aronson, e Kafry, 1981; Pines e Kafry, 1981; Fimian e Cross, 1986; Gold e Michael, 1985; Morgan e Krehbiel, 1985).

O estado oposto ao *burnout* não é um estado neutro, é sim um estado de saúde mental no âmbito do domínio ocupacional. As três dimensões do *burnout* definem ainda o empenhamento ou compromisso no trabalho como um estado de produtividade e de satisfação, mas com um desfecho positivo. Neste contexto, o empenhamento consiste num estado de acentuada energia (em vez de exaustão), forte envolvimento (em lugar de cinismo) e sentido de eficácia (em vez de ineficácia).

É de salientar, no *continuum burnout*-empenhamento, que as estratégias utilizadas para incentivar o empenhamento podem ter um papel tão importante na prevenção do *burnout*, como as próprias estratégias para diminuir o seu risco. A criação de um lugar de trabalho assente no desenvolvimento positivo das três qualidades essenciais, energia, envolvimento e eficiência, contribui de forma decisiva para o bem-estar e produtividade dos trabalhadores e, consequentemente, para a saúde de toda a organização. Nesta perspectiva, a saúde não se limita ao bem-estar físico ou emocional do indivíduo, mas está patente nas relações interpessoais.

1.2.6. PREVENÇÃO E INTERVENÇÕES NO *BURNOUT*

As despesas pessoais e organizacionais decorrentes do *burnout* levaram ao desenvolvimento de diversas estratégias de intervenção. Umas tentam tratar o *burnout* após a sua ocorrência, outras centram-se na sua prevenção, através do incentivo do empenhamento.

A prevenção do *Burnout* nos técnicos de saúde, segundo a WHO (1987), é um dos principais objectivos, de forma a construir equipas multidisciplinares com capacidades acrescidas para lidar com o problema.

A intervenção pode ser tomada ao nível do indivíduo, do grupo de trabalho ou mesmo da totalidade da organização. Em cada nível aumenta o número de pessoas afectadas por uma intervenção e o potencial para uma mudança duradoura.

Qualquer progresso na abordagem do *burnout* depende do desenvolvimento de estratégias concentradas no contexto profissional e no seu impacto sobre as pessoas nele envolvidas. No entanto, tem-se verificado uma ênfase primária ao nível das estratégias individuais de prevenção do *burnout*, embora os investigadores tenham vindo a concluir que os factores individuais nos processos de *burnout* têm um papel menos importante que os factores

emocionais e organizacionais. Concluiu-se também que as estratégias individuais são relativamente ineficazes ao nível do grupo de trabalho, onde o indivíduo tem menos possibilidade de controlar os elementos de *stress* que noutros domínios da sua vida. O facto de se dar ênfase ao individual assenta na ideia que é mais fácil e mais barato mudar as pessoas do que as organizações.

A abordagem multidimensional do processo de *burnout* implica que as intervenções destinadas a reduzir o *burnout* sejam planeadas e concebidas de acordo com o componente de *burnout* ao qual se dirigem. Ou seja, mais do que praticar uma abordagem geral, pode ser mais efectivo considerar o modo de diminuir a probabilidade de ocorrência da exaustão emocional, de prevenir a tendência à despersonalização ou de aumentar o sentimento de desempenho do indivíduo.

Assim, e de acordo com Pines (1993), deve existir uma intervenção a três níveis: de organização, de grupo e no indivíduo.

No que se refere à organização devem ser instituídas condições de natureza física, social e administrativa que não se tornem nocivas para o trabalhador e que, ao mesmo tempo, sejam gratificados os aspectos positivos da actividade profissional (Vaz Serra, A., 1999).

Podem-se reduzir os riscos de *burnout*, contribuindo para a melhoria do contexto profissional, através do desenvolvimento de processos de decisão mais participativos ou melhores métodos de proporcionar informação (*feedback*) significativa e reconhecimento. Também uma melhor formação profissional deveria incluir a preparação para situações profissionais difíceis e que acarretam uma grande carga de *stress*. Desta forma, para Nunes (2000) é importante a aquisição de competências nesta área.

No que se refere ao profissional de saúde, pode-se reforçar o sentido de controlo pessoal, acentuando-se os aspectos positivos das funções e dando significado às tarefas comuns. Também o envolvimento em grupos e/ou comunidades de acção pode contribuir para reduzir a sensação de impotência e de pessimismo.

Quanto ao grupo em que o indivíduo se insere, é importante avaliar até que ponto as exigências que lhe estabelecem são legítimas. É preciso que aprenda a lidar com elas e que saiba tirar partido daquelas pessoas que o possam efectivamente apoiar, sob o ponto de vista técnico, emocional e todos os outros em que se sente carente (Vaz Serra, A., 1999).

Queirós (2005), citando Marques-Teixeira, 2000, diz que é possível intervir nas organizações, aconselhando a variar as tarefas nas rotinas diárias, flexibilizar os horários, privilegiar o trabalho em equipa, promover locais de trabalho agradáveis, manter uma livre circulação de informação, encorajar as pessoas a falar das suas dificuldades, envolver as pessoas nas tomadas de decisão, reconhecer o trabalho efectuado, criar grupos de suporte e fóruns de discussão dos problemas institucionais.

Nunes (2000), citado por Queirós (2005) identifica, a nível das organizações, como estratégias positivas para a prevenção, a clarificação da missão e objectivos, a existência de chefias intermédias, a supervisão e uma comunicação adequadas, assim como a avaliação da performance.

O papel de outros indivíduos, como colegas, é fundamental na prevenção do processo de *burnout*: o apoio social e o *feedback*, tal como refere Leiter & Maslach em 1988 e Maslach & Jackson, 1982

“O suporte social parece assumir um importante papel na prevenção do *burnout*, quer seja o suporte social organizacional quer se trate do suporte social pessoal. A disponibilidade deste importante recurso pode moderar o *burnout* ao nível dos três processos em jogo:

- relação entre os *stressores* laborais e a exaustão emocional
- relação entre a exaustão emocional e a despersonalização
- relação entre a despersonalização e os sentimentos de auto-ineficácia.”

(Marques-Teixeira, 2002 in Queirós, 2005)

Garcia (1990), citado por Queirós (2005) enumera medidas de intervenção no plano individual, como a possibilidade de frequentes períodos de férias, manter uma adequada auto-estima e não ter pressa em atingir determinados objectivos.

Na intervenção sobre o indivíduo deve fazer-se-lhe sentir que a crise que atravessa se pode tornar uma fonte de crescimento pessoal, desde que seja capaz de avaliar o que o descompensa e aprenda a lidar, até ultrapassar as dificuldades que sente.

No plano das estratégias pessoais, Nunes (2000) refere a auto-gestão com o dividir as grandes tarefas em passos que possam ser geridos, reconhecer o trabalho do outro, dando umas palmadas nas costas, apreciar o trabalho bem feito, ser positivo, colocar prazos e ser específico.

Para o mesmo autor é importante promover o controlo emocional, controlar e alterar as imagens mentais do pólo negativo para o positivo. Por vezes é necessário encarar mudanças de serviço, de instituição e de profissão. Tentar viver despreocupado, não afligido com

problemas passados e os que poderão surgir no futuro, ser flexível e encarar os problemas como oportunidades.

“Em suma, prevenir e tratar o *burnout* passa por evitar e converter a exaustão em energia, o cinismo em envolvimento, a ineficácia em eficácia” (Queirós, 2005)

1.3. FACTORES DE RISCO NAS PROFISSÕES DE SAÚDE

Os serviços de saúde, os hospitais em particular, constituem organizações bastante peculiares, concebidas quase exclusivamente em função das necessidades dos utentes. Dotados de sistemas técnicos organizacionais muito próprios, proporcionam aos seus trabalhadores condições de trabalho precárias, sendo, na maior parte das vezes, piores do que as verificadas na grande maioria dos restantes sectores de actividade.

Assim sendo, o trabalho em hospital contribui não só para a ocorrência de acidentes de trabalho, como também para desencadear frequentes situações de *stress* e de fadiga física e mental.

Vaz Serra (1999), citando Heim (1992), refere que os enfermeiros são dos profissionais que atravessam as mais intensas condições de *stress*. Estas são provenientes, em grande parte, da atenção e dos cuidados que têm de prestar continuamente aos doentes, seguidos de sobrecarga de trabalho, conflitos de equipa, insegurança, falta de autonomia e conflitos de autoridade.

Estes profissionais são afectados por transtornos psicopatológicos superiores aos da população em geral e, quando em *stress*, também se envolvem no consumo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas ou psicofármacos, como o comprovam diversos estudos.

Sutherland e Cooper (1990) referem que as enfermeiras apresentam um maior índice de mortalidade, comparando com mulheres de outras profissões de idades semelhantes. Além disso, têm também uma expectativa de vida menor quando confrontadas com profissões tradicionalmente femininas, como as professoras primárias, as dactilógrafas ou as secretárias. Estes mesmos autores citam que as enfermeiras cometem suicídio numa frequência maior do que as mulheres de outras profissões (Vaz Serra, A., 1999).

Num estudo relativo a enfermeiras em cargos de chefia, Hingley e Cooper (1986), verificaram que 52% da amostra consumia bebidas alcoólicas como uma forma usual de se relaxarem quando em *stress* (citados por Sutherland e Cooper, 1990, in Vaz Serra, A., 1999).

Os factores inerentes à estrutura das relações entre profissionais de saúde e doentes são os mesmos que podem aumentar o risco de *burnout*, “*na medida em que aumentam o nível do stress emocional, produzem visões negativas dos receptores dos cuidados ou reduzem o sentimento de eficácia dos trabalhadores.*” (Maslach, C., 2000).

Como esta relação tem um papel central na etiologia do *burnout*, os investigadores chegaram à conclusão que é possível fazer o prognóstico do *burnout* com maior precisão através dos factores do trabalho e não tão exactamente através das variáveis “demografia” ou “personalidade”.

1.3.1 CUIDAR DO DOENTE

Os problemas de saúde mais desejáveis de serem tratados pelos profissionais de saúde são os que têm maior probabilidade de sucesso, como os casos não crónicos e curáveis. Tal situação justifica-se, pois estes profissionais são formados para tratar e melhorar a saúde dos doentes. Mas, perante situações em que os cuidados de saúde não obtêm sucesso, ou seja, perante a inevitável impotência para curar todos os doentes ou atingir um progresso duradouro, o sentido do desempenho pessoal e de competência do profissional de saúde encontram-se ameaçados. O profissional de saúde, para além de se auto-responsabilizar por este falhanço, pode gerir a sua frustração transferindo para o doente a culpa deste não melhorar ou mesmo de ter chegado a contrair a doença.

O *burnout* está associado à grande quantidade de tempo despendido no tratamento directo aos doentes, em detrimento de outras tarefas, bem como à maior intensidade do contacto com o doente. Esta intensidade varia consoante as responsabilidades e expectativas do profissional, representando a solicitação física e psicológica envolvida no cuidado a certos doentes especiais.

Para além do maior tempo e esforço despendidos, algumas destas tarefas podem ser muito difíceis de executar ou ser particularmente inquietantes, dado corresponderem a sintomas múltiplos e severos.

O profissional de saúde tem de lidar com os diferentes sentimentos que os doentes manifestam, relativamente aos respectivos problemas de saúde e aos processos que atravessam. O facto de terem de lidar com estas reacções emocionais pode produzir um aumento da solicitação psicológica. O profissional de saúde que não tiver recebido uma

formação psicológica adequada poderá não se sentir preparado para dar resposta às necessidades emocionais dos doentes. Os doentes têm muitas vezes dificuldade em comunicar com os profissionais, queixam-se e originam problemas relativos ao tratamento, podendo ser rudes ou desagradáveis; além disso, alguns doentes podem viver processos de depressão e outros distúrbios psicológicos severos. A probabilidade de um profissional de saúde entrar num processo de despersonalização para com o doente depende da severidade e da imponderabilidade destes sintomas.

Outras características do doente que podem exacerbar o *stress* emocional dos profissionais de saúde são as situações que o levem a identificar-se com o doente ou que o façam recordar os seus próprios familiares.

Também o apoio à família pode significar uma carga emocional adicional para o profissional de saúde.

1.3.2 CONTROLO E AMBIGUIDADE

Segundo Maslach & Jackson, 1982, o *burnout* está associado aos factores profissionais da área da saúde que contêm maior grau de ambiguidade e menor possibilidade de controlo (Maslach, C., 2000). Desta forma, se o trabalhador sentir ambiguidade e incerteza em relação àquilo que se espera dele e à forma como o desempenha, aumentará a probabilidade de sofrer de *stress* e o seu desempenho profissional ver-se-á afectado.

No entanto, esta situação não se verifica só em relação aos doentes. Também as relações com os colegas podem constituir uma séria fonte de problemas, no que diz respeito ao controlo e à ambiguidade. Ao serem obrigados a trabalhar uns com os outros de uma forma muito chegada e interdependente, muitas vezes com pouca possibilidade de controlo sobre as suas actividades diárias, recebendo pouco *feedback* sobre os resultados dos seus esforços, quer dos que estão directamente relacionados, quer dos seus superiores hierárquicos, pode contribuir para o desenvolvimento do *burnout*.

Muitas investigações identificaram o papel do conflito e o papel da ambiguidade como factores importantes no desenvolvimento do *burnout* (Schwab, Jackson, e Schuler, 1986, citados por Burke, Richardsen, 1993). Nas situações onde existiam altos níveis de conflito, os profissionais mostraram níveis mais altos de exaustão emocional e cansaço, além de atitudes negativas para com os interlocutores. Burke, 1993, citando Schwab, Jackson, e Schuler, refere que o papel da ambiguidade e o papel do conflito contribuíam significativamente para a exaustão emocional, e o papel do conflito dava origem à despersonalização.

Em geral, o papel do conflito e o papel da ambiguidade não foram associados com a realização pessoal.

Relativamente às **expectativas** que os profissionais que começam o seu emprego têm sobre como será o trabalho e que resultados este terá, a maioria dos profissionais de ajuda começa a profissão com um grande empenho em ajudar, com expectativas de fazer a diferença e por vezes com objectivos claramente definidos. O encontro entre as primeiras expectativas e a realidade do trabalho determina parcialmente as reacções do empregado em relação ao seu trabalho e há provas que demonstram que as expectativas de trabalho não realizadas estão associadas ao *burnout* (Schwab, Jackson e Schuler, 1986, citados por Burke, 1993). As expectativas em conflito contribuem significativamente para a exaustão emocional, mas não para as outras duas componentes do *burnout*.

A falta de **controlo** ou **autonomia** no trabalho pode também contribuir para o *burnout*. Jackson, 1983, citado por Burke, 1993, refere que é possível que o aumento de participação no processo de tomada de decisões possa aumentar o controlo que os empregados têm sobre o seu local de trabalho, podendo constituir uma maneira eficiente de reduzir a tensão no trabalho.

Várias investigações determinaram que a participação em tomadas de decisão contribui significativamente para a despersonalização, mas não nas outras duas dimensões do *burnout* (Burke, 1993, citando Jackson, Turner e Briet, 1987; Schwab, Jackson e Schuler, 1986). Os mesmos autores referem ainda que a autonomia em termos de trabalho estava relacionada com a realização pessoal entre professores. No entanto, outro investigador encontrou entre o pessoal de saúde que o poder de decisão no trabalho contribui para todas as três componentes do esgotamento. Os empregos que acumulavam grandes cargas de trabalho com fraca decisão de autoridade estavam associados com maiores riscos de *burnout* e maior pressão no trabalho – insatisfação no trabalho, problemas no sono, depressão/satisfação de vida e tensão psíquica/psicossomática (Burke, 1993).

A falta de **apoio social** também pode resultar em *burnout* (Burke, 1993, citando Pines, Aronson e Kafry, 1981; Leiter e Maslach, 1988). O apoio, que pode vir de várias fontes – da administração, colegas, ou outras, fora do local de trabalho, inclusive a família, é considerado eficaz quando:

- Proporciona conforto emocional;

- Confronta a pessoa quando o comportamento é inapropriado;
- Dá apoio técnico em áreas de trabalho afins;
- Encoraja o desenvolvimento individual;
- Serve de ouvinte activo;
- Tem valores, crenças e percepções da realidade semelhantes.

No local de trabalho, a qualidade do relacionamento interpessoal e o envolvimento psicológico dos trabalhadores no seu trabalho apresenta uma relação muito forte, demonstrada pela investigação (Burke, 1993). O apoio social dos colegas pode ser um elemento importante na satisfação do trabalhador. No entanto, a interacção com colegas pode nem sempre ser de apoio, havendo por vezes contactos interpessoais negativos devido a conflitos e desacordos. Burke, 1993, citando alguns investigadores, como Leiter, Jackson, Altmeir entre outros, refere que muitas investigações demonstraram que a falta de apoio dos colegas está relacionada com o *burnout*, sugerindo que a interacção com colegas pode ser a maior razão para o *stress* no trabalho. O contacto interpessoal desagradável com colegas também demonstrou contribuir para a exaustão emocional, ao passo que relacionamentos positivos entre colegas estavam inversamente relacionados com a despersonalização e realização pessoal.

Diversas investigações (Jackson, Schwab, e Schuler, 1986; Jackson, Turner e Briet, 1987; Leiter, 1991; Leiter e Maslach, 1988, entre outras) demonstraram que o apoio do supervisor é importante na experiência de *burnout*. Em todas elas a falta de apoio comprovou ser a maior determinante para o *burnout*. Se por um lado, o relacionamento com o supervisor pode estar fortemente relacionado com a exaustão emocional (Leiter e Maslach, 1988), por outro lado, este contacto pode envolver elogios, orientação, e promoções, que servem para comunicar ao trabalhador que os seus esforços são apreciados. Neste sentido, o apoio do supervisor parece estar mais associado a realização pessoal.

Uma outra questão que se coloca, relacionada com o apoio do supervisor, é de como o “feedback” sobre o rendimento é comunicado ao trabalhador. Para Jackson, Schwab e Schuler (1986), as estruturas de recompensa e penalização podem ter um impacto na realização pessoal e na despersonalização. Ao investigarem os efeitos das recompensas e das penalizações sobre o *burnout*, concluíram que a única variável que teve uma relação significativa com o *burnout* foi a eventual penalização por trabalho mal realizado.

1.3.3. CUIDAR EM PSIQUIATRIA

Os enfermeiros que trabalham em serviços de psiquiatria confrontam-se com diversas fontes de *stress*. Uma são relativas aos psicóticos que não aceitam estar doentes e que não aderem nem colaboram com qualquer proposta de terapêutica. Outras correspondem ao envolvimento que os familiares dos doentes lhes procuram fazer para tomarem partido em relação a determinado tipo de problema. Além disso, há por vezes doentes com uma personalidade tão dependente que procuram que o enfermeiro se torne um gestor da sua vida. Noutras circunstâncias, têm de lidar com uma personalidade querelante e hostil.

O enfermeiro que trabalha com doentes do foro psiquiátrico tem de aprender a lidar com transtornos do comportamento. Estes doentes, embora não tenham habitualmente uma doença física observável, têm uma psicopatologia que traz consigo grande perturbação e sofrimento. Manifestam uma comunicação difícil ou conflituosa, fazem correr riscos inesperados e por vezes tornam-se perigosos. Em casos de agitação, são habitualmente barulhentos e incomodativos, podendo verificar-se também agressões entre doentes, actos destrutivos do meio ambiente ou roubos feitos a internados. Os medos surgidos do contacto com os doentes são relativos à eventualidade da violência, em meios pouco protegidos, e à falta de recursos para lidar com algumas situações que podem surgir.

Os enfermeiros confrontam-se também com uma outra situação: em psiquiatria as recuperações têm um carácter mais transitório e há casos em que se vão deteriorando com a passagem dos anos.

Poderá também haver um aumento da sobrecarga de trabalho, devido ao número escasso de enfermeiros, pois a ideia estigmatizante que se cultiva socialmente sobre o doente psiquiátrico faz com que poucas pessoas se sintam atraídas pela especialidade.

Jones (1987) referiu que as grandes fontes de *stress* para os enfermeiros que trabalham em serviços de psiquiatria estão relacionadas com o contacto com os doentes e factores de natureza administrativa e de organização (Vaz Serra, A., 1999).

Whittington e Wykes (1992), citados por Vaz Serra, A., 1999, analisaram o que aconteceu a 23 enfermeiros psiquiátricos e a 1 médico atacados por doentes no seu trabalho. Ao serem entrevistados 72 horas e 2 semanas após o acontecimento, verificaram que diversos destes indivíduos continuavam a manter um estado marcado de tensão emocional que continuou a persistir bastante tempo após o incidente.

Thornton (1992), num estudo relativo a técnicos de saúde mental, verificou que os indivíduos com tendência a utilizarem estratégias de *fuga-evitamento* perante os seus problemas eram os que mais facilmente desenvolviam sintomas de exaustão emocional, despersonalização e de falta de realização pessoal.

Aida Cruz Mendes (1996), citada por Vaz Serra, A., 1999, comprovou a existência de uma correlação negativa, significativa, entre *burnout* e satisfação com o trabalho, num estudo relativo a 147 enfermeiros de psiquiatria.

Tem-se também verificado que o *stress* se torna mais grave quando os papéis que cabe cumprir a cada um não estão definidos com clareza, existe uma indefinição de autoridade e de objectivos a prosseguir. Quando isto ocorre, o enfermeiro pode sentir-se vítima das práticas administrativas e da organização, que são mais acentuadas se sentir falta de apoio por parte dos superiores hierárquicos.

Existem circunstâncias específicas indutoras de *stress* em enfermeiras psiquiátricas, que as diferenciavam de outros grupos, tal como o comprovam Cronin-Stubbs e Brophy (1985), citados por Vaz Serra A., 1999, num estudo relativo a 296 enfermeiros. Estes autores verificaram que as enfermeiras psiquiátricas têm tendência para um maior número de conflitos relativo a envolvimento interpessoal, tanto com os doentes como com os familiares, com os médicos e com os colegas de trabalho, do que as enfermeiras que trabalham em outros serviços, como medicina ou cirurgia. Estes autores verificaram ainda que as enfermeiras psiquiátricas recebem uma ajuda e assistência menos directa do que as enfermeiras do bloco operatório. Em termos de feedback relativo ao trabalho em si, as enfermeiras psiquiátricas recebem uma confirmação das suas acções menos observável, concreta e contínua, que as do bloco operatório. Esta falta de feedback revela-se um precursor de *burnout*. Também as enfermeiras que apresentam manifestações de *burnout* têm tendência a utilizar psicofármacos para acalmar os doentes e a passar menos tempo em contacto directo com eles.

1.4. ESTADO DE ARTE

Os estudos encontrados na pesquisa documental apontam para uma abordagem complexa do *stress*, bem como para a relatividade do conceito em si, já que este é um fenómeno humano. Daí o *stress* ter de ser abordado de forma sistémica.

Recentemente, tem – se vindo a assistir a um interesse sobre o tema, alicerçado, sobretudo, na vertente preventiva e ancorado à saúde no trabalho, a serviços de urgência, a serviços de cuidados intensivos ou serviços de psiquiatria. Na generalidade, os investigadores sobre o tema têm formação de base ligada à saúde Mental e Psiquiátrica.

McIntyre (1994), referindo um estudo de Smith, 1978, diz que um estudo realizado a vinte e dois mil trabalhadores, em 130 profissões, revelou que 7 das 27 ocupações consideradas de *stress* elevado estavam relacionadas com cuidados de saúde.

Segundo a mesma autora, as instituições de saúde especialmente os hospitais e os centros de saúde constituem ambientes de trabalho particularmente causadores de *stress*, com níveis múltiplos de autoridade, heterogeneidade de pessoal, interdependência das responsabilidades, especialização profissional (Queirós, 2005).

De entre os profissionais de saúde em *burnout*, os médicos têm sido particularmente estudados. Marques-Teixeira (2002) aponta estudos em que cerca de um terço apresentam sentimentos de exaustão emocional, despersonalização e baixo desempenho profissional (Cooper et al., 1989; Kirwan e Armstrong, 1995; Goldberg et al., 1996; Lopez-Castilho et al., 1999; Thomsen et al., 1999).

Marques-Teixeira (2002), refere que Baker, et al., (2001), no seu Modelo de Contágio do *Burnout*, explica que os níveis elevados de *burnout* podem dever-se ao “contágio emocional”. Este modelo foi ensaiado em clínicos gerais chegando à conclusão de que o *burnout* na expressão exaustão emocional emerge em primeiro lugar pelo contágio com os colegas e em resultado da susceptibilidade para o contágio emocional.

Num estudo entre enfermeiras, Groenestijn et al. (1992) apresentou a evidência empírica para este contágio, constatando que as enfermeiras com maior necessidade de informação relativa à comparação social relatavam níveis superiores de *burnout* quando percebiam mais queixas de *burnout* entre as suas colegas (Queirós, 2005, p.64).

São numerosos os autores a considerar que o profissional de enfermagem merece uma especial protecção perante a quantidade de agentes diários indutores de *stress*.

Existe também, um número vasto de trabalhos que relacionam a actividade de enfermagem com ocorrências que podem induzir *stress* e *burnout*. Para Martínez et al., (1994) o pessoal de enfermagem constitui um dos grupos laborais com risco de *burnout*, que mais frequentemente

aparece referenciado na bibliografia. Não é de estranhar esta vulnerabilidade dos profissionais de enfermagem, já que a enfermagem carrega uma história de determinados conteúdos (abnegação, sacrifício, vocação própria para servir os outros), que a transforma numa instituição que põe em actividade um sistema defensivo primitivo e estruturado, pouco gratificante, incentivador de comportamentos individuais altamente perigosos para a saúde mental dos seus membros (Martinez e Bergé, 1996, citados por Queirós, 2005).

Glass et al. (1993), numa amostra de 162 enfermeiros, comprovaram que aqueles que no emprego sentiam menor controlo sobre os acontecimentos apresentavam uma incidência maior de depressão e de *burnout*.

Blegen (1993), numa revisão de 48 estudos que reuniu um total de 15.048 enfermeiros, comprovou, tal como tem sido descrito para outras profissões, que quanto maior o *stress* menor a satisfação sentida no trabalho; por sua vez, a satisfação com o trabalho decorre de forma paralela com o envolvimento na organização.

Firth e Britton (1989) demonstraram que a presença de *burnout* estava associado com o absentismo, que se tornava com frequência um precursor de mudança de emprego. Estes autores comprovaram que a existência de apoio social recebido, por exemplo, de um superior, poderia constituir um factor moderador dos efeitos do *stress*. Por sua vez, Dolan e Cols (1992) comprovaram, num estudo de 1237 enfermeiros, que os factores que melhor predizem a saída de um enfermeiro da organização onde trabalha são a falta de poder decidir por si sobre os problemas de trabalho e os problemas relacionados com o seu papel dentro da instituição (Vaz Serra, A., 1999).

Entre profissionais de saúde, no âmbito da saúde mental, alguns estudos indicam particularidades e níveis elevados de *burnout*.

Marques – Teixeira (2002) reconhece parecer existir aspectos altamente *stressantes* na prática psiquiátrica, nomeadamente, a possibilidade de maior envolvimento com doentes, a violência ou a probabilidade de ocorrer violência, e o facto de lidarem com pessoas com problemas ao longo de grandes períodos de tempo.

2. CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO E METODOLOGIA

No presente capítulo, propomo-nos caracterizar o estudo a desenvolver, problematizar a temática em estudo, bem como definir os objectivos e questões orientadoras da investigação. Os procedimentos metodológicos que irão enformar a investigação, serão igualmente descritos.

Como profissional de enfermagem sempre nos interessou as questões relacionadas com o *Burnout*. Mais tarde, após termos terminado uma especialidade em Saúde Mental e dando continuidade à nossa prática, ao nosso processo biográfico enquanto assistentes numa ESSE, tem-nos vindo a inquietar toda a problemática do stress profissional. É nesta conjuntura que surge a questão central da investigação:

Qual a influência dos factores organizacionais nos níveis do burnout dos enfermeiros dos serviços de psiquiatria de doentes agudos dos hospitais da Região de Lisboa?

Da questão central decorreram as seguintes questões orientadoras da pesquisa:

Quais os factores organizacionais e individuais que estão associados às três componentes do *Burnout* – exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal – dos enfermeiros dos serviços de psiquiatria da Região de Lisboa?

Quais as consequências mais importantes da síndrome de *Burnout*, para a organização e para o indivíduo?

Pretendemos estudar uma população muito particular: os enfermeiros dos serviços de psiquiatria de agudos dos hospitais de Lisboa. Para atingir os objectivos propostos parece-nos adequada a investigação por questionário, já que este estudo se centra na “*descrição segura de determinadas características*” (Cozby, 1977) de um grupo dotado de uma especificidade própria, e porque o tema é sobejamente estudado e existem questionários validados para esta problemática. Faz parte ainda do âmbito do nosso estudo averiguar se existe relação entre as várias variáveis quantificáveis. Optamos, assim, por uma investigação correlacional, não se

estabelecendo, no entanto, uma relação directa causa-efeito (CARMO, Hermano, FERREIRA, Manuela, 1998).

Constituem, pois objectivos do nosso estudo:

- 1º Verificar se os profissionais que trabalham nos Serviços de Psiquiatria de doentes agudos, dos Hospitais da Região de Lisboa apresentam síndrome de *Burnout*;
- 2º Identificar as variáveis associadas à síndrome que podem ser preditores desta;
- 3º Analisar as consequências do *Burnout*, neste grupo específico de pessoas, para as instituições.
- 4º Verificar se existem diferenças significativas entre os níveis de *Burnout* dos enfermeiros dos serviços de psiquiatria inseridos num Hospital Geral e os dos enfermeiros dos serviços de psiquiatria inseridos num Hospital Psiquiátrico.

VARIÁVEIS

Tal como refere Kerlinger (1980), uma variável é “*um conceito com um significado específico «construído», dado por um pesquisador*” (p.25). Ainda segundo o mesmo autor, uma variável independente é aquela que “*se supõe influenciar outra variável, chamada variável dependente*” (p.24).

Variáveis sociodemográficas e situacionais:

Sexo (género): Masculino/feminino

Idade: Número de anos

Habilitações académicas: Bacharelato em Enfermagem; Licenciatura em Enfermagem; Curso de Especialidade; Curso de Estudos Superiores Especializados; Outros Cursos

Estado civil: Solteiro; Casado; Separado/divorciado; Viúvo

Filhos: Sim; Não

Funções de chefia: Sim; Não

Anos de serviço na categoria: Número de anos

Anos de serviço como enfermeiro: Número de anos

Situação contratual: Do quadro; vínculo precário

Se pudesse deixaria a instituição onde trabalha? Sim; Não

De que maneira está satisfeito com o seu trabalho/função? Muito satisfeito; Razoavelmente satisfeito; Satisfeito Pouco Satisfeito; Nada Satisfeito

Número de horas que trabalha diariamente nesta instituição: Menos de 8 horas; de 8 a 9 horas; 9 a 10 horas; mais de 10 horas

Por mês em média ausenta-se: Muito raramente; 1 dia; 1 semana; 15 dias; mais de 15 dias

Ultimamente tem tido problemas de saúde (Dores de cabeça; Insónias; Perda de apetite; Picadas no Coração; Outros): Nunca; Raramente; Algumas Vezes; Com Alguma Frequência; Muitas frequentemente

Na 1ª parte do estudo em que se irão analisar as **causas do burnout**:

- Consideramos como variáveis independentes:

Clima organizacional: As dimensões relacionamento, desenvolvimento pessoal; sistemas de mudança e manutenção. E nos aspectos: envolvimento; coesão entre colegas; apoio do supervisor; autonomia; pressão no trabalho; orientação para a tarefa; clareza; controlo; inovação; conforto físico.

- Consideramos como variável dependente:

Síndrome de Burnout: Nas suas dimensões exaustão emocional; cinismo e realização pessoal, tal como são definidas pelo Inventário de Maslach.

Na 2ª parte do estudo em que se irão analisar as **consequências do burnout**:

- Consideramos como variável independente:

Síndrome de Burnout: Nas dimensões exaustão emocional; cinismo e realização pessoal

- Consideramos como variável dependente:

Sintomas psicossomáticos, o absentismo, a satisfação e o turnover.

Nota: Algumas das variáveis sociodemográficas e situacionais para o efeito de testar alguma das hipóteses podem assumir-se como variáveis em estudo.

As relações entre as variáveis que irão ser investigadas são provenientes quer da teoria, quer da nossa experiência, supondo-se existir uma relação entre elas. Partimos assim, para a formulação de várias hipóteses de relação entre uma ou mais variáveis, que numa fase posterior irão ser testadas.

