

BURNOUT NOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Marisa de Jesus Godinho Teles

Projecto de Mestrado
em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientadora:

Prof. Dra. Camila Canteiro Tapadinhas, Assistente Graduada de Medicina Interna
Hospital São Francisco Xavier,
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Co-orientadora:

Prof. Doutora Madalena Ramos Prof. Auxiliar, ISCTE - IUL
Escola de Sociologia e Políticas Públicas
Departamento de Métodos de Pesquisa Social

Abril 2011

“...in order to burn out, one has first to be “on fire”...”

(Pines, 1993)

Resumo

Objectivo:

Inserida no Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, esta investigação constitui um esforço de ligação entre a teoria e a prática na área do *burnout*, entendido como um desgaste emocional crónico resultante do *stress* laboral intenso.

Background

Justifica-se a opção pelo tema do *stress* organizacional nas organizações de saúde com o interesse pessoal e o destaque atribuído pelos *media* à influência da performance individual na produtividade das organizações e, conseqüentemente, do país. De acordo com alguns estudos (Maslach e Leiter, 1997), a produtividade dos profissionais está alinhada com os níveis de *burnout* e *stress* vivenciados:

- O *burnout* possui três tipos de antecedentes - características das funções desempenhadas, características organizacionais e características pessoais (Cordes e Dougherty, 1993);
- O *burnout* está mais dependente dos desajustes individuais percebidos por cada indivíduo no trabalho que desenvolve, do que propriamente das suas características pessoais e individuais (Lee e Ashforth, 1996; Schaufeli e Enzmann, 1998).

Método

Pretende-se estudar esta (cor)relação no grupo dos enfermeiros de um Serviço de Urgência Geral, de Lisboa. Os dados foram recolhidos nos meses de Novembro e Dezembro de 2010 e aplicaram-se os seguintes questionários auto-reportados: MBI (*Maslach Burnout Inventory*), AWL (*Areas of Worklife*) e CSE (*Core Self Evaluation*).

Resultados e Conclusões

Estes profissionais apresentam níveis médios de *burnout*, que resultam mais da sua auto-avaliação e da forma como se vêem a si próprios, e menos dos desajustes que percebem no trabalho que realizam. As variáveis sociodemográficas não demonstraram relação significativa com o nível de *burnout* experienciado.

Palavras-chave: Enfermeiros, *Burnout*, *Maslach Burnout Inventory*, *Core-self Evaluation*

Abstract

Objective:

In the framework of the Master in Management of Health Services, this research is an effort to link theory and practice in the area of *burnout*, understood as a chronic emotional distress resulting from intense stress at work.

Background

The choice of the theme of organizational stress in healthcare organizations is justified by personal interest and the importance attributed in the media to the influence of individual performance in organizations productivity and hence in the country's productivity. According to some studies (Maslach and Leiter, 1997), worker productivity is influenced by the level of stress and *burnout* experienced:

- *Burnout* has three types of backgrounds – role characteristics, organizational characteristics and personal characteristics (Cordes and Dougherty, 1993);
- *Burnout* is more dependent on individual mismatches perceived by each individual in their working environment, than on the individuals and their personal characteristics (Lee and Ashforth, 1996; Schaufeli and Enzmann, 1998).

Method

The purpose is to study this relation in a group of nurses from an Emergency Room in a Lisbon Hospital. Data were collected in November and December 2010 and implemented the following self-reported surveys: MBI (*Maslach Burnout Inventory*), AWL (*Areas of Worklife*) and CSE (*Core Self Evaluation*).

Results and Conclusions

These professionals have average levels of *burnout*, resulting more from their self-assessment and the way they see themselves, than from mismatches perceive by them in their work. The demographic and social variables showed no significant relationship with the level of *burnout* experienced.

Keywords: Nurses, *Burnout*, *Maslach Burnout Inventory*, *Core Self Evaluation*

Agradecimentos

Gostaria de dirigir um agradecimento muito especial à orientadora, responsável pelo despertar do interesse por esta área de estudo, e à co-orientadora. Desde início demonstraram interesse pelo projecto e encontraram disponibilidade, para além dos seus muitos afazeres diários, para cooperar e direccionar a investigação no melhor caminho, respondendo de imediato às minhas solicitações e dúvidas. Fico em dívida para com elas porque sem o seu prestável apoio, certamente este trabalho ainda não teria sido concluído.

Gostaria ainda de agradecer à Sra. Enf.^a Directora do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (Fernanda Maria da Rosa) e à Sra. Enf.^a Chefe do Serviço de Urgência do mesmo (Lurdes de Almeida), que demonstraram interesse por esta problemática, autorizaram formalmente o estudo e “abriram as portas” do Serviço para realizar o trabalho de campo.

Uma palavra de reconhecimento aos Srs. Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral do CHLO, que colaboraram atenciosamente através da resposta aos três questionários apresentados, apesar de diariamente serem “bombardeados” com este tipo de solicitações.

Por fim, um bem-haja particular às minhas colegas de trabalho e familiares mais próximos, que sempre me apoiaram e incentivaram com as sugestões certas nos momentos de menor ânimo.

ÍNDICE

SUMÁRIO EXECUTIVO	10
CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1 <i>BURNOUT</i>	13
Conceito de “ <i>Burnout</i> ”	13
<i>Burnout</i> / <i>Stress</i> / Depressão	18
Evolução histórica do conceito “ <i>Burnout</i> ”	21
Modelos teóricos associados: características e dimensões	23
Mecanismos de <i>coping</i>	25
Intervenções ao nível da gestão	26
1.2 ÁREAS DA VIDA LABORAL	27
Modelo teórico: características e dimensões	27
1.3 <i>CORE SELF EVALUATION</i>	30
Modelo teórico: características e dimensões	30
CAPÍTULO 2 – ESTE ESTUDO	36
2.1 Escolha do público-alvo para esta investigação: enfermeiros de um Serviço de Urgência Geral de uma Organização de Saúde	36
2.2 Hipóteses	37
CAPÍTULO 3 – MÉTODO	40
3.1 Caracterização do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (CHLO)	40
3.2 Caracterização do Serviço de Urgência Geral do CHLO	42
3.3 Procedimentos e Recolha da Amostra	42
3.4 Instrumentos - Justificação teórica para a sua adopção	43
Variável dependente: nível de <i>burnout</i> experienciado	43
Variável independente: desajustes percebidos	44
Variável independente: auto-avaliação de cada profissional	45
Variável independente: características sociodemográficas	46
3.5 Tratamento dos dados	47
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS	48
4.1 Caracterização da População e Amostra	48
4.2 Graus (ou níveis) de <i>Burnout</i>	52
4.3 Dimensões da Vida Laboral	57

4.4 <i>Core Self Evaluation</i>	62
4.5 Validade de constructo das variáveis	64
Dimensões do <i>Burnout</i>	64
Áreas da Vida Laboral	64
<i>Core Self Evaluation</i>	65
4.6 Correlações do <i>Burnout</i>	65
4.7 Corroboração das seis hipóteses do presente trabalho	73
CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO	75
5.1 Considerações finais	75
5.2 Limitações do estudo e pistas para investigações futuras	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS	88
Questionário Dados Demográficos	89
Questionário <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI)	91
Questionário <i>Areas of Worklife Scale</i> (AWS)	95
Questionário <i>Core Self Evaluation</i> (CSE)	98