HIPÓTESES

Exposta a problemática da nossa investigação, conduzimos o estudo no sentido de encontrar vias possíveis que a pudessem explicar. Consideramos que a hipótese “é a proposição testável que pode ser a solução do problema” (GIL, 1991,p.35).

Com base na questão central, nas questões orientadoras e nos objectivos de estudo que traçámos para esta investigação, constituímos as seguintes hipóteses de trabalho:

•H 1: Os enfermeiros dos serviços de psiquiatria apresentam diferentes níveis da síndrome de *burnout*, pressupondo-se existir uma associação com os factores individuais e profissionais.

H 1.1. – Os enfermeiros casados tem níveis mais reduzidos de *burnout* que os solteiros

H 1.2. – Os indivíduos mais novos têm níveis mais elevados de *burnout* que os mais velhos

H 1.3. – Não há diferenças de género nas dimensões de *burnout*

H 1.4. – Os enfermeiros que exercem funções de chefia tem níveis mais elevados de *burnout* dos que os que não exercem

H 1.5. – Os enfermeiros com mais anos de serviço têm níveis de *burnout* mais baixos daqueles que exercem a profissão há menos anos

H 2. Os enfermeiros dos serviços de psiquiatria de doentes agudos dos Hospitais da Região de Lisboa apresentam níveis diferentes da síndrome de *burnout*, pressupondo-se existir uma associação com os factores organizacionais.

H 2.1. – Quanto maior a autonomia e menor a pressão, maior orientação para a tarefa, menor o *burnout*

H 2.2. – Um maior envolvimento, coesão entre colegas e supervisão originam níveis mais reduzidos de *burnout*

H 2.3. – Uma maior clareza, inovação e conforto físico e um menor controlo originam níveis mais reduzidos de *burnout*

Relativamente às consequências do *burnout*, considerámos as seguintes hipóteses:

•H 3: Existe uma relação entre os níveis da síndrome de *burnout*, dos enfermeiros dos serviços de psiquiatria, com o absentismo, o desejo de abandono da instituição, as queixas somáticas e a insatisfação.

H 3.1. – Níveis mais altos de *burnout* originam maior absentismo

H 3.2. – O desejo de abandono da instituição é maior em indivíduos com níveis mais elevados de *burnout*.

H 3.3. – Níveis mais elevados de *burnout* dão origem a queixas psicossomáticas

H 3.4. – Enfermeiros insatisfeitos no trabalho têm níveis de *burnout* mais elevados

•H 4: Os enfermeiros que trabalham nos serviços de psiquiatria dos Hospitais Psiquiátricos apresentam níveis de *burnout* superiores aos dos enfermeiros que trabalham nos serviços de psiquiatria dos Hospitais Gerais.

Das Hipóteses que estabelecemos no decorrer do trabalho empírico, as de âmbito geral decorrem da revisão da literatura e da nossa experiência de vida profissional.

Alicerçadas nas hipóteses de âmbito geral fizemos emergir outras de carácter mais específico e que decorrem das primeiras (HILL, HILL, 2002, p.33).

2.1. A CONSTRUÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

2.1.1.OS CONTEXTOS DO ESTUDO

A população do nosso estudo é constituída pelos enfermeiros que trabalham no contexto hospitalar em serviços de psiquiatria. Na impossibilidade de abordarmos todo o universo, constituímos uma amostra intencional, dentro dos Serviços de Psiquiatria de Agudos dos Hospitais Gerais ou Psiquiátricos, situados no Distrito de Lisboa.

A escolha intencional dos contextos do estudo centrou-se no conhecimento que a investigadora possui das características particulares de cada instituição hospitalar, no que

concerne à História, finalidades e tempo de existência diferentes, o mesmo que, de certa forma, se revê no universo dos hospitais da especialidade do país. Ainda numa atitude estratégica aproveitámos a grande concentração daqueles hospitais na cidade de Lisboa.

Cada hospital constituinte da nossa amostra possui entre um a cinco serviços que integram o território do trabalho empírico.

Seleccionados os Hospitais e os serviços, todos os enfermeiros que aí trabalham constituem os nossos actores do estudo.

O facto de não mantermos o anonimato dos contextos não nos impede de modo algum de garantir a confidencialidade dos dados, já que estes se referem aos enfermeiros que trabalham nos referidos serviços hospitalares, os quais constituem o enfoque principal do nosso estudo. Dos contextos hospitalares a que nos referimos emergem traços absolutamente marcantes quer relativos às suas finalidades quer à sua História, aspecto que os trairia no registo. (Anexo I)

Os hospitais que constituem a nossa amostra são os seguintes:

O Hospital Miguel Bombarda, o Hospital Júlio de Matos, o Hospital de Santa Maria, o Hospital São Francisco Xavier e o Hospital Fernando da Fonseca.

2.1.2. A APLICAÇÃO E RECOLHA DO QUESTIONÁRIO

Para a elaboração do estudo, utilizamos três questionários. Um, elaborado por nós, que pretendia caracterizar a amostra; outro, instrumento central da investigação, criado por Maslach e Jackson (1981,1986) para analisar a síndrome do *burnout*. Utilizámos a tradução portuguesa do Maslach *Burnout* Inventory (MBI), aplicado em dois estudos específicos, numa amostra de profissionais de ajuda (Nunes R., 1989, 1990). E por fim um terceiro, o Work Environment Scale (WES), para analisar o clima organizacional (Anexo II).

De acordo com o número de enfermeiros de referência de cada serviço foram entregues aos enfermeiros chefes os questionários ajustados e uma caixa de recolha.

A apresentação do questionário foi feita ou individualmente ou em pequeno grupo, otimizando recursos temporais e reuniões de trabalho já programadas.

A aplicação decorreu de Julho a Novembro de 2003.

A recolha do questionário decorreu em dois tempos. Num primeiro momento um mês após a entrega dos questionários, tendo lugar na mesma altura uma nova sensibilização dos sujeitos a inquirir.

A responsabilidade vs liberdade que como investigadores imprimimos quer ao tempo e local de preenchimento do questionário, quer ao momento de entrega do mesmo, revelou-se a causa mais importante para a demora na recolha final dos questionários, que teve lugar em Novembro de 2003 (Anexo III)

A taxa de retorno

Da população acessível, 162 enfermeiros, obtivemos uma taxa de retorno de 67,91% dos questionários. Destes, foram anulados dois por não cumprirem os critérios estabelecidos, pelo que o total de actores que integram a nossa investigação é de 108 (Anexo III).

Num estudo correlacional o número de sujeitos a inquirir não deve ser inferior a 30 (CARMO, Hermano, FERREIRA, Manuela, 1998).

2.2. O INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O questionário

O questionário, cujo tema central nos remete para o *burnout*, tem como principais objectivos:

- Caracterizar os sujeitos da investigação;
- Avaliar os níveis de *burnout* no trabalho;
- Caracterizar os factores individuais relacionados com o *burnout*
- Caracterizar os factores organizacionais relacionados com o *burnout*;
- Caracterizar as consequências do *burnout*;

O instrumento central da investigação inicia-se com uma nota introdutória e com instruções de preenchimento em algumas questões.

O questionário está assim dividido em três partes:

A primeira parte – Constituída por um questionário sociodemográfico (**QSD**) de construção própria é constituída por dois blocos de questões. O primeiro bloco de questões pretende caracterizar os sujeitos da investigação no que concerne ao sexo (Q 1), idade (Q 2), habilitações académicas (Q 3), estado civil (Q 4), existência de filhos (Q 5), funções de chefia (Q 6), tempo na função (Q 7), e experiência profissional (Q 8).

O segundo bloco é constituído por questões relativas à situação contratual (Q 9), ao turnover (Q 10), à satisfação profissional (Q 11), ao número de horas de trabalho por dia (Q 12), ao absentismo (Q 13) e às consequências físicas do *burnout* (Q 14).

A segunda parte – Constituída pelo **MBI** (Maslach *Burnout* Inventory), que avalia como o trabalhador vivência o seu trabalho, de acordo com três dimensões conceituais: exaustão emocional, realização pessoal e despersonalização. É constituído por 22 itens, formulados em escalas tipo *Likert*, com 7 proposições, cotadas de 0 a 6, que permite medir as três dimensões anteriormente referidas, respeitando a seguinte conversão: 0 (Nunca), 1 (Algumas vezes por Ano), 2 (Uma vez por mês), 3 (Algumas vezes por mês), 4 (Uma vez por semana), 5 (Algumas vezes por semana) e 6 (Todos os dias).

Escala de Maslach *Burnout* Inventory (MBI)

Segundo Gil-Monte e Peiró (1999), o MBI – Maslach *Burnout* Inventory, elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson em 1978, é o instrumento mais utilizado para avaliar *burnout*, independentemente das características ocupacionais da amostra e de sua origem. A sua construção partiu de duas dimensões, exaustão emocional e despersonalização, tendo a terceira dimensão, realização profissional, surgido após um estudo desenvolvido com centenas de pessoas de uma ampla gama de profissionais.

Inicialmente, o inventário possuía 47 itens que foram aplicados numa amostra de 605 sujeitos de várias ocupações profissionais. Emergiram dez factores, sendo eliminados seis deles, através de uma avaliação criteriosa, juntamente com 24 itens que não possuíam peso factorial superior a 0,40. Após aplicação em uma nova amostra de 420 sujeitos com perfil igual ao anterior, os mesmos quatro factores emergiram, embora somente três destes apresentaram significância empírica (Maslach & Jackson, 1981; Cordes & Dougherty, 1993; Moreno, Bastos, Matallana & Mirrales, 1997, in Carlotto & Câmara, S., 2004). A consistência interna das três dimensões do inventário é satisfatória, pois apresenta um alfa Cronbach que vai desde

0,71 até 0,90 e os coeficientes de teste e reteste vão de 0,60 a 0,80 em períodos de até um mês (Maslach & Jackson, 1981). A Exaustão Emocional aparece como a subescala mais consistente internamente seguida da Realização Pessoal e Despersonalização.

A escala é constituída por 22 itens que avalia como o trabalhador vivência o seu trabalho, de acordo com as três dimensões conceituais: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

A **subescala de exaustão emocional** consiste em 9 itens (as questões: 1,2,3,6,8,13,14 e 20). É utilizada para avaliar os sentimentos e a capacidade de fazer face aos pedidos interpessoais no trabalho. A exaustão emocional refere-se a sentimentos exagerados e exaustão causados por constantes pressões no trabalho. Maslach & Jackson (1982) definem esta dimensão como “um modelo de sobrecarga emocional...as pessoas sentem-se vazias e têm pouca energia para fazer face a um novo dia”. Uma pontuação elevada nesta subescala indica que o indivíduo está a suportar uma tensão para além dos seus limites.

A **subescala de despersonalização** é composta por 5 itens (as questões: 5,10,11,15 e 21). É utilizada para avaliar a falta de sentimentos, a resposta insensível e impessoal face aos clientes dos serviços. A despersonalização refere-se ao desenvolvimento de atitudes negativas e respostas impessoais face às pessoas com quem trabalham, a quem prestam serviços. Uma pontuação elevada indica que o sujeito tende a distanciar-se dos outros e a pensar neles como objectos.

A **subescala de realização pessoal** consiste em 8 itens (as questões: 4,7,9,12,17,18,19 e 22) e é utilizada para avaliar sentimentos de competência e realização pessoal no trabalho. A dimensão **realização pessoal** refere-se a sentimentos de inadequação pessoal de realização acompanhado de diminuição da auto-estima. Este aspecto do *burnout* é descrito como “uma tendência para se avaliar negativamente, principalmente face ao trabalho com clientes”, por Maslach e Jackson (1981^a). Uma pontuação elevada nesta subescala indica que o indivíduo considera que vale a pena executar o seu trabalho e que o está a realizar de uma forma digna.

Na sua primeira versão, o inventário avaliava a intensidade e a frequência das respostas com uma escala de pontuação do tipo Likert, variando de 0 a 6 (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter, 1997). A segunda edição do MBI, realizada em 1986, passou a utilizar

somente a avaliação da frequência, pois foi detectada a existência de alta associação entre as duas escalas, sendo que muitos estudos apontaram correlação superior a 0,80 (Maslach & Jackson, 1986; Maslach, 1993 in Carlotto, M., Câmara, Sheila, 2004).

O *burnout* é conceptualizado como uma variável contínua, cujos níveis da frequência de sentimentos variam desde níveis elevados a níveis baixos, passando pelos moderados.

Os scores são considerados elevados se estiverem no terço superior da distribuição normativa; médios, se estão no terço médio da distribuição normativa e baixos se estão contidos no terço inferior.

O MBI avalia índices de *burnout* de acordo com os scores de cada dimensão:

- Scores médios nas três subescalas reflectem um nível médio de *burnout*;
- Scores baixos nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização e elevados na realização pessoal reflectem um nível baixo de *burnout*;

- São indicadores da existência da síndrome de *burnout*, altos scores nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização, e baixos scores na subescala de realização pessoal.

Os limites estão assinalados no Anexo IV.

A terceira parte – pretende caracterizar os factores organizacionais relacionados com o *burnout*. Este bloco é organizado por noventa questões dicotómicas, dividindo a possibilidade de resposta entre verdadeira e falsa. Constitui-se assim uma escala para avaliar os factores organizacionais, *Work Environment Scale (WES)*. Utilizamos a adaptação portuguesa do questionário *Work Environment Scale* (Moos, 1986), (Louro, 1995), onde se verificou, através do coeficiente de Alfa de Cronbach, uma fidelidade para a escala global de 0,84.

Work Environment Scale (WES)

Work Environment Scale é um instrumento para analisar o clima organizacional, constituída por 90 itens dicotómicos, encontrando-se estes distribuídos por 10 subescalas, com 9 itens cada uma e que avaliam 10 dimensões diferentes das características ambientais, correspondendo estas a três dimensões do clima organizacional:

- A dimensão **relacionamento** é avaliada pelas seguintes subescalas

1. Envolvimento – até que ponto os profissionais se preocupam e se envolvem no trabalho;
2. Coesão entre colegas – até que ponto os profissionais são amigáveis e se apoiam entre si;
3. Apoio do supervisor – até que ponto a administração apoia os trabalhadores e os encoraja a se apoiarem uns aos outros.

- A dimensão **desenvolvimento pessoal** é avaliada pelas subescalas:

4. Autonomia – até que ponto os profissionais são encorajados a serem auto-suficientes e a tomarem as suas próprias decisões;
5. Orientação para a tarefa – grau de ênfase colocado no bom planeamento, eficiência e na realização do trabalho;
6. Pressão para o trabalho – grau em que a pressão no trabalho e a urgência no tempo dominam o meio social em que se trabalha.

- A dimensão **sistemas de manutenção e mudança** é avaliada pelas subescalas:

7. Clareza – até que ponto os profissionais sabem o que esperar da sua rotina diária e como é que as normas e as políticas são explicitamente comunicadas;
8. Controlo – até que ponto a administração utiliza regras e pressões para manter os trabalhadores sob controlo;
9. Inovação – grau de ênfase atribuído à variedade, mudança e novas aproximações;
10. Conforto físico – até que ponto o ambiente físico contribui para um ambiente de trabalho agradável.

O conjunto de questões para cada subescala e dimensão é apresentado no quadro em Anexo V.

A *Work Environment Scale* foi desenvolvida por Moos e Insel (1974), na Califórnia, e destina-se a avaliar o clima organizacional de vários tipos de unidades de trabalho, centrando-se nas relações entre empregados/empregadores, empregados/supervisores e na unidade básica da estrutura organizacional e funcionamento (Louro, 1995 *in* Queirós 2005). Este primeiro estudo permitiu desenvolver a forma R (real) da WES, que mede as percepções que existem acerca do local de trabalho (Queirós, 2005).

A WES é considerada uma boa escala de avaliação psicossocial, tendo apresentado boas qualidades psicométricas na população americana e por isso utilizada em vários estudos. A nível da consistência interna apresentou um intervalo de 0,69 a 0,86 medido pelo Alfa de Cronbach's, nas 10 subescalas e um test-retest (com um intervalo de um mês) de 0,69 a 0,83.

2.3. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os questionários foram numerados e construiu-se, com a ajuda do programa SPSS (Statistical Package for Social Science), versão 10.1 que trabalha em ambiente Windows, uma base de dados que respeita a estrutura do questionário.

Foi verificada a consistência interna das duas escalas; MBI e WES, através do cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach.

De seguida procedeu-se à análise factorial exploratória às duas escalas do questionário aplicadas aos sujeitos da investigação: a MBI e a WES, para determinar a fidelidade das mesmas.

Estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais.

Foram realizadas as correlações de Spearmen entre as diferentes dimensões do *burnout*, exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, e as dimensões e subescalas do clima organizacional

Foram feita a análise de normalidade através do teste de Kolmogorov-Smirnov e testada a homogeneidade das variâncias, através do teste de Levene, para a escolha dos testes a realizar para a diferença de médias entre as diferentes dimensões de *burnout* em relação às variáveis individuais.

Foram realizadas Correlações de Spearmen entre as diferentes dimensões do *burnout*, exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, e, as consequências.

Análises de Regressão Linear entre as dimensões de *burnout* e as consequências.

Análises de variância (one-Way anova) para comparar as dimensões do *burnout* nos dois tipos de hospitais, psiquiátricos e não psiquiátricos

2.4. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

2.4.1 O QUESTIONÁRIO

O questionário foi aplicado em cinco hospitais públicos com serviços de psiquiatria de doentes agudos, da região de Lisboa. A nossa escolha incidiu nos dois hospitais psiquiátricos, Hospital Júlio de Matos e Hospital Miguel Bombarda, e em três dos hospitais Gerais, Hospital de Santa Maria, Hospital São Francisco Xavier e Hospital Fernando Fonseca, que têm integrados serviços de psiquiatria de doentes agudos. No total o questionário foi aplicado em 13 serviços.

De um conjunto de 194 enfermeiros, que desempenham funções nos serviços de psiquiatria de agudos dos hospitais Psiquiátricos e dos hospitais Gerais, responderam ao questionário 110 sujeitos. 32% dos enfermeiros não estavam em condições de responder, por motivo de doença e/ou férias, dado que a aplicação deste questionário teve lugar entre os meses de Junho e Setembro de 2003.

Procedeu-se à anulação de dois questionários por não estarem devidamente preenchidos.

A população deste estudo é, assim constituída por 108 enfermeiros.

2.4.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os nossos sujeitos da investigação⁵ são predominantemente do **sexo** feminino, 75 (69,5%), e uma média de **idades** é de 37,29 anos, DP de 9,760.

O HSM é a instituição que apresenta uma média de idades mais elevada, de 44 anos, e o HSFx é o hospital com a média de idades mais baixa, ou seja, 33 anos.

Na distribuição **etária**, podemos verificar que a maioria dos sujeitos de todos os hospitais é constituída por população jovem. O grupo etário com maior expressão é o grupo dos 31-40 anos, com 33,3% enfermeiros, seguido do grupo etário dos 20-30 anos, com 31,48% enfermeiros. Encontramos, contudo, 12,96% enfermeiros que pertencem ao grupo etário dos 51-60 anos, ou seja, já numa idade perto da reforma.

⁵ Em Anexo VI, apresentamos a caracterização exaustiva da amostra.

No que diz respeito às **habilitações académicas**, a maioria, 67 (62,03%) possui o Curso Superior de Enfermagem. De entre estes, 48 (44,44%) possuem o Bacharelato em Enfermagem, e 19 (17,59%), o Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Relativamente ao número de **especialistas**, a distribuição parece ser um pouco heterogénea, isto é, os hospitais Psiquiátricos HJM e HMB apresentam um número mais elevado, 7 (20%) e 4 (11,5%), respectivamente.

No que concerne ao **estado civil**, a maioria, 53 (49,07%) são casados. Existe, contudo, um número significativo de enfermeiros solteiros 40 (37,04%).

Quanto à **existência de filhos** 67 (62,04%) do total dos enfermeiros do estudo tem filhos.

Dos 41 (100,0%) de enfermeiros que referem não ter filhos, a maioria trabalha nos hospitais psiquiátricos HJM e HMB, apresentando valores de 18 (43,9%) e 12 (29,3%) respectivamente.

Do total dos sujeitos do estudo, 13 (12,0%) enfermeiros referem desempenhar **funções de chefia**. Após contacto com as Direcções de enfermagem e/ou Supervisores das diferentes instituições, confirmámos que existe um total de 15 enfermeiros a exercerem funções de chefia. Destes, 12 são chefes de carreira e 3 desempenham tal função acrescida ao seu conteúdo funcional, (dois pertencem ao HSM e um ao HJM). Em média, estes profissionais exercem a função de chefia há 3,69 anos, com um mínimo de 1 ano e um máximo de 10 anos.

O **tempo médio de anos na profissão** é de 14,23 anos, com o mínimo de um ano e o máximo de 36 anos. O HSM é aquele que apresenta a média mais elevada de número de anos na profissão, 20,72 anos e o HSM é o hospital que apresenta a média mais baixa, 8,92 anos de profissão.

No que concerne ao **vínculo laboral** 85 (78,7%) dos sujeitos são efectivos, encontrando-se os restantes em situações precárias de trabalho, ou seja, 23 (21,3%).

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

3.1. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DOS INSTRUMENTOS CENTRAIS DE INVESTIGAÇÃO

3.1.1. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA MBI

Numa primeira fase, procedeu-se à análise das qualidades métricas (fidelidade e validade) da escala *Maslach Burnout Inventory* utilizada para a avaliação do *burnout*.

Em relação à fidelidade do instrumento, procurámos averiguar o aparecimento ou não de alterações ao nível da consistência interna entre os itens, aplicando o Alfa de Cronbach aos resultados obtidos nos 108 sujeitos.

O coeficiente de Alfa de Cronbach, para a totalidade dos itens, apresenta o valor modesto de 0,657 (Anexo VII).

O estudo da validade do instrumento foi por nós efectuado através da análise factorial exploratória, tendo-se recorrido à extracção dos factores relevantes. A análise factorial realizada foi completada com rotação ortogonal, *varimax*, com normalização de Kaiser (eigenvalue igual ou superior a um), sem definição do número de factores. Obtiveram-se sete factores, que explicam 65,9% da variância, cuja estrutura dos itens pelos factores não é sobreponível à proposta pelos autores do inventário (Anexo VIII).

Analisando, complementarmente, através do teste gráfico (Graphical Scree Test) proposto por Cattell, verificámos que, após o factor III, existe uma quebra forte do declive, ficando os restantes factores quase em linha recta (Anexo VIII).

O Alpha Cronbach's só se revelou elevado para os três primeiros factores: *Factor I* (Exaustão Emocional), com um Alpha Cronbach's de 0,797; *Factor II* (Competência Relacional), com Alpha Cronbach's de 0,711; *Factor III* (Despersonalização), com Alpha Cronbach's de 0,763. *Factor IV* (Realização Pessoal), com Alpha Cronbach's de 0,342; *Factor V* (Frustração), com

Alpha Cronbach's de $-0,206$; *Factor VI* (Culpabilidade), com Alpha Cronbach's de $-0,451$ e o *Factor VII* (Indiferença), só com uma variável (Anexo IX).

Em seguida, foi realizada nova Análise Factorial forçada a três factores, para a confirmação das três dimensões preconizadas pelos autores (Quadro nº 2), que explicam 43,2% da variância total.

Quadro nº 2 - Análise factorial confirmatória das dimensões do MBI

Itens	Factor 1	Factor 2	Factor 3
MBI 2 – Sinto-me fatigado no fim de um dia de trabalho	,664		
MBI 3 – Sinto-me cansado quando me levanto de manhã e tenho que ir trabalhar	,722		
MBI 6 – Trabalhar com pessoas todos os dias causa-me stress	,633		
MBI 8 - O meu trabalho deixa-me exausto	,753		
MBI 13 – Sinto-me frustrado no serviço	,573		
MBI 14 - Sinto que estou a trabalhar muito	,749		
MBI 16 - Trabalhar directamente com pessoas causa-me stress	,591		
MBI 4 – Eu compreendo facilmente o que sentem os doentes		,513	
MBI 5 – Sinto que trato alguns doentes como se fossem objectos impessoais		-,516	
MBI 7 – Eu lido eficazmente com os problemas dos doentes		,672	
MBI 17 – Eu consigo criar um ambiente relaxado com os doentes		,783	
MBI 18 - Sinto-me alegre depois de estar com os doentes		,580	
MBI 19 - No meu trabalho consigo fazer coisas com valor		,641	
MBI 21 - No meu trabalho lido calmamente com problemas emocionais		,598	
MBI 1 – No meu trabalho não sinto emoções			,507
MBI 10 – Sinto-me indiferente para as pessoas por causa do meu trabalho			,624
MBI 11- Estou preocupado porque este serviço me tornou emocionalmente mais duro			,696
MBI 20 -Sinto-me à “beira do abismo”			,787
Eigenvalues	5,3	2,6	1,4
Variância (%)	17,3	16,0	9,9

Para sabermos se seria possível analisar as correlações do conjunto de itens de uma análise factorial, utilizámos o critério de “*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*” (KMO) que é a estatística que permite esta avaliação e habitualmente referido como o mais

indicado (Pestana, M; Gageiro, J, p. 397). Uma outra estatística possível para legitimar a realização da análise factorial é o teste de *Bartlett*. Neste teste, quando o valor do Qui-quadrado é significativo, as correlações entre as variáveis são adequadas para a análise factorial. No nosso estudo encontrámos um KMO de 0,777 (Anexo X), o que, segundo os autores desta estatística, é um valor médio, permitindo a prossecução da análise factorial; por outro lado, encontrámos um teste de esfericidade (Teste de *Bartlett*) significativo ($<0,001$).

A **exaustão emocional**, Factor I, que explica 17,3% da variância, apresenta 7 itens, sobreponíveis com os da escala original (não surgem no nosso estudo os itens 1 e 20, que se encontram na dimensão da despersonalização); a **realização pessoal**, Factor II, que explica 16% da variância, apresenta 7 itens, dos quais 5 são sobreponíveis com os da escala original, sendo dois identificados como itens da despersonalização na escala original (não surgem no nosso estudo os itens 9, 12 e 22); e a **despersonalização**, Factor III, que explica 9,9% da variância, apresenta 4 itens, dos quais 2 são sobreponíveis com os da escala original, e 2 foram identificados como itens da exaustão emocional na escala original (não surgem no nosso estudo os itens 5, 15 e 21).

No quadro nº 3, apresentamos os coeficientes de fidelidade encontrados no nosso estudo (Anexo X), no estudo original e no estudo realizado com uma amostra portuguesa de profissionais de ajuda (Nunes, 1990).

Quadro nº 3 -Coeficientes de Consistência Interna da Escala M.B.I.

SUBESCALAS	ALFA DE CRONBACH		
	Amostra	Amostra	Estudo
	Americana	Portuguesa	
Exaustão Emocional	0,90	0,82	0,82
Realização Pessoal	0,71	0,94	0,74
Despersonalização	0,79	0,67	0,63

Em relação ao nosso estudo, e de acordo com os resultados obtidos no estudo português, verificamos que as subescalas de exaustão emocional e de realização pessoal são mais consistentes do que a subescala despersonalização. No entanto, se retirarmos o item 1, a fidelidade aumenta para um valor mais consistente (0,76). Pensamos, contudo, não ser

necessário retirar este item, pois as alterações que ocorrem não são muito significativas, e a consistência interna entre os itens nas outras subescalas diminui.

Ao comparar os valores dos coeficientes de fidelidade obtidos neste estudo com os valores do estudo original e os do estudo específico efectuado em Portugal, constatamos que não existem variações significativas entre eles, ou seja, é possível afirmar que a nossa escala apresenta uma consistência interna semelhante à original e ao estudo português.

3.1.2. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA *WORK ENVIRONMENT SCALE* (WES)

Após a aplicação da escala de Moos à nossa amostra, foi realizado o Alfa de Cronbach à escala total, tendo-se encontrado um valor modesto de 0,62. (Anexo XI) Foi também aplicado o Alfa de Cronbach a cada uma das subescalas (envolvimento, coesão entre colegas, apoio do supervisor, autonomia, orientação para a tarefa, pressão no trabalho, clareza, controlo, inovação e conforto físico), tendo sido encontrados valores não significativos para a nossa amostra, concluindo-se, assim, que não existe consistência interna (Quadro nº4).

Quadro nº 4 - Coeficientes de Consistência Interna da Escala WES

SUBESCALAS	ALFA DE CRONBACH		
	Amostra	Amostra	Estudo
	Americana	Portuguesa	
Envolvimento	0,84	0,70	-0,10
Coesão entre Colegas	0,69	0,73	-0,39
Apoio do supervisor	0,77	0,71	-0,00
Autonomia	0,73	0,69	0,48
Orientação para a Tarefa	0,80	0,60	-0,32
Pressão no Trabalho	0,76	0,57	0,17
Clareza	0,79	0,70	0,10
Controlo	0,76	0,54	0,43
Inovação	0,86	0,64	0,10
Conforto Físico	0,81	0,74	0,19
Escala Total		0,84	0,62

Procedeu-se à Análise factorial exploratória em cada uma das dimensões, apenas por rotação Matrix, devido à escala ser nominal. Obtivemos para a dimensão **relacionamento** nove

factores, que explicam 67,69% da variância total, dos quais 3 justificam 30,07% da variância, com um Alfa de Cronbach de 0,10; para a dimensão **desenvolvimento pessoal**, obtivemos 10 factores que explicam 66,02% da variância total, dos quais 3 justificam 26,38% da variância, com um Alfa de Cronbach de 0,177 e, para a dimensão **manutenção e mudança**, foram encontrados 12 factores, que explicam 67,25% da variância total, dos quais 4 justificam 35,92% da variância, com um Alfa de Cronbach de 0,495 (Anexo XII).

Tendo em conta a exiguidade da amostra, os valores encontrados anteriormente não são significativos. Assim, devido à heterogeneidade de factores encontrados, optámos pelos factores originais.

3.2. O BURNOUT EM ENFERMEIROS DOS SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA

Quando aplicado o Coeficiente de correlação de Spearman às subescalas do MBI, obtivemos os seguintes resultados (Quadro nº5).

Quadro nº 5 – Resultado da aplicação do r de Spearman às subescalas do MBI

Subescalas	Exaustão emocional	Realização pessoal	Despersonalização
Exaustão emocional	1,000	-, 216(*)	, 364(**)
Realização pessoal	-, 216(*)	1,000	-, 292(**)
Despersonalização	, 364(**)	-, 292(**)	1,000

*Correlação significativa para $\text{sig} \leq 0.05$; **Correlação altamente significativa para $\text{sig} \leq 0.01$

Podemos afirmar que o constructo *Burnout* é um constructo multidimensional, no qual existem correlações entre todas as dimensões. Duas das suas dimensões encontram-se significativamente e inversamente correlacionadas (despersonalização/realização pessoal). Encontramos também outras duas das suas dimensões inversamente correlacionadas (exaustão emocional/realização pessoal), verificando-se uma correlação significativa positiva entre duas das suas dimensões (exaustão emocional/despersonalização), o que vai ao encontro do constructo teórico, tal como é definido por Maslach em 1981.

O questionário MBI aplicado a 108 enfermeiros, permitiu chegar aos resultados expressos no quadro nº 6, para cada uma das dimensões.

Quadro nº 6 - Médias e desvio padrão nas dimensões de *burnout*

Dimensões do <i>burnout</i>	N	Média	D:P
Exaustão emocional	108	20,65	8,83
Despersonalização	108	6,53	5,04
Realização profissional	108	29,19	4,66

Para a análise destes dados consideramos como indicadores de perturbação valores que estão de acordo com os valores normativos do Manual Maslach *Burnout Inventory* (Anexo IV). Observe-se os quadros nº7 a 9.

Quadro nº 7 – Número de Casos com exaustão emocional e valores descritivos

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Exaustão Emocional	28	27	40	31,86	3,96

Quadro nº 8 – Número de casos com “despersonalização” e valores descritivos

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Despersonalização	25	10	21	13,96	3,31

Quadro nº 9 – Número de casos com “realização pessoal” e valores descritivos

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Realização Pessoal	29	33	36	34,41	1,15

Comparando as médias obtidas para cada subescala, verificamos que os valores obtidos na subescala exaustão emocional se situam no terço superior, os valores obtidos na subescala despersonalização se situam no terço médio e os valores obtidos na subescala de realização pessoal no terço médio.

Este resultado permite-nos afirmar que a nossa população apresenta níveis médios de *burnout*.

No entanto, e observando os gráficos nº 1, nº 2 e nº 3, no nosso estudo identificam-se 25,9% enfermeiros com exaustão emocional, 19,4% com despersonalização e 26,8% com alta realização pessoal. Observando este último valor, podemos verificar que 73,15% apresentam níveis de realização pessoal baixos.

Se tivermos como base o modelo de Golembewski, podemos afirmar que a nossa amostra apresenta 62% enfermeiros nas fases I e III, reflectindo baixo *burnout*; 10% na fase V, reflectindo um *burnout* intermédio e que 27% se encontram nas fases VII e VIII, denotando um elevado *burnout* (ver página 12).

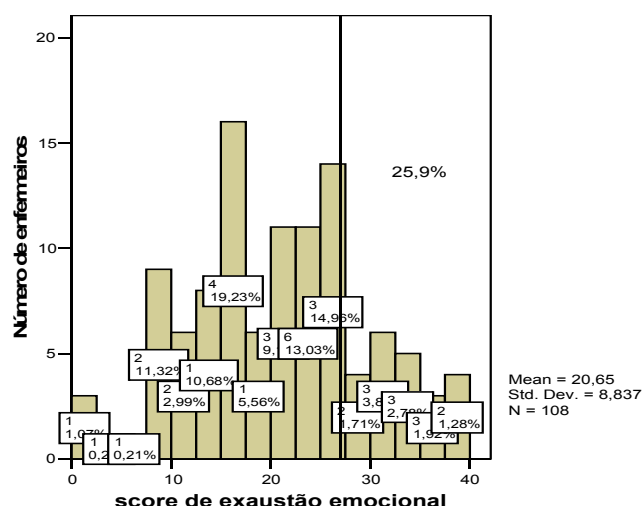


Gráfico nº 1 - Scores para a dimensão exaustão emocional

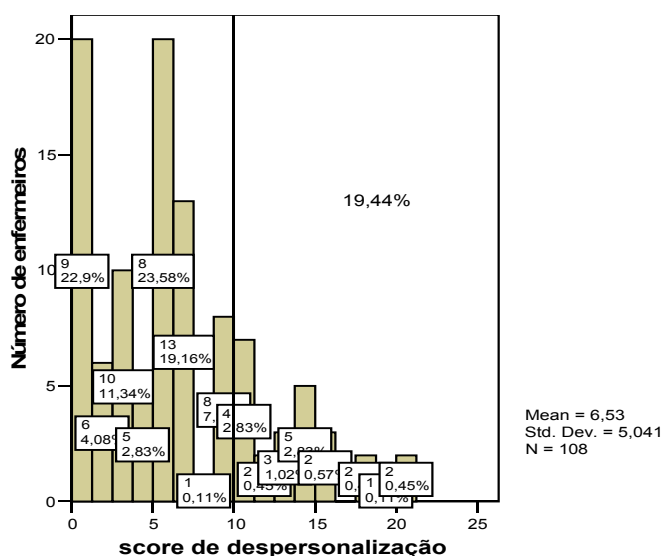


Gráfico nº 2 - Scores para a dimensão despersonalização

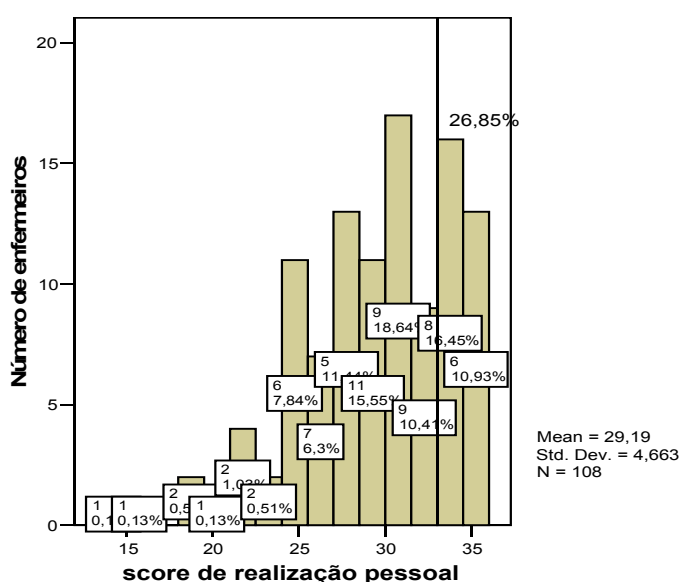


Gráfico nº 3 - Scores de realização pessoal

3.3. CLIMA ORGANIZACIONAL DOS SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA

As médias e os desvios-padrão encontrados para as subescalas e para as dimensões, da escala do clima organizacional (WES), encontram-se expressas no quadro nº 10.

Estes valores não diferem em muito dos encontrados num estudo efectuado entre 2001 e 2003, por Queirós, P., (2005), a uma amostra de 427 enfermeiros de todo o país. Os resultados da nossa amostra são ligeiramente mais baixos, em todas as subescalas e dimensões.

Quadro nº 10 – Valores descritivos para as subescalas e dimensões do clima organizacional (WES)

		N	Média	DP
Subescalas	Envolvimento	108	5,05	1,342
	Coesão	108	5,47	1,219
	Apoio supervisor	108	3,67	1,427
	Autonomia	108	5,23	1,883
	Orientação para a tarefa	108	4,56	1,499
	Pressão	108	3,74	1,555
	Clareza	108	4,71	1,498
	Controlo	108	4,12	1,690
	Inovação	108	4,68	1,509
	Conforto	108	4,38	1,471
Dimensões	Relacionamento	108	14,19	2,595
	Desenvolvimento pessoal	108	13,54	2,895
	Manutenção e mudança	108	17,87	3,877

3.4. O *BURNOUT* EM ENFERMEIROS DOS SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA DE AGUDOS EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E SOCIOPROFISSIONAIS

Na formulação das hipóteses, um dos aspectos que se procurou evidenciar era se as características individuais consideradas estão ou não associadas à síndrome de *burnout*, nos enfermeiros dos serviços de psiquiatria de doentes agudos dos hospitais de Lisboa.

Para confirmar ou não a hipótese formulada, recorreremos à utilização de diferentes testes estatísticos.

3.4.1. GÉNERO

Colocámos a questão de saber se há diferenças entre os géneros sexuais, no que diz respeito às dimensões de *burnout*, ou seja, se as diferenças nas médias (quadro nº 11) para a exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal entre o grupo masculino e feminino são estatisticamente significativas.

Quadro nº 11 - Médias e Desvio Padrão nas dimensões de *Burnout* por género sexual

	Género sexual	N	Média	Desvio Padrão
Exaustão emocional	masculino	33	20,58	8,686
	feminino	75	20,68	8,961
Despersonalização	masculino	33	6,76	4,848
	feminino	75	6,43	5,152
Realização pessoal	masculino	33	28,06	5,634
	feminino	75	29,68	4,111

Verificada a normalidade da distribuição das variáveis e a homogeneidade das variâncias para as três dimensões em estudo, realizámos o teste t para a dimensão **exaustão emocional**, que revelou que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($t = -0,056$; $p = 0,955$), (Anexo XIII).

Para as outras duas dimensões, **despersonalização** e **realização pessoal**, foi efectuado o teste não paramétrico de U de Mann-Whitney, que demonstrou não existir diferenças significativas entre os níveis de despersonalização ($p=0,618$) e de realização pessoal ($p=0,188$), para o sexo feminino e o sexo masculino (Anexo XIII).

3.4.2. IDADE E GRUPO ETÁRIO

Ao estudarmos as idades e os grupos etários, procurámos avaliar a relação e as diferenças significativas existentes com as dimensões de *burnout*.

Observando as correlações entre a idade e as dimensões de *burnout*, através das correlações de Spearman, só na exaustão emocional é significativa a correlação (quadro nº12).

A observação da recta de regressão permite encontrar valores negativos para a exaustão emocional – quanto mais idade menos exaustão emocional – ($r=-0,225$; $p=0,019$). Nas outras duas dimensões de *burnout* não se verificam correlações.

Quadro nº 12 – Correlações de Spearman entre idade e dimensões de *burnout*

		Exaustão emocional	Realização pessoal	Despersonalização
Idade	Spearman Correlation	-,225(*)	-,187	,080
	Sig. (2-tailed)	,019	,053	,412
	N	108	108	108

*Correlação significativa para $\text{sig} \leq 0.05$

Observando o quadro nº 13, podemos ver médias mais elevadas: de exaustão emocional no grupo etário dos 20-29 anos; de despersonalização no grupo etário dos 40-49 e de realização pessoal no grupo etário dos 20-29 anos.

Quadro nº 13 – Médias e Desvio Padrão nas dimensões de *burnout*

	20-29 anos		30-39 anos		40-49 anos		50-59 anos	
	N=32		N=33		N=26		N=17	
	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.
Exaustão emocional	22,09	9,825	21,94	7,525	19,88	8,253	16,59	9,461
Despersonalização	6,66	5,922	6,58	4,677	6,85	5,236	5,71	3,804
Realização pessoal	29,84	4,458	28,79	4,601	29,58	5,163	28,12	4,498

Para a dimensão exaustão emocional, recorreu-se à análise da variância (quadro nº14), que mostrou haver significância estatística nas diferenças de médias segundo os grupos etários, $p=0,046$. Efectuada uma prova de Tukey (Anexo XIII), surge alguma relevância, mas com baixa significância no par 30-39/50-59 anos ($p=0,057$).

Quadro nº 14- Comparação da dimensão exaustão emocional nos grupos etários

ANOVA					
	Soma dos		Quadrados		
	quadrados	gl	médios	F	Sig.
Exaustão emocional entre grupos	7,871	3	2,624	2,752	,046
dentro dos grupos	99,129	104	,953		

Verificada a normalidade das distribuições e a homogeneidade das variâncias, foi realizada uma Prova de Kruskal-Wallis, que mostrou não existir significância estatística para as diferenças das médias, segundo os grupos etários, na despersonalização e realização pessoal ($p=0,852$ e $p=0,178$) (Anexo XIII).

3.4.3 ESTADO CIVIL

As médias de *burnout* diferenciam-se quanto ao estado civil dos sujeitos (quadro nº15), sendo que a exaustão emocional é mais elevada nos solteiros e mais baixa nos casados. No entanto, estas diferenças não têm significado estatístico, como prova a Análise de Variância (Anova), que revelou um $p=0,725$ (Anexo XIII).

Quadro nº 15- Médias e Desvio Padrão nas dimensões de *burnout* por estado civil

	Solteiro (N= 40)		Casado (N=53)		Divorciada (N=13)		Viúvo (N=2)	
	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.
Exaustão emocional	21,75	8,625	19,68	8,378	21,31	11,729	20,00	7,071
Despersonalização	7,08	5,916	6,08	4,150	6,77	5,659	6,00	7,071
Realização pessoal	29,95	4,495	28,53	4,866	29,38	4,574	30,00	2,828

Para a dimensão despersonalização, com níveis médios mais elevados para os solteiros, as diferenças não são estatisticamente significativas ($p=0,993$), comprovadas através do teste de Kruskal-Wallis (Anexo XIII).

Na dimensão realização pessoal, em que os viúvos aparecem com níveis médios mais elevados, as diferenças não são estatisticamente significativas ($p=0,494$), patente na prova de Kruskal-Wallis (Anexo XIII).

3.4.4. EXISTÊNCIA DE FILHOS

No nosso estudo, 67 sujeitos têm filhos e 41 não têm. Observam-se algumas diferenças nas médias em cada uma das dimensões de *burnout*, sendo que: a exaustão emocional é mais elevada nos que não têm filhos; a despersonalização é mais elevada nos que têm filhos e a realização pessoal é mais elevada nos que não têm filhos (quadro nº16).

Quadro nº 16 – Médias e Desvio Padrão das dimensões de *burnout* pela existência ou não de filhos

	Ter filhos	N	Média	D.P.
Exaustão emocional	Sim	67	19,91	8,773
	Não	41	21,85	8,918
Despersonalização	Sim	67	6,61	4,681
	Não	41	6,39	5,639
Realização pessoal	Sim	67	28,96	4,727
	Não	41	29,56	4,588

No entanto, o estudo da diferença de médias, nos dois grupos, através do teste t para amostras independentes, mostrou não existir diferenças significativas ($t=-1,110$ $p=0,269$) para a dimensão exaustão emocional (Anexo XIII).

O estudo da diferença de médias, nos dois grupos, para a despersonalização e realização pessoal, foi testado através do teste U de Mann-Whitney, tendo-se verificado não existir diferenças estatisticamente significativas, $p=0,455$; $p=0,499$ (Anexo XIII).

3.4.5 EXERCER FUNÇÕES DE CHEFIA

As médias de exaustão emocional são mais elevadas na categoria de enfermeiro, que não exerce funções de chefia (quadro nº 17). Também a despersonalização apresenta médias mais elevadas nos enfermeiros que não exercem funções de chefia, sendo as médias de realização pessoal mais elevadas nos que exercem funções de chefia.

Quadro nº 17- Médias e Desvio Padrão nas dimensões de *burnout* segundo a função de chefia

	Enfermeiro (N=95)		Enfermeiro chefe (N=13)	
	Média	D.P.	Média	D.P.
Exaustão emocional	21,07	8,937	17,54	7,666
Despersonalização	6,64	5,196	5,69	3,772
Realização pessoal	29,08	4,753	29,92	4,030

Estas diferenças de médias para a exaustão emocional, segundo o teste t, não têm significado estatístico, $t=-1,358$ $p=0,177$ (Anexo XIII).

Sem significado estatístico, são também as diferenças de médias para a despersonalização e realização pessoal, respectivamente $p=0,751$ e $p=0,580$, comprovado através do teste de U de Mann-Whitney (Anexo XIII).

3.4.6 NÚMERO DE ANOS NA FUNÇÃO

Não se observam correlações significativas entre as dimensões de *burnout* e o tempo de chefia, através das correlações de Spearman (quadro nº18).

Quadro nº -18 Correlações de Spearman entre o tempo de chefia e as dimensões de *burnout*

		Exaustão emocional	Despersonaliza ção	Realização pessoal
Tempo de chefia	Spearman Correlation	-,145	-,162	,000
	Sig. (2-tailed)	,636	,597	1,000
	N	13	13	13

Nota: *Correlação significativa para sig ≤ 0.05 ; **Correlação altamente significativa para sig ≤ 0.01

3.4.7. ANOS DE SERVIÇO

Com os anos de serviço agrupados, as diferenças de médias não são significativas para nenhuma das dimensões de *burnout*, embora possamos observar o seguinte: para a exaustão emocional, níveis médios mais altos no grupo dos 6-10 anos de serviço; para a despersonalização, níveis médios mais altos no grupo dos 26-30 anos de serviço e para a realização pessoal, níveis médios no grupo dos 21-25 anos de serviço (quadro nº19).

Quadro nº 19- Médias e Desvio-Padrão nas dimensões de *burnout* segundo os anos de profissão

	0 a 5 anos N=20	6 a 10 anos N=29	11 a 15 anos N=17	16 a 20 anos N=10	21 a 25 anos N=14	26 a 30 anos N=11	+ de 31 anos N=7
	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Média
	D.P.	D.P.	D.P.	D.P.	D.P.	D.P.	D.P.
Exaustão emocional	21,40 8,714	22,79 9,147	21,59 8,000	19,30 8,832	20,14 8,493	16,73 8,912	16,43 10,309
Despersonalização	6,40 5,175	6,48 5,616	6,71 5,217	6,70 4,001	7,50 6,136	7,64 3,075	2,71 2,360
Realização pessoal	29,05 4,915	30,07 3,770	29,24 4,944	28,70 4,923	30,36 4,431	25,73 5,798	29,57 3,910

Foi realizada a análise de variância (Anova), para a dimensão exaustão emocional, que revelou não ser significativa a diferença de médias ($F=1,015$; $p=0,420$) (Anexo XIII)

Tendo em consideração a homogeneidade das variâncias, procedemos a uma prova de Kruskal-Wallis que mostrou não serem significativas as diferenças para a despersonalização ($p=0,530$) e para a realização pessoal ($p=0,214$) (Anexo XIII)

As correlações de Spearman, entre os anos de profissão e os níveis das várias dimensões de *burnout*, mostraram correlações significativas e negativas para a exaustão emocional ($r=-0,250$; $p=0,009$), não sendo, contudo significativo para a despersonalização e para a realização pessoal (Quadro nº20). Ou seja, a tendência será quantos mais anos de profissão menor exaustão emocional.

Quadro nº 20- Correlações de Spearman entre os anos de profissão e as dimensões de *burnout*

		Exaustão emocional	Despersonalizaçã o	Realização pessoal
Anos profissão	Spearman			
	Correlation	-,250(**)	,086	-,171
	Sig. (2-tailed)	,009	,375	,077
	N	108	108	108

Nota: n=108; *Correlação significativa para sig ≤ 0.05 ; **Correlação altamente significativa para sig ≤ 0.01

3.4.8 SITUAÇÃO CONTRATUAL

Com a situação contratual recodificada em enfermeiros do quadro e enfermeiros com vínculo precário, observamos que os níveis médios para a exaustão emocional são mais elevados para os que pertencem ao quadro. Os indivíduos que têm um vínculo precário apresentam níveis médios de despersonalização e de realização pessoal mais elevados (quadro nº21).

Quadro nº 21- Médias e Desvio Padrão nas dimensões de *burnout* por situação contratual

	Do quadro (N=85)		Vínculo precário (N=23)	
	Média	D.P.	Média	D.P.
Exaustão emocional	20,84	8,492	19,96	10,191
Despersonalização	6,31	4,769	7,35	5,989
Realização pessoal	29,25	4,662	28,96	4,762

Estas diferenças de médias observadas nas diferentes dimensões não têm diferenças estatísticas significativas, comprovadas através do teste t para a exaustão emocional, $t=0,421$ $p=0,674$ e do teste de U de Mann-Whitney para a despersonalização e realização pessoal, $p=0,649$ e $p=0,660$, respectivamente (Anexo XIII).

3.5. CLIMA ORGANIZACIONAL E BURNOUT NO TRABALHO

3.5.1. CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS DO CLIMA ORGANIZACIONAL E AS DIMENSÕES DE BURNOUT

O clima organizacional foi estudado através da utilização do instrumento WES – Work Environment Scale (Moos, 1986; Louro, 1995), que comporta dez subescalas agrupadas em três dimensões. Este instrumento, para o nosso estudo e no conjunto de 108 sujeitos, apresentou um coeficiente alfa de 0,648.

As correlações foram realizadas, tendo por base as subescalas e as dimensões do instrumento de avaliação do clima organizacional (Anexo XIV).

A dimensão **exaustão emocional e física** correlaciona-se significativamente e de forma positiva com o clima organizacional na dimensão **desenvolvimento pessoal** ($r = 0,204$), não se verificando correlação com as dimensões **relacionamento** e **sistemas de manutenção e mudança**.

No entanto, e analisando as subescalas de cada dimensão, não esquecendo que o próprio autor do instrumento valoriza sobretudo as subescalas, constatamos que a subescala *envolvimento* não apresenta correlação significativa com a dimensão do *burnout* **exaustão emocional e física**.

Também não se verifica qualquer correlação relevante na subescala *coesão entre colegas* e a dimensão do *burnout* referida.

A subescala *Apoio de Supervisor* não apresenta qualquer correlação com a mesma dimensão do *burnout* acima considerada.

Na dimensão **desenvolvimento pessoal**, as subescalas *autonomia* e *orientação para a tarefa* não apresentam qualquer correlação com a dimensão **exaustão emocional e física**. Já a

subescala *pressão no trabalho* correlaciona-se, de forma positiva e muito significativa, com a dimensão da **exaustão emocional e física** ($r = 0,285$).

Na dimensão **sistemas de manutenção e mudança**, as quatro subescalas *clareza*, *controle*, *inovação* e *conforto* não apresentam correlações significativas com a dimensão do *Burnout exaustão emocional*.

A **despersonalização/cinismo** correlaciona-se de forma negativa e significativa com a dimensão **desenvolvimento pessoal** ($r = -0,220$), não tendo qualquer correlação com as outras duas dimensões do clima organizacional. Não se constata qualquer correlação entre esta dimensão do *burnout* e as três subescalas da dimensão **relacionamento**.

Das três subescalas da dimensão **desenvolvimento pessoal**, a *autonomia* é a única que se correlaciona com a dimensão **despersonalização**, de uma forma significativa e negativa ($r = -0,243$).

Na dimensão **sistemas de manutenção e mudança**, nenhuma das suas quatro subescalas, *clareza*, *controle*, *inovação* e *conforto físico*, se correlacionam com a dimensão **despersonalização**.

A **realização pessoal** não apresenta qualquer correlação significativa com as dimensões **relacionamento**, **desenvolvimento pessoal** e **sistemas de manutenção e mudança**. Analisando as subescalas de cada dimensão, constatamos que, na dimensão **relacionamento**, a subescala *envolvimento* se correlaciona significativamente e de forma positiva com a dimensão **realização pessoal** ($r = 0,198$).

Na dimensão **desenvolvimento pessoal** não surge qualquer tipo de correlação nas três subescalas, *autonomia*, *orientação para a tarefa* e *pressão no trabalho*.

Na dimensão **sistemas de manutenção e mudança**, as quatro subescalas, *clareza*, *controle*, *inovação* e *conforto*, não apresentam qualquer tipo de correlação com a dimensão da **realização pessoal**. (Quadro nº 22)

Quadro nº 22 - Correlação entre as subescalas e as dimensões do *burnout*

Correlação de Spearman	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização pessoal
Envolvimento	$r = -,156$	$r = ,045$	$r = ,198(*)$
Coesão entre colegas	$r = -,172$	$r = ,036$	$r = -,011$
Apoio do supervisor	$r = ,023$	$r = ,125$	$r = ,102$
Autonomia	$r = -,057$	$r = -,243(*)$	$r = -,036$
Orientação para a tarefa	$r = ,186$	$r = -,135$	$r = ,123$
Pressão no trabalho	$r = ,285(**)$	$r = ,038$	$r = -,005$
Clareza	$r = -,044$	$r = -,171$	$r = ,141$
Controlo	$r = ,117$	$r = -,038$	$r = ,130$
Inovação	$r = ,034$	$r = -,037$	$r = ,023$
Conforto	$r = -,057$	$r = ,085$	$r = ,158$
Relacionamento	$r = -,118$	$r = ,071$	$r = ,148$
Desenvolvimento Pessoal	$r = ,204(*)$	$r = -,220(*)$	$r = ,036$
Sistemas de Manutenção e Mudança	$r = ,005$	$r = -,115$	$r = ,182$

Nota: n=108; *Correlação significativa para $\text{sig} \leq 0.05$; **Correlação altamente significativa para $\text{sig} \leq 0.01$

3.6. RELAÇÃO DO ABSENTISMO, INTENÇÃO DE ABANDONO, SATISFAÇÃO E QUEIXAS PSICOSSOMÁTICAS COM O *BURNOUT*

Uma das questões colocadas era a de saber se haveria qualquer tipo de relação entre as dimensões de *burnout* e alguma das variáveis consideradas, consequências deste.

Observadas as correlações entre as diferentes variáveis e as dimensões de *burnout*, através de correlações de Spearman, só na intenção de deixar a instituição é significativa a correlação entre esta e a dimensão exaustão emocional (quadro nº23). Assim, quanto mais exaustão emocional maior é a intenção de deixar a instituição.

Quadro nº23 - Correlações de Spearman entre o absentismo, a intenção de deixar a instituição, a satisfação no trabalho, as queixas psicossomáticas e as dimensões de *burnout*

	Spearman's rho	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização pessoal
Ausências por mês	Correlation			
	Coefficient	,033	-,110	,176
	Sig. (2-tailed)	,734	,256	,068
Deixar a instituição	Correlation			
	Coefficient	,212(*)	,040	-,099
	Sig. (2-tailed)	,027	,678	,309
Satisfação	Correlation			
	Coefficient	-,085	-,063	,034
	Sig. (2-tailed)	,383	,515	,725
Queixas psicossomáticas	Correlation			
	Coefficient	,006	,157	,005
	Sig. (2-tailed)	,950	,104	,961

*Correlação significativa para sig ≤ 0.05

Para testar as hipóteses H 3.1., H 3.2., H 3.3. e H 3.4., de que existe uma relação entre as alterações psicológicas da síndrome de *burnout*, dos enfermeiros dos serviços de psiquiatria, com o absentismo, o desejo de abandono da instituição, as queixas somáticas e a insatisfação, procedeu-se à regressão linear (Quadro nº24).

O Absentismo não é explicado significativamente pelas variáveis do *burnout*.

Na segunda coluna do quadro nº 24, pode-se verificar que a exaustão emocional apresenta um efeito positivo e significativo sobre rotatividade (intenção de deixar a instituição) ($\beta = 0,220$; $p < 0,05$). Apenas a exaustão emocional explica 10% da variância da rotatividade.

Na terceira coluna do quadro nº 24, verifica-se que a exaustão emocional apresenta um efeito positivo e significativo sobre a insatisfação ($\beta = 0,388$; $p < 0,001$). A exaustão emocional é a única variável que explica 24% da insatisfação.

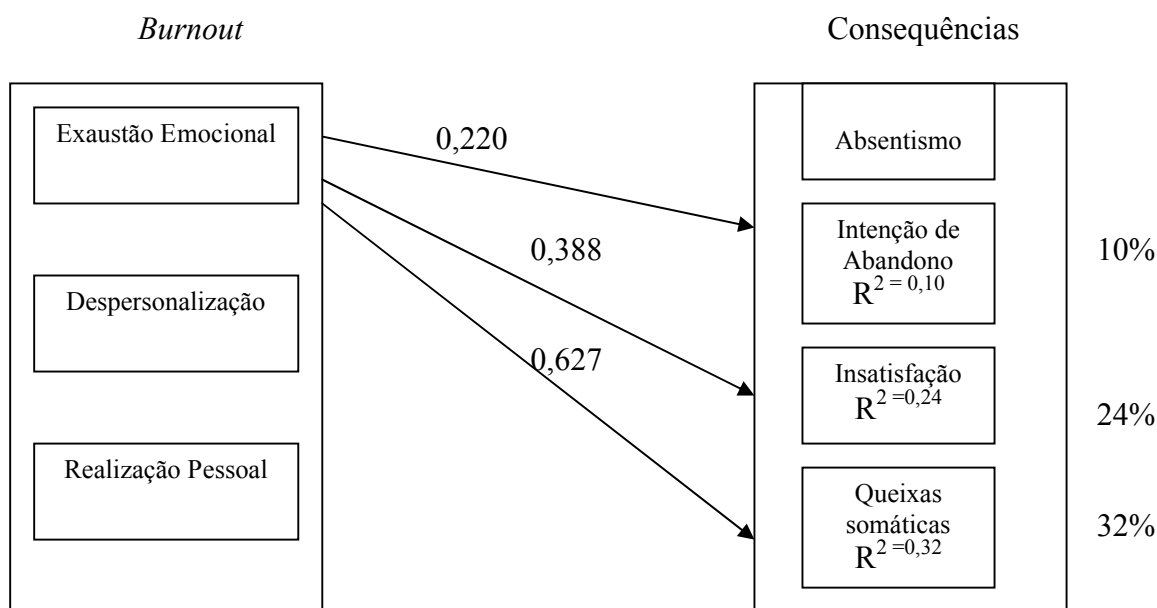
Na quarta coluna do mesmo quadro, verifica-se que a exaustão emocional apresenta um efeito positivo e significativo sobre as queixas somáticas ($\beta = 0,627$; $p < 0,001$). A exaustão emocional explica 32% das queixas somáticas.

Quadro nº 24 - Regressão linear das consequências de *burnout*

	Absentismo	Deixar a instituição	Insatisfação	Queixas somáticas
	$\hat{\beta}$	$\hat{\beta}$	$\hat{\beta}$	$\hat{\beta}$
Exaustão Emocional	0,13	0,220*	0,388***	0,627***
Despersonalização	0,155	0,162	0,117	-0,136
Realização Pessoal	0,029	-0,094	-0,165	0,03
Adj. R-Sq	-0,03	0,101	0,238	0,315
F	0,899	4,498**	12,169***	17,39***

Nota: * Valores significativos para $p < 0,05$, ** Valores significativos para $p < 0,01$ e *** Valores significativos para $p < 0,001$

Figura 3 - Diagrama de ligações causais significativas, entre as dimensões de *Burnout* e as consequências verificadas



3.7. BURNOUT EM ENFERMEIROS DOS SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA DE AGUDOS NOS DIFERENTES HOSPITAIS

Procurámos saber se existiam diferenças entre os hospitais no que diz respeito às três dimensões de *burnout*, ou seja, se as diferenças nas médias (Quadro nº25) para a exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, entre os enfermeiros de cada um dos hospitais, são estatisticamente significativas.

Observando o respectivo quadro, podemos ver médias mais elevadas de exaustão emocional no Hospital Miguel Bombarda, de despersonalização no Hospital Miguel Bombarda e de realização pessoal no Hospital Santa Maria.

Quadro nº 25 – Médias e Desvio Padrão nas dimensões de *burnout* por hospital

	Hospitais	N	Média	Desvio Padrão
Exaustão emocional	H. Miguel Bombarda	35	28,80	4,74
	H. Santa Maria	18	18,11	9,88
	H. Fernando Fonseca	8	21,00	11,32
	H. São Francisco Xavier	13	21,38	8,34
	H. Júlio de Matos	34	19,47	7,60
Despersonalização/Cinismo	H. Miguel Bombarda	35	8,09	5,32
	H. Santa Maria	18	7,72	6,03
	H. Fernando Fonseca	8	5,75	4,40
	H. São Francisco Xavier	13	4,69	4,09
	H. Júlio de Matos	34	5,18	4,18
Realização pessoal	H. Miguel Bombarda	35	28,80	4,74
	H. Santa Maria	18	30,78	3,79
	H. Fernando Fonseca	8	28,50	2,50
	H. São Francisco Xavier	13	28,38	3,84
	H. Júlio de Matos	34	29,21	5,59

Verificámos a normalidade de cada uma das dimensões em estudo, através do teste de Kolmogorov-Smirnov (Anexo XV), que revelou uma distribuição normal para a exaustão emocional e uma distribuição não normal para as outras duas dimensões, despersonalização e realização pessoal.

Verificada a homogeneidade das variâncias das médias, para a dimensão exaustão emocional, através do teste de Levene que revelou significância com $p > 0,05$, aceitámos a sua igualdade.

Procedemos à análise de variância (Anova), que não mostrou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, para esta dimensão do *burnout* (Anexo XV).

Para as outras duas dimensões, despersonalização e realização pessoal, efectuámos uma Prova de Kruskal-Wallis, que não encontrou diferenças estatisticamente significativas, relativamente às das médias segundo os hospitais (Anexo XV).

Assim sendo, o facto de trabalhar no HMB, no HSM, no HFF, no HSFX ou no HJM, não diferencia os níveis de exaustão emocional, despersonalização ou de realização pessoal.

3.8.COMPARAÇÃO DOS DOIS GRUPOS DE HOSPITAIS NAS DIMENSÕES DE BURNOUT

Colocámos a questão de se saber se há diferenças entre o tipo de hospital, ser psiquiátrico ou geral, no que diz respeito às dimensões do *burnout*. Ou seja, se as diferenças nas médias (Quadro nº26), para cada uma das dimensões, entre o grupo dos hospitais psiquiátricos e o grupo dos hospitais gerais, são estatisticamente significativas.

Quadro nº 26 – Médias e Desvio Padrão nas dimensões de *burnout* por tipo de hospital

	Tipo hospital	N	Média	Desvio Padrão
Exaustão emocional	psiquiátrico	69	21,13	8,42
	geral	39	19,79	9,58
Despersonalização	psiquiátrico	69	6,65	4,98
	geral	39	6,31	5,20
Realização pessoal	psiquiátrico	69	29,00	5,14
	geral	39	29,51	3,69

Considerando a normalidade da distribuição de cada dimensão e a homogeneidade das variâncias das médias para as três dimensões, efectuámos um teste *t* para a dimensão da exaustão emocional (Anexo XVI), que revela que as diferenças de médias encontradas não são estatisticamente significativas. Efectuámos uma prova de U de Mann-Whitney para a dimensão despersonalização e realização pessoal (Anexo XVI). O teste mostrou diferenças não significativas para as duas dimensões.