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 – Indicadores Globais do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (CHLO) por Linha de Actividade	41
Tabela 2 – Distribuição Etária da População e Amostra	48
Tabela 3 – Distribuição da População e Amostra por Género	49
Tabela 4 – Distribuição da População e Amostra por Anos de trabalho na Instituição	50
Tabela 5 – Distribuição da População por Tipo de Vínculo à Instituição	51
Tabela 6 – Distribuição da Amostra: Tempo de trabalho no Serviço de Urgência / Tempo de trabalho na Instituição	52
Tabela 7 – Dimensões do <i>Burnout</i> : Valores de referência	56
Tabela 8 – Dimensões do <i>Burnout</i> : Distribuição da Amostra	56
Tabela 9 – Dimensões da Vida Laboral: Valores de referência	57
Tabela 10 – Indicadores da dimensão Carga de Trabalho	58
Tabela 11 – Indicadores da dimensão Controlo	58
Tabela 12 – Indicadores da dimensão Recompensa	60
Tabela 13 – Indicadores da dimensão Comunidade	60
Tabela 14 – Indicadores da dimensão Justiça	61
Tabela 15 – Indicadores da dimensão Valores	61
Tabela 16 – Indicadores do <i>Core Self Evaluation</i>	62
Tabela 17 – Correlações das dimensões do <i>Burnout</i> com as variáveis independentes consideradas	66
Tabela 18 – Relação das dimensões do <i>Burnout</i> com variável Sexo	67
Tabela 19 – Relação das dimensões do <i>Burnout</i> com as variáveis Idade e Anos de Trabalho	68
Tabela 20 – Factores determinantes do <i>Burnout</i> (regressão linear hierárquica)	71
Figura 1 – Indicadores da dimensão Exaustão Emocional	53
Figura 2 – Indicadores da dimensão Despersonalização	54
Figura 3 – Indicadores da dimensão Realização Profissional	55

LISTA DE ABREVIACÕES

ARLVT – Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BI – *Burnout Inventory*

BM – *Burnout Measure*

CBI – *Copenhagen Burnout Inventory*

CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

CSE – *Core Self Evaluation*

D – Despersonalização

EE – Exaustão Emocional

LCE – *Locus* de Controlo Externo

LCI – *Locus* de Controlo Interno

LOC – *Locus* de Controlo

MBI – *Maslach Burnout Inventory*

OLBI - *Oldenburg Burnout Inventory*

RP – Realização Profissional

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUMÁRIO EXECUTIVO

Esta investigação surgiu na sequência de uma necessidade apontada pelo Prof. Rui Ramos (Ramos, 2006), no 1.º Congresso Nacional de Serviços de Urgência e Emergência de Medicina e Enfermagem: estudos que cruzem variáveis relativas a sinais e sintomas de *burnout* com as características de personalidade. Segundo este investigador, é urgente mudar a imagem patologizante do *burnout* para uma imagem de promoção e desenvolvimento.

Neste âmbito, Schaufeli e Enzmann (1998) também sugerem estudos apoiados em análises de regressão, que permitam encontrar os melhores predictores do *burnout*, dentro de uma abordagem holística: Stressores (tipo de tarefa ou objectivos do grupo) e Personalidade (características).

Maslach (1993) reconhece o *burnout* como um importante problema social e individual, considerando-o como uma resposta complexa ao *stress* profissional prolongado ou crónico. Uma vez que o ambiente de trabalho da actualidade sofreu alterações profundas dominadas por imperativos tecnológicos e económicos, desprezando as dimensões psicológicas e socioculturais, tornaram-se fundamentais as investigações que se debruçam sobre essas dimensões no local de trabalho.

A pertinência do referido estudo assume-se, assim, no seguinte contexto:

- De acordo com Bekker *et al.* (2005), nos Países Baixos, o *burnout* é apontado como o diagnóstico mais prevalente em profissionais com problemas de saúde devido a razões psicológicas. Assume contornos mais graves quando se considera que o *burnout* pode alastrar a outros colaboradores, directa ou indirectamente (Bakker *et al.*, 2003);
- Diversos autores (Taris *et al.*, 2005) reforçam que estudos anteriores, de carácter longitudinal, têm apoiado a elevada estabilidade temporal dos três componentes do *Maslach Burnout Inventory* (MBI), isto é, a sua natureza crónica;
- A maioria das pesquisas sugere que as características do ambiente de trabalho, entre elas a carga de trabalho, estão mais fortemente relacionadas com os níveis de *burnout* experienciado pelos profissionais do que com os factores de personalidade, como o neuroticismo; ou os factores demográficos, como a idade (Lee e Ashforth, 1996; Schaufeli e Enzmann, 1998).

Seguindo uma visão holística, Demerouti apresenta diversas causas para o *burnout*, que passam pela pressão no trabalho, conflitos trabalho/família, diminuto *feedback* entre colegas, escassa participação no processo de tomada de decisão, situação económica e política do País ou ainda a personalidade de cada indivíduo. Deve referir-se, no entanto, que o profissional reage às situações, não como elas são, mas como ele as percebe/percepciona ou representa/projecta (Demerouti *et al.*, 2004).

Relativamente às consequências do *burnout*, alguns indivíduos podem desistir e abandonar o seu trabalho como resposta a esta síndrome, outros podem manter-se no seu posto, fazendo apenas o mínimo e não o seu melhor, outros podem até despende um número crescente de horas de trabalho e sentir-se cada vez menos realizados (Cooper *et al.*, 2001). Embora os elevados custos para as organizações e a susceptibilidade de propagação constituam um problema social de conceptualização ainda pouco clara, é certo que as consequências negativas causadas pela falta de interesse demonstrado pelos profissionais, seja para os empregadores, seja para os clientes, reflectem-se na baixa qualidade do serviço prestado e apresentam custos para a saúde física e psíquica do trabalhador e de quem o rodeia, o que constitui razão suficiente para o estudo desta síndrome (Demerouti *et al.*, 2004).

Apesar do estudo sobre a incidência do *burnout* ter sido alargado a outros tipos de ocupação e mesmo ao domínio não profissional, nomeadamente à esfera familiar, a maior parte dos autores defende que o *burnout* é especialmente relevante para as profissões de ajuda (Glass *et al.*, 1993; Maslach e Schaufeli, 1993). Salienta-se apenas que ao longo deste trabalho são utilizados os termos “cliente”, “utente” ou “doente”, de forma completamente indistinta, quando se faz referência aos usuários / beneficiários dos serviços, sejam estes de saúde ou outros.

Neste âmbito, os enfermeiros são dos profissionais de saúde que contactam mais directamente e durante mais tempo com o utente, o que justifica a opção metodológica de efectuar esta investigação neste grupo profissional. São eles que “dão a cara” pelo serviço prestado, estão em estreito contacto interpessoal com pessoas em sofrimento e têm neste contacto com o utente um factor propulsor de *stress* (Cordes e Dougherty, 1993). Para estes profissionais, geralmente os outros vêm em primeiro lugar e, por motivos de ordem social, política e económica, o seu ambiente organizacional conjuga alta exigência com baixos recursos.

Maslach e Leiter (1997) destacam na etiologia do *burnout* seis principais áreas de desajustamento pessoa-trabalho, como a sobrecarga de trabalho, a falta de controlo, de recompensas, de um sentido de comunidade e de justiça, e o conflito de valores. Nesta linha, a pesquisa demonstrou que factores situacionais e organizacionais têm um papel mais importante do que os factores individuais no grau de *burnout* experienciado.

Salienta-se, no entanto, que o desenvolvimento de capacidades que permitam difundir e minimizar situações de potencial agressividade, gerir conflitos e identificar riscos também é importante para estes profissionais, uma vez que a violência foi identificada como estando intimamente ligada ao *burnout* (Walsh *et al.*, 1998; Keller e Verdes, 1990; Dolan e Holt, 2000). Neste âmbito, destaca-se a formação profissional contínua a médicos e enfermeiros para sensibilização e reconhecimento dos sinais de *burnout*, no sentido de prevenir e reduzir incidentes relacionados com o estado destrutivo desta síndrome, no próprio indivíduo e nos outros (Browning *et al.*, 2002; Keller e Verdes, 1990).

Deste modo, deduz-se que o objectivo de qualquer plano de intervenção, ao nível da gestão, deve passar por repor o nível de *burnout* à condição adequada a um dado grupo profissional, por duas vias:

- Intervenções orientadas para o trabalhador, focadas no indivíduo ou no grupo, para que aprenda a lidar mais eficazmente com o *strain* experienciado;
- Intervenções orientadas para o ambiente de trabalho, com o objectivo de melhorar o ajustamento do local de trabalho dos indivíduos (Maslach e Leiter, 1997).

CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 – *BURNOUT*

Conceito de “*Burnout*”

Bradley (1969) fez a primeira referência a este conceito, relativamente a funcionários prisionais. Seguiu-se o psiquiatra Freudenberger (1974) que, no artigo “Staff burn-out”, descrevia detalhadamente um estado de exaustão emocional, perda de motivação e de empenhamento que afectava os voluntários com que trabalhava, num serviço de recuperação de toxicodependentes. O desgaste seria provocado pela falta de recompensa e consequente desmotivação que sentiam ao não verem eficácia no seu trabalho.

Edelwich e Brodsky (1980) caracterizam o *burnout* como uma perda de idealismo, energia e objectivos. Pines e Aronson (1988) entendem-no como um estado de exaustão física, emocional e mental causado por um envolvimento prolongado em situações emocionalmente exigentes. Sarros e Densten (1989) definem-no como um mecanismo de *coping* desajustado que o indivíduo desenvolve perante condições de trabalho stressantes e exigentes, associadas a pouco reconhecimento ou apreciação do trabalho desenvolvido e poucos desafios. Para Burke e Richardsen (1993), o *burnout* é um processo de descompromisso em resposta aos stressores relacionados com o trabalho: a ansiedade, fadiga e tensão levam ao *coping* defensivo e despersonalização.

Na realidade, cerca de 2.500 trabalhos foram publicados sobre *burnout* num período de 20 anos (Schulz *et al.*, 1995) e não existe ainda uma definição universalmente aceite para este conceito. A sua popularização é também uma desvantagem porque abundam e difundem-se noções que dificultam a sua conceptualização, operacionalização e medição:

- O Collins English Dictionary (2000) descreve o *burnout* como “*to become or cause to become exhausted through overwork or dissipation*”;
- O termo *burnout* (do inglês “combustão completa”) é uma composição de *burn* = queima e *out* = exterior;
- As metáforas utilizadas passam por “vela ou fogueira a apagar lentamente” ou “bateria descarregada”;

- Em linguagem corrente, pode dizer-se que o *burnout* “é uma chama que se apaga”. No caso dos profissionais de saúde, isto pode significar que a paixão e vocação intrínsecas ao seu trabalho vão enfraquecendo.

Perante as diversas abordagens teóricas a este conceito, a definição mais frequentemente citada é proposta por Cristina Maslach, responsável por grandes contribuições nas áreas de serviços humanos. Esta psicóloga social defende um modelo multidimensional que apresenta o *burnout* como uma síndrome que ocorre em profissionais face à execução de uma tarefa num determinado posto de trabalho (Maslach, 1982) e caracteriza-se pelas seguintes três dimensões:

- **Exaustão emocional:** componente nuclear da resposta ao *stress*. É a mais óbvia manifestação de *burnout* e clinicamente é o sintoma que faz mais sentido emergir primeiro. Refere-se à sensação de prostração e fadiga, depleção de recursos físicos e emocionais experienciados pelo indivíduo na sua relação com o trabalho. Aquele sente-se esgotado e sem energia suficiente para enfrentar mais um dia. Como principais fontes apontam-se a excessiva carga de trabalho e os conflitos pessoais no local de trabalho.
- **Despersonalização ou Cinismo:** componente atitudinal e relacional do *burnout*. Refere-se à resposta irritada, negativa, indiferente e fria do indivíduo na relação com os clientes/utentes/doentes e outros aspectos do trabalho (processo de desumanização/distanciamento). Usualmente desenvolve-se em resposta ao excesso de Exaustão Emocional e inclui a perda de idealismo. É uma tentativa do indivíduo se distanciar dos receptores do seu serviço, ignorando deliberadamente as características que os tornam únicos. Quando estes são considerados meros objectos, torna-se mais fácil lidar com as suas exigências. Ressalva-se que a autora distingue as técnicas de distanciamento e objectividade funcionais que podem auxiliar o profissional de ajuda a lidar com as exigências emocionais a que é sujeito, desta estratégia de *coping* disfuncional e perversa que deteriora as relações com os utentes.
- **Redução da Eficácia e Realização Profissional:** componente auto-avaliativa do *burnout*. Refere-se ao sentimento de incompetência e falta de produtividade no trabalho e à tendência para avaliar negativamente o próprio comportamento e performance. Este sentimento de baixa auto-eficácia está relacionado com a

incapacidade de lidar com as exigências do trabalho, podendo ser agravado pela falta de apoio familiar, de *feedback* positivo dos colegas ou supervisores e de perspectivas no desenvolvimento profissional.

A dimensionalidade do *burnout* tem gerado investigação e polémica: não só o encadeamento temporal daquelas três dimensões tem sido alvo de pesquisas, como também esta definição tridimensional tem sido analisada (alguns autores propõem apenas a exaustão, ou a exaustão e a despersonalização/cinismo como dimensões centrais do *burnout*). A este propósito deve referir-se que a exaustão emocional constitui um critério necessário mas não suficiente para a verificação do *burnout*: este modelo tridimensional substitui a experiência individual do *stress* pelo contexto social e inclui a concepção de cada indivíduo e a sua interacção com os outros. Ao agregar as dimensões individual, interpessoal e eficácia profissional, esta teoria explica que o indivíduo desenvolve diferentes estratégias de *coping*, que o predispõem a vivenciar maior ou menor *burnout*.

De forma resumida, pode dizer-se que pesquisas recentes dão apoio empírico aos argumentos de Leiter e Maslach (1988) relativamente ao entendimento do *burnout* como processo sequencial: a exaustão emocional é a componente crítica do *burnout* e deve ser considerada como o *outcome* inicial de exigências em excesso no trabalho que se mantêm cronicamente, a despersonalização é a resposta de *coping* adoptada pelos trabalhadores face à exaustão e medeia a relação entre a primeira e a falta de realização profissional, que constitui um elemento distinto: pode ser influenciada pela exaustão emocional, mas também depende de outros factores/recursos do meio ambiente/laboral (suporte social, utilização de *skills* específicos ou participação nas tomadas de decisão) e de estratégias pessoais de *coping* (especialmente *coping* de controlo).

Conclui-se que a exaustão emocional e a despersonalização têm uma associação mais forte entre si do que a realização profissional, enquanto a despersonalização é função directa da exaustão emocional, a falta de realização profissional pode desenvolver-se independentemente da exaustão emocional e da despersonalização. Logo, a falta de realização profissional desenvolve-se em paralelo com a exaustão emocional e não sequencialmente via despersonalização (Leiter e Maslach, 1988).

Os investigadores também discordam sobre a natureza desta síndrome: alguns consideram que os trabalhadores com determinados traços de personalidade (especialmente neuroses) são-lhe

mais susceptíveis, outros defendem que ela se deve exclusivamente à exaustão e ausência de personalização no trabalho e outros ainda percebem-na como um caso especial de depressão clínica mais geral ou apenas uma forma de fadiga extrema. No entanto, é geralmente aceite que o *burnout* se desenvolve como resultado de um período de esforço excessivo no trabalho, com intervalos muito pequenos para recuperação: "...de uma maneira geral, os factores de trabalho apresentam uma relação mais forte com o *burnout* do que os factores biográficos ou pessoais..." (Maslach e Schaufeli, 1993, p.7). Estes autores admitem ainda que variáveis como o sexo, idade ou tempo de pertença à organização também interferem de algum modo nos níveis de *burnout* apresentados.