Assim sendo, o facto de se trabalhar num hospital psiquiátrico ou num hospital geral não diferencia os níveis de exaustão emocional, de despersonalização e de realização pessoal

4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

4.1 - INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

4.1.1 DA AMOSTRA

Quanto às características da amostra, esta confirma a tendência geral da História da Enfermagem, em que o domínio do sexo feminino foi totalitário no passado e continua a ser relevante no presente. Na nossa amostra, 69,5% dos enfermeiros são do sexo feminino.

Quanto à idade deparamo-nos com uma população jovem, com uma média de idades de 37 anos, que vai de encontro às características do universo populacional dos enfermeiros portugueses, dadas as altas taxas de reforma na profissão de enfermagem, na última década, fruto de medidas facilitadoras e incentivadoras das reformas, enquadradas no âmbito de políticas macro de redução de funcionários públicos. Em consequência disto, aumentou o número de estudantes dos cursos de base, e o número de saídas para o mercado de trabalho, que se inundou de profissionais jovens. Sendo um universo jovem, é natural ter como habilitações académicas o Curso Superior de Enfermagem (bacharelato ou licenciatura, 62% da população da nossa amostra).

Estando os nossos sujeitos a trabalhar num contexto muito particular, como são os serviços de psiquiatria de doentes agudos, apenas 12,8% possui a especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, exercendo funções como especialista. Este facto vai de encontro às características do universo populacional, que revela que existe uma baixa percentagem de enfermeiros especialistas.

Na nossa amostra, a grande maioria dos enfermeiros pertence ao quadro das instituições, só 21% tem um vínculo precário.

4.1.2. DO *BURNOUT* NO TRABALHO EM ENFERMEIROS DOS SERVIÇOS DE PSQUIATRIA

Constatámos a existência de 25,9% dos enfermeiros do nosso estudo com exaustão emocional, 19,4% com despersonalização e 26,85% com alta realização profissional

Considerando a despersonalização como a primeira manifestação, e a exaustão emocional, uma dimensão mais grave, podemos inferir dos dados que 19,4% a 25,9% dos enfermeiros do estudo podem sofrer de uma forma grave ou moderada de *burnout*,

A interpretação do *burnout* como processo é consonante com as fases de *burnout* de Leiter (1988, 1989) e o modelo de Golembiewski (1986; 1988). Esta perspectiva está de acordo com Cortes e Dougherty (1993 *in* Marques -Teixeira, 2002) ao considerar que a despersonalização assume-se como uma espécie de saída alternativa, surgindo como estratégia de coping (defensiva), para lidar com a exaustão emocional, quando outros recursos não estão disponíveis.

Contrariamente ao nosso estudo, Carson, Jerom, et al na Dinamarca (1999), num estudo realizado sobre o *burnout* nos enfermeiros de Saúde Mental Psiquiatria utilizando os 22 – item MBI em 648 enfermeiros concluíram que 5,7% destes enfermeiros tinham elevado *Burnout* e que 10,2% revelavam um baixo *Burnout*. Este estudo mostra assim, que nos enfermeiros de Saúde Mental e Psiquiatria o *Burnout* assume um menor significado

No estudo de Seabra (1999), realizado com médicos e enfermeiros, foram encontrados scores baixos de exaustão emocional de despersonalização e scores altos de realização pessoal que revelaram um *Burnout* situado na fase III do modelo de Golembewski que reflecte a fronteira entre um nível baixo e um nível intermédio de *Burnout*.

Tal como no nosso estudo, e de acordo com os valores normativos do Manual Maslach Burnout Inventory, também num estudo realizado nos Profissionais de Saúde de um Centro de Atendimento a Toxicodependentes, Pires et al, (2004), identificou níveis elevados de exaustão emocional e níveis médios de realização profissional. Os níveis de despersonalização revelaram-se, no entanto, mais elevados do que no nosso estudo, no qual os enfermeiros surgem com níveis médios.

4.1.3. DOS FACTORES INDIVIDUAIS (GÉNERO, IDADE, ESTADO CIVIL, EXISTÊNCIA DE FILHOS)

Procurámos estudar factores pessoais que se pudessem associar à ocorrência de *burnout* no trabalho. Nesse sentido estudámos o género sexual, a idade, o estado civil e a existência de filhos

O **género sexual** não diferencia os valores das dimensões de exaustão emocional, de despersonalização e de realização pessoal. O que permite confirmar a H 1.3 “não há diferenças de género nas dimensões de *burnout*”.

De igual modo, SEABRA (1999) também não obteve resultados significativos para a variável sexo.

Num estudo realizado “A experiência de stress e *Burnout*” em psicólogos portugueses: “Um estudo sobre as diferenças de género”, que utiliza o MBI, os resultados sugerem que uma assinalável percentagem destes profissionais que experienciam elevados níveis de *Burnout*, ou seja 15% dos psicólogos parecem encontrar-se claramente em estado de *Burnout*. No entanto, no que diz respeito à análise das diferenças de género, os indicadores desta escala não apontam para grandes diferenças em duas das dimensões, nomeadamente na despersonalização e na realização pessoal, mas já assinalam alguma discrepância na dimensão exaustão emocional, sendo mais elevada no género feminino (Rui Gomes, José Cruz 2004).

Com as **idades agrupadas**, em quatro grupos etários, verificámos que os mais jovens (dos 20-29 anos) apresentam níveis de *burnout* mais elevados e com significado estatístico de exaustão emocional do que os outros grupos mais velhos, sendo que os níveis diminuem progressivamente com o avanço dos grupos etários.

O mesmo acontece com a **idade** considerada em números inteiros, apresentando a correlação de Spearman valores significativos e negativos (correlação inversa, mais idade, menos exaustão emocional).

Já na despersonalização e na realização pessoal a diferença de médias não apresenta significância estatística. Teríamos assim, jovens profissionais mais exaustos emocionalmente. O que nos leva à confirmação apenas parcelar da H 1.2 “Os indivíduos mais novos têm níveis mais elevados de *burnout* que os mais velhos”, já que não há diferenças significativas de médias para a despersonalização e para a realização pessoal.

À semelhança do que SEABRA, Alexandra (1999) obteve no seu estudo, em que o grupo de idade inferior ou igual a trinta e cinco anos apresenta mais exaustão emocional que o grupo

com idade superior a trinta e cinco anos. Este dado também vai de encontro ao modelo Edewich e Brosky (1980), no qual as expectativas irrealistas associadas à fase inicial da carreira profissional e o entusiasmo desencadeiam, no confronto com a realidade, maior frustração e exaustão emocional. Encontramos também noutros estudos (Leal, M. F., 1998) valores que comprovam este modelo.

Um estudo realizado por Carson, Jerom, et al na Dinamarca (1999) sobre o *Burnout* nos enfermeiros de Saúde Mental Psiquiatria, revela ainda que o grupo de enfermeiros que assume um baixo nível de *Burnout* é o grupo de indivíduos mais velhos.

O **estado civil** não apresenta diferenças estatísticas significativas em nenhuma das dimensões de *burnout*. No entanto, nas diferenças de médias podemos constatar um maior nível de exaustão emocional nos solteiros, comparativamente aos casados, embora sejam estatisticamente não significativas. O que nos leva a rejeitar a H 1.1 “Os enfermeiros casados tem níveis mais reduzidos de *burnout* que os solteiros”.

Ao contrário, SEABRA, (1999) encontrou valores significativos na subescala de realização pessoal, entre o grupo de casados e o grupo de solteiros, apresentando os primeiros maior realização pessoal. Ao comparar os resultados do grupo de solteiros com o grupo de divorciados, encontrou valores significativos para as subescalas exaustão emocional e realização pessoal.

A **existência de filhos** não diferencia os valores das dimensões de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. As diferenças encontradas nas médias para o facto de terem filhos ou não, são estatisticamente não significativas.

O nosso estudo não corrobora o estudo de Seabra (1999), no qual foram encontrados valores significativos na dimensão de exaustão emocional no que concerne à variável ter filhos.

4.1.4. DOS FACTORES PROFISSIONAIS E DO CONTEXTO DE TRABALHO (VARIÁVEIS SOCIOPROFISSIONAIS, CLIMA ORGANIZACIONAL, ABSENTISMO, INTENÇÃO DE ABANDONO E SATISFAÇÃO GERAL NO TRABALHO)

Para além dos factores pessoais importa aferir da importância das circunstâncias no desenvolvimento da síndrome de *burnout* no trabalho.

Os enfermeiros apresentam médias mais elevadas de exaustão emocional e de despersonalização do que os **enfermeiros chefes**, e, mais baixas de realização pessoal, sendo estas estatisticamente não significativas.

Estes valores aproximam-se de um estudo levado a cabo por Queirós (2005) em que também se verifica médias mais elevadas de exaustão emocional e física na categoria profissional de enfermeiro comparativamente às categorias de Enfermeiro Chefe e ou Supervisor. No entanto, tal como no nosso estudo estas diferenças não têm significado estatístico, o que nos leva à rejeição da H 1.4 “Os enfermeiros que exercem funções de chefia tem níveis mais elevados de *burnout* dos que os que não exercem”

Os **anos na profissão** e a exaustão emocional mostrou uma correlação significativa e negativa, demonstrando que quanto menos anos de profissão mais exaustão emocional.

Para a despersonalização e realização pessoal, não se verificam correlações significativas. O que nos leva a confirmação parcelar da H 1.5 “Os enfermeiros com mais anos de serviço têm níveis de *burnout* mais baixos daqueles que exercem a profissão há menos anos”.

Queirós, P. (2005) refere, num estudo alargado com enfermeiros, não ser significativo a correlação entre os anos de serviço e a exaustão emocional e física. No entanto, desenha-se uma tendência para os enfermeiros com menos anos de serviço terem níveis médios mais altos de exaustão emocional e física. Ao contrário do nosso estudo, o de Queirós evidencia diferenças significativas nas médias de exaustão nos grupos definidos (Queirós, 2005).

Em relação à **situação contratual** as diferenças verificadas entre os que são do quadro e os que têm vínculo precário, não são significativas para nenhuma das dimensões. Ainda assim, os que tem estabilidade no emprego são os que apresentam níveis mais elevados de exaustão emocional, mais baixo de despersonalização e mais elevado de realização pessoal.

Contrariamente, no estudo de Queirós (2005) “*os enfermeiros do quadro apresentam níveis mais elevados de cinismo [despersonalização] do que os seus parceiros com vínculo precário, e esta diferença é estatisticamente significativa ($p=0,001$)*”.

Quanto maior a pressão no trabalho, maior a exaustão emocional. Também uma baixa autonomia revela uma maior despersonalização. Das sub escalas do **clima organizacional** apenas estas duas interferem nestas dimensões. Todas as outras não têm qualquer correlação significativa, verificada através da correlação de *Spearman*.

Já a realização pessoal é reforçada quando é reforçado o envolvimento, segundo os dados das correlações. Esta dimensão não é sensível às outras subescalas do clima organizacional. O conjunto destas constatações, acerca do clima organizacional e do *burnout*, permitem confirmar parcialmente as hipóteses H 2.1 e H 2.2 por nós formuladas, já que só se confirmaram as correlações entre duas das dimensões do *burnout*, a exaustão emocional e a despersonalização, e as subescalas pressão no trabalho e autonomia. Rejeitamos a H 2.3, já que no nosso estudo não há correlações significativas entre as dimensões do *burnout* e as subescalas da dimensão Sistemas de Manutenção e Mudança.

O papel do envolvimento é desde logo descrito por Maslach (1998) como essencial para prevenir o *burnout*. Mas já Freudenberg, em 1974, referenciava como causa de *burnout*, entre outras, a baixa implicação laboral e a elevada pressão.

Num estudo de Seabra, (1999) não foram encontrados quaisquer valores significativos na relação entre as dimensões de envolvimento, coesão entre colegas e apoio do supervisor, assim como entre estas últimas e as diferentes dimensões do *burnout*.

Os níveis de *burnout* não se diferenciam em função do **absentismo**. Não há correlação entre as dimensões do *burnout* e o número de ausências por mês, o que nos leva a rejeitar a H 3.1 “Níveis mais altos de *burnout* originam maior absentismo”

Já em relação à **intenção de abandono**, os dados são diferentes. Há uma correlação positiva e significativa entre a exaustão emocional e a intenção de deixar a instituição, sendo que a exaustão emocional prediz a intenção de abandono, o que não nos permite confirmar plenamente a H 3.2 “O desejo de abandono da instituição é maior em indivíduos com níveis mais elevados de *burnout*”, pois as outras duas dimensões do *burnout*, a despersonalização e a realização pessoal não apresentam correlações significativas com a intenção de abandono.

Também num estudo de 2004 (Pires et al., 2004) os profissionais expressavam desejo de abandonar a instituição. No entanto, neste estudo esta variável estava associada à falta de realização pessoal.

A **insatisfação no trabalho** é tanto maior quanto mais elevados forem os níveis de exaustão emocional. Desta forma a exaustão emocional correlaciona-se positivamente e prediz a insatisfação no trabalho, o que nos permite confirmar a H 3.4 “Enfermeiros insatisfeitos no trabalho têm níveis de *burnout* mais elevados”.

Dados diferentes encontrámos num estudo realizado em 2004 (Pires et al, 2004), no qual não se encontraram correlações significativas entre a satisfação no trabalho e as dimensões de *burnout*.

32% das **queixas somáticas**, manifestadas pela população do nosso estudo são explicadas pela exaustão emocional, como se verifica na regressão linear simples. O que permite confirmar a H 3.3 “Níveis mais elevados de *burnout* dão origem a queixas psicossomáticas”.

Diversos estudos, como ficou espelhado na revisão bibliográfica, apontam a existência de relação entre o *burnout* e os problemas somáticos específicos tais como dores de cabeça, distúrbios gastrointestinais, constipações e gripes, entre outros (Kahill, 1988, citado por Burke, 1993)

4.1.5. DO *BURNOUT* NOS DIFERENTES TIPOS DE HOSPITAL

Quando comparadas as médias das três dimensões do *burnout*, nos hospitais psiquiátricos (Hospital Júlio de Matos e Hospital Miguel Bombarda) e nos que não são psiquiátricos, mas integram serviços de psiquiatria (Hospital Santa Maria, Hospital São Francisco Xavier e Hospital Fernando Fonseca), constatamos que a exaustão emocional e a despersonalização revela níveis mais elevados. A realização pessoal é maior nos serviços dos hospitais gerais. No entanto, estas diferenças são estatisticamente não significativas, o que nos leva a rejeitar a hipótese H 5, que admitia a diferença entre os níveis de *burnout* nos dois tipos de hospital.

4.2. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES

Terminada a investigação importa reflectir globalmente sobre os procedimentos, os métodos, a validade das conclusões.

Um primeiro aspecto a considerar prende-se com o facto de ser um estudo subjectivo, pois baseia-se nas diferentes percepções que os sujeitos fazem do seu local de trabalho

A extensão do questionário é também um aspecto a considerar embora informalmente os sujeitos não se tenham manifestado, o mesmo tem um tempo médio de preenchimento de 25mn.

Outra possível limitação terá a ver com o leque de variáveis em estudo que eventualmente não cobriram a totalidade, ou pelo menos em maior número, de situações envolvidas no processo de *burnout*. Referimo-nos, por exemplo a variáveis que permitam estudar melhor os aspectos de características individuais, por exemplo estratégias de *coping* e depressão.

Outro imperativo é conhecer melhor a satisfação profissional, suas características, causas e efeitos, relações e dependências, utilizando para isso outras medidas.

A liberdade versus responsabilidade que como investigadores imprimimos quer ao tempo e local de preenchimento, quer no momento de entrega, acarretou uma demora na recolha final dos questionários, apesar de sensibilizações periódicas junto dos sujeitos a inquirir. Pensamos que esta limitação pode ser justificada pelo facto de alguns actores do estudo trabalharem simultaneamente em dois contextos do estudo e, por isso, tardarem ou mesmo não responderam em alguns contextos, diminuindo a taxa de retorno, ou ainda por a nossa aplicação se ter iniciado em pleno período de férias.

Detectámos durante o trabalho empírico que as várias modalidades da contratação de enfermeiros, nos contextos onde decorreu o nosso estudo, podem de alguma forma influenciar os resultados, já que nem todos os enfermeiros trabalham 35 horas semanais. Nessa diversidade de contratação encontramos enfermeiros com horário completo, enfermeiros com horário acrescido, enfermeiros contratados a 19 h, a 12horas e enfermeiros com horário completo acrescido (42h/semanais).

A generalização dos resultados, associados à dimensão da amostra, apenas reflecte a realidades dos contextos

A utilização de variáveis uni - item é uma limitação no estudo. Numa futura investigação dever-se-ão utilizar variáveis com pelo menos 5 itens para que a variável consiga ser mais abrangente.

Como investigadores, parece-nos que seria importante realizar um estudo nesta população, no sentido de averiguar que valores de *burnout* estes profissionais manifestam actualmente, tendo em conta as mudanças organizacionais entretanto verificadas. Mudanças essas que passaram essencialmente pela fusão de algumas instituições, com a consequente redistribuição e redução do pessoal de enfermagem.

5 CONCLUSÕES

Importa agora retirar conclusões do estudo efectuado, dos dados que emergiram da análise as variáveis neste universo de enfermeiros portugueses.

Por uma questão de organização, considerámos parcelarmente as conclusões relativas aos nossos sujeitos (caracterização da amostra), ao *burnout*, ao clima organizacional e à relação entre ambos.

De um total de 194 enfermeiros a desempenharem funções nos serviços de psiquiatria de doentes agudos dos hospitais psiquiátricos e dos hospitais gerais públicos da região de Lisboa, constituíram o *corpus* da nossa investigação 108 enfermeiros.

Do conjunto dos sujeitos da investigação destaca-se a predominância do **sexo** feminino, com 75 (69,5%).

Relativamente à média de **idades**, esta é de 37,29 anos.

Das cinco instituições estudadas, é no HSM que surge a média de idades mais elevada, com 43,83 anos, e é no HSFX que surge a **média de idades** mais baixa, com 33,38 anos.

Trata-se de uma população essencialmente jovem, em que os **grupos etários** com maior expressão são o dos 31-40 anos (36 - 33,3%), seguido do grupo etário dos 20-30 anos (34 - 31,48%), apesar de 14 (12,96%) dos enfermeiros pertencerem ao grupo etário dos 51-60 anos.

Relativamente às **habilitações académicas**, 67 (62,03%) dos nossos sujeitos possuem o Curso Superior de Enfermagem. Destes, 48 (44,44%) concluíram o Bacharelato e 19 (17,59%) o grau de licenciatura. De referir ainda que 22 (20,37%) possuem o Curso Geral de Enfermagem, sem qualquer grau académico;

Com o Curso de Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica encontramos 5 (4,62%) dos sujeitos e com o Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica encontramos 14 (12,96%).

No que se refere ao **estado civil**, 52 (48,1%) são casados, 40 (37,0%) são solteiros e 11 (10,2%) divorciados.

A maioria dos actores do estudo, 67 (62,04%), **possui filhos**.

No que diz respeito às funções de chefia, 13 (12,0%) dos enfermeiros do estudo são **chefes** ou desempenham **funções de chefia**;

Constatamos que a média de **anos no exercício** desta função é de 3,69 anos.

A média de **tempo de profissão** obtida dos nossos sujeitos é de 14,23 anos.

No que concerne ao **vínculo laboral**, 85 (78,7%) dos nossos actores são efectivos, encontrando-se os restantes 23 (21,3%) em situações precárias de trabalho.

Relativamente às dimensões do **Burnout**:

De acordo com os valores normativos do Manual Maslach Burnout Inventory, constata-se que a nossa população apresenta níveis médios de burnout, sustentado pelos valores obtidos na subescala exaustão emocional no terço superior, e valores no terço médio na subescala despersonalização e subescala realização pessoal em *ex aequo*.

Com base no modelo de Golembewski, a nossa população apresenta 62% enfermeiros reflectindo baixo burnout; 10%, reflectindo um burnout intermédio e 27% denotando um elevado nível de burnout.

Considerando que existem factores de carácter individual e profissional responsáveis pelas alterações nas diferentes dimensões de burnout, que sustentam o primeiro conjunto de hipóteses, no nosso estudo verificamos que:

Não foram encontradas diferenças entre os géneros nas diferentes dimensões de *burnout*;

No que concerne à idade, verifica-se que quanto maior é a idade menor é a exaustão emocional. Esta situação parece estar relacionada com as expectativas que os profissionais têm no início da carreira: ou seja, à medida que se vão adaptando ao mundo do trabalho aprendem a lidar com a frustração, ganham mecanismos de defesa, envolvendo-se menos nos contextos profissionais. Para as outras dimensões do burnout não foram encontradas diferenças significativas;

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o estado civil dos sujeitos e as dimensões de *burnout*;, uma vez que em nosso entender este síndrome parece manifestar-se devido ao contexto profissional independentemente do enquadramento familiar e pessoal.

Embora os enfermeiros que exercem funções de chefia tenham níveis médios mais baixos de exaustão emocional, esta diferença não é, contudo, estatisticamente significativa. Talvez seja possível depreender que os enfermeiros que exercem estas funções, apesar de poderem estar sujeitos a situações potenciadoras de desgaste, são profissionais com anos de serviço e experiência acumulada, que lhes permitem utilizar estratégias de *coping* adequadas.

Existe diferença entre as médias encontradas em cada uma das dimensões de burnout e o número de anos de serviço, embora não haja diferenças estatisticamente significativas;

Após abordarmos alguns factores de ordem individual e profissional, pretende-se agora apresentar as alterações das três dimensões da síndrome de burnout associadas ao clima organizacional. Assim:

A exaustão emocional é mais elevada quando a pressão no trabalho aumenta; no entanto, em contrapartida, também se verifica um maior desenvolvimento pessoal dos enfermeiros. Esta situação parece prefigurar um cenário em que os actores, ainda que se sintam bastante pressionados, participam activamente nas tomadas de decisão e no trabalho em equipa, afirmando a sua autonomia. Em suma, a pressão no trabalho traduzindo-se em elevadas exigências, acaba por actuar como um estímulo para o desenvolvimento pessoal

Por sua vez, a despersonalização é maior quando existe menor autonomia. Verifica-se também que a realização pessoal aumenta com um maior envolvimento dos enfermeiros.

Relativamente às **consequências** de *burnout* verifica-se o seguinte:

Quanto maior é o nível de exaustão emocional, maior é a intenção de abandono da instituição, o que pode constituir um indicador de insatisfação com a estrutura e/ou o clima organizacional.

Esta insatisfação, por seu turno, identificada nos profissionais, também ela é provocada por altos níveis de exaustão.

De igual modo, as queixas somáticas surgem decorrentes da exaustão emocional.

No entanto, não se verificam correlações significativas entre as outras dimensões de *burnout*, o absentismo, a satisfação no trabalho e as queixas psicossomáticas.

Por último, importa referir que a hipótese inicialmente formulada, considerando que os enfermeiros que trabalham nos serviços de psiquiatria dos hospitais psiquiátricos apresentam níveis de *burnout* superiores aos dos enfermeiros que trabalham nos serviços de psiquiatria dos hospitais gerais, não se confirma.

Apesar disso, a verdade é que os enfermeiros dos hospitais psiquiátricos revelam maiores níveis de exaustão e de despersonalização. Esta situação, em nosso entender, poderá ser uma consequência do facto de se encontrarem a trabalhar num contexto com uma representação social mais “pesada”, isto é, mais estigmatizante, quer para os próprios quer para as pessoas que cuidam.

Em termos institucionais, pensamos que é crucial os gestores estarem atentos à grande percentagem de enfermeiros que manifestam baixa realização pessoal, para que se possam incrementar medidas de prevenção e combate às primeiras manifestações de *burnout*, traduzidas em elevada exaustão emocional e despersonalização.

Estas medidas passariam por promover locais de trabalho agradáveis, manter uma livre circulação de informação, encorajar as pessoas a falar das suas dificuldades, envolvendo-as nas tomadas de decisão, reconhecer o trabalho efectuado, criar grupos de suporte e fóruns de discussão dos problemas institucionais.

Pensamos que o (re)conhecimento do problema, por parte das instituições e dos profissionais que delas fazem parte, constitui um passo decisivo para a definição de estratégias adequadas de combate a esta “epidemia invisível”.

V. BIBLIOGRAFIA

ALBUQUERQUE, A. – Stress: Causas, prevenção e controlo – Um guia prático. Lisboa: Texto Editora, 1987.

BIBBINGS, J. – O stress numa UCI. Nursing, 1 (1), 1988, 37-40.

BOOTH, K. – O “stress” e a enfermagem. Nursing, I (11), 1988, 7-11

BOWDEN, G. – Work stress, burnout and coping: a review and an empirical study of staff in supported housing. Clinical Psychology and Psychotherapy, 1 (4), 1994, 219-232.

BREAKWELL, G. – Prevenção do stress no trabalho. Enfermagem em Foco SEP, I (2), 1991, 58-60.

BURKE, R. J., & RICHARDSON, A.M. (1992). Stress, Burnout and health. In C. L. cooper (Ed.), Hanbook of Stress, Medicine and Health.

CÂMARA, Pedro B. et al., -HUMANATOR, RECURSOS HUMANOS & SUCESSO EMPRESARIAL-, Publicações Dom Quixote, 4ª edição, Lisboa, Junho 2001, 583 p.

CARLOTTO, MARY S; GOBBI, MARIA. Síndrome de Burnout: Um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho? *In: Aletheia*, nº10, Canoas, Ed. da ULBRA 1999, p. 103-114.

CARLOTTO, MARY S; CÂMARA, SHEILA G. Análise Factorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em Uma Amostra de Professores de Instituições Particulares. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 9, n. 3, p. 499-505, Set./Dez. 2004.

CARMO, Hermano, FERREIRA, Manuela (1998), METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO – Guia para a Auto aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta ISBN: 972-674-231-5

CHIAVENATO, Idalberto – Introdução à teoria geral da administração. 4º Ed. São Paulo: Makron Books, 1993.

COZBY, Paul C. (1977). Methods in Behavioural Research. (Third Edition) Localidade: Mautain View: CA, Mayfield Publishing Company

CRUZ, Fernando, Burnout e engagement. Revista de Psicologia Militar, Vol.14, 2003, p. 29-40.

CRUZ, José. Stress e burnout nos psicólogos portugueses. Braga: S.H.O., 2000 Psicologia Organizacional, 140 p.

DIRK, Enzmann, SCHAUFELI, Wilmar, et al. Dimensionality and validity of the Burnout Measure. In Journal of Occupational and Organizational Psychology. Vol. 71, nº4, p.331-351.

FORNÉS, V.J. – Síndrome de Burn-out y Enfermería. Enf. Clent, 108, 1991, p. 45-48.

FRIEDMAN, Issaac. School principal burnout: the concept and its components. Journal of Organizational Behaviour. vol. 16, nº 2, 1995, p. 191-198.

GIL, António Carlos (1991) Como elaborar Projectos de Pesquisa. São Paulo; Atlas

GIL-Monte, P.R., & Peiró, J.M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse. Madrid: síntesis

GIL-Monte, P. Model of burnout process development: an alternative from appraisal models of stress, in Comportamento Organizacional e Gestão, vol. 4, nº 1, 1998, p. 165-179.

GIL-Monte, P.R., & Peiró, J.M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. Psicothema, 11 (3), 679-689.

GOLEMBIEWSKI, R. – Handbook of Organizational Behaviour. Copyright 1993 by Marcel Decker, Inc. New York, ISBN 0-8247-9058-8

GOMES, A. Rui. A experiência de stress e “burnout” em psicólogos portugueses: um estudo sobre as diferenças de género. In : Teoria, Investigação e Prática, vol. 9, nº 2, 2004, p. 193-212.

HILL, Manuela Magalhães e Hill, Andrew (2002) Investigação por Questionário. Lisboa: Edições Sílabo

KERLINGER, Fred (1980) Metodologia da Pesquisa em Ciências Sociais – Um Tratamento Conceptual S. Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Lda.

LEE, Raymond. Meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of Job burnout, Journal of Applied Psychology, vol.81, nº2, 1996, p. 123-133.

LEITER, M.P., & Maslach, C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. Journal of Organizational Behaviour, 9, 1988, 297-308.

LEITER, M.P., & Maslach, C. Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns, Journal of Organizational Behaviour, vol.12, nº2, 1991, p. 123-144.

LOURO, C. (1995) Tradução e adaptação da Work Environment Scale (WES) à população portuguesa. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Monografia de fim de curso).

MARQUES, TEIXEIRA, J. (2002): *Burnout* ou a Síndrome de Exaustão. Saúde Mental. IV (2). 8-19

MASLACH, Christina. Measurement of experienced burnout. *Psicologia Organizacional* In: Industrial and Organizational Psychology, vol. 2, 1991, p.253-266.

MASLACH, Christina. Burnout in health professionals, in: Cambridge Handbook of Psychology, health and medicine. Cambridge. University Press, 1997, p. 275-278.

MASLACH, Christina. Multidimensional theory of burnout, in: Theories of Organizational stress – Oxford, 1998, p. 68-85.

MASLACH, Christina. Burnout, in Encyclopaedia of stress, vol.1, San Diego: Academic Press, 2000, p.358-362.

MASLACH, Christina. Job burnout. Annual Review of Psychology. 2001, p. 397-422.

MCINTYRE, T.M. – Stress e os profissionais de saúde: Os que tratam também sofrem. Análise Psicológica, 2-3 (XII), 1994, 193-200.

MOOS, Rudolf H. (1996), Understanding Environments: The Key to Improving Social Processes and Program Outcomes in *Américan Journal of Community Psychology*, p.193-201.

NUNES, R. As alterações psicológicas induzidas pelo stress profissional nos enfermeiros (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1989.

NUNES, R A importância do suporte social na prevenção do burnout na comunidade hospitalar (C.E.S.E. em Saúde Mental Comunitária). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1990.

PINTO, Alexandra. Stress profissional em professores portugueses: incidência, preditores e reacção de burnout, in Psychologica, vol. 37, 2003, p.181-194.

PIRES, Sandra. Síndrome de burnout nos profissionais de saúde de um centro de atendimento a toxicodependentes, in: Toxicodependências, vol. 10, nº 1, p. 15-23.

PRETTY, G. et al. Psychological environments and Burnout: gender considerations within the corporation, in Journal of Organization Behaviour, vol. 13, 701-711.

QUEIRÓS, L. Vieira, F. & Joaquim, M. – Burnout: Uma reflexão contínua (a propósito de uma opinião pessoal). Revista de Psiquiatria, VII (1), 1994, 47-52.

RAMOS, Marco. Desafiar o Desafio, Prevenção do Stress no Trabalho, Ed. RH, Lisboa, 1ª Edição, 2001, ISBN: 972-96897-7-6

RODRIGUES, M. – Qualidade de vida no Trabalho, Editora Vozes, Ltda, Petrópolis, Brasil, 8ª Ed., 2001. ISBN 85.326.1172-9.

RODRIGO, M.L. – Estrés de los profesionales de Enfermería. Revista Rol de Enfermería, XXIII (201), 1995, 65-68.

SANTOS, Anastácia. O Percurso da Saúde Mental. Artigo de fundo, Jornal, HSFX, 30 de Nov. 99 nº 32

SEABRA, Alexandra. “O técnico, A pessoa, ... E o Burnout no Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior – Estudo Exploratório”, 1999, Tese de Mestrado do ISPA.

SCHAUFELI, Wilmar. Burnout among dutch teachers; and MBI-validity study. Educational and Psychological Measurement, vol-54, nº3, 1994, p. 83-812.

VAZ SERRA, A.

VENDRELL, T.F. – Síndrome de Burn Out. Revista Rol de Enfermeria, 116, 1988, 53-56.

VIVES, J. F. – Respuesta emocional al estrés laboral. Revista rol de enfermaria. 186, 1994, 31-39.

Legislação:

Decreto-Lei 46102 de 23 Dez 1964

Despacho Normativo

Lei

Portaria nº 750/92 de 1de Agosto

Outros Documentos:

Quadro de Referência de Enfermagem HSFX-DPSM – Unidade de Internamento de Doentes agudos R/C (sem data, sem autor)

ANEXOS

ANEXO I
CONTEXTOS HOSPITALARES

CINCO CONTEXTOS HOSPITALARES

Os cinco hospitais a que nos referimos constituem o contexto onde se desenvolve a acção dos nossos actores do estudo, enquanto prestadores de cuidados diferenciados. A ordem porque aparecem prende-se com a entrada na cena social e política daquelas instituições, daí adoptarmos uma sequência cronológica.