Cordes e Dougherty (1993) resumiram assim as causas do *burnout*:

- Características do trabalho desempenhado
 - Tipo, intensidade, duração e frequência do contacto e das relações desenvolvidas com o cliente, bem como as próprias características deste;
 - Conflito e/ou ambiguidade de papéis e tarefas;
 - Excesso de tarefas (carga de trabalho).
- Características da organização
 - Indexação (ou não) clara dos resultados a recompensas e / ou punições;
 - Contexto organizacional (ambiente psicológico vivido).
- Características Pessoais
 - Demográficas (sexo, idade, estado civil);
 - Suporte social (amigos, família, supervisores);
 - Expectativas pessoais;

Ainda de acordo com os mesmos autores (Cordes e Dougherty, 1993), as consequências do *burnout* podem resumir-se em quatro níveis:

- Físicas e emocionais (problemas de saúde física e mental - dores de cabeça, sintomas cardiovasculares e gastrointestinais, queixas somáticas, infecções, depressão, exaustão, fadiga);
- Interpessoais (incapacidade de permanecer calmo e tendência para responder com rapidez e rispidez no contacto com a família e amigos);
- Atitudinais (insatisfação, fraco comprometimento organizacional e atitudes de passividade/agressividade - o indivíduo fica rapidamente irritado, frustrado e inflexível, chora com facilidade e pode sentir-se sobrecarregado, o que traduz um impacto negativo nos colegas e clientes/utentes);
- Comportamentais (alto absentismo e a intenção de deixar a organização - *turnover*).

Firth e Britton (1989) concluíram duas relações do *burnout*:

- A intenção de *turnover* dos enfermeiros foi associada apenas moderadamente à despersonalização e não se encontrou relação significativa entre aquela e a exaustão emocional ou a realização profissional;
- O absentismo reportado foi superior nos enfermeiros que experienciam níveis mais altos de exaustão emocional, embora esta relação apenas seja significativa nos casos de longos períodos de ausência.

Lee e Ashforth (1996) também estudaram as seguintes correlações do *burnout*:

- O *commitment* e intenção de *turnover* foram fortemente correlacionados com a exaustão emocional e a despersonalização mas fracamente correlacionados com realização profissional;
- O *coping* focado no problema (*coping* de controlo) mostrou-se mais fortemente correlacionado com a realização profissional.

Gaines e Jermier (1983) levaram a cabo um estudo que pretendeu analisar a relação do *burnout* com variáveis organizacionais:

- Regras e políticas organizacionais rígidas e inflexíveis podem agravar os níveis de *burnout*.

- Organizações que se caracterizam pela “*clan culture*” (Schulz *et al.*, 1995), baseada no trabalho de equipa, coesão, participação de todos e autonomia, estão menos exposta aos efeitos do *burnout*.

Cooper *et al.* (2001) chama a atenção para a necessidade de desenvolver investigações que vão para além das correlações bivariadas simples, realizando estudos que explorem efeitos interactivos.

Burnout / Stress / Depressão

Segundo Ganster e Schaubroeck (1991), *burnout* é um tipo de *stress*, mas de acordo com Chambel e Pinto (2008, p.45), “...existe uma relação “plástica” entre as concepções de *stress* e de *burnout*, a qual depende em grande medida da maior ou menor abrangência com que o conceito de *stress* é definido...”.

Relativamente ao conceito e bioquímica do *stress*, é possível referir como primeiros sintomas, a insónia e o sono inquieto (falha da serotonina), seguidos da falta de energia, cansaço, exaustão e letargia (falha da noradrenalina), e por fim, dores generalizadas, falta de prazer na vida, depressão e ansiedade (falha da dopamina). O *stress* apresenta consequências várias ao nível cognitivo, emocional, comportamental e fisiológico e tem impacto nas doenças cardiovasculares, cancro, doenças mentais e alterações imunitárias/endócrinas.

A longo prazo pode surgir doença se o stressor (o evento e/ou as suas características) for recorrente; com alto nível de exigência; se houver vários stressores em simultâneo; e se um stressor tiver o poder de despoletar outro. Estes devem ser encarados como factores de risco, não só pelo seu significado social, mas porque podem colocar em maior risco determinada organização, independentemente das variações individuais.

Afinal, o que diferencia o *burnout* do *stress*?

- Enquanto o *stress* é um fenómeno de adaptação temporária, o *burnout* representa um processo de quebra de adaptação resultante da exposição prolongada e recorrente a *stress* profissional, significando um disfuncionamento crónico (Brill, 1984). Mais do que uma reacção a crises agudas ocasionais, o *burnout* é uma resposta ao *stress* crónico diário (Maslach, 1982), embora as formas menores de *stress* resultantes do

desajustamento entre características pessoais e ambientais sejam consideradas também um elemento importante na compreensão deste fenómeno. Salienta-se, no entanto, que estes aborrecimentos diários geralmente não são encarados pelos indivíduos como uma ameaça, pelo que não suscitam a utilização de estratégias de *coping*.

- Sendo o *stress* um processo de adaptação temporário, as estratégias de *coping* associadas tendem a diminuir os sintomas, enquanto a dimensão despersonalização/cinismo do *burnout* apresenta-se já como uma estratégia de *coping* disfuncional, que concorre para o agravamento e para a sua cronicidade (Maslach, 1993).
- O *stress* surge apenas como um esgotamento pessoal com interferência na vida do sujeito e não necessariamente na sua relação com o trabalho, o *burnout* considera o desenvolvimento de atitudes e comportamentos disfuncionais para com os receptores dos serviços, isto é, implica condutas negativas em relação aos usuários/ clientes/ utentes, organização e trabalho.
- Embora a exaustão emocional se assemelhe a uma experiência subjectiva de *stress*, o *burnout* acrescenta-lhe duas novas dimensões, relativas às concepções e atitudes do indivíduo face aos outros (despersonalização/cinismo) e face a si próprio (perda de realização/eficácia).
- O *stress* é uma experiência passiva de ser vivida por qualquer indivíduo, com efeitos positivos ou negativos, enquanto o *burnout* apenas é experienciado por indivíduos motivados, com elevadas expectativas e apenas tem efeitos negativos (Brill, 1984; Pines, 1993).
- O *burnout*, medido através MBI – *Maslach Burnout Inventory* (Maslach *et al.*, 1996), utilizado neste trabalho, apresenta uma boa validade discriminante relativamente a sintomas genéricos de *stress* profissional (Maslach *et al.*, 1996).

Segundo Freudenberger e Richelson (1980) os sintomas do *burnout* apontam para fadiga crónica, depressão e frustração. No entanto, o *burnout* também se dissocia destes:

- A fadiga crónica está relacionada com queixas físicas enquanto o *burnout* engloba exaustão emocional (bem como física e cognitiva), sobretudo resultante da relação do profissional com as pessoas e com os seus problemas.
- A depressão é um *outcome* do *burnout* e atinge as várias áreas da vida (*context free*), enquanto o *burnout* é essencialmente laboral (*job related*), conforme já referido, e não inclui necessariamente tristeza, culpa e desespero. A dimensão exaustão emocional, presente no conceito de *burnout*, relaciona-se de forma significativa com a depressão mas as outras duas dimensões do *burnout* (despersonalização e realização profissional) partilham com ela menos de 10% da variância (Schaufeli e Enzmann, 1998). A depressão é uma condição psicológica particular que deve ser encarada mais como um potencial *outcome* do *burnout*, do que propriamente como uma parte deste (Cooper *et al.*, 2001).

Uma presunção corrente é a de que o *burnout* causa disfunção/perturbação mental, isto é, precipita efeitos negativos na saúde mental, tais como ansiedade, depressão, baixa auto-estima (Greenglass e Burke, 1990). Esta hipótese não foi ainda suficientemente estudada, sendo possível acrescentar que é natural que um indivíduo mentalmente saudável consiga lidar melhor com os stressores, desenvolvendo mecanismos de *coping* que lhe permitam experienciar menores níveis de *burnout*.

Apesar da dificuldade em diagnosticar casos de *burnout*, devido à sintomatologia comum a estados de *stress* ou ansiedade (irritabilidade, falta de concentração, alteração do padrão de sono e arritmia que despoletam isolamento social), este tornou-se um conceito muito popular: uma pesquisa realizada em 1998 por Schaufeli e Enzmann, em bases de dados e bibliografias especializadas, revelou 5500 entradas sobre *burnout*! As razões prendem-se essencialmente com a sua aceitação social: o *burnout* é pouco estigmatizante para o indivíduo, ao contrário do que acontece com a maior parte das perturbações mentais. Há um factor desculpabilizante para o sujeito, tido como pouco responsável pela sua condição, porque se enfatizam os determinantes contextuais e socioprofissionais (Chambel e Pinto, 2008).

A este propósito deve referir-se que os sintomas de *burnout* podem manifestar-se em qualquer indivíduo, inclusive pessoas “normais” que nunca sofreram ou evidenciaram patologias mentais. Sendo o *burnout* conceptualizado como uma síndrome socioprofissional, não se estranha a sua ausência nos manuais de diagnóstico das doenças mentais (Cooper *et al.*,

2001). A sua inclusão nos sistemas de classificação e diagnóstico das doenças mentais apresenta como desvantagem o facto de os indivíduos passarem a ser rotulados como “doentes mentais” e como vantagem o reconhecimento oficial deste problema legítimo, garantindo ao trabalhador o acesso aos diversos benefícios médicos e sociais, tal como qualquer outra doença profissional. Esta dualidade de pontos de vista resulta de diferentes conceptualizações do *burnout*: considerá-lo como variável mediadora entre o *stress* prolongado e as suas consequências ou encará-lo já como uma resposta disfuncional crónica, como uma doença.

Evolução histórica do conceito “*Burnout*”

O conceito de *burnout* não emergiu do domínio académico, mas como resposta a questões pragmáticas sentidas pelos profissionais, e, em particular, pelos profissionais de ajuda, no seu contexto socioprofissional (Maslach e Schaufeli, 1993). Na verdade, esta síndrome está inserida numa rede de complexas relações sociais, envolvendo a própria pessoa e os outros: o *burnout* é mais um fenómeno social do que individual (Cooper, 2005).

Mais do que nos danos físicos, a pesquisa nesta área centra-se no processo de erosão mental e nos *outcomes* psicológicos e sociais que resultam da exposição crónica a este fenómeno. No entanto, o estudo do *burnout* sempre foi marcado por uma linha de tensão entre duas tradições fundamentais: psicologia clínica e psicologia social e das organizações, que distinguiu a conceptualização, investigação e intervenção nesta área ao longo do tempo.

No período entre 1974 e 1980 é possível falar de uma abordagem marcadamente clínica, orientada para a intervenção, baseada na descrição de sintomas manifestados por indivíduos em *burnout*. Encontram-se preocupações empíricas nestas propostas que conduziram ao desenvolvimento do *Burnout Measure* (BM), a segunda medida de *burnout* mais utilizada em todo o mundo e que apresenta bons índices de precisão e de validade de constructo (Schaufeli e Enzmann, 1998). Os diversos modelos destacam a importância de factores pessoais, como as motivações e expectativas desajustadas do indivíduo face ao trabalho e a falta ou inadequação dos seus recursos de *coping* (Schaufeli e Buunk, 2003).

Seguiu-se uma abordagem empírica na década de 80, caracterizada pela internacionalização do conceito e adopção de um conjunto restrito de questionários standardizados, entre os

quais se destaca o MBI – *Maslach Burnout Inventory* (Maslach *et al.*, 1996), utilizado no presente trabalho. Nas palavras de Maslach (1993, p.28), “...a minha análise psicossocial do *burnout* é a de que se trata de uma experiência individual de *stress* inserida num contexto de relações sociais complexas”. Estas abordagens enfatizam o papel dos factores interpessoais na etiologia do *burnout*, nomeadamente, o relacionamento interpessoal, assimétrico e emocionalmente exigente, com os utentes dos serviços. Maslach (1993) salienta que nem sempre o profissional de ajuda dispõe de competências técnicas adequadas para lidar com as exigências emocionais decorrentes da relação com o usuário dos serviços e apresentar um bom desempenho naquela interacção emocional, intensa e continuada.

Na década de 90 assistiu-se à tendência para alargar o campo de estudo do *burnout* a outras profissões e ao desenvolvimento de estudos longitudinais que permitem estabelecer relação causal entre o *burnout*, os seus determinantes e consequências - abordagem fundamentada na teoria. Originalmente o *burnout* foi identificado em profissões predominantemente relacionadas a um contacto interpessoal mais exigente e elevado envolvimento emocional, tal como médicos, enfermeiros, professores, guardas prisionais ou assistentes sociais. No entanto, estas observações estenderam-se a outros profissionais que interagem de forma activa com pessoas, que cuidam ou solucionam problemas de outros, que obedecem a técnicas e métodos muito exigentes, fazendo parte de organizações de trabalho submetidas a avaliações, bem como profissionais sujeitos a elevados graus de exigência e pressão laboral.

Neste novo milénio assiste-se a uma abordagem positiva assente na antítese *burnout / engagement*, enquanto pólos opostos de uma mesma realidade, e na necessidade de actuar neste cenário como forma de potenciar a performance e produtividade dos profissionais (Schaufeli e Buunk, 2003): à exaustão opõe-se o vigor, ao cinismo a dedicação e à perda de eficácia a absorção. O objectivo central passa por compreender os recursos e formas “óptimas” de funcionamento das organizações, em vez de se centrar nas fragilidades e disfuncionamentos humanos (Seligman e Csikszentmihalyi, 2000). Esta abordagem enfatiza a relação do *burnout* com o ambiente organizacional: o papel das variáveis organizacionais no desenvolvimento do *burnout* e o facto de este não afectar apenas o indivíduo mas também toda a organização. Estratégias que promovem o *engagement* podem ser tão importantes na prevenção do *burnout* como as próprias medidas que pretendem reduzir o risco dele ocorrer.

Modelos teóricos associados: características e dimensões

Importa referir alguns autores e os seus contributos teóricos para esta área, no sentido de ampliar a discussão e desenvolver conceitos.

Nas definições do *burnout* como um processo dinâmico, destaca-se o **Modelo de Cherniss** (Cherniss, 1980) ou modelo transaccional do *burnout*, que descreve a primeira fase deste processo como um desequilíbrio entre as exigências do trabalho e os recursos individuais, que desencadeia uma resposta individual de exaustão e ansiedade (*strain* individual) e provoca alterações do comportamento e atitudes como o cinismo (*coping* defensivo). De acordo com este modelo, tanto os aspectos relacionados com o ambiente de trabalho, como as características do indivíduo, funcionam como fontes de *strain* e os indivíduos empenham-se em lidar com os stressores das mais diversas formas.

Têm sido apontadas a este modelo diversas limitações, não só no que diz respeito ao seu sentido demasiado lato, como também ao facto de igualar o *burnout* ao conjunto de todas as alterações comportamentais negativas, tornando-o indistinguível de outras formas de *strain* do trabalho (Cooper *et al.*, 2001). Salienta-se ainda que este modelo não identifica o *burnout* como um constructo independente.

O **Modelo de Golembiewski** (Golembiewski e Munzenrider, 1984) também descreve o *burnout* como um processo, mas defende que a primeira manifestação de *burnout* é a despersonalização, que leva à redução da realização profissional e, conseqüentemente, à exaustão emocional, dimensão *core* e estado final do processo de *burnout*. Segundo este autor, o *burnout* desenvolve-se em oito fases e, embora o indivíduo não tenha necessariamente que as atravessar todas, afirma que nas fases mais avançadas as conseqüências são mais sérias do que em fases iniciais. O *burnout* será tanto mais virulento quanto mais se aproxima da exaustão emocional.

Embora a sequência das fases seja intuitiva, este modelo mostra alguma inconsistência na noção de desenvolvimento daquelas e reduz o papel da despersonalização e eficácia profissional, uma vez que o elemento crítico é a exaustão emocional. Esta abordagem também é criticada por Lee e Ashforth (1996): os resultados dos seus estudos indicam que a redução da eficácia profissional se desenvolve de forma relativamente independente da exaustão emocional e despersonalização.

Golembiewski e Munzenrider (1988) distinguiram ainda o *burnout* agudo do *burnout* crónico. De acordo com estes autores, o início do *burnout* agudo ocorre em súbitos eventos negativos (designados por *episodic strain* por Hobfoll e Freedy, 1993), tal como perda de emprego. Por outro lado, o *burnout* crónico resulta da depreciação progressiva das condições no trabalho, ligada à interacção sucessiva e intermitente com os problemas dos clientes.