Hospital Miguel Bombarda

No HMB o contexto de estudo, que se refere a 5 serviços, apresenta uma diversidade de estrutura física, dado que surgiu inserido numa antiga quinta de frades. Nesta sequência, tem vindo a sofrer inúmeras adaptações, assistindo-se na actualidade à reestruturação de serviços antigos e à criação de novas unidades, mantendo-se na maioria deles uma grande degradação física.

A área envolvente é uma zona habitacional velha de Lisboa.

Os locais de trabalho dos enfermeiros inserem-se no contexto de cuidar como em qualquer hospital.

No espaço onde actualmente se insere o Hospital Miguel Bombarda, Quinta de Rilhafoles, foi fundado, em 1720, um convento pelos padres da Congregação de São Vicente de Paulo. Entre 1835 e 1845, instalou-se na mesma quinta, temporariamente, o Colégio Militar e só em 1848, por ordem do Duque de Saldanha, foi inaugurado o Hospital d'Alienados de Rilhafoles, dimensionado para acolher 300 doentes.

Mais tarde, em 1851, é criado o primeiro regulamento do Hospital Miguel Bombarda, segundo o qual o Hospital é então destinado para asilo, tratamento e curativo dos alienados de ambos os sexos de todo o Reino.

Nas últimas décadas do século XIX assiste-se a uma grande degradação, com condições assistenciais péssimas e mortalidade elevada. Em consequência disto, é delineado um Plano de Acção (1892-1910), no qual se privilegia, entre outras, a melhoria dos serviços clínicos, a construção de novos Pavilhões, a melhoria das dietas e das condições de higiene e o ensino da Psiquiatria em 1896. Só em 1911 é criado o 1º Curso de Enfermeiros de alienados e neuropatas no Manicómio Miguel Bombarda (curso feito em dois trimestres).

Actualmente, o Hospital Miguel Bombarda presta Cuidados de Saúde Mental directos a uma população de cerca de 760.000 habitantes (30 freguesias do Concelho de Lisboa, 13 freguesias do Concelho de Sintra, todas as freguesias do Concelho de Almada e é referência de alguns distritos a sul do Tejo – Setúbal, Évora e Beja). Está organizado por Psiquiatria de Sector: área residencial dos utentes.

Este hospital é constituído por cinco unidades de internamento de Agudos, sendo uma de internamento parcial – Hospital de Dia, e as outras quatro de internamento total – Unidade de Internamento de Agudos de Lisboa (UIAL), Unidade de Internamento Psiquiátrico de Sintra (UIPS), 5ª Enfermaria de Senhoras e 7ª Enfermaria de Homens (Almada).

A Unidade de Internamento de Agudos de Lisboa tem como objectivos:

Prestar Cuidados Psiquiátricos diferenciados a pessoas em fase aguda de doença, de ambos os sexos da área de Lisboa;

Assegurar uma intervenção Terapêutica Individualizada, visando o reequilíbrio da Pessoa em Crise, preservando a “harmonia” entre esta e a Família/Comunidade.

Tem uma articulação com outras unidades, nomeadamente a consulta do Hospital, a Urgência, Hospital de Dia, Serviços de Internamento e Unidade de Vida Protegida, o que implica uma constante articulação por parte dos técnicos de saúde, nomeadamente enfermeiros, com as demais equipas, sendo estas peças chave dentro da equipa cuidadora.

Como projecto de dinamização das intervenções terapêuticas são realizadas reuniões Comunitárias, reuniões Multidisciplinares, reuniões de Apoio às Famílias, Preparação para a Alta e Actividades (re) criativas. São também realizadas, pela equipa de enfermagem, sessões de relaxamento, duas vezes por semana, musicoterapia e dança terapia.

Esta unidade é constituída por 14 quartos, com um total de 43 camas, 25 homens e 18 mulheres. A distribuição das camas (unidades) por quartos é feita do seguinte modo: dois quartos de 2 camas, cinco quartos de 4 camas, quatro quartos com 3 camas e os restantes quartos com 2 camas.

O nº de internamentos no 1º semestre de 2003 foi mais de metade do total de internamento do hospital, havendo uma duração média de internamento de +/- 8 dias.

Os utentes desta Unidade podem ser caracterizados como pertencendo a uma população heterogénea, com uma idade média baixa (< 40 anos). Existe um grande número de população sem abrigo, pessoas diferenciadas (1º surto), que vivem acompanhados, já trabalharam, mas estão actualmente desempregados. Os quadros clínicos mais frequentes são a Esquizofrenia, a Depressão, Psicose Afectiva, seguindo-se, com menor frequência, as Neuroses e outros.

A Unidade de Internamento Psiquiátrica de Sintra é constituída por 21 quartos, com um total de 48 camas, sendo 22 para os doentes do sexo masculino e 26 para os doentes do sexo feminino, num total de 2 a 3 camas por quarto.

A 5ª enfermaria de Senhoras é uma unidade mista, no sentido em que tem doentes agudos e doentes de evolução prolongada. Tem 9 quartos, para um total de 49 camas, com 4 a 6 camas por quarto.

A 7ª Enfermaria de homens é uma unidade constituída por 12 quartos, para um total de 32 camas, com a seguinte distribuição: um quarto de 1 cama, um de 2 camas e os restantes de 3 camas.

É uma unidade de internamento de doentes agudos, mas onde se encontram alguns doentes de evolução prolongada (residentes). As patologias mais comuns são as psicoses e entre estas as esquizofrenias.

A equipa de enfermagem tem poucos elementos (11 enfermeiros), o que limita muito a diversidade de intervenções que podem ser realizadas a estes doentes, como a prestação de cuidados psiquiátricos diferenciados a doentes em fase aguda ou crónica da doença.

O *Hospital de Dia* é uma unidade de internamento parcial, integrada na Equipa de Lisboa, em articulação com os demais serviços (Centros de Saúde, internamento, consulta externa e urgência), estruturada para 12 doentes. Apresenta uma dinâmica de funcionamento muito diversificada, com flexibilidade de admissão: uma equipa terapêutica multidisciplinar, um “Package” de actividades em grupo, projecto terapêutico individualizado, articulação com os médicos de família e estruturas comunitárias, entre outros.

O papel dos enfermeiros, sustentado pelo Quadro Conceptual para os Cuidados de Enfermagem, pela Filosofia dos Cuidados de Enfermagem em Hospital de Dia e pelo Perfil dos Enfermeiros (Atributos Mentais, Habilitações e Qualificações, Experiência, Formação e Capacidades, Personalidade), é definido por estes como: “*ser com, acompanhando a pessoa*

com doença mental nas suas experiências de vida, segundo o seu ritmo e prolongando-se naquilo que a pessoa não pode temporariamente assegurar por si própria”.

Desta forma a equipa de enfermagem tem como funções: a realização da Triagem, Admissão/Acolhimento, Estabelecer a Relação de Ajuda, Utilização do Modelo de Ajuda Centrado na Resolução de Problemas, Identificação das Necessidades, Dificuldades e Recursos Inutilizados do Utente, Intervenção no “Aqui e Agora”, Entrevistas de Ajuda (Utente e/ou Familiares) e Intervenção na Crise.

Esta equipa de enfermagem é fulcral no Projecto Terapêutico, na Exploração Contínua do Potencial Terapêutico do Utente e das relações de grupo. Faz também a condução e animação de grupos de encontro, a orientação das Actividades de Vida Diárias, incentivando a autonomia; promove a continuidade dos cuidados, a manutenção do ambiente terapêutico e a realização de sessões de Educação para a Saúde.

Hospital Júlio de Matos

Idealizado em plena República (1912) sob a mão do Professor Doutor Júlio de Matos, abre em 4 de Abril de 1938 sob alçada do Professor Doutor, mesmo perante alguma pressão exercida pelo número elevado de doentes no Hospital Miguel Bombarda. No entanto, só foi possível proceder à inauguração do novo hospital em 1942, com a abertura ao público do Pavilhão Salgado Araújo – a Clínica Psiquiátrica, composta de uma secção para homens e de outra para mulheres.

O “novo Manicómio” de Lisboa, assim denominado na época, previa uma prática científica e a investigação no âmbito da Psiquiatria. O conjunto das construções que formam o hospital oferecia o agradável aspecto de uma pequena e risonha vila, cujo arranjo e disposições foram concebidos de forma a transparecer a imagem do repouso e da tranquilidade indispensáveis ao espírito daqueles que por ali se acolhiam. As cores róseas dos pavilhões combinadas com a vivacidade circundantes de simpáticos logradouros, a arquitectura e a paisagem envolvente, meticulosamente estudadas, previam assim, “um papel do maior relevo na história da medicina Psiquiátrica portuguesa”. O número de doentes em internamento num espaço isolado era, à época, elevado.

Com a evolução da Psiquiatria, o Hospital Júlio de Matos oferece agora, para além do internamento, outros serviços abertos à comunidade. Tem como principal objectivo: “o

atendimento ao indivíduo com patologia Psiquiátrica na área geográfica abrangida pela instituição hospitalar.”

Actualmente, com mais de 60 anos de existência, o Hospital atende mais de 15000 doentes por ano, servindo uma população de cerca de 1 milhão e meio de habitantes.

O HJM está inserido no actual Parque da Saúde, numa combinação de várias instituições da saúde. A área envolvente dos diversos pavilhões, dos quais 2 são de doentes agudos, é formada por uma extensa zona de árvores que cresceu com a instituição.

A disposição da estrutura física de cada pavilhão é em estrela. Cada um destes pavilhões de agudos é composto por dois serviços, situando-se um no rés-do-chão e outro no 1º andar.

As Clínicas Psiquiátricas I (rés do chão) e IV (1º andar) estão num dos pavilhões e as Clínicas Psiquiátricas II (rés do chão) e III (1º andar), estão no outro. Cada um destes serviços tem uma lotação de 35 doentes, que se distribuem por três alas (correspondentes a três braços da configuração estelar do próprio edifício). Duas alas têm cinco quartos, cada um com três camas, e uma ala com dois quartos com três camas cada. Para além destes, existem ainda dois quartos individuais para isolamento, que se situam mais perto da sala de trabalho. Cada serviço comporta ainda um ginásio, uma sala de convívio, uma sala de estar, um refeitório, uma sala de trabalho de enfermagem, vários gabinetes médicos e um gabinete para a assistente social.

Relativamente às actividades realizadas nestes serviços, de uma forma geral faz-se uma reunião semanal terapêutica, uma reunião clínica semanal e uma reunião com as equipas comunitárias. As reuniões de equipa só se realizam em situações que as justifiquem. As reuniões da equipa de saúde, nas quais participam médicos, Enfermeiros e outros técnicos, são realizadas semanalmente, dinamizadas pelo director de serviço.

No que se refere à equipa de enfermagem, esta não é fixa quanto à metodologia de trabalho, verificando-se uma rotatividade semanal.

Embora possa haver diferenças nos diferentes serviços, o pessoal de enfermagem distribui-se da seguinte forma: três enfermeiros e o enfermeiro chefe de manhã e dois enfermeiros à tarde e à noite (aos dias de semana); dois enfermeiros por turno (ao fim de semana). As actividades executadas pelos enfermeiros, para além das que fazem parte do seu conteúdo funcional, são

mais relacionadas com a área da psiquiatria, como sessões de relaxamento e algumas terapias ocupacionais, sobretudo executadas ao ar livre.

Num dos serviços, a sala de trabalho dos enfermeiros encontra-se distanciada da zona onde os doentes podem circular. Nos restantes serviços este espaço já surge integrado em todo o ambiente envolvente.

Estas duas instituições psiquiátricas sobressaem quer pelo seu percurso histórico, quer pelas estruturas físicas dos seus serviços em edifícios separados. Encontram-se ainda ancoradas numa corrente tradicional da psiquiatria tanto pelo avançado estado de degradação dos seus serviços como pela metodologia de trabalho adoptada pelos enfermeiros, alicerçadas

Hospital de Santa Maria

O Hospital de Santa Maria nasce em 1954 para dar resposta a uma explosão demográfica vivida na cidade de Lisboa e a uma saturação dos Hospitais Cívicos da época.

Este hospital assume um cariz universitário “o que explica a sub-especialização de muitas das suas unidades e consulta, a diversidade e o significado de muitos dos projectos de investigação.” (www.hsm.pt)

Sendo a investigação uma das maiores riquezas previstas para aquele hospital em variadíssimas áreas, só em 1955 são iniciadas as actividades clínicas de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, sob a Direcção do Professor Doutor Henrique Barahona Fernandes.

No Hospital de Santa Maria a unidade para tratamento de doentes agudos tem uma lotação de 44 camas, distribuídas por dois serviços, que se situam nos pisos 3 e 4, com 15 e 29 camas respectivamente. A estrutura física não difere do hospital universitário. A tipologia dos serviços respeita a dos restantes serviços. Dada a integração dos serviços no hospital, a equipa de saúde, particularmente a de Enfermagem, envolve-se nos espaços comuns partilhados por outros profissionais, não vivendo só na especificidade dos serviços.

Nesta unidade a demora média de internamento vai de 24 a 37 dias.

Hospital São Francisco Xavier – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Este Departamento, embora inserido no hospital, encontra-se separado do mesmo geograficamente, na Calçada da Tapada, na Ajuda. Desconhece-se a origem do edifício, contudo, julga-se ter sido construído no séc. XVIII. Até aos anos 70 funcionou como sanatório para doentes do foro pulmonar.

Em 1976, perante a grande degradação de algumas enfermarias do hospital Miguel Bombarda, criou-se neste espaço o **Anexo da Ajuda do HMB**, designação que se manteve por 10 anos. Entre 1986 e 1989, foi criada a Equipa Comunitária de Enfermagem que fazia a ligação à comunidade através da sua participação na consulta e visitas domiciliárias, trabalhando, em simultâneo, no internamento. Em 1990, o Anexo da Ajuda deixa de existir e passa a designar-se por Centro de Saúde Mental Lisboa/Oeiras, adquirindo pela primeira vez autonomia administrativa. Dois anos mais tarde, ao abrigo da Portaria nº 750/92 de 1 de Agosto o CSML/O, é integrado no HSFX com a designação de Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental., voltando a ficar sob dependência administrativa da instituição hospitalar, permanecendo de novo afastado quer geograficamente, quer do ponto de vista da cultura organizacional de que agora dependem.

O Departamento tem como missão:

“Assegurar os cuidados especializados e adaptados aos utentes psiquiátricos de toda a área geográfica do HSFX, em situação de internamento, e suas famílias, através de um trabalho de equipa;

Contribuir activamente para a prevenção das consequências da doença mental no utente, na família e comunidade, promovendo prioritariamente a articulação efectiva entre a UIDA e as Equipas Comunitárias de referência de cada doente” (Quadro de Referência de Enfermagem, HSFX-DPSM).

Actualmente, a equipa de enfermagem é constituída por enfermeiros que prestam cuidados no internamento e por enfermeiros das 5 equipas comunitárias. Existe uma articulação entre as equipas comunitárias e o serviço de internamento, realizando-se, formalmente, uma reunião semanal com todos os elementos das equipas.

O internamento dos doentes é efectuado num dos dois serviços existentes, situando-se um no rés-do-chão e o outro no 1º andar do edifício. O serviço de internamento do rés-do-chão,

internamento para doentes do sexo feminino, é constituído por 8 quartos, com a seguinte distribuição de unidades por quarto: um de 5 unidades, dois de 2 unidades, quatro de 3 unidades e um de uma (designaremos aqui por unidade como a cama que o doente ocupa, com a respectiva mesa de cabeceira). O serviço de internamento do 1º andar, internamento para doentes do sexo masculino, é constituído por sete quartos, com a seguinte distribuição: um quarto com seis camas, um quarto com uma cama e cinco quartos com três camas cada. Em ambos os serviços existem doentes de evolução prolongada, residentes – três em cada.

As perturbações mentais mais frequentes em 2003 foram as Depressões e as Psicoses. Psicoses associadas ou não a consumos e/ou Distúrbios da Personalidade, nos dois serviços. O número de internamentos foi, ao longo de 2003, de 367 no total das duas unidades (homens e mulheres), sendo alguns internamentos compulsivos. A demora média foi de 26 dias e a taxa de ocupação de 94% (valores das duas unidades). O grupo etário de internados foi variável: dos 16 aos 90 anos (Rosa, R., Fev. 2004).

O edifício, onde o departamento funciona, é muito antigo, revelando alguma deterioração que necessita de manutenção permanente. O 1º andar está em piores condições que o rés – do – chão: os quartos são pequenos e as janelas não permitem o arejamento adequado da unidade, pois não se podem abrir, para além de que estão muito velhas, com madeiras apodrecidas, permitindo a entrada de vento e chuva em dias invernosos; há falta de aquecimento adequado; as casas de banho não apresentam condições de segurança e conforto, e estão distantes dos quartos dos doentes, sendo a origem de quedas diárias dos doentes e de constante risco de queda para os profissionais. A sala de trabalho, quer no rés – do – chão, quer no 1º andar não reúne as condições de trabalho necessárias: é pouco espaçosa, apenas dispõe de uma secretária pequena para dois enfermeiros e o armazenamento de material não é funcional. A do 1º andar está bem situada.

Em conversa informal com a enfermeira responsável pelo 1º andar, esta referiu-nos a dificuldade sentida na gestão dos cuidados de enfermagem, predominantemente pela indefinição de papéis das pessoas com funções de gestão no Departamento. É de salientar que actualmente o departamento tem uma enfermeira chefe, para além das duas enfermeiras responsáveis por cada uma das duas unidades. Referiu também que a desmotivação sentida, por parte dos técnicos do DPSM, dificultou o desenvolvimento do trabalho.

Hospital Fernando Fonseca

O Hospital Fernando Fonseca (nome atribuído em homenagem ao Professor Doutor Fernando da Fonseca) é uma instituição de prestação de cuidados diferenciados, integrada na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. O hospital, criado ao abrigo do Dec. – Lei 382/91, de 9 de Outubro, foi concessionada a um Grupo Gestor Privado, denominado “Hospital Amadora / Sintra – Sociedade Gestora, SA”. O referido grupo gestor assumiu a gestão do Hospital a 1 de Janeiro de 1996.

Tem como missão prestar cuidados hospitalares nos termos definidos no contrato de gestão e, no respeito pela dignidade dos utentes, formar profissionais de elevada qualidade bem como desenvolver investigação em Saúde. Esta missão concretiza-se através da prossecução dos objectivos definidos quer para o hospital como um todo, quer para cada um dos seus serviços. Foram definidos pelo HFF os seguintes objectivos:

- Garantir a prestação continuada de cuidados de saúde globais, correspondentes ao exercício em Urgência, Internamento e Ambulatórios.
- Prestar cuidados de Saúde Globais na óptica da integração na Unidade de Saúde, da sua área de influência, nomeadamente através do relacionamento funcional com os Centros de saúde e outras instituições. (A Enfermagem no Hospital Fernando Fonseca, p.6).

Sob o ponto de vista funcional, o HFF tem uma organização departamental, sendo que o serviço de psiquiatria integra o departamento dos serviços autónomos.

A direcção dos Serviços de Enfermagem é constituída por uma enfermeira-directora e quatro enfermeiras-supervisoras, que repartem entre si a coordenação dos departamentos existentes no HFF.

O Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca tem como missão assegurar a promoção da saúde mental, a prevenção e o tratamento das doenças mentais, bem como a reabilitação e a reinserção social das pessoas com problemas de saúde mental, na área populacional que abrange todo o Concelho da Amadora e as freguesias de Queluz, Massamá, Belas e Casal de Cambra do Concelho de Sintra.

A actividade do serviço de Psiquiatria decorre a nível hospitalar (Unidade Clínica Integrada de Internamento de Doentes Agudos, o Hospital de Dia e a Psiquiatria de Ligação) e comunitário (Equipas da Amadora, Brandoa, Damaia e Queluz, em colaboração com os Centros de Saúde), mantendo uma articulação estreita entre as várias unidades, de forma a garantir a continuidade de cuidados.

UNIDADE CLÍNICA INTEGRADA DE INTERNAMENTO DE DOENTES AGUDOS –
Tem como objectivo prestar cuidados a doentes psiquiátricos em fase aguda de descompensação, com uma capacidade de 27 camas de internamento. Dispõe actualmente de uma Equipa constituída por 3 médicos (um dos quais coordenador da Unidade), 13 enfermeiros (1 enfermeiro-chefe, 1 enfermeiro - responsável e 12 enfermeiros em sistema de rotatividade), 1 terapeuta ocupacional, 1 secretária de Unidade e 5 auxiliares de acção médica. Os doentes podem ser admitidos através do Serviço de Urgência, do Hospital de Dia, encaminhados directamente das consultas ou transferidos de outros serviços do HFF. Para cada doente existe um plano terapêutico médico individualizado e escrito em folha própria que consta do processo clínico. É elaborado um plano de cuidados de Enfermagem discriminado no processo clínico do doente. Cada doente tem um médico e um enfermeiro responsáveis, cuja identidade lhe é comunicada aquando da admissão. Esquizofrenia, doença bipolar, depressão, perturbação delirante, perturbação de personalidade e electroconvulsivoterapia (ECT) são as causas mais frequentes de internamento. A ECT obriga ao recurso a meios externos ao HFF, pelo que os doentes são conduzidos ao Hospital Inglês, tendo alta após o regresso do tratamento. A demora média do internamento é de 15,8 dias. A proveniência de doentes é a seguinte: 79 % da Urgência Geral, 19 % de internamentos programados pela consulta e 2 % de situações diversas.

O Hospital Fernando Fonseca tem apenas um serviço de psiquiatria de agudos que se aproxima muito das características já descritas para o HSM, do ponto de vista da dinâmica hospitalar. A estrutura física, mais recente, não apresenta ainda degradação.

No que se refere à equipa de saúde, esta assume uma metodologia de trabalho bem estruturada, assente em diferentes reuniões de equipa, planeadas semanalmente com objectivos específicos (reunião de equipa do internamento, reunião comunitária de doentes, reunião da equipa alargada). Em todas se faz sentir a participação dos enfermeiros.

A evolução científica que se fez sentir acompanhou de alguma forma a evolução do pensamento. O pensamento disjuntivo permitiu na época aprofundar a ciência a ponto de se criarem as especialidades e com elas nascerem, na década de quarenta, Hospitais da especialidade Psiquiátrica e, por outro lado, dentro dos hospitais gerais, serviços daquela especialidade.

A evolução das políticas de saúde e a evolução do conceito saúde/doença apontam, na actualidade, para uma saúde integrada. Nesta sequência, os hospitais abrem as suas portas à comunidade e rodeiam-se de outros suportes para oferecer à comunidade não apenas centrado no internamento...

Foi precisamente em 1985 que Portugal, decorrente da sua participação na 2ª Conferência de Ministros da Saúde do Conselho da Europa, em Estocolmo, se comprometeu reestruturar a organização assistencial da Saúde Mental. Passa-se assim do Modelo Hospitalar para o Modelo Comunitário: serviços próximos das áreas de residência das populações, com integração no sistema geral de saúde.

Os cuidados de saúde Mental devem ser promovidos, prioritariamente, a nível da comunidade, evitando o afastamento do meio social; prestados no meio menos restritivo possível, tendencialmente em hospitais gerais; reabilitação social na comunidade e adaptada ao grau da autonomia: estruturas residenciais, centros de dia, unidades de treino e reinserção profissional.

ANEXO II

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

As questões que se seguem referem-se a si próprio (a), sendo muito importante para a correcta interpretação dos dados recolhidos. A confidencialidade é garantida.

1. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

2. Idade _____ Anos

3. Habilitações Académicas

Até ao 9º Ano ☐ 10º - 11º Anos (antigo 7º Ano do Liceu) ☐ 12º Ano ou Equivalente ☐

Bacharelato / Freq. Univ. ☐ Curso _____ Curso Superior ☐ Curso _____

4. Estado Civil: Solteiro ☐ Casado ☐ Outro ☐ Qual? _____

5. Tem filhos? Sim ☐ Não ☐

6. No seu trabalho exerce funções de chefia? Sim ☐ Não ☐

7. Há quanto tempo exerce a função? _____ Anos

8. Há quanto tempo exerce a profissão? _____ Anos

9. Qual o seu vínculo Laboral?

Efectivo ☐ Contratado ☐ Recibo Verde ☐ Outro ☐ Qual? _____

10. Se pudesse deixaria a instituição? Sim ☐ Não ☐

11 De que maneira está satisfeito com o seu trabalho/função?

Muito Satisfeito ☐ Razoavelmente Satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Pouco Satisfeito ☐ Nada Satisfeito ☐

12. O n.º de horas que trabalha diariamente nesta instituição é de:

Menos de 8 horas ☐ 8 a 9 horas ☐ 9 a 10 horas ☐ Mais de 10 horas ☐

13. Por mês em média ausenta-se:

Muito Raramente

☐

1 Dia

☐

1 Semana

☐

15 Dias

☐

Mais de 15 Dias

☐

14. Ultimamente tem tido problemas de Saúde?

- Dores de cabeça:

Nunca

☐

Raramente

☐

Algumas Vezes

☐

Com Alguma Frequência

☐

Muitas Frequentemente

☐

- Insónias:

Nunca

☐

Raramente

☐

Algumas Vezes

☐

Com Alguma Frequência

☐

Muitas Frequentemente

☐

- Perda de Apetite:

Nunca

☐

Raramente

☐

Algumas Vezes

☐

Com Alguma Frequência

☐

Muitas Frequentemente

☐

- “Picadas no Coração”:

Nunca

☐

Raramente

☐

Algumas Vezes

☐

Com Alguma Frequência

☐

Muitas Frequentemente

☐

Outros: _____

Outros: _____

QUESTIONÁRIO

Pense no seu trabalho. Nesta página estão 22 afirmações sobre sentimentos relativos ao seu trabalho. Leia cuidadosamente cada afirmação e assinale a opção que melhor reflecte o que sente sobre o seu trabalho. Se nunca sentiu esse sentimento assinale “0”. Se já teve esse sentimento indique a frequência, de acordo com a seguinte escala:

	Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1. No meu trabalho não sinto emoções	0	1	2	3	4	5	6
2. Sinto-me fatigado no fim de um dia de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
3. Sinto-me cansado quando me levanto de manhã e tenho que ir trabalhar	0	1	2	3	4	5	6
4. Eu compreendo facilmente o que sentem os doentes	0	1	2	3	4	5	6
5. Sinto que trato alguns doentes como se fossem objectos impessoais	0	1	2	3	4	5	6
6. Trabalhar com pessoas todos os dias causa-me stress.	0	1	2	3	4	5	6
7. Eu lido eficazmente com os problemas dos doentes.	0	1	2	3	4	5	6
8. O meu trabalho deixa-me exausto.	0	1	2	3	4	5	6
9. Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida das pessoas.	0	1	2	3	4	5	6
10. Sinto-me indiferente para as pessoas por causa do meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
11. Estou preocupado porque este serviço tornou-me emocionalmente mais duro.	0	1	2	3	4	5	6
12. Sinto-me muito energético	0	1	2	3	4	5	6
13. Sinto-me frustrado no serviço.	0	1	2	3	4	5	6
14. Sinto que estou a trabalhar muito.	0	1	2	3	4	5	6
15. Não quero saber o que vai acontecer a alguns doentes.	0	1	2	3	4	5	6
16. Trabalhar directamente com pessoas causa-me muito stress.	0	1	2	3	4	5	6
17. Eu consigo criar facilmente um ambiente relaxado com os doentes.	0	1	2	3	4	5	6
18. Sinto-me alegre depois de estar com os doentes.	0	1	2	3	4	5	6
19. No meu trabalho consigo fazer coisas com valor.	0	1	2	3	4	5	6
20. Sinto-me à beira do “abismo”.	0	1	2	3	4	5	6
21. No meu trabalho lido muito calmamente com problemas emocionais.	0	1	2	3	4	5	6
22. Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas	0	1	2	3	4	5	6

Nesta parte do questionário existem 90 afirmações acerca do local de trabalho.

As afirmações têm como objectivo aplicarem-se a todos os ambientes de trabalho. No entanto, algumas palavras podem não estar perfeitamente adaptadas para o seu ambiente de trabalho. Por exemplo o termo supervisor pode referir-se ao seu chefe ou à pessoa ou pessoas a quem o empregado reporta.

Decida quais as afirmações que são verdadeiras para o seu ambiente de trabalho e quais as que são falsas.

Se pensa que a afirmação é verdadeira ou a maior parte das vezes é verdadeira para o seu ambiente de trabalho, faça um X por cima da letra V (Verdadeiro).

Se pensa que a afirmação é falsa ou a maior parte das vezes é falsa o seu ambiente de trabalho, faça um X por cima da letra F (Falso).

Por favor certifique-se que respondeu a todas as questões.

- | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1. O trabalho é realmente desafiador. | ☐ V | ☐ F |
| 2. As pessoas fazem os possíveis por ajudar um novo empregado a sentir-se mais à vontade | ☐ V | ☐ F |
| 3. Os supervisores tendem a falar com superioridade para os empregados. | ☐ V | ☐ F |
| 4. Poucos empregados têm funções de responsabilidade. | ☐ V | ☐ F |
| 5. As pessoas prestam muita atenção para realizarem o trabalho. | ☐ V | ☐ F |
| 6. Existe uma pressão constante para os empregados permanecerem a trabalhar. | ☐ V | ☐ F |
| 7. Por vezes as coisas estão bem desorganizadas. | ☐ V | ☐ F |
| 8. Dá-se rigorosa importância ao cumprimento de políticas e regulamentos. | ☐ V | ☐ F |
| 9. É valorizado o modo diferente de fazer as coisas. | ☐ V | ☐ F |
| 10. Às vezes está demasiado calor. | ☐ V | ☐ F |

- | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 11. Não existe grande espírito de grupo. | ☐ V | ☐ F |
| 12. O ambiente é um tanto impessoal. | ☐ V | ☐ F |
| 13. Os supervisores geralmente elogiam o empregado que faz alguma coisa bem. | ☐ V | ☐ F |
| 14. Os empregados tem muita liberdade para fazerem o trabalho como quiserem. | ☐ V | ☐ F |
| 15. Muito tempo é desperdiçado devido à ineficiência. | ☐ V | ☐ F |
| 16. Parece haver sempre urgência para tudo. | ☐ V | ☐ F |
| 17. As actividades são bem planeadas. | ☐ V | ☐ F |
| 18. As pessoas enquanto trabalham, podem vestir-se de modo extravagante, se quiserem | ☐ V | ☐ F |
| 19. As ideias novas e diferentes são sempre postas à prova. | ☐ V | ☐ F |
| 20. A iluminação é extremamente boa. | ☐ V | ☐ F |
| 21. Muitas pessoas parecem estar apenas a fazerem tempo. | ☐ V | ☐ F |
| 22. As pessoas interessam-se pessoalmente umas pelas outras. | ☐ V | ☐ F |
| 23. Os supervisores tendem a desencorajar as críticas dos empregados. | ☐ V | ☐ F |
| 24. Os empregados são encorajados a tomarem as suas próprias decisões. | ☐ V | ☐ F |
| 25. As coisas raramente são deixadas para amanhã. | ☐ V | ☐ F |
| 26. As pessoas não se podem dar ao luxo de relaxar. | ☐ V | ☐ F |
| 27. As normas e regulamentos são um tanto vagas e ambíguas. | ☐ V | ☐ F |
| 28. Espera-se que as pessoas sigam as normas estabelecidas, enquanto trabalham. | ☐ V | ☐ F |
| 29. Este local de trabalho seria um dos primeiros a experimentar uma nova ideia. | ☐ V | ☐ F |
| 30. O espaço de trabalho é demasiado pequeno para o número de pessoas que lá trabalham. | ☐ V | ☐ F |
| 31. As pessoas parecem sentir orgulho na organização. | ☐ V | ☐ F |
| 32. Os empregados raramente fazem coisas juntos depois do trabalho. | ☐ V | ☐ F |
| 33. Os supervisores geralmente dão pleno crédito às ideias dos empregados. | ☐ V | ☐ F |
| 34. As pessoas podem usar a sua própria iniciativa para fazer coisas. | ☐ V | ☐ F |
| 35. Este local é altamente eficiente e orientado para o trabalho. | ☐ V | ☐ F |
| 36. Ninguém trabalha demasiado. | ☐ V | ☐ F |
| 37. As responsabilidades dos supervisores estão claramente definidas. | ☐ V | ☐ F |
-

38. Os supervisores vigiam atentamente os empregados.	☐ V	☐ F
39. A variedade e a mudança não são particularmente importantes.	☐ V	☐ F
40. Este local de trabalho tem uma aparência moderna e com estilo.	☐ V	☐ F
41. As pessoas esforçam-se bastante naquilo que fazem.	☐ V	☐ F
42. As pessoas são geralmente sinceras em relação àquilo que sentem.	☐ V	☐ F
43. Os supervisores criticam muitas vezes os empregados por coisas de pouca importância.	☐ V	☐ F
44. Os supervisores encorajam os empregados a confiarem em si próprios quando surge um problema.	☐ V	☐ F
45. Ter muito trabalho feito é muito importante para as pessoas.	☐ V	☐ F
46. Não existe pressão pelo tempo.	☐ V	☐ F
47. Os detalhes dos trabalhos atribuídos aos empregados são-lhes geralmente explicados.	☐ V	☐ F
48. As normas e regulamentos são rigorosamente cumpridos.	☐ V	☐ F
49. Os mesmos métodos são utilizados há muito tempo.	☐ V	☐ F
50. O local de trabalho precisava de uma nova decoração interior.	☐ V	☐ F
51. Poucas pessoas se oferecem voluntariamente.	☐ V	☐ F
52. Os empregados almoçam muitas vezes juntos.	☐ V	☐ F
53. Os empregados sentem-se geralmente à vontade para pedir aumento.	☐ V	☐ F
54. Os empregados geralmente não tentam ser únicos e diferentes.	☐ V	☐ F
55. Dá-se ênfase “ao trabalho antes da brincadeira”.	☐ V	☐ F
56. É muito difícil acompanhar a carga de trabalho.	☐ V	☐ F
57. Os empregados estão muitas vezes confusos sobre o que devem supostamente fazer.	☐ V	☐ F
58. Os supervisores estão sempre a controlar os empregados e a supervisioná-los com muita atenção.	☐ V	☐ F
59. Novas soluções para as coisas são raramente experimentadas.	☐ V	☐ F
60. As cores e a decoração tornam o local acolhedor e alegre para se trabalhar.	☐ V	☐ F
61. É um local de trabalho muito animado.	☐ V	☐ F
62. Os empregados que se diferenciam dos outros na organização não se dão bem.	☐ V	☐ F

- | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 63. Os supervisores esperam demasiado dos empregados. | ☐ V | ☐ F |
| 64. Os empregados são encorajados a aprender coisas, mesmo que estas não estejam directamente relacionadas com o seu trabalho. | ☐ V | ☐ F |
| 65. Os empregados trabalham demasiado. | ☐ V | ☐ F |
| 66. Pode-se trabalhar calmamente e ainda assim realizar o trabalho. | ☐ V | ☐ F |
| 67. Os benefícios adicionais são integralmente explicados aos empregados. | ☐ V | ☐ F |
| 68. Os supervisores muitas vezes não cedem perante a pressão dos empregados. | ☐ V | ☐ F |
| 69. As coisas tendem a manter-se quase sempre na mesma. | ☐ V | ☐ F |
| 70. Às vezes há bastantes correntes de ar. | ☐ V | ☐ F |
| 71. É difícil conseguir pessoas para fazer qualquer trabalho extraordinário. | ☐ V | ☐ F |
| 72. Os empregados falam muitas vezes uns com os outros sobre os seus problemas pessoais. | ☐ V | ☐ F |
| 73. Os empregados discutem os seus problemas pessoais com os supervisores. | ☐ V | ☐ F |
| 74. Os empregados funcionam razoavelmente, independentemente dos supervisores. | ☐ V | ☐ F |
| 75. As pessoas parecem bastantes ineficientes. | ☐ V | ☐ F |
| 76. Existem sempre prazos para serem cumpridos. | ☐ V | ☐ F |
| 77. As normas e políticas estão sempre a mudar. | ☐ V | ☐ F |
| 78. Espera-se que os empregados se submetam rigorosamente às normas e costumes. | ☐ V | ☐ F |
| 79. Exista uma atmosfera fresca e nova no local de trabalho. | ☐ V | ☐ F |
| 80. O equipamento está geralmente bem adaptado. | ☐ V | ☐ F |
| 81. O trabalho é geralmente bem adaptado. | ☐ V | ☐ F |
| 82. As pessoas criam, muitas vezes, problemas por falarem dos outros pelas costas. | ☐ V | ☐ F |
| 83. Os supervisores defendem realmente o seu pessoal. | ☐ V | ☐ F |
| 84. Os supervisores encontram-se regularmente com os empregados para discutirem os seus futuros objectivos de trabalho. | ☐ V | ☐ F |
| 85. Exista uma tendência para as pessoas chegarem tarde ao trabalho. | ☐ V | ☐ F |
| 86. As pessoas têm muitas vezes de fazer trabalho extraordinário para terem o seu trabalho pronto. | ☐ V | ☐ F |
| 87. Os supervisores encorajam os empregados a serem limpos e arrumados. | ☐ V | ☐ F |
-

88. Se um empregado chega tarde, pode sempre compensar o atraso ficando até mais tarde. ☐ V ☐ F

89. As coisas parecem estar sempre a mudar. ☐ V ☐ F

90. As salas estão bem ventiladas. ☐ V ☐ F

ANEXO III
TRABALHO EMPÍRICO

Quadro n.º 1 – Planeamento do trabalho empírico – Junho a Setembro 2003

<i>Hospitais</i>		<i>N.º de serviços</i>	<i>Data da entrevista</i>
Hospitais Gerais com serviços de psiquiatria	H. Santa Maria	2	Setembro
	H. São Francisco Xavier	2	Junho
	H. Fernando Fonseca	1	Junho
Hospitais Psiquiátricos	H. Júlio de Matos	4	Julho
	H. Miguel Bombarda	5	Julho

Quadro n.º 2 – Distribuição dos enfermeiros de referência e dos enfermeiros inquiridos por hospital

Hospitais	Serviços	N.º de referência de enfermeiros por serviço		N.º de enfermeiros a inquirir		N.º de enfermeiros inquiridos	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%
Santa Maria	Piso 3						
	Piso 4	29	14,4	22	13,6	18	16,4
São Francisco Xavier	R/C	16					
	1º Andar	17	16,4	16	9,9	12	10,9
Fernando da Fonseca	Serviço de Agudos	15	7,7	12	7,4	8	7,3
Júlio de Matos	Clinica Psiquiátrica I	18					
	Clinica Psiquiátrica II	17					
	Clinica Psiquiátrica III	18		63	38,9	37	33,6
	Clinica Psiquiátrica IV	18	35,3				
Miguel Bombarda	UIPS	15					
	UIAL	15					
	7ª Enfermaria	11	26,3	49	30,2	35	31,8
	5ª Enfermaria	10					
	Hospital de dia	2					
Totais		201	100,0	162	100,0	110	100

ANEXO IV
DADOS NORMATIVOS AMERICANOS DO MANUAL DO
MASLACH BURNOUT INVENTORY

Quadro 1 - Dados Normativos Americanos do Manual do Maslach Burnout Inventory

Escala MBI	NÍVEIS DE BURNOUT		
	Baixo	Médio	Elevado
Amostra Total			
EE (1)	16	17-26	≥ 27
DP (2)	6	7-12	≥ 13
RP (3)	39	38-32	31
Professores			
EE	16	17-26	≥ 27
DP	8	9-13	≥ 14
RP	37	36-31	30
Ensino Secundário			
EE	13	14-23	≥ 24
DP	2	3-8	≥ 9
RP	43	42-36	35
Serviços Sociais			
EE	16	17-27	≥ 28
DP	5	6-10	≥ 11
RP	37	36-30	29
Medicina			
EE	18	19-26	≥ 27
DP	5	6-9	≥ 10
RP	40	39-34	33
Saúde Mental			
EE	13	14-20	≥ 21
DP	4	5-7	≥ 8
RP	34	33-29	28
Outros			
EE	16	17-27	≥ 28
DP	5	6-10	≥ 11
RP	40	39-34	33

(1) EE – Exaustão Emocional (2) DP – Despersonalização (3) RP – Realização Pessoal

Fonte: Maslach Burnout Inventory (p.3), 1981, Palo Alto, C.A.: Consulting Psychologist Press

ANEXO V
WORK ENVIRONMENT SCALE

Quadro nº 1 - Questões da WES para cada dimensão e subescala

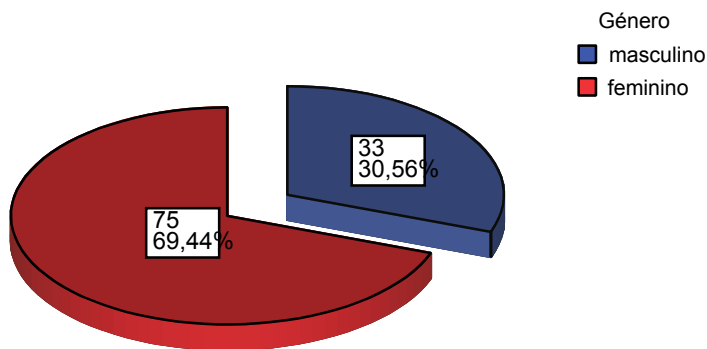
Dimensão Relacionamento		Questões							
1. Envolvimento	1	11	21	31	41	51	61	71	81
2. Coesão entre Colegas	2	12	22	32	42	52	62	72	82
3. Apoio do Supervisor	3	13	23	33	43	53	63	73	83
Dimensão Desenvolvimento Pessoal									
4. Autonomia	4	14	24	34	44	54	64	74	84
5. Orientação para a Tarefa	5	15	25	35	45	55	65	75	85
6. Pressão no Trabalho	6	16	26	36	46	56	66	76	86
Dimensão de Manutenção e Mudança									
7. Clareza	7	17	27	37	47	57	67	77	87
8. Controlo	8	18	28	38	48	58	68	78	88
9. Inovação	9	19	29	39	49	59	69	79	89
10. Conforto Físico	10	20	30	40	50	60	70	80	90

ANEXO VI
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os sujeitos da investigação

No que se refere ao género (questão 1), é sobrejamente predominante o sexo feminino, com 75 (69,5%), como se pode verificar no gráfico nº1, confirmando a tendência geral da História da Enfermagem, em que o domínio do sexo feminino foi totalitário no passado e continua a ser relevante no presente.

Gráfico nº 1 - Género



Relativamente à **idade** (questão 2) e da análise do quadro nº1, a **média** de idades dos nossos sujeitos é de 37,29 anos, com um DP de 9,760.

Quadro nº 1 – Média de idades dos enfermeiros

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Idade	108	22	56	37,29	9,760

O HSM é a instituição que apresenta uma média de idades mais elevada, de 44 anos, seguido do HMB, com uma média de idades de 37anos. O HFF e o HJM apresentam a mesma média de idades, 36 anos, e o HSFX é o hospital com a média de idades mais baixa, ou seja, 33 anos (Quadro nº2).

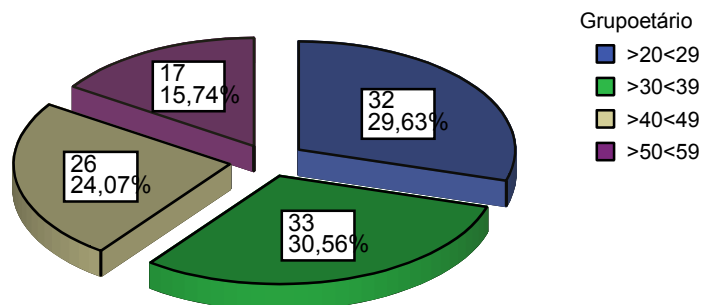
Quadro nº 2 – Média de idades dos enfermeiros nos diferentes hospitais

Instituição	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
HMB	35	23	56	37,37	9,586
HSM	18	24	56	43,83	10,291
HFF	8	28	48	35,63	7,836
HSFX	13	26	44	33,38	5,723
HJM	34	22	56	35,62	10,088

Na distribuição **etária** e da leitura do gráfico nº 2, podemos verificar que a maioria dos sujeitos de todos os hospitais é constituída por população jovem. O grupo etário com maior expressão é o grupo dos 31-40 anos, com 33,3% enfermeiros, seguido do grupo etário dos 20-30 anos, com 31,48% enfermeiros.

Encontramos, contudo, 12,96% enfermeiros que pertencem ao grupo etário dos 51-60 anos, ou seja, já numa idade perto da reforma, para este grupo profissional.

Gráfico nº 2- Grupo etário



O HFF e o HSFX têm um maior número de população jovem, com 4 (50,0%) e 6 (46,2%) enfermeiros, respectivamente, a pertencerem ao grupo etário dos 20-30 anos, seguido do HJM com 13 (38,2%). Salienta-se ainda o facto de nestas duas instituições não existirem enfermeiros no grupo etário dos 51-60.

No HMB o grupo etário com maior expressão é o dos 31-40 anos, com 16 (45,7%) enfermeiros.

No HSM a maioria dos sujeitos que exercem funções nos dois serviços de psiquiatria têm idade superior a 41 anos, 12 (66,6%), sendo que 6 (33,3%) pertencem ao grupo etário dos 51-60 anos (Quadro nº3).

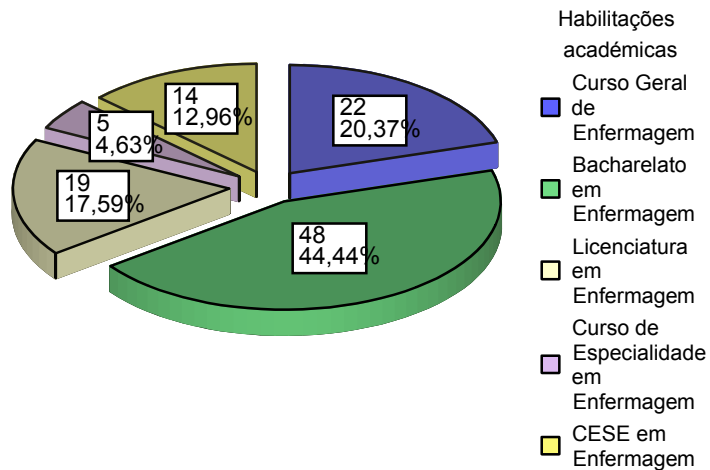
Quadro nº 3 – Distribuição dos enfermeiros pelo grupo etário nos diferentes hospitais

Instituição	HMB		HSM		HFF		HSFX		HJM	
Grupo etário	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
>20<30	8	22,9	3	16,7	4	50,0	6	46,2	13	38,2
>31<40	16	45,7	3	16,7	1	12,5	5	38,5	11	32,4
>41<50	6	17,1	6	33,3	3	37,5	2	15,4	7	20,6
>51<60	5	14,3	6	33,3	0	0,0	0	0,0	3	8,8
Total	35	100,0	18	100,0	8	100,0	13	100,0	34	100,0

No que diz respeito aos resultados obtidos face às **habilitações académicas** (questão n.º3), podemos verificar que a maioria dos nossos sujeitos, 67 (62,03%) possui o Curso Superior de Enfermagem (Gráfico nº3). De entre estes, podemos evidenciar os que têm o Bacharelato em Enfermagem, 48 (44,44%) e os que têm a Licenciatura em Enfermagem, 19 (17,59%). Este aspecto não nos surpreende já que, como vimos no ponto anterior, a população em estudo é maioritariamente jovem.

Numa leitura transversal do mesmo gráfico, 22 (20,37%) surgem com o curso Geral de Enfermagem, correspondente naturalmente a uma população mais velha; 19 (17,4%), são enfermeiros especialistas e 14 (12,8%) concluíram o CESE em Saúde Mental e Psiquiatria.

Gráfico nº 3-Habilitações Académicas



Da leitura do Quadro nº4 podemos notar que o HAFX e HFF não integram enfermeiros com o Curso Geral de Enfermagem. As habilitações académicas que os enfermeiros mais apresentam nestas duas instituições são o Curso de Bacharelato em Enfermagem, com 9 (69,3%) e 6 (75,0%), respectivamente. Este fenómeno parece prender-se com o facto destes hospitais serem mais recentes. Por sua vez, hospitais mais antigos, como HMB, HSM e HJM, ainda apresentam enfermeiros cujas habilitações académicas são o Curso Geral de Enfermagem, com 9 (25,7%), 7 (38,9%) e 6 (17,1%) respectivamente.

Relativamente ao número de especialistas, a distribuição parece ser um pouco heterogénea, isto é, os hospitais Psiquiátricos HJM e HMB apresentam um número mais elevado, 7 (20%) e 4 (11,5%), respectivamente. Contudo este número de especialistas tem uma distribuição no primeiro hospital por 4 e no segundo por 5 serviços. O HSM surge com 4 (22,22%) especialistas e o HAFX com 2 (15,3%) especialistas. Nestes dois hospitais o número de especialistas é referente a 2 serviços por hospital. Por último, surge o HFF com 2 (25%) enfermeiros especialistas apenas para um serviço (Quadro nº4).

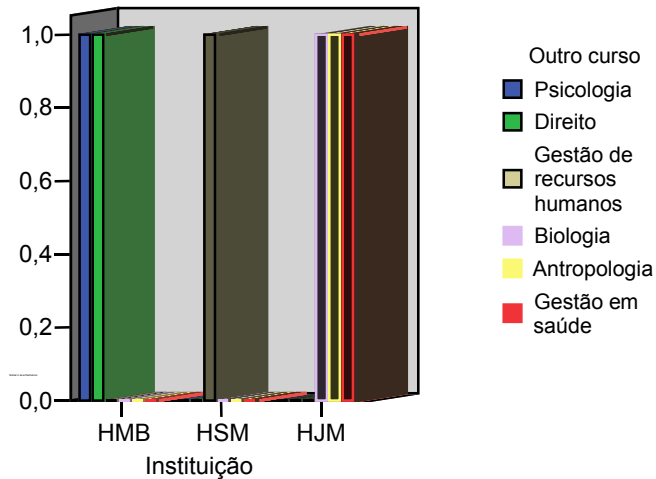
Quadro nº 4 – Distribuição das habilitações académicas por instituição hospitalar

Habilitações académicas	Instituição	HMB		HSM		HFF		HSFX		HJM	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Curso Geral de Enfermagem		9	25,7	7	38,9	0	0,0	0	0,0	6	17,1
Curso Bacharelato em Enfermagem		16	45,7	3	16,7	6	75,0	9	69,3	14	41,7
Curso de Licenciatura em Enfermagem		6	17,1	4	22,2	0	0,0	2	15,3	7	20,0
Curso de Especialidade em Enfermagem Psiquiátrica		1	2,9	2	11,1	1	12,5	0	0,0	1	2,9
CESE em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica		3	8,6	2	11,1	1	12,5	2	15,3	6	17,1
Total		35	100	18	100	8	100	13	100	34	100

Constata-se que alguns dos nossos sujeitos possuem **outro curso superior**, como se pode depreender do gráfico seguinte. No HMB um enfermeiro tem o Curso de Psicologia e outro Curso de Direito; no HSM um enfermeiro tem o Curso de Gestão de Recursos Humanos e no HJM existem três sujeitos com outro tipo de curso, nomeadamente, Curso Superior de Biologia, Curso Superior de Antropologia e Curso Superior de Gestão em Saúde.

O HSFX e HFF não têm enfermeiros com outro Curso Superior, que não de Enfermagem (Gráfico nº 4).

Gráfico nº 4- Outro Curso Superior



Do total dos nossos actores e no que concerne ao **estado civil** (Questão 4), a maioria, isto é, 53 (49,07%) são casados. Existe, contudo, um número significativo de enfermeiros solteiros 40 (37,04%) como se pode constatar no quadro nº 5.

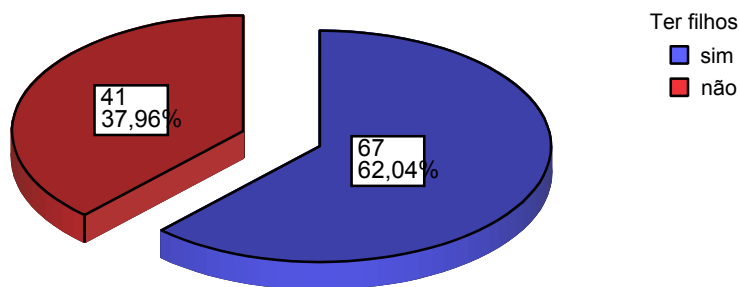
Numa análise mais detalhada da variável **estado civil** dos enfermeiros, pelas instituições que constituem o contexto do nosso estudo, constatamos que no HMB 7 (20,0%) dos enfermeiros são divorciados.

Quadro nº 5 – Distribuição do estado civil dos enfermeiros pelos hospitais

Instituição	HMB		HSM		HFF		HSFX		HJM		Total	
Estado Civil	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Solteiro	12	34,3	6	33,3	2	25,0	4	30,8	16	47,1	40	37,0
Casado	15	42,9	9	50,0	3	37,5	9	69,2	17	50,0	53	49,0
Divorciada	7	20,0	2	11,1	3	37,5	0	0,0	1	2,9	13	12,0
Viúvo	1	2,9	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,8
Total	35	100,0	18	100,0	8	100,0	13	100,0	34	100,0	108	100,0

Caracterizámos ainda os actores do nosso estudo quanto à **existência de filhos** (Questão 5). Da leitura do Gráfico nº5 podemos constatar que 67 (62,04%) do total dos enfermeiros do estudo tem filhos.

Gráfico nº 5- Existência de filhos



Dum total de 67 (100%) enfermeiros que têm filhos, 23 (34,3%) e 16 (23,9%) trabalham nos hospitais psiquiátricos HMB e HJM, respectivamente. De referir ainda, que relativamente ao mesmo total, 14 (20,9%) daqueles enfermeiros trabalham no HSM.

Dos 41 (100,0%) de enfermeiros que referem não ter filhos, a maioria trabalham nos hospitais psiquiátricos HJM e HMB, apresentando valores de 18 (43,9%) e 12 (29,3%) respectivamente (Quadro nº6).

Quadro nº 6 – Distribuição do número de filhos dos enfermeiros segundo os contextos de trabalho

Existência de filhos		Sim		Não		Total	
Instituição		N	%	N	%	N	%
HMB		23	65,7	12	34,3	35	100,0
HSM		14	77,8	4	22,2	28	100,0
HFF		5	62,5	3	37,5	8	100,0
HSFX		9	69,2	4	30,8	13	100,0
HJM		16	47,1	18	52,9	34	100,0
Total		67	62,1	41	37,9	108	100,0

No que concerne ao tipo de funções interessa perceber qual o número de enfermeiros a exercer **funções de chefia** (Questão 6), independentemente de serem ou não chefes de serviço. Nesta sequência, o quadro nº 7 mostra que 13 (12,0%) enfermeiros referem desempenhar funções de chefia. Após contacto com as Direcções de enfermagem e/ou Supervisores das diferentes instituições, confirmamos que existe um total de 15 enfermeiros a exercerem funções de chefia. Destes, 12 são chefes de carreira e 3 desempenham tal função acrescida ao seu conteúdo funcional, (dois pertencem ao HSFX e um ao HJM).

No HMB, HSM e HFF todos os enfermeiros chefes que responderam ao nosso questionário são chefes de carreira. No HSFX, os dois enfermeiros que responderam exercem funções de chefia, mas não são chefes. No HJM, dos três enfermeiros da amostra, dois são chefes e um exerce funções de chefia.

Quadro nº 7 – Distribuição das funções de chefia dos enfermeiros pelos hospitais

Exercer funções de chefia	Sim		Não		Total	
Instituição	N	%	N	%	N	%
HMB	5	14,3	30	85,7	35	100,0
HSM	2	11,1	16	88,9	18	100,0
HFF	1	12,5	7	87,5	8	100,0
HSFX	2	15,4	11	84,6	13	100,0
HJM	3	8,8	31	91,2	34	100,0
Total	13	12,0	85	88,0	108	100,0

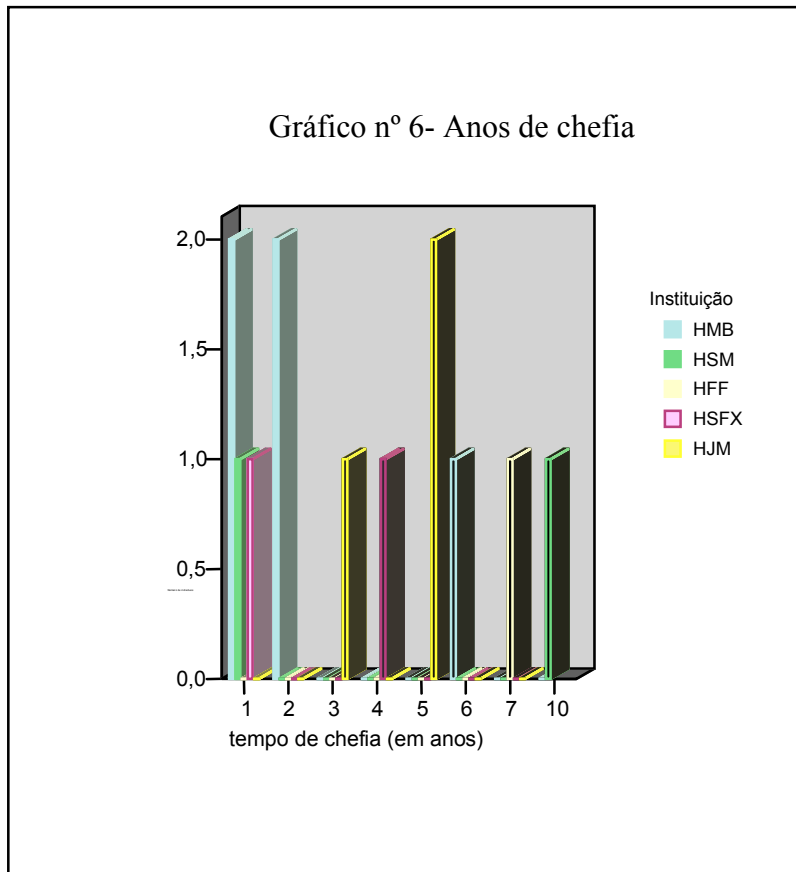
Quanto ao número de anos que estes indivíduos **exercem esta função** (questão nº6), podemos constatar que a média de anos é 3,69 anos, com um mínimo de 1 ano e um máximo de 10 anos (Quadro nº 8).

Quadro nº 8 – Tempo de chefia

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Tempo de chefia	13	1	10	3,69	2,810

Analisando o gráfico nº 6 verificamos que é no HSM que a função de chefia é exercida há mais anos – dez – num dos serviços; no outro esta função só está a ser exercida há um ano, já que este hospital tem dois serviços de psiquiatria.

O HMB é o hospital que tem na sua maioria enfermeiros chefes com menos anos na função: dois destes exercem-na há dois anos e, outros dois exercem-na há um ano. Há, no entanto neste hospital, um chefe que exerce funções há seis anos.



Relativamente ao **tempo de profissão** em anos (questão nº 8), a média é de 14,23 anos, com o mínimo de um ano e o máximo de 36 anos (Quadro nº9).

Quadro nº 9 – Anos na profissão

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Tempo que exerce a profissão	108	1	36	14,23	9,670

O HSM é aquele que apresenta a média mais elevada de número de anos na profissão, 20,72 anos e o HSFX é o hospital que apresenta a média mais baixa, 8,92 anos de profissão. Estes resultados parecem compatíveis com a média de idades nestas instituições (Quadro nº10)

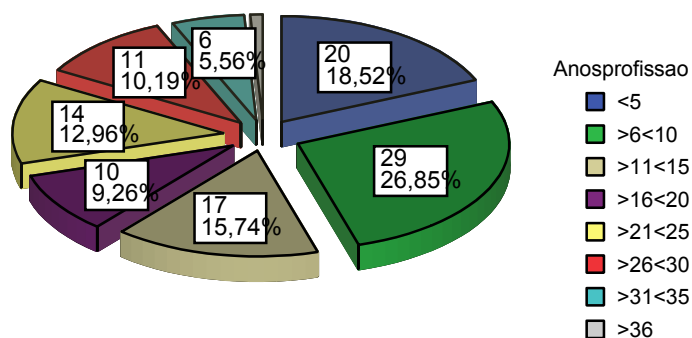
Quadro nº 10 – Anos na profissão por instituição

Instituição	N	Tempo que exerce a profissão			
		Mínimo	Máximo	Média	DP
HMB	35	2	34	14,23	9,117
HSM	18	1	36	20,72	11,097
HFF	8	6	23	12,75	7,046
HSFX	13	2	23	8,92	5,722
HJM	34	1	34	13,18	9,793

A variável, **número de anos de profissão** foi recodificada, sendo agrupados em classes de cinco anos. De acordo com o gráfico nº 7, a moda é pertencer à classe dos 6 a 10 anos de profissão, com 20 (18,52%) enfermeiros. Constatamos que com menos de 15 anos de profissão existem 66 (61,11%) enfermeiros, e com mais de 31 anos de profissão existem 7 (6,49%) enfermeiros, sendo que destes, 1 (0,9%) tem mais de 35 anos. Isto corresponde ao facto de a maioria ser população jovem.

De salientar que 18 (16,7%) tem mais de 25 anos de exercício.

Gráfico nº 7- Anos na Profissão



Da análise destas classes e tendo como base o quadro nº 11, podemos inferir que no HMB a moda é ter entre 6 a 10 anos ou 11 a 15 anos de trabalho, com 9 (25,7%), em cada classe. No HSM a moda é ter entre 26 a 30 anos de profissão, com 5 (27,8%) enfermeiros. No HFF a moda é pertencer à classe dos 6 a 10 anos de profissão, com 4 (50,0%) enfermeiros.

No HSFX a moda é pertencer à classe dos 6 a 10 anos de profissão, com 7 (53,8%) e no HJM a moda é pertencer à classe dos 0 aos 5 anos e dos 6 aos 10 anos, com 9 (26,5%) enfermeiros por classe.

Salientamos o facto de no HSM existirem 3 (16,7%) enfermeiros que têm mais de 31 anos de profissão e destes 1 (5,6%) tem mais de 36 anos.

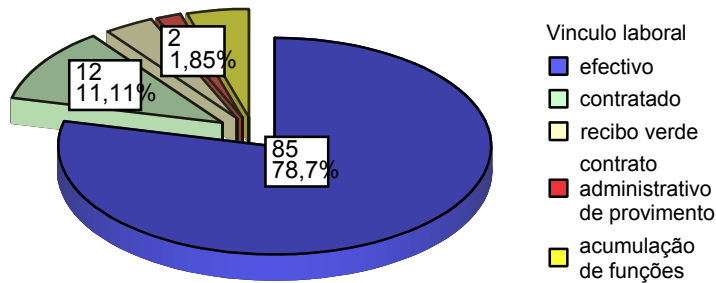
No HFF e no HSFX não existem enfermeiros com mais de 26 anos de serviço.

Quadro nº 11 – Distribuição das classes de anos de profissão nas diferentes instituições

Anos de profissão	Instituições											
	HMB		HSM		HFF		HSFX		HJM		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<5	5	14,3	3	16,7			3	23,1	9	26,5	20	
>6<10	9	25,7			4	50,0	7	53,8	9	26,5		
>11<15	9	25,7	3	16,7	1	12,5	1	7,7	3	8,8		
>16<20	2	5,7	2	11,1	1	12,5	1	7,7	4	11,8		
>21<25	5	14,3	2	11,1	2	25,0	1	7,7	4	11,8		
>26<30	3	8,6	5	27,8					3	8,8		
>31<35	2	5,7	2	11,1					2	5,9		
>36			1	5,6								
Total	35	100,0	18	100,0	8	100,0	13	100,0	34	100,0		

O **vínculo laboral** dos nossos actores (questão nº9), expressa no gráfico nº 8, revela-nos que 85 (78,7%) são efectivos, encontrando-se os restantes em situações precárias de trabalho, ou seja, 23 (21,3%). Destes últimos, 12 (11,11%) são contratados; 4 (3,7%) estão a recibo verde; 2 (1,85%) encontram-se com contrato administrativo de provimento e 5 (4,63%) estão em acumulação de funções.

Gráfico nº 8- Vínculo Laboral



Da totalidade dos enfermeiros que não são efectivos, é no HFF que existe a maior percentagem de indivíduos a recibo verde, 4 (50,0%); o HJM apresenta 10 (29,4%) enfermeiros que não são efectivos, havendo 4 (11,8%) em acumulação de funções.