Hobfoll (Hobfoll e Freedy, 1993) desenvolveu a *COR theory* (Conservation Of Resources Theory), segundo a qual os indivíduos têm acesso a quatro tipos de recursos: objectos (casa, carro etc.), condições (bom emprego), características pessoais (auto-estima) e várias formas de energia (dinheiro, favores dos outros). O *burnout* surge quando se perdem recursos valiosos ou os existentes são inadequados para as necessidades sentidas pelo indivíduo, ou ainda quando eles não geram o retorno esperado.

De acordo com a *COR theory*, para a maioria dos indivíduos, os recursos mais importantes no local de trabalho são a rede de apoio social (família, colegas, supervisores, outros), o controlo pessoal sobre o trabalho, o envolvimento na tomada de decisões e a existência de um sistema de recompensas apropriado. Ressalva ainda que o apoio social é o recurso que estimula o indivíduo a lidar com os stressores presentes no seu local de trabalho. A perda de recursos é provocada pela ambiguidade e conflito de papéis, sobrecarga de trabalho, inadequação de recursos para reavaliar o trabalho e exigência excessiva exterior ao indivíduo.

Ainda segundo esta teoria, o *burnout* resulta da combinação de fadiga física, exaustão emocional e desgaste cognitivo, que se desenvolve de uma forma gradual ao longo do tempo. Em estados avançados de *burnout* o indivíduo desenvolve um sentimento de impotência (em gerir a situação), de desalento (de que haja melhoria) e de depressão.

Mais do que conseguir um modelo específico referente ao *burnout*, esta teoria foca-se nas condições gerais sob as quais aquela síndrome se desenvolve, pecando por ser demasiado ampla e abstracta. De referir, no entanto, que ela oferece uma moldura conceptual de princípios que sustenta outras abordagens, destacando os factores ambientais como predictores do *burnout*.

Mecanismos de *Coping*

Conforme já mencionado, o *burnout* é considerado uma forma particular de *strain* e descreve principalmente uma sensação de exaustão, em que o indivíduo se consome física e emocionalmente. As respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais aos stressores variam de indivíduo para indivíduo porque existem várias características organizacionais, factores situacionais e diferenças individuais que actuam na complexa teia de relações estímulo/resposta de cada indivíduo. Isto significa que o *burnout* constitui uma interacção entre factores ambientais, ou exigências, e percepções individuais, tal como comportamentos de *coping*.

De uma maneira geral, as formas de *coping* correspondem a tentativas desenvolvidas pelo sujeito para lidar com uma transacção stressante e baseiam-se na sua avaliação da situação e dos recursos de que dispõe nessa mesma situação (Lazarus e Folkman, 1984). Estes “...esforços cognitivos e comportamentais desenvolvidos pela pessoa para lidar (reduzir, minimizar, dominar ou tolerar) com as exigências internas ou externas da transacção pessoa-meio...” (Folkman *et al.*, 1986, p.572) socorrem-se de recursos intrapessoais (características de personalidade) e extrapessoais (recursos materiais ou redes de apoio social).

Aqueles autores distinguem o *coping* focado no problema do *coping* focado nas emoções. O primeiro, reflecte uma proactividade que se espelha nos esforços levados a cabo para remover as fontes de *burnout* e caracteriza-se pela busca activa de informação e/ou por pedidos de apoio social instrumental; o segundo, caracteriza-se pelo evitamento em lidar com estas mesmas fontes de *burnout*, envolvendo a negação da ameaça ou a reavaliação da situação pela positiva. Conforme esperado, o *coping* de controlo está negativamente relacionado com o *burnout* enquanto o *coping* focado nas emoções está positivamente relacionado com o *burnout* experienciado.

Naturalmente que as estratégias de *coping* adoptadas pelo indivíduo não são fixas, são específicas e situacionais: cada indivíduo pode utilizar diferentes mecanismos e estes podem evoluir de acordo com as sucessivas reavaliações da situação e dos recursos disponíveis. A forma de medir aqueles esforços tem sido considerada ambígua (Stone *et al.*, 1988), sendo necessário referir que os esforços de *coping* devem ser distinguidos dos seus resultados, sejam eles bem ou mal sucedidos, porque os instrumentos de medida do *coping* podem gerar

respostas que mais facilmente reflectem a forma como os indivíduos pensam que o praticam, do que a forma como na realidade o fazem.

Diversos estudos debruçaram-se sobre a experiência que surge primeiro, o *burnout* ou o *coping*, mas os resultados não são conclusivos (Cooper *et al.*, 2001). Apesar dos recursos de *coping* serem geralmente tidos como moderadores do impacto do *stress* sobre a saúde-doença, pela influência que exercem na percepção de *stress* e/ou pela sua intervenção no próprio processo de *stress* (Chambel e Pinto, 2008), eles também podem operar como uma causa (variável independente), uma consequência (variável dependente) ou ambas (Kinicki e Latack, 1990). Alguns estudos têm apontado que as respostas de *coping* podem funcionar como mediadoras e moderadoras na relação *stressor-strain* (Kinicki *et al.*, 1996).

Intervenções ao nível da gestão

Segundo Luís Octávio (Sá, 2006), e de acordo com valores encontrados em vários estudos que realizou, a dimensão do *burnout* em Portugal varia consoante o grupo profissional e situa-se entre os 4% e os 9%. Entre os profissionais de enfermagem este valor atinge os 4,3%.

O *burnout* tem um longo período de gestação, pelo que é uma das formas de *strain* associadas ao trabalho mais difíceis de eliminar (Maslach, 1993). Ramos (2006) entende que é um equívoco considerar mais fácil e barato mudar as pessoas em vez das organizações, até porque as estratégias individuais para lidar com os stressores são relativamente ineficazes, particularmente no local de trabalho, onde o indivíduo possui menos controlo sobre aqueles dos que noutros domínios da sua vida (Heaney e van Ryn, 1990).

O *burnout* é resistente à maioria das intervenções baseadas somente nos esforços individuais de *coping* e exige alterações de fundo nas condições de trabalho e da organização para que se consiga evitar o seu aparecimento. Não existem, no entanto, soluções mágicas, idealmente devem ser reduzidas as exigências e adequados os recursos para que esses requisitos se tornem geríveis, salientando porém que certas exigências são inerentes à própria profissão.

Estudos recentes indicam que o oposto de *burnout* não é um estado/situação neutral, mas um estado de saúde mental e social definido ao nível do domínio ocupacional (Cooper *et al.*, 2001). As variáveis a ter em conta por parte dos gestores no combate a esta situação passam

pela flexibilidade, colaboração, tipo de liderança, processo interactivo na análise de diferentes abordagens de gestão e no fluxo informacional para monitorização do sucesso da intervenção.

Embora estas abordagens de intervenção organizacional não estejam no âmbito deste estudo, não podiam deixar de ser referidas. Cooper *et al.* (2001) sugere que aquelas devem ser decididas e planeadas especificamente para cada uma das três dimensões do *burnout* (EE, D e RP), garantindo que a estratégia proposta está efectivamente dirigida à dimensão correcta do fenómeno.

Chama-se a atenção para os resultados de alguns estudos que vinculam a importância de atenuar esta síndrome, também em nome da satisfação e segurança dos clientes/utentes: a avaliação negativa atribuída pelos utentes à qualidade dos cuidados prestados por enfermeiros que experienciam elevados níveis de *burnout* (Leiter *et al.*, 1998; Vahey *et al.*, 2004) e a correlação negativa entre *burnout* e performance, encontrada por Burke e Richardsen (1993).

1.2 – ÁREAS DA VIDA LABORAL

Modelo teórico: características e dimensões

Segundo Maria José Chambel (Chambel e Pinto, 2008), o *burnout* é explicado pela associação de níveis elevados de *stress* e níveis de baixa satisfação profissional e não pelo *stress* profissional isoladamente. Nesta linha, Maslach e Leiter (1997) defendem que o *burnout* é essencialmente um produto do contexto organizacional, mesmo que se expresse ao nível individual: variáveis situacionais são mais preditivas de *burnout* do que as variáveis pessoais, conforme já referido. De acordo com estes autores, o nível de *burnout* experienciado por cada profissional é afectado pelos desajustes/inadequações entre a pessoa e o seu trabalho, considerando seis áreas diferentes da vida laboral:

- **Carga de Trabalho** – Quantidade de trabalho a ser realizado num determinado tempo. O desajuste significa que o indivíduo tem de fazer muito, em pouco tempo e com poucos recursos. O aumento da carga de trabalho apresenta uma relação directa com o *burnout*, principalmente com a dimensão da exaustão emocional (Cordes e Dougherty, 1993; Maslach *et al.*, 2001; Schaufeli e Enzmann, 1998). Torna-se crítico quando, cronicamente, o indivíduo não dispõe de recursos para responder às exigências do seu trabalho, de forma ininterrupta, sem tempo para recuperar deste estado.

A este propósito, deve referir-se o resultado de um estudo bastante actual publicado no *International Journal of Nursing Studies* (Ching-I *et al.*, 2010): a pressão temporal afecta negativamente a segurança dos pacientes em caso de enfermeiros com elevados níveis de *burnout*, mas não no caso de enfermeiros com baixos níveis de *burnout*.

- **Controlo** – Possibilidade do indivíduo fazer escolhas, tomar decisões para resolver problemas e contribuir para o cumprimento das suas responsabilidades no trabalho. O desajuste significa que o indivíduo tem pouco controlo sobre as tarefas que realiza devido à rigidez das regras e à monitorização de que é alvo, ou às condições de trabalho caóticas. Pode caracterizar-se por uma ambiguidade e/ou conflito de tarefas. De referir apenas que o aumento do controlo também pode implicar responsabilidade adicional que, para alguns indivíduos, pode significar mais um “peso” do que um desafio (Spector, 1998).

O modelo de Karasek (Karasek e Robert, 1979), designado por “Job Demands Model”, assenta na proposição de que embora as exigências excessivas do trabalho possam ser associadas a elevados níveis de *strain* e até *outcomes* fisiológicos, o impacto destas exigências também pode ser compensado pela percepção individual de cada um sobre o seu controlo em aspectos importantes do trabalho que desenvolve. As elevadas exigências são stressantes porque criam ansiedade sobre a performance profissional, desenvolvendo no indivíduo o receio de não completar o trabalho num determinado período de tempo. Ora, de acordo com este modelo, esta ansiedade pode ser minorada se o indivíduo tiver poder para tomar decisões no seu trabalho (autoridade de decisão) e puder utilizar uma panóplia de capacidades nesse mesmo trabalho (critério de competências).

Diversas críticas são apontadas a este modelo, como a falta de instrumentos de medida directos sobre o controlo adequado a cada posto de trabalho, no entanto, diversos pesquisadores corroboram que níveis apropriados de controlo sobre o ambiente de trabalho são importantes para o bem-estar e saúde física dos trabalhadores (Fox *et al.*, 1993; Kristensen, 1996; Sutton e Kahn, 1987).

- **Recompensa** – Reconhecimento, financeiro e social, pelas funções desempenhadas. O desajuste significa que o indivíduo não se considera recompensado pelo trabalho que realiza. Diversos estudos revelam que a recompensa insuficiente aumenta a vulnerabilidade do indivíduo ao *burnout* (Chappell e Novak, 1992; Maslanka, 1996) e

a falta de reconhecimento (*feedback*) de clientes, colegas e chefias está associada a sentimentos de ineficácia (Maslach *et al.*, 1996).

- **Comunidade** – Qualidade do ambiente social na organização. O desajuste significa que o indivíduo não sente ligação positiva aos outros no seu local de trabalho, mantendo conflitos que produzem sentimentos negativos de frustração e hostilidade. Uma comunidade organizacional activa, atenta, responsável e coesa é incompatível com o *burnout* (Leiter e Maslach, 1988).
- **Justiça** – Regras consistentes e equitativas para todos os membros da organização. O desajuste significa que o indivíduo sente falhas no sistema de justiça e de procedimentos, garantes do respeito mútuo no local de trabalho. Percepções de justiça são baseadas na avaliação que cada pessoa faz entre o seu esforço e o respectivo reconhecimento. A falta de equidade neste processo é preditiva de *burnout* (Schaufeli *et al.*, 1996).
- **Valores** – Partilha de valores pessoais com os organizacionais. O desajuste significa que o indivíduo sente uma inadequação entre os seus princípios e as exigências do trabalho que desempenha, sentindo que realiza tarefas que não são éticas. Esta quebra de ideais representa expectativas logradas e obriga o trabalhador a realizar um *trade-off* entre o trabalho que quer realizar e aquele que obrigatoriamente tem de executar no dia-a-dia.

As primeiras duas áreas estão reflectidas no modelo já referido de Karasek (Karasek e Robert, 1979), a recompensa refere o poder de estímulos para moldar o comportamento dos indivíduos, a comunidade captura o cerne do apoio social e conflitos interpessoais no trabalho, a justiça emerge da literatura sobre equidade e justiça social e os valores referem o seu poder cognitivo e emocional nos objectivos e expectativas no trabalho.

Estas seis áreas não são totalmente independentes. No entanto, não é possível afirmar que algumas são mais importantes do que outras e também ainda é uma questão em aberto saber se existe um número mínimo de *gaps*, ou qual a dimensão destes, para que seja mais propícia a ocorrência de *burnout* (Cooper *et al.*, 2001).

Em cada área, quando a natureza do trabalho não está de acordo com a natureza do indivíduo, o resultado é o aumento da exaustão, do cinismo e ineficácia. A carga de trabalho e o controlo

têm papel crítico no *burnout* mas não são suficientes. A recompensa, comunidade e justiça aumentam a potência dos valores, que constituem o predictor crítico das três dimensões do *burnout*. Quanto maior o *gap* ou desajuste entre a pessoa e as seis áreas de trabalho maior a probabilidade de *burnout*, e quanto maior a congruência entre a pessoa e as seis áreas de trabalho, maior a probabilidade de *engagement* (Leiter e Maslach, 2000).

De acordo com o Modelo de Mediação do *Burnout*, de Leiter e Maslach (2004), o *burnout* medeia o impacto dos stressores (*gaps* verificados nas seis áreas identificadas) nos *outcomes* individuais. Isto significa que os stressores afectam o nível de *burnout* experienciado que, por sua vez, determina os diversos *outcomes* individuais: comportamentos no trabalho (absentismo e performance), comportamentos sociais (vida social) e estado de saúde. Uma incompatibilidade entre o indivíduo e o seu ambiente de trabalho nas áreas referidas, reduz as suas capacidades de energia, envolvimento e senso de efectividade.

Os desajustes verificados nestas seis áreas não são simplesmente uma lista que sumaria os resultados de pesquisas efectuadas sobre *burnout*. Elas constituem uma moldura conceptual que permite analisar as relações que cada indivíduo desenvolve com o seu trabalho, o que reforça a dimensão social do *burnout*. Esta abordagem providencia uma forma alternativa de identificar as fontes de *burnout* em qualquer contexto de trabalho e permite desenhar intervenções que irão incorporar mudanças situacionais, de acordo com as mudanças pessoais.

Isto significa que este modelo das seis variáveis constitui um bom apoio para definir um plano de intervenção, pois agrega mudanças situacionais e individuais, permitindo reforçar áreas menos problemáticas, melhorando outras em desequilíbrio.

1.3 – CORE SELF EVALUATION

Modelo teórico: características e dimensões

Apesar de, conforme já referido, as características situacionais serem consideradas em alguns estudos como mais predictivas de *burnout* do que as variáveis pessoais, a verdade é que as características da personalidade também têm sido apontadas como moderadoras na relação entre stressor (o evento e/ou as suas características) e *strain* (respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais individuais aos stressores) (Hastings e Bham, 2003; Judge *et al.*, 2000; Garden, 1989, 1991). Por exemplo, Dolan e Holt (2000) apontam a teimosia,

ansiedade, inflexibilidade, incapacidade de adaptação e obstinação, como características propensas ao *burnout*.