Tabela nº 12 – Distribuição dos enfermeiros pelo vínculo laboral nos hospitais

Vínculo laboral	HMB		HSM		HFF		HSFX		HJM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Efectivo	31	88,6	15	83,3	4	50,0	11	84,6	24	70,6
Contratado	3	8,6	3	16,7					5	14,7
Recibo verde					4	50,0				
Contrato administrativo de provimento	1	2,9							1	2,9
Acumulação de funções							1	7,7	4	11,8
Total	35	100,0	18	100,0	8	100,0	13	100,0	34	100,0

ANEXO VII

ALFA DE CRONBACH

Maslach Burnout Inventory

Reliability

Warnings

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	108	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	108	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,657	,636	22

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
sentir emoções	63,33	142,056	,113	,273	,669
sentir-se fatigado ao fim do dia	62,15	136,296	,496	,454	,620
sentir-se cansado de manha	63,46	130,943	,485	,475	,613
compreender os doentes	61,49	153,804	,022	,352	,661
tratar os doentes como objectos	65,82	147,660	,168	,436	,652
trab. com pessoas diariamente causa stress	64,62	134,612	,390	,643	,626
lidar c/prob doentes	61,88	151,004	,097	,510	,657
c/w fico exausto	63,46	128,756	,529	,508	,607
influencia a vida das pessoas	61,93	152,985	,011	,229	,666
indiferente p/pessoas	65,90	141,662	,397	,538	,632
preocupado p/estar emoc. +duro	65,08	134,283	,407	,530	,624
sinto-me energético	63,30	155,687	-,071	,286	,675
frustrado no serviço	64,42	135,890	,380	,338	,628
sinto q estou w muito	63,28	131,399	,486	,468	,614
n quero saber o q vai acontecer a alg. doentes	65,74	151,558	,024	,231	,668
w directamente c/ pessoas causa-me stress	64,76	134,259	,431	,601	,622
crio amb. relaxado com os doentes	62,19	153,386	,012	,520	,664
sinto-me alegre depois de estar com os doentes	62,11	160,548	-,201	,501	,684
no w consigo fazer coisas com valor	61,87	153,048	,024	,359	,663
sinto-me a beira do abismo	65,90	139,532	,455	,546	,627
no w lido calmamente c/ prob. emocionais	62,25	155,498	-,064	,365	,674
sinto q os doentes me culpam pelos seus prob.	65,45	140,269	,316	,389	,636

ANEXO VIII
ANÁLISE FACTORIAL
Maslach Burnout Inventory

Factor Analysis

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	Analysis N
sentir emoções	3,35	2,541	108
sentir-se fatigado ao fim do dia	4,54	1,462	108
sentir-se cansado de manhã	3,22	1,881	108
compreender os doentes	5,19	1,000	108
tratar os doentes como objectos	,86	1,404	108
trab. com pessoas causa stress	2,06	1,896	108
lidar c/prob doentes	4,81	1,211	108
c/w fico exausto	3,22	1,911	108
influencia a vida das pessoas	4,76	1,413	108
indiferente p/pessoas	,79	1,276	108
preocupado p/estar emoc. +duro	1,60	1,864	108
sinto-me energético	3,39	1,564	108
frustrado no serviço	2,27	1,822	108
sinto q estou w muito	3,41	1,845	108
n quero saber o q vai acontecer a alg. doentes	,94	1,674	108
w c/ pessoas causa-me stress	1,93	1,791	108
crio amb. relaxado com os doentes	4,50	1,264	108
sinto-me alegre depois de estar com os doentes	4,57	1,416	108
no w consigo fazer coisas com valor	4,81	1,247	108
sinto-me a beira do abismo	,79	1,312	108
no w lido calmamente c/ prob. emocionais	4,44	1,512	108
sinto q os doentes me culpam pelos seus prob.	1,23	1,650	108

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,777
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	774,741
	df	231
	Sig.	,000

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,388	24,493	24,493
2	2,666	12,116	36,609
3	1,480	6,726	43,335
4	1,392	6,326	49,661
5	1,352	6,144	55,805
6	1,204	5,472	61,277
7	1,024	4,655	65,933
8	,883	4,014	69,947
9	,831	3,775	73,722
10	,671	3,051	76,773
11	,664	3,020	79,792
12	,606	2,753	82,545
13	,585	2,659	85,204
14	,565	2,568	87,772
15	,479	2,177	89,948
16	,454	2,065	92,014
17	,382	1,737	93,751
18	,336	1,528	95,279
19	,316	1,437	96,716
20	,260	1,181	97,897
21	,249	1,131	99,028
22	,214	,972	100,000

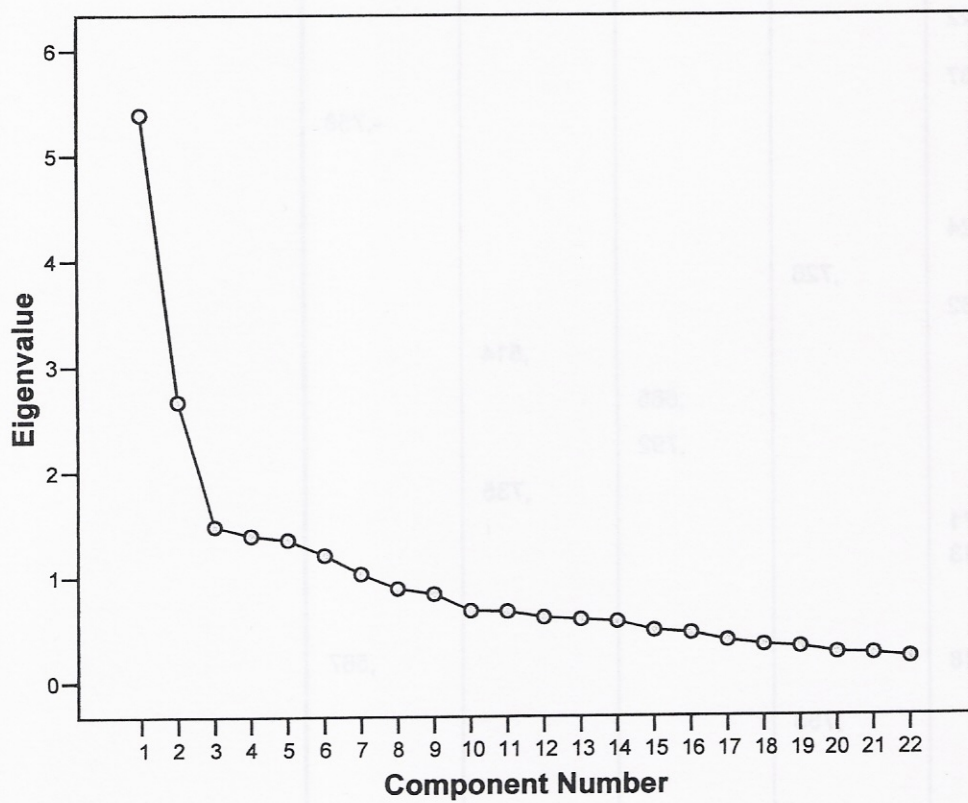
Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,388	24,493	24,493	3,381	15,369	15,369
2	2,666	12,116	36,609	2,687	12,214	27,583
3	1,480	6,726	43,335	2,472	11,239	38,822
4	1,392	6,326	49,661	1,689	7,678	46,499
5	1,352	6,144	55,805	1,502	6,826	53,325
6	1,204	5,472	61,277	1,456	6,618	59,943
7	1,024	4,655	65,933	1,318	5,990	65,933
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Scree Plot



Rotated Component Matrix^a

	Component				
	1	2	3	4	5
sentir emoções					
sentir-se fatigado ao fim do dia	,722				
sentir-se cansado de manhã	,737				
compreender os doentes					-,758
tratar os doentes como objectos					
trab. com pessoas causa stress	,524				
lidar c/prob doentes		,726			
c/w fico exausto	,762				
influencia a vida das pessoas				,514	
indiferente p/pessoas			,665		
preocupado p/estar emoc. +duro			,792		
sinto-me energético				,735	
frustrado no serviço	,571				
sinto q estou w muito	,713				
n quero saber o q vai acontecer a alg. doentes					
w c/ pessoas causa-me stress	,518				,567
crio amb. relaxado com os doentes		,753			
sinto-me alegre depois de estar com os doentes					
no w consigo fazer coisas com valor		,637			
sinto-me a beira do abismo			,833		
no w lido calmamente c/ prob. emocionais		,643			
sinto q os doentes me culpam pelos seus prob.					

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Rotated Component Matrix^a

	Component	
	6	7
sentir emoções	-,609	
sentir-se fatigado ao fim do dia		
sentir-se cansado de manhã		
compreender os doentes		
tratar os doentes como objectos		
trab. com pessoas causa stress		
lidar c/prob doentes		
c/w fico exausto		
influencio a vida das pessoas		
indiferente p/pessoas		
preocupado p/estar emoc. +duro		
sinto-me energético		
frustrado no serviço		
sinto q estou w muito		
n quero saber o q vai acontecer a alg. doentes		,887
w c/ pessoas causa-me stress		
crio amb. relaxado com os doentes		
sinto-me alegre depois de estar com os doentes		
no w consigo fazer coisas com valor		
sinto-me a beira do abismo		
no w lido calmamente c/ prob. emocionais		
sinto q os doentes me culpam pelos seus prob.	,742	

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 9 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3	4	5	6	7
1	,613	-,443	,506	-,264	,278	,113	,111
2	,610	,677	,130	,269	-,241	,093	-,117
3	-,426	,245	,798	,181	,066	-,226	,182
4	-,210	-,011	,097	,212	,072	,946	,035
5	,069	-,285	-,007	,730	,356	-,160	-,478
6	,145	-,091	-,218	,452	,061	-,084	,842
7	-,016	,443	-,180	-,208	,851	,000	,054

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Component Score Coefficient Matrix

	Component				
	1	2	3	4	5
sentir emoções	-,001	-,036	,244	,217	,049
sentir-se fatigado ao fim do dia	,277	-,135	-,036	,289	-,147
sentir-se cansado de manhã	,262	-,116	-,041	,107	-,206
compreender os doentes	,058	,007	,098	-,142	-,579
tratar os doentes como objectos	-,031	-,186	,056	,124	-,070
trab. com pessoas causa stress	,112	,029	-,043	-,069	,304
lidar c/prob doentes	,112	,324	-,036	-,108	-,040
c/w fico exausto	,262	,083	-,093	,007	,131
influencia a vida das pessoas	,104	-,041	-,078	,316	-,150
indiferente p/pessoas	-,059	,031	,283	-,041	,028
preocupado p/estar emoc. +duro	-,066	-,046	,396	,029	-,171
sinto-me energético	,016	-,062	,002	,488	,120
frustrado no serviço	,180	,043	-,027	-,105	,009
sinto q estou w muito	,248	,095	-,100	-,082	-,049
n quero saber o q vai acontecer a alg. doentes	-,011	,069	-,023	,009	,024
w c/ pessoas causa-me stress	,110	,138	-,010	-,111	,411
crio amb. relaxado com os doentes	-,016	,306	,114	-,006	-,008
sinto-me alegre depois de estar com os doentes	-,073	,074	,036	,221	,013
no w consigo fazer coisas com valor	-,040	,294	,074	,209	,289
sinto-me a beira do abismo	-,085	,139	,428	-,049	-,045
no w lido calmamente c/ prob. emocionais	-,014	,281	-,017	-,121	,066
sinto q os doentes me culpam pelos seus prob.	-,041	-,011	,138	,161	-,007

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
Component Scores.

Component Score Coefficient Matrix

	Component	
	6	7
sentir emoções	-,448	-,080
sentir-se fatigado ao fim do dia	-,098	-,025
sentir-se cansado de manhã	-,031	,010
compreender os doentes	,069	-,151
tratar os doentes como objectos	,267	,293
trab. com pessoas causa stress	,173	-,171
lidar c/prob doentes	-,133	,262
c/w fico exausto	-,057	,032
influencio a vida das pessoas	,126	,078
indiferente p/pessoas	,062	,067
preocupado p/estar emoc. +duro	-,012	-,065
sinto-me energético	-,060	,003
frustrado no serviço	-,089	,021
sinto q estou w muito	,108	,037
n quero saber o q vai acontecer a alg. doentes	,005	,693
w c/ pessoas causa-me stress	,016	-,149
crio amb. relaxado com os doentes	-,031	-,004
sinto-me alegre depois de estar com os doentes	,160	-,159
no w consigo fazer coisas com valor	,028	,121
sinto-me a beira do abismo	-,023	,000
no w lido calmamente c/ prob. emocionais	,200	-,130
sinto q os doentes me culpam pelos seus prob.	,508	-,033

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
Component Scores.

ANEXO IX

ALFA de CRONBACH da *MASLACH BURNOUT INVENTORY*

Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	108	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	108	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,825	,825	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
sentir-se fatigado ao fim do dia	16,11	63,819	,520	,390	,810
sentir-se cansado de manha	17,43	57,836	,585	,403	,799
trab. com pessoas diáriamente causa stress	18,58	57,273	,601	,535	,796
c/w fico exausto	17,43	55,892	,650	,468	,788
frustrado no serviço	18,38	60,761	,494	,249	,814
sinto q estou w muito	17,24	59,343	,540	,336	,807
w directamente c/ pessoas causa-me stress	18,72	58,427	,601	,552	,797

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,711	,716	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
lidar c/prob doentes	13,75	9,572	,501	,261	,648
crio amb. relaxado com os doentes	14,06	8,688	,604	,366	,584
no w consigo fazer coisas com valor	13,74	9,839	,435	,207	,684
no w lido calmamente c/ prob. emocionais	14,12	8,387	,470	,246	,674

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,763	,783	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
indiferente p/pessoas	2,39	7,997	,591	,370	,700
preocupado p/estar emoc.+duro	1,57	5,275	,600	,367	,731
sinto-me a beira do abismo	2,39	7,436	,661	,442	,628

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,342	,344	2

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
influencia a vida das pessoas	3,39	2,445	,208	,043	^a
sinto-me energético	4,76	1,998	,208	,043	^a

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha ^a	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items ^a	N of Items
-,206	-,227	2

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
sentir emoções	1,23	2,722	-,102	,010	.a
sinto q os doentes me culpam pelos seus prob.	3,35	6,454	-,102	,010	.a

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha ^a	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items ^a	N of Items
-,451	-,552	2

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Item Means	3,560	1,926	5,194	3,269	2,697
Item Variances	2,104	,999	3,209	2,210	3,212
Inter-Item Correlations	-,216	-,216	-,216	,000	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Summary Item Statistics

	Variance	N of Items
Item Means	5,342	2
Item Variances	2,442	2
Inter-Item Correlations	,000	2

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

ANEXO X

ANÁLISE FACTORIAL (forçada a 3 factores)

e ALFA de CRONBACH

MASLACH BURNOUT INVENTORY

Factor Analysis

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	Analysis N
sentir emoções	3,35	2,541	108
sentir-se fatigado ao fim do dia	4,54	1,462	108
sentir-se cansado de manhã	3,22	1,881	108
compreender os doentes	5,19	1,000	108
tratar os doentes como objectos	,86	1,404	108
trab. com pessoas causa stress	2,06	1,896	108
lidar c/prob doentes	4,81	1,211	108
c/w fico exausto	3,22	1,911	108
influencia a vida das pessoas	4,76	1,413	108
indiferente p/pessoas	,79	1,276	108
preocupado p/estar emoc. +duro	1,60	1,864	108
sinto-me energético	3,39	1,564	108
frustrado no serviço	2,27	1,822	108
sinto q estou w muito	3,41	1,845	108
n quero saber o q vai acontecer a alg. doentes	,94	1,674	108
w c/ pessoas causa-me stress	1,93	1,791	108
crio amb. relaxado com os doentes	4,50	1,264	108
sinto-me alegre depois de estar com os doentes	4,57	1,416	108
no w consigo fazer coisas com valor	4,81	1,247	108
sinto-me a beira do abismo	,79	1,312	108
no w lido calmamente c/ prob. emocionais	4,44	1,512	108
sinto q os doentes me culpam pelos seus prob.	1,23	1,650	108

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,777
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	774,741
	df	231
	Sig.	,000

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,388	24,493	24,493
2	2,666	12,116	36,609
3	1,480	6,726	43,335
4	1,392	6,326	49,661
5	1,352	6,144	55,805
6	1,204	5,472	61,277
7	1,024	4,655	65,933
8	,883	4,014	69,947
9	,831	3,775	73,722
10	,671	3,051	76,773
11	,664	3,020	79,792
12	,606	2,753	82,545
13	,585	2,659	85,204
14	,565	2,568	87,772
15	,479	2,177	89,948
16	,454	2,065	92,014
17	,382	1,737	93,751
18	,336	1,528	95,279
19	,316	1,437	96,716
20	,260	1,181	97,897
21	,249	1,131	99,028
22	,214	,972	100,000

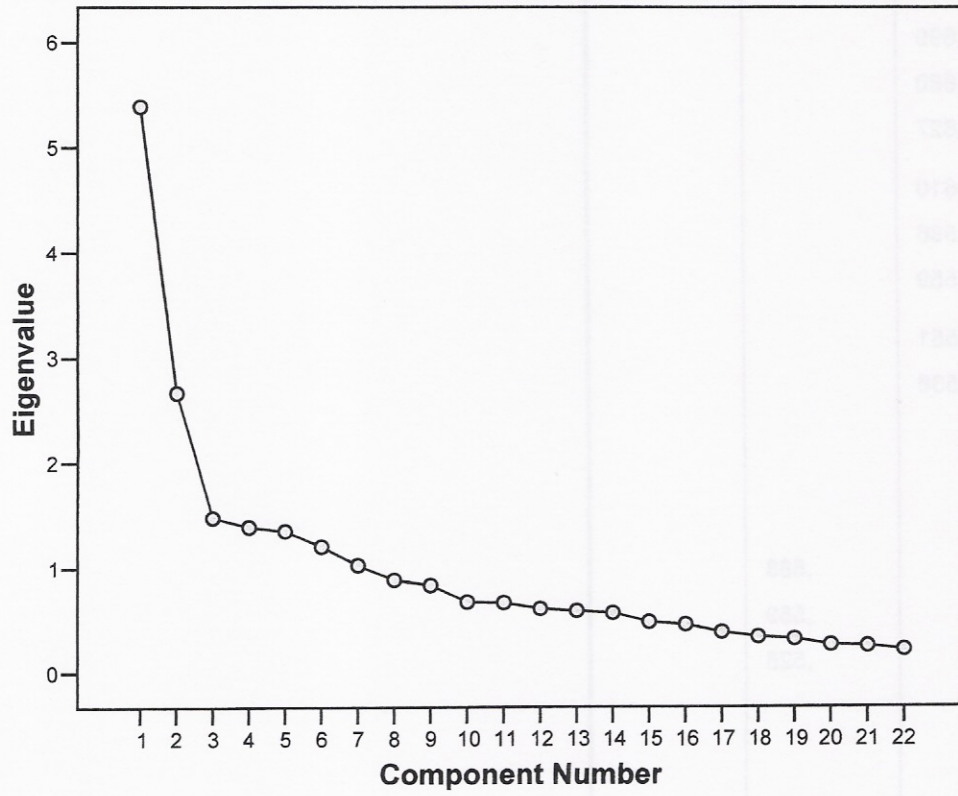
Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,388	24,493	24,493	3,814	17,338	17,338
2	2,666	12,116	36,609	3,536	16,071	33,408
3	1,480	6,726	43,335	2,184	9,927	43,335
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Scree Plot



Component Matrix^a

	Component		
	1	2	3
trab. com pessoas causa stress	,740		
w c/ pessoas causa-me stress	,699		
indiferente p/pessoas	,680		
preocupado p/estar emoc. +duro	,627		
sinto-me alegre depois de estar com os doentes	-,610		
c/w fico exausto	,586		
sentir-se cansado de manha	,559		
tratar os doentes como objectos	,551		
frustrado no serviço	,538		
no w lido calmamente c/ prob. emocionais			
sinto-me energético			
sinto q os doentes me culpam pelos seus prob.			
lidar c/prob doentes		,588	
crio amb. relaxado com os doentes		,559	
sinto q estou w muito		,528	
sentir-se fatigado ao fim do dia			
compreender os doentes no w consigo fazer coisas com valor			
influencio a vida das pessoas			
sinto-me a beira do abismo	,540		,599
sentir emoções			
n quero saber o q vai acontecer a alg. doentes			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 3 components extracted.

Rotated Component Matrix^a

	Component		
	1	2	3
c/w fico exausto	,753		
sinto q estou w muito	,749		
sentir-se cansado de			
manha	,722		
sentir-se fatigado ao fim			
do dia	,664		
trab. com pessoas causa			
stress	,633		
w c/ pessoas causa-me			
stress	,591		
frustrado no serviço	,573		
sinto q os doentes me			
culpam pelos seus prob.			
crio amb. relaxado com os		,783	
doentes			
lidar c/prob doentes		,672	
no w consigo fazer coisas		,641	
com valor			
no w lido calmamente c/		,598	
prob. emocionais			
sinto-me alegre depois de		,580	
estar com os doentes			
tratar os doentes como		-516	
objectos			
compreender os doentes		,513	
influencio a vida das			
peessoas			
sinto-me energético			
sinto-me a beira do			,787
abismo			
preocupado p/estar emoc.			,696
+duro			
indiferente p/pessoas			,624
sentir emoções			,507
n quero saber o q vai			
acontecer a alg. doentes			

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
 a. Rotation converged in 5 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3
1	,694	-,582	,423
2	,616	,785	,069
3	-,372	,213	,904

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Component Score Coefficient Matrix

	Component		
	1	2	3
sentir emoções	-,079	,063	,301
sentir-se fatigado ao fim do dia	,211	,069	-,062
sentir-se cansado de manhã	,223	,024	-,089
compreender os doentes	,094	,158	-,056
tratar os doentes como objectos	,003	-,130	,057
trab. com pessoas causa stress	,163	-,088	-,064
lidar c/prob doentes	,072	,221	,042
c/w fico exausto	,228	,037	-,066
influencia a vida das pessoas	,082	,134	-,091
indiferente p/pessoas	-,005	-,019	,280
preocupado p/estar emoc. +duro	-,016	,027	,339
sinto-me energético	-,038	,107	,059
frustrado no serviço	,158	-,002	-,026
sinto q estou w muito	,254	,064	-,129
n quero saber o q vai acontecer a alg. doentes	-,055	-,028	,129
w c/ pessoas causa-me stress	,137	-,046	,018
crio amb. relaxado com os doentes	-,001	,256	,136
sinto-me alegre depois de estar com os doentes	-,037	,155	,008
no w consigo fazer coisas com valor	-,037	,216	,178
sinto-me a beira do abismo	-,023	,101	,415
no w lido calmamente c/ prob. emocionais	,054	,173	-,047
sinto q os doentes me culpam pelos seus prob.	,078	,037	,060

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
 Component Scores.

Component Score Covariance Matrix

Component	1	2	3
1	1,000	,000	,000
2	,000	1,000	,000
3	,000	,000	1,000

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
 Component Scores.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
sentir emoções	63,33	142,056	,113	,273	,669
sentir-se fatigado ao fim do dia	62,15	136,296	,496	,454	,620
sentir-se cansado de manhã	63,46	130,943	,485	,475	,613
compreender os doentes	61,49	153,804	,022	,352	,661
tratar os doentes como objectos	65,82	147,660	,168	,436	,652
trab. com pessoas causa stress	64,62	134,612	,390	,643	,626
lidar c/prob doentes	61,88	151,004	,097	,510	,657
c/w fico exausto	63,46	128,756	,529	,508	,607
influencia a vida das pessoas	61,93	152,985	,011	,229	,666
indiferente p/pessoas	65,90	141,662	,397	,538	,632
preocupado p/estar emoc. +duro	65,08	134,283	,407	,530	,624
sinto-me energético	63,30	155,687	-,071	,286	,675
frustrado no serviço	64,42	135,890	,380	,338	,628
sinto q estou w muito	63,28	131,399	,486	,468	,614
n quero saber o q vai acontecer a alg. doentes	65,74	151,558	,024	,231	,668
w c/ pessoas causa-me stress	64,76	134,259	,431	,601	,622
crio amb. relaxado com os doentes	62,19	153,386	,012	,520	,664
sinto-me alegre depois de estar com os doentes	62,11	160,548	-,201	,501	,684
no w consigo fazer coisas com valor	61,87	153,048	,024	,359	,663
sinto-me a beira do abismo	65,90	139,532	,455	,546	,627
no w lido calmamente c/ prob. emocionais	62,25	155,498	-,064	,365	,674
sinto q os doentes me culpam pelos seus prob.	65,45	140,269	,316	,389	,636

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
66,69	155,358	12,464	22

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,825	,825	7

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
c/w fico exausto	3,22	1,911	108
sinto q estou w muito	3,41	1,845	108
sentir-se cansado de manha	3,22	1,881	108
sentir-se fatigado ao fim do dia	4,54	1,462	108
trab. com pessoas diáriamente causa stress	2,06	1,896	108
w directamente c/ pessoas causa-me stress	1,93	1,791	108
frustrado no serviço	2,27	1,822	108

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
c/w fico exausto	17,43	55,892	,650	,468	,788
sinto q estou w muito	17,24	59,343	,540	,336	,807
sentir-se cansado de manha	17,43	57,836	,585	,403	,799
sentir-se fatigado ao fim do dia	16,11	63,819	,520	,390	,810
trab. com pessoas diáriamente causa stress	18,58	57,273	,601	,535	,796
w directamente c/ pessoas causa-me stress	18,72	58,427	,601	,552	,797
frustrado no serviço	18,38	60,761	,494	,249	,814

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
20,65	78,099	8,837	7

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,745	,745	6

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
crio amb. relaxado com os doentes	4,50	1,264	108
lidar c/prob doentes	4,81	1,211	108
no w consigo fazer coisas com valor	4,81	1,247	108
no w lido calmamente c/ prob. emocionais	4,44	1,512	108
sinto-me alegre depois de estar com os doentes	4,57	1,416	108
compreender os doentes	5,19	1,000	108

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
crio amb. relaxado com os doentes	23,82	17,623	,651	,428	,661
lidar c/prob doentes	23,52	19,635	,468	,348	,713
no w consigo fazer coisas com valor	23,51	19,579	,453	,298	,717
no w lido calmamente c/ prob. emocionais	23,89	17,427	,508	,278	,703
sinto-me alegre depois de estar com os doentes	23,75	18,451	,466	,331	,715
compreender os doentes	23,13	21,703	,368	,220	,737

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
28,32	26,128	5,112	6

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,637	,708	4

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
sentir emoções	3,35	2,541	108
indiferente p/pessoas	,79	1,276	108
preocupado p/estar emoc.+duro	1,60	1,864	108
sinto-me a beira do abismo	,79	1,312	108

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
sentir emoções	3,18	13,885	,268	,112	,763
indiferente p/pessoas	5,74	18,885	,442	,376	,575
preocupado p/estar emoc.+duro	4,93	13,751	,592	,412	,431
sinto-me a beira do abismo	5,74	17,577	,556	,445	,514

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
6,53	25,410	5,041	4

ANEXO XI

ALFA de CRONBACH

WORK ENVIRONMENT SCALE

Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	108	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	108	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,628	,648	90

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	,507	,083	,944	,861	11,333	,035	90
Item Variances	,229	,053	1,231	1,178	23,235	,013	90

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
t1	44,70	53,631	,167	.	,624
t2	44,81	53,280	,170	.	,623
t3	45,31	53,414	,120	.	,625
t4	45,16	53,274	,124	.	,625
t5	44,89	54,604	-,086	.	,652
t6	45,29	53,048	,169	.	,622
t7	45,02	54,299	-,016	.	,632
t8	45,19	53,130	,146	.	,623
t9	45,10	51,980	,303	.	,615
t10	44,72	54,165	,035	.	,628
t11	45,18	54,987	-,109	.	,637
t12	45,22	54,305	-,016	.	,632
t13	45,13	52,095	,287	.	,616
t14	45,12	53,995	,024	.	,630
t15	45,01	53,841	,048	.	,629
t16	45,26	53,614	,083	.	,627
t17	45,08	53,722	,062	.	,628
t18	45,46	54,195	,020	.	,629
t19	44,98	51,775	,346	.	,613
t20	45,25	53,367	,117	.	,625
t21	44,98	54,560	-,051	.	,633
t22	45,04	54,821	-,087	.	,635
t23	45,25	54,432	-,033	.	,632
t24	45,06	53,762	,057	.	,628
t25	45,10	52,933	,170	.	,622

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
t26	45,16	54,433	-,035	.	,633
t27	45,06	54,146	,004	.	,631
t28	44,67	54,168	,061	.	,627
t29	45,03	51,896	,320	.	,614
t30	45,36	54,009	,036	.	,629
t31	45,14	52,457	,236	.	,619
t32	44,90	55,176	-,142	.	,637
t33	45,11	53,688	,066	.	,628
t34	44,94	53,295	,133	.	,624
t35	45,19	52,769	,195	.	,621
t36	45,26	54,493	-,042	.	,633
t37	44,97	53,055	,162	.	,623
t38	45,23	52,366	,258	.	,618
t39	45,17	55,617	-,193	.	,641
t40	45,35	52,230	,315	.	,616
t41	44,94	52,090	,309	.	,615
t42	45,06	52,996	,162	.	,623
t43	45,12	53,453	,098	.	,626
t44	44,94	53,287	,132	.	,624
t45	44,97	52,195	,287	.	,616
t46	45,28	55,324	-,159	.	,638
t47	44,92	52,432	,266	.	,618
t48	45,33	51,963	,349	.	,614
t49	44,94	54,528	-,046	.	,633
t50	44,75	53,984	,063	.	,627
t51	44,94	53,735	,067	.	,627
t52	44,94	54,745	-,077	.	,635
t53	45,46	52,943	,261	.	,620
t54	45,06	55,089	-,123	.	,637
t55	44,81	53,554	,120	.	,625
t56	45,19	51,728	,344	.	,613
t57	45,28	53,417	,113	.	,625
t58	45,43	53,350	,162	.	,623
t59	45,10	54,242	-,009	.	,632
t60	45,12	52,312	,256	.	,618
t61	45,20	52,444	,243	.	,618
t62	45,19	53,410	,107	.	,625
t63	45,26	52,250	,281	.	,617
t64	45,12	52,088	,288	.	,616
t65	45,10	53,064	,152	.	,623
t66	44,91	53,842	,056	.	,628
t67	45,26	52,904	,185	.	,622
t68	44,95	53,652	,078	.	,627
t69	44,88	54,686	-,070	.	,634
t70	45,03	54,233	-,007	.	,631
t71	45,31	53,523	,102	.	,626
t72	44,90	54,167	,008	.	,630
t73	45,18	54,296	-,016	.	,632
t74	44,68	53,511	,236	.	,623
t75	45,53	54,738	-,094	.	,632
t76	45,05	52,587	,220	.	,619
t77	45,33	52,766	,223	.	,620
t78	45,01	51,280	,412	.	,609
t79	45,27	52,310	,274	.	,617
t80	45,29	53,945	,038	.	,629

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
t81	45,06	53,231	,130	.	,624
t82	44,96	53,494	,100	.	,626
t83	45,01	53,598	,082	.	,627
t84	45,19	52,507	,232	.	,619
t85	45,33	54,411	-,028	.	,632
t86	45,37	53,525	,114	.	,625
t87	44,87	51,684	,403	.	,612
t88	45,10	52,634	,211	.	,620
t89	45,36	52,083	,343	.	,615
t90	45,25	54,918	-,101	.	,636

ANEXO XII
ANÁLISE FACTORIAL e ALFA DE CRONBACH
WORK ENVIRONMENT SCALE

Quadro nº 1 - ANÁLISE FACTORIAL DA DIMENSÃO RELACIONAMENTO NO TRABALHO

ITENS	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9
11- Não existe grande espírito de grupo	,631								
12- O ambiente é um tanto impessoal	,745								
22- As pessoas interessam-se pessoalmente umas pelas outras	-,763								
61- É um local de trabalho muito animado.	-,515								
62- Os empregados que se diferenciam dos outros na organização não se dão bem	,612								
13- Os supervisores geralmente elogiam o empregado que faz alguma coisa bem		,690							
23- Os supervisores tendem a desencorajar as críticas dos empregados		-,623							
33- Os supervisores geralmente dão pleno crédito às ideias dos empregados		,744							
73- Os empregados discutem os seus problemas pessoais com os supervisores.		,675							
3- Os supervisores tendem a falar com superioridade para os empregados			,665						
52- Os empregados almoçam muitas vezes juntos.			-,648						
63- Os supervisores esperam demasiado dos empregados			,808						
31- As pessoas parecem sentir orgulho na organização.				,580					
81- O trabalho é geralmente bem adaptado.				,650					
83- Os supervisores defendem realmente o seu pessoal.				,658					
41- As pessoas esforçam-se bastante naquilo que fazem.					,837				
71- É difícil conseguir pessoas para fazer qualquer trabalho extraordinário						-,503			
72- Os empregados falam muitas vezes uns com os outros sobre os seus problemas pessoais.						,802			
21- Muitas pessoas parecem estar apenas a fazerem tempo							,672		
43- Os supervisores criticam muitas vezes os empregados por coisas de pouca importância.							,768		
1- O trabalho é realmente desafiador								,784	
2- As pessoas fazem os possíveis por ajudar um novo empregado a sentir-se mais à vontade								,551	
53- Os empregados sentem-se geralmente à vontade para pedir aumento.									,850
Eigenvalues	7,2	1,9	1,6	1,4	1,3	1,3	1,2	1,0	1,0
Variância total explicada	11,8	10,3	7,8	7,8	7,6	6,0	5,6	5,2	5,1

Quadro nº 2 -ANÁLISE FACTORIAL DA DIMENSÃO DESENVOLVIMENTO PESSOAL

ITENS	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9	Factor 10
14- Os empregados tem muita liberdade para fazerem o trabalho como quiserem	-,702									
16- Parece haver sempre urgência para tudo	,666									
26- As pessoas não se podem dar ao luxo de relaxar	,709									
34- As pessoas podem usar a sua própria iniciativa para fazer coisas	-,546									
25- As coisas raramente são deixadas para amanhã		,714								
35- Este local é altamente eficiente e orientado para o trabalho		,714								
85- Exista uma tendência para as pessoas chegarem tarde ao trabalho.		-,597								
56- É muito difícil acompanhar a carga de trabalho			,704							
65- Os empregados trabalham demasiado.			,594							
76- Existem sempre prazos para serem cumpridos.			,758							
44- Os supervisores encorajam os empregados a confiarem em si próprios quando surge um problema.				,687						
75- As pessoas parecem bastantes ineficientes.				-,731						
36- Ninguém trabalha demasiado					,746					
64- Os empregados são encorajados a aprender coisas, mesmo que estas não estejam directamente relacionadas com o seu trabalho.					,582					
54- Os empregados geralmente não tentam ser únicos e diferentes.						-,848				
6- Existe uma pressão constante para os empregados permanecerem a trabalhar							,561			
86- As pessoas têm muitas vezes de fazer trabalho extraordinário para terem o seu trabalho pronto.							,666			
55- Dá-se ênfase “ao trabalho antes da brincadeira”.								,850		
74- Os empregados funcionam razoavelmente, independentemente dos supervisores.								,612		
45- Ter muito trabalho feito é muito importante para as pessoas.									,812	
5- As pessoas prestam muita atenção para realizarem o trabalho										,868
Eigenvalues	4,521	2,434	2,041	1,590	1,543	1,281	1,227	1,119	1,050	1,021
Variância (%)	9,648	8,570	8,164	7,031	6,224	5,717	5,587	5,297	4,919	4,870

Quadro nº 3 - ANÁLISE FACTORIAL DA DIMENSÃO MANUTENÇÃO E MUDANÇA

ITENS	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9	Factor 10	Factor 11	Factor 12
8- Dá-se rigorosa importância ao cumprimento de políticas e regulamentos	,514											
17- As actividades são bem planeadas	,723											
27- As normas e regulamentos são um tanto vagas e ambíguas	-,552											
48- As normas e regulamentos são rigorosamente cumpridos.	,725											
49- Os mesmos métodos são utilizados há muito tempo.		,764										
59- Novas soluções para as coisas são raramente experimentadas		,644										
69- As coisas tendem a manter-se quase sempre na mesma		,635										
40- Este local de trabalho tem uma aparência moderna e com estilo.			,673									
50- O local de trabalho precisava de uma nova decoração interior			-,719									
60- As cores e a decoração tornam o local acolhedor e alegre para se trabalhar			,652									
19- As ideias novas e diferentes são sempre postas à prova				,546								
38- Os supervisores vigiam atentamente os empregados				,782								
78- Espera-se que os empregados se submetam rigorosamente às normas e costumes.				,687								
77- As normas e políticas estão sempre a mudar.					,786							
89- As coisas parecem estar sempre a mudar.					,766							
39- A variedade e a mudança não são particularmente importantes						-,693						
80- O equipamento está geralmente bem adaptado.						,748						
9- É valorizado o modo diferente de fazer as coisas							,505					

Quadro nº 3 - ANÁLISE FACTORIAL DA DIMENSÃO MANUTENÇÃO E MUDANÇA

(continuação)

29- Este local de trabalho seria um dos primeiros a experimentar uma nova ideia							,670					
47- Os detalhes dos trabalhos atribuídos aos empregados são-lhes geralmente explicados							,601					
10- Às vezes está demasiado calor								,859				
88- Se um empregado chega tarde, pode sempre compensar o atraso ficando até mais tarde.									,829			
28- Espera-se que as pessoas sigam as normas estabelecidas, enquanto trabalham										-,752		
58- Os supervisores estão sempre a controlar os empregados e a supervisioná-los com muita atenção.											-,760	
20- A iluminação é extremamente boa												,818
Eigenvalues	5,56	3,06	2,33	1,98	1,77	1,75	1,50	1,36	1,31	1,26	1,19	1,09
Variância (%)	8,817	6,738	6,499	6,253	5,830	5,714	5,232	4,920	4,681	4,395	4,179	3,997

Alfa de Cronbach's

Dimensão Relacionamento

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,108	27

Dimensão Desenvolvimento Pessoal

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,177	27

Dimensão Manutenção e mudança

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,495	36

ANEXO XIII

TESTES ESTATÍSTICOS

(*BURNOUT* EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS INDIVIDUAIS)

Explore

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
scoreexem	108	100,0%	0	,0%	108	100,0%
scorerealpes	108	100,0%	0	,0%	108	100,0%
scoredesp	108	100,0%	0	,0%	108	100,0%

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
scoreexem	,068	108	,200*	,989	108	,532
scorerealpes	,095	108	,017	,953	108	,001
scoredesp	,148	108	,000	,929	108	,000

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

T-Test

Group Statistics

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
scoreexem	masculino	33	20,58	8,686	1,512
	feminino	75	20,68	8,961	1,035

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
scoreexem	Equal variances assumed	,036	,851
	Equal variances not assumed		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
scoreexem	Equal variances assumed	-,056	106	,955	-,104
	Equal variances not assumed	-,057	63,017	,955	-,104

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
scoreexem	Equal variances assumed	1,855	-3,781	3,573
	Equal variances not assumed	1,832	-3,765	3,557

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
scoredesp	108	6,53	5,041	0	21
scorerealpes	108	29,19	4,663	14	36
sexo	108	,69	,463	0	1

Mann-Whitney Test

Ranks

	sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
scoredesp	masculino	33	56,76	1873,00
	feminino	75	53,51	4013,00
	Total	108		
scorerealpes	masculino	33	48,53	1601,50
	feminino	75	57,13	4284,50
	Total	108		

Test Statistics^a

	scoredesp	scorerealpes
Mann-Whitney U	1163,000	1040,500
Wilcoxon W	4013,000	1601,500
Z	-,499	-1,317
Asymp. Sig. (2-tailed)	,618	,188

a. Grouping Variable: sexo

T-Test

Oneway

ANOVA

scoreexem

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	417,261	3	139,087	1,822	,148
Within Groups	7939,369	104	76,340		
Total	8356,630	107			

Post Hoc Tests

Homogeneous Subsets

Descriptives

Descriptive Statistics

grupoetário		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
>20<29	scoreexem	32	9	39	22,09	9,825
	scoredesp	32	0	21	6,66	5,922
	scorerealpes	32	19	36	29,84	4,458
	Valid N (listwise)	32				
>30<39	scoreexem	33	7	35	21,94	7,525
	scoredesp	33	0	15	6,58	4,677
	scorerealpes	33	14	36	28,79	4,601
	Valid N (listwise)	33				
>40<49	scoreexem	26	0	40	19,88	8,253
	scoredesp	26	0	21	6,85	5,236
	scorerealpes	26	15	36	29,58	5,163
	Valid N (listwise)	26				
>50<59	scoreexem	17	2	33	16,59	9,461
	scoredesp	17	0	13	5,71	3,804
	scorerealpes	17	19	36	28,12	4,498
	Valid N (listwise)	17				

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
scoredesp	108	6,53	5,041	0	21
scorerealpes	108	29,19	4,663	14	36
grupoetário	108	2,26	1,053	1	4

Post Hoc Tests

Nonparametric Correlations

Explore

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
grupoetário	108	100,0%	0	,0%	108	100,0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
grupoetário	Mean		2,26	,101
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,06	
		Upper Bound	2,46	
	5% Trimmed Mean		2,23	
	Median		2,00	
	Variance		1,110	
	Std. Deviation		1,053	
	Minimum		1	
	Maximum		4	
	Range		3	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		,291	,233
	Kurtosis		-1,123	,461

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
grupoetário	,199	108	,000	,860	108	,000

a. Lilliefors Significance Correction

NPar Tests

Kruskal-Wallis Test

Ranks

	grupoetário	N	Mean Rank
exaustão emocional	>20<29	32	60,16
	>30<39	33	60,61
	>40<49	26	49,50
	>50<59	17	39,65
	Total	108	
despersonalização	>20<29	32	54,84
	>30<39	33	50,73
	>40<49	26	57,23
	>50<59	17	57,00
	Total	108	
realização pessoal	>20<29	32	60,31
	>30<39	33	55,18
	>40<49	26	56,08
	>50<59	17	39,82
	Total	108	

Test Statistics^{a,b}

	exaustão emocional	desperson alização	realização pessoal
Chi-Square	6,783	,789	4,916
df	3	3	3
Asymp. Sig.	,079	,852	,178

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: grupoetário

Oneway

ANOVA

exaustão emocional

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	7,871	3	2,624	2,752	,046
Within Groups	99,129	104	,953		
Total	107,000	107			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: exaustão emocional

Tukey HSD

(I) grupoetário	(J) grupoetário	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
>20<29	>30<39	-,022922	,242220	1,000	-,65537	,60953
	>40<49	,313615	,257773	,618	-,35944	,98667
	>50<59	,722945	,293010	,071	-,04212	1,48801
>30<39	>20<29	,022922	,242220	1,000	-,60953	,65537
	>40<49	,336536	,256016	,556	-,33194	1,00501
	>50<59	,745867	,291466	,057	-,01517	1,50690
>40<49	>20<29	-,313615	,257773	,618	-,98667	,35944
	>30<39	-,336536	,256016	,556	-1,00501	,33194
	>50<59	,409331	,304514	,537	-,38577	1,20444
>50<59	>20<29	-,722945	,293010	,071	-1,48801	,04212
	>30<39	-,745867	,291466	,057	-1,50690	,01517
	>40<49	-,409331	,304514	,537	-1,20444	,38577

Homogeneous Subsets

exaustão emocional

Tukey HSD^{a,b}

grupoetário	N	Subset for alpha = .05	
		1	2
>50<59	17	-,54065	
>40<49	26	-,13132	-,13132
>20<29	32		,18229
>30<39	33		,20521
Sig.		,449	,614

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 25,183.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Oneway

Test of Homogeneity of Variances

exaustão emocional

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,238	3	104	,300

Group	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	104,812	3	34,938	4,40	,328
Within Groups	8281,818	104	79,344		
Total	8386,630	107			

Post Hoc Tests

Kruskal-Wallis Test

Rank

Group	Sum of Ranks	df	Mean Rank
Between Groups	104,812	3	34,938
Within Groups	8281,818	104	79,344
Total	8386,630	107	

Descriptives

Descriptive Statistics

estado civil		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
solteiro	scoreexem	40	9	39	21,75	8,625
	scoredesp	40	0	21	7,08	5,916
	scorerealpes	40	19	36	29,95	4,495
	Valid N (listwise)	40				
casado	scoreexem	53	0	35	19,68	8,378
	scoredesp	53	0	18	6,08	4,150
	scorerealpes	53	14	36	28,53	4,866
	Valid N (listwise)	53				
divorciada	scoreexem	13	2	40	21,31	11,729
	scoredesp	13	0	21	6,77	5,659
	scorerealpes	13	19	36	29,38	4,574
	Valid N (listwise)	13				
viuvo	scoreexem	2	15	25	20,00	7,071
	scoredesp	2	1	11	6,00	7,071
	scorerealpes	2	28	32	30,00	2,828
	Valid N (listwise)	2				

estado civil

Oneway

ANOVA

scoreexem

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	104,813	3	34,938	,440	,725
Within Groups	8251,816	104	79,344		
Total	8356,630	107			

Post Hoc Tests

Kruskal-Wallis Test

Ranks

	estado civil	N	Mean Rank
scoredesp	solteiro	40	55,54
	casado	53	53,77
	divorciada	13	54,65
	viuvo	2	52,00
	Total	108	
scorerealpes	solteiro	40	60,01
	casado	53	49,95
	divorciada	13	55,73
	viuvo	2	56,75
	Total	108	

Test Statistics^{a,b}

	scoredesp	scorerealpes
Chi-Square	,086	2,398
df	3	3
Asymp. Sig.	,993	,494

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: estado civil

T-Test

Group Statistics

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
scoreexem	sim	67	19,91	8,773	1,072
	não	41	21,85	8,918	1,393

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
scoreexem	Equal variances assumed	,038	,845
	Equal variances not assumed		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
scoreexam	Equal variances assumed	-1,110	106	,269	-1,943
	Equal variances not assumed	-1,106	83,629	,272	-1,943

for group	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
scoreexam	87	0	40	19,97	8,173
scoreexam	87	0	27	8,81	4,881
scoreexam	87	14	35	25,95	4,527
Valid N (listwise)	87				
scoreexam	41	0	35	17,85	8,918
scoreexam	41	0	27	8,39	4,538
scoreexam	41	12	35	25,55	4,588
Valid N (listwise)	41				

for group	N	Mean Rank	Sum of Ranks
scoreexam	87	35,35	3070,95
scoreexam	41	31,53	1292,93
Total	128		
scoreexam	87	32,91	2860,00
scoreexam	41	27,10	1111,00
Total	128		

for group	Mean / Wilcoxon U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
scoreexam	1258,000	1258,000	-1,287	,199
scoreexam	1258,000	1258,000	-1,287	,199

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
scoreexem	Equal variances assumed	1,750	-5,414	1,527
	Equal variances not assumed	1,757	-5,438	1,552

Descriptives

Descriptive Statistics

ter filhos		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
sim	scoreexem	67	0	40	19,91	8,773
	scoredesp	67	0	21	6,61	4,681
	scorerealpes	67	14	36	28,96	4,727
	Valid N (listwise)	67				
não	scoreexem	41	9	39	21,85	8,918
	scoredesp	41	0	21	6,39	5,639
	scorerealpes	41	19	36	29,56	4,588
	Valid N (listwise)	41				

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	ter filhos	N	Mean Rank	Sum of Ranks
scoredesp	sim	67	56,25	3769,00
	não	41	51,63	2117,00
	Total	108		
scorerealpes	sim	67	52,91	3545,00
	não	41	57,10	2341,00
	Total	108		

Test Statistics^a

	scoredesp	scorerealpes
Mann-Whitney U	1256,000	1267,000
Wilcoxon W	2117,000	3545,000
Z	-,746	-,676
Asymp. Sig. (2-tailed)	,455	,499

a. Grouping Variable: ter filhos

Descriptives

Descriptive Statistics

anosprofissao		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
<5	scoreexem	20	9	38	21,40	8,714
	scoredesp	20	0	18	6,40	5,175
	scorerealpes	20	19	35	29,05	4,915
	Valid N (listwise)	20				
>6<10	scoreexem	29	8	39	22,79	9,147
	scoredesp	29	0	21	6,48	5,616
	scorerealpes	29	22	36	30,07	3,770
	Valid N (listwise)	29				
>11<15	scoreexem	17	7	34	21,59	8,000
	scoredesp	17	0	15	6,71	5,217
	scorerealpes	17	14	36	29,24	4,944
	Valid N (listwise)	17				
>16<20	scoreexem	10	0	29	19,30	8,832
	scoredesp	10	1	14	6,70	4,001
	scorerealpes	10	20	36	28,70	4,923
	Valid N (listwise)	10				
>21<25	scoreexem	14	9	40	20,14	8,493
	scoredesp	14	0	21	7,50	6,136
	scorerealpes	14	21	36	30,36	4,431
	Valid N (listwise)	14				
>26<30	scoreexem	11	2	32	16,73	8,912
	scoredesp	11	3	13	7,64	3,075
	scorerealpes	11	15	36	25,73	5,798
	Valid N (listwise)	11				
>31	scoreexem	7	2	33	16,43	10,309
	scoredesp	7	0	7	2,71	2,360
	scorerealpes	7	24	35	29,57	3,910
	Valid N (listwise)	7				

Oneway

ANOVA

scoreexem

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	475,243	6	79,207	1,015	,420
Within Groups	7881,387	101	78,034		
Total	8356,630	107			

Post Hoc Tests

Homogeneous Subsets

NPar Tests

Kruskal-Wallis Test

Ranks

	anosprofissao	N	Mean Rank
exaustão emocional	<5	20	61,00
	>6<10	29	62,24
	>11<15	17	58,06
	>16<20	10	48,60
	>21<25	14	51,50
	>26<30	11	32,64
	>31	7	44,00
	Total	108	
despersonalização	<5	20	50,05
	>6<10	29	52,24
	>11<15	17	55,24
	>16<20	10	57,70
	>21<25	14	57,43
	>26<30	11	70,18
	>31	7	39,71
	Total	108	
realização pessoal	<5	20	61,25
	>6<10	29	56,76
	>11<15	17	59,47
	>16<20	10	44,70
	>21<25	14	60,21
	>26<30	11	32,82
	>31	7	50,43
	Total	108	

Test Statistics^{a,b}

	exaustão emocional	desperson alização	realização pessoal
Chi-Square	9,482	5,108	8,342
df	6	6	6
Asymp. Sig.	,148	,530	,214

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: anosprofissao

Nonparametric Correlations

Correlations

			exaustão emocional	desperson alização
Spearman's rho	exaustão emocional	Correlation Coefficient	1,000	-,100
		Sig. (2-tailed)	.	,305
		N	108	108
	despersonalização	Correlation Coefficient	-,100	1,000
		Sig. (2-tailed)	,305	.
		N	108	108
	realização pessoal	Correlation Coefficient	-,006	-,091
		Sig. (2-tailed)	,953	,349
		N	108	108
	anosprofissao	Correlation Coefficient	-,250**	,086
		Sig. (2-tailed)	,009	,375
		N	108	108

Correlations

			realização pessoal	anosprofis sao
Spearman's rho	exaustão emocional	Correlation Coefficient	-,006	-,250**
		Sig. (2-tailed)	,953	,009
		N	108	108
	despersonalização	Correlation Coefficient	-,091	,086
		Sig. (2-tailed)	,349	,375
		N	108	108
	realização pessoal	Correlation Coefficient	1,000	-,171
		Sig. (2-tailed)	.	,077
		N	108	108
	anosprofissao	Correlation Coefficient	-,171	1,000
		Sig. (2-tailed)	,077	.
		N	108	108

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Descriptives

Descriptive Statistics

exercer funções de chefia		N	Minimum	Maximum
sim	scoreexem	13	0	29
	scoredesp	13	1	14
	scorerealpes	13	21	36
	Valid N (listwise)	13		
não	scoreexem	95	2	40
	scoredesp	95	0	21
	scorerealpes	95	14	36
	Valid N (listwise)	95		

Descriptive Statistics

exercer funções de chefia		Mean	Std. Deviation
sim	scoreexem	17,54	7,666
	scoredesp	5,69	3,772
	scorerealpes	29,92	4,030
	Valid N (listwise)		
não	scoreexem	21,07	8,937
	scoredesp	6,64	5,196
	scorerealpes	29,08	4,753
	Valid N (listwise)		

T-Test

Group Statistics

exercer funções de chefia		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
scoreexem	sim	13	17,54	7,666	2,126
	não	95	21,07	8,937	,917

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
scoreexem	Equal variances assumed	1,015	,316
	Equal variances not assumed		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
scoreexem	Equal variances assumed	-1,358	106	,177	-3,535
	Equal variances not assumed	-1,527	16,805	,145	-3,535

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
scoreexem	Equal variances assumed	2,603	-8,696	1,626
	Equal variances not assumed	2,315	-8,425	1,354

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	exercer funções de chefia	N	Mean Rank	Sum of Ranks
scoredesp	sim	13	51,92	675,00
	não	95	54,85	5211,00
	Total	108		
scorerealpes	sim	13	59,00	767,00
	não	95	53,88	5119,00
	Total	108		

Test Statistics^a

	scoredesp	scorerealpes
Mann-Whitney U	584,000	559,000
Wilcoxon W	675,000	5119,000
Z	-,317	-,554
Asymp. Sig. (2-tailed)	,751	,580

a. Grouping Variable: exercer funções de chefia

Descriptives

Descriptive Statistics

vinclabrec		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
do quadro	scoreexem	85	2	40	20,84	8,492
	scoredesp	85	0	21	6,31	4,769
	scorerealpes	85	14	36	29,25	4,662
	Valid N (listwise)	85				
vínculo precário	scoreexem	23	0	39	19,96	10,191
	scoredesp	23	0	19	7,35	5,989
	scorerealpes	23	21	36	28,96	4,762
	Valid N (listwise)	23				

T-Test

Group Statistics

	vinclabrec	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
scoreexem	do quadro	85	20,84	8,492	,921
	vínculo precário	23	19,96	10,191	2,125

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
scoreexem	Equal variances assumed	2,087	,151
	Equal variances not assumed		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
scoreexem	Equal variances assumed	,421	106	,674	,879
	Equal variances not assumed	,379	30,759	,707	,879

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
scoreexem	Equal variances assumed	2,085	-3,255	5,013
	Equal variances not assumed	2,316	-3,846	5,604

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	vinclabrec	N	Mean Rank	Sum of Ranks
scoredesp	do quadro	85	53,79	4572,00
	vínculo precário	23	57,13	1314,00
	Total	108		
scorerealpes	do quadro	85	55,19	4691,00
	vínculo precário	23	51,96	1195,00
	Total	108		

Test Statistics^a

	scoredesp	scorerealpes
Mann-Whitney U	917,000	919,000
Wilcoxon W	4572,000	1195,000
Z	-,456	-,440
Asymp. Sig. (2-tailed)	,649	,660

a. Grouping Variable: vinclabrec

ANEXO XIV

CORRELAÇÕES *MASLACH BURNOUT INVENTORY* E A
WORK ENVIRONMENT SCALE

Nonparametric Correlations

Correlations

			exaustão emocional	realização pessoal	desperson alização
Spearman's rho	exaustão emocional	Correlation Coefficient	1,000	-,006	-,100
		Sig. (2-tailed)	.	,953	,305
		N	108	108	108
	realização pessoal	Correlation Coefficient	-,006	1,000	-,091
		Sig. (2-tailed)	,953	.	,349
		N	108	108	108
	despersonalização	Correlation Coefficient	-,100	-,091	1,000
		Sig. (2-tailed)	,305	,349	.
		N	108	108	108
	envolvim	Correlation Coefficient	-,156	,198*	,045
		Sig. (2-tailed)	,107	,040	,647
		N	108	108	108
	coesao	Correlation Coefficient	-,172	-,011	,036
		Sig. (2-tailed)	,075	,908	,710
		N	108	108	108
	apoio_s	Correlation Coefficient	,023	,102	,125
		Sig. (2-tailed)	,810	,293	,198
		N	108	108	108
	autonomi	Correlation Coefficient	-,057	-,036	-,243*
		Sig. (2-tailed)	,560	,708	,011
		N	108	108	108
	orient	Correlation Coefficient	,186	,123	-,135
		Sig. (2-tailed)	,053	,203	,162
		N	108	108	108
	pressao	Correlation Coefficient	,285**	-,005	,038
		Sig. (2-tailed)	,003	,960	,696
		N	108	108	108
	clareza	Correlation Coefficient	-,044	,141	-,171
		Sig. (2-tailed)	,650	,147	,077
		N	108	108	108
	controlo	Correlation Coefficient	,117	,130	-,038
		Sig. (2-tailed)	,227	,180	,699
		N	108	108	108
	inovacao	Correlation Coefficient	,034	,023	-,037
		Sig. (2-tailed)	,724	,810	,700
		N	108	108	108
	conforto	Correlation Coefficient	-,057	,158	,085
		Sig. (2-tailed)	,561	,103	,382
		N	108	108	108
	relacion	Correlation Coefficient	-,118	,148	,071
		Sig. (2-tailed)	,223	,127	,466
		N	108	108	108
	dese_pes	Correlation Coefficient	,204*	,036	-,220*
		Sig. (2-tailed)	,035	,715	,022
		N	108	108	108
	man_mud	Correlation Coefficient	,005	,182	-,115
		Sig. (2-tailed)	,956	,059	,237
		N	108	108	108

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Regression

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	dese_pes, pressao	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: exaustão emocional

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,263 ^a	,069	,052	,973855

a. Predictors: (Constant), dese_pes, pressao

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7,419	2	3,709	3,911	,023 ^a
	Residual	99,581	105	,948		
	Total	107,000	107			

a. Predictors: (Constant), dese_pes, pressao

b. Dependent Variable: exaustão emocional

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-,898	,451		-1,990	,049
	pressao	,131	,074	,203	1,763	,081
	dese_pes	,030	,040	,088	,762	,448

a. Dependent Variable: exaustão emocional

Regression**Variables Entered/Removed^b**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	envolvim ^a	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: realização pessoal

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,196 ^a	,038	,029	,985187

a. Predictors: (Constant), envolvim

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4,117	1	4,117	4,242	,042 ^a
	Residual	102,883	106	,971		
	Total	107,000	107			

a. Predictors: (Constant), envolvim

b. Dependent Variable: realização pessoal

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-,737	,370		-1,991	,049
	envolvim	,146	,071	,196	2,060	,042

a. Dependent Variable: realização pessoal

Regression

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	dese_pes, autonomi	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: despersonalização

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,187 ^a	,035	,017	,991615

a. Predictors: (Constant), dese_pes, autonomi

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3,753	2	1,877	1,909	,153 ^a
	Residual	103,247	105	,983		
	Total	107,000	107			

a. Predictors: (Constant), dese_pes, autonomi

b. Dependent Variable: despersonalização

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,644	,459		1,402	,164
	autonomi	-,086	,060	-,162	-1,421	,158
	dese_pes	-,014	,039	-,042	-,367	,714

a. Dependent Variable: despersonalização

Regression

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	autonomi ^a	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: despersonalização

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,184 ^a	,034	,025	,987559

a. Predictors: (Constant), autonomi

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3,621	1	3,621	3,713	,057 ^a
	Residual	103,379	106	,975		
	Total	107,000	107			

a. Predictors: (Constant), autonomi

b. Dependent Variable: despersonalização

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,511	,282		1,814	,073
	autonomi	-,098	,051	-,184	-1,927	,057

a. Dependent Variable: despersonalização

Regression

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	dese_pes ^a	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: despersonalização

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,129 ^a	,017	,007	,996368

a. Predictors: (Constant), dese_pes

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1,769	1	1,769	1,782	,185 ^a
	Residual	105,231	106	,993		
	Total	107,000	107			

a. Predictors: (Constant), dese_pes

b. Dependent Variable: despersonalização

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,601	,460		1,305	,195
	dese_pes	-,044	,033	-,129	-1,335	,185

a. Dependent Variable: despersonalização

ANEXO XV

COMPARAÇÕES *SCORES* HOSPITAIS

Explore

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
scoreexem	108	100,0%	0	,0%	108	100,0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
scoreexem	Mean		20,65	,850
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	18,96	
		Upper Bound	22,33	
	5% Trimmed Mean		20,66	
	Median		21,00	
	Variance		78,099	
	Std. Deviation		8,837	
	Minimum		0	
	Maximum		40	
	Range		40	
	Interquartile Range		13	
	Skewness		,031	,233
	Kurtosis		-,489	,461

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
scoreexem	,068	108	,200*	,989	108	,532

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

scoreexem

Explore

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
scorerealpes	108	100,0%	0	,0%	108	100,0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
scorerealpes	Mean		29,19	,449
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	28,30	
		Upper Bound	30,07	
	5% Trimmed Mean		29,45	
	Median		30,00	
	Variance		21,741	
	Std. Deviation		4,663	
	Minimum		14	
	Maximum		36	
	Range		22	
	Interquartile Range		7	
	Skewness		-,758	,233
	Kurtosis		,571	,461

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
scorerealpes	,095	108	,017	,953	108	,001

a. Lilliefors Significance Correction

Explore

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
scoredesp	108	100,0%	0	,0%	108	100,0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
scoredesp	Mean		6,53	,485
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5,57	
		Upper Bound	7,49	
	5% Trimmed Mean		6,19	
	Median		6,00	
	Variance		25,410	
	Std. Deviation		5,041	
	Minimum		0	
	Maximum		21	
	Range		21	
	Interquartile Range		6	
	Skewness		,848	,233
	Kurtosis		,291	,461

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
scoredesp	,148	108	,000	,929	108	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Explore

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
instit./serviço	108	100,0%	0	,0%	108	100,0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
instit./serviço	Mean		1,94	,163
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,61	
		Upper Bound	2,26	
	5% Trimmed Mean		1,93	
	Median		2,00	
	Variance		2,865	
	Std. Deviation		1,693	
	Minimum		0	
	Maximum		4	
	Range		4	
	Interquartile Range		4	
	Skewness		,092	,233
	Kurtosis		-1,714	,461

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
instit./serviço	,204	108	,000	,800	108	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Oneway

Test of Homogeneity of Variances

scoreexem

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,066	4	103	,377

ANOVA

scoreexem

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	324,619	4	81,155	1,041	,390
Within Groups	8032,011	103	77,981		
Total	8356,630	107			

NPar Tests

Kruskal-Wallis Test

Ranks

	instit./serviço	N	Mean Rank
scoredesp	HMB	35	64,16
	HSM	18	60,03
	HFF	8	50,38
	HSFX	13	43,46
	HJM	34	46,82
	Total	108	
scorerealpes	HMB	35	52,39
	HSM	18	64,97
	HFF	8	45,81
	HSFX	13	46,50
	HJM	34	56,24
	Total	108	

Test Statistics^{a,b}

	scoredesp	scorerealpes
Chi-Square	7,736	3,758
df	4	4
Asymp. Sig.	,102	,440

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: instit./serviço

ANEXO XVI
COMPARAÇÕES *SCORES*
(HOSPITAIS GERAIS E PSIQUIÁTRICOS)

Group Statistics

	tipo hospital	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
scoreexem	psiquiatrico	69	21,13	8,423	1,014
	geral	39	19,79	9,581	1,534
scorerealpes	psiquiatrico	69	29,00	5,145	,619
	geral	39	29,51	3,698	,592
scoredesp	psiquiatrico	69	6,65	4,982	,600
	geral	39	6,31	5,202	,833

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
scoreexem	,068	108	,200*	,989	108	,532

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
scoredesp	,148	108	,000	,929	108	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
scorerealpes	,095	108	,017	,953	108	,001

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
scoreexem	1,066	4	103	,377
scorerealpes	2,852	4	103	,027
scoredesp	1,454	4	103	,222

Group Statistics

	tipo hospital	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
scoreexem	psiquiatrico	69	21,13	8,423	1,014
	geral	39	19,79	9,581	1,534

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
scoreexem	Equal variances assumed	1,566	,214
	Equal variances not assumed		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
scoreexem	Equal variances assumed	,753	106	,453	1,336
	Equal variances not assumed	,726	70,887	,470	1,336

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
scoreexem	Equal variances assumed	1,774	-2,182	4,853
	Equal variances not assumed	1,839	-2,331	5,003

Mann-Whitney Test

Ranks

	tipo hospital	N	Mean Rank	Sum of Ranks
scoredesp	psiquiatrico	69	55,62	3837,50
	geral	39	52,53	2048,50
	Total	108		
scorerealpes	psiquiatrico	69	54,28	3745,50
	geral	39	54,88	2140,50
	Total	108		

Test Statistics^a

	scoredesp	scorerealpes
Mann-Whitney U	1268,500	1330,500
Wilcoxon W	2048,500	3745,500
Z	-,494	-,096
Asymp. Sig. (2-tailed)	,621	,923

a. Grouping Variable: tipo hospital