Na realidade, a personalidade pode afectar o nível de *burnout* experienciado pelo indivíduo por três vias: influenciando a exposição a eventos stressores, afectando a sua reacção a esses eventos ou por ambas. Esta relação de moderação mostra-se difícil de testar por diversas questões:

- Pequena dimensão da amostra apresentada neste trabalho;
- Alguns traços de personalidade são hereditários, têm origem genética, o que, se por um lado lhes atribui alguma estabilidade, por outro, não permite ao gestor actuar sobre eles porque são intrínsecos ao próprio indivíduo;
- As características de personalidade não são estáveis num mesmo indivíduo, elas alteram-se ao longo do tempo, com a experiência, as circunstâncias e contextos vividos;
- Existe um elevado grau de sobreposição entre os vários constructos de personalidade, levantando sérias questões conceptuais, metodológicas e de medição, que provocam problemas de leitura ao nível de efeitos e relações. A redundância entre variáveis, como auto-estima, auto-eficácia, optimismo, resiliência, neuroticismo, *hardiness*, afectividade negativa, personalidades tipo A, entre outros, fez com que os resultados dos estudos recentes sobre o papel destas variáveis no fenómeno do *burnout* tenham sido díspares e pouco conclusivos (Cooper *et al.*, 2001).

Perante este cenário, optou-se por considerar e testar, neste estudo, um só constructo: o *Core Self Evaluation* (CSE), o qual mede a apreciação que cada indivíduo faz sobre suas próprias capacidades, eficácia e dignidade, como pessoa (Judge *et al.*, 2003). O seu autor defende a introdução deste novo conceito, intimamente relacionado com outros mais antigos do domínio da psicologia, porque considera que a integração de medidas num núcleo comum é uma mais-valia, já que a abrangência / agregação (de ideias, respostas, situações) melhora a validade dos conceitos psicológicos, permitindo prever *outcomes* (motivação no trabalho, performance, níveis de *stress*, satisfação no trabalho e na vida) com maior rigor (Judge, 2009).

Ressalva-se que, alvo de pesquisas desde o início deste milénio, o CSE é um conceito ainda recente e em construção, alvo de discussão quanto aos traços integrados e a integrar. Por exemplo, é possível verificar que alguns autores referem que o traço Locus de Controlo (LOC) é aquele que menos se integra na tipologia do CSE, outros defendem a inserção de outros traços de personalidade neste constructo (Judge *et al.*, 2003).

Segundo Judge *et al.* (1997), este indicador pretende analisar/avaliar a ideia que os indivíduos têm sobre si próprios, sobre outras pessoas e sobre o mundo, baseada em quatro traços de personalidade bem conhecidos:

- **Locus de Controlo** - crença na capacidade de influenciar o próprio futuro (Rotter, 1966). Refere-se a uma expectativa generalizada acerca do controlo sobre a vida e está fortemente relacionado com a satisfação e performance no trabalho, o *commitment* e a permanência nesse mesmo trabalho.

De acordo com este autor, o comportamento do indivíduo ocorre em função das expectativas sobre uma dada situação, abrangendo duas dimensões: *Locus* de Controlo Interno (LCI) e *Locus* de Controlo Externo (LCE).

Indivíduos com elevado LCI caracterizam-se por elevados níveis de motivação, performance e satisfação no trabalho (Spector, 1982). Estes indivíduos acreditam que os acontecimentos resultam, em primeira instância, das suas próprias acções e tomam as devidas precauções para evitar as consequências negativas dos seus actos / comportamentos do dia-a-dia, apresentando uma relação negativa com o *stress* no trabalho, o nível de *burnout* e o *coping* focado na emoção. Também podem ser mais teimosos e apresentam dificuldades em aceitar outras opiniões porque têm tendência para o controlo excessivo.

Por seu lado, um LCE elevado significa que os indivíduos acreditam que os factores externos (destino, sorte ou acaso) são determinantes dos acontecimentos. Como tal, têm um papel passivo no que diz respeito ao ambiente que os rodeia e experienciam menor ansiedade e *strain* porque, perante situações em que percebem ter menor controlo, acreditam que as suas acções pouca influência têm nos eventos (Perrewe e Vickory, 1988). Geralmente não assumem a responsabilidade pelos seus actos e explicam o *stress*, a saúde e maiores ou menores adversidades, com factores externos a eles.

Salienta-se que o *Locus* de Controlo difere do conceito de controlo percebido. O primeiro refere-se à expectativa generalizada do indivíduo acerca do controlo sob os eventos, o segundo reflecte a percepção de controlo de cada indivíduo em circunstâncias específicas e pode variar de acordo com a situação.

- **Estabilidade Emocional/Neuroticismo** - refere-se ao nível crónico de ajustamento e instabilidade emocional: tendência para experienciar, ou não, emoções negativas (Costa e McCrae, 1992).

Um alto nível de neuroticismo identifica indivíduos que são propensos a vivenciar mais intensamente sofrimentos emocionais. Também inclui ideias irrealistas, ansiedade excessiva ou dificuldade para tolerar a frustração causada pela não concretização de um desejo e respostas de *coping* mal adaptadas. Pelo contrário, o alto nível de estabilidade emocional revela tendência no indivíduo para ser confiante, seguro e constante.

Chama-se a atenção para os resultados de Medvedora (1998): correlações significativas entre neuroticismo e estratégias de *coping* focadas na emoção, bem como entre estabilidade emocional e estratégias de *coping* focadas no problema. Ainda de acordo com DeNeve e Cooper (1998), o neuroticismo constitui o predictor mais eficaz na satisfação de vida, felicidade e afectos negativos.

Dos quatro traços, este é aquele que, de acordo com os seus autores, menor correlação apresenta com a satisfação e performance no trabalho (Judge e Bono, 2001).

- **Auto-Estima** - valor global que cada um atribui a si mesmo (Harter, 1990);

O senso de auto-estima ou valor próprio traduz-se num sentimento de adequação, eficácia e competência para enfrentar os problemas, inculcando no indivíduo a crença de capacidade em lidar com os diversos acontecimentos da sua vida e ser bem-sucedido.

Brockner (1988) argumenta que indivíduos com elevada auto-estima são mais susceptíveis aos eventos ambientais enquanto os indivíduos com baixa auto-estima são mais reactivos a condições adversas porque experienciam maior incerteza, procuram aprovação social e tendem a ser mais auto-críticos. Ganster e Schaubroeck (1995) concluem ainda que a auto-estima pode influenciar as escolhas dos indivíduos no que diz respeito às estratégias de *coping* e que indivíduos com baixa auto-estima têm uma predisposição maior a adoptar mecanismos

passivos devido à falta de confiança na sua capacidade de influenciar o ambiente que os rodeia.

- **Auto-Eficácia** - avaliação da forma como cada indivíduo consegue lidar/ultrapassar variadas situações. Refere-se à crença que cada um tem na sua actuação de forma correcta em algum domínio específico (tarefa ou actividade) (Locke *et al.*, 1996).

Os indivíduos com baixo grau de auto-eficácia sentem-se inúteis, sem esperança, acreditam que não conseguem lidar com as situações que enfrentam e têm poucas hipóteses de mudá-las. Diante de um problema, tendem a desistir na primeira tentativa frustrada porque não acreditam que a sua atitude faça alguma diferença, nem que controlam ou podem mudar o próprio destino (Bandura, 1982).

Embora tipicamente estes quatro traços de personalidade sejam estudados individualmente e não de forma combinada, o que também pode gerar alguma confusão analítica e semântica, os seus autores defendem que estes traços carregam uma única ideia, isto é, representam um conceito latente mais amplo e abrangente: estas quatro dimensões valem pela sua globalidade mais do que pela soma das partes (Erez e Judge, 2001; Judge, Bono e Locke, 2000). Isto significa que o CSE é menos um conceito e mais a integração de conceitos já existentes, até porque, conceptualmente, estes quatro traços de personalidade revelam algumas similaridades (todos se referem à auto-descrição positiva, por exemplo).

Analisando o CSE como um único constructo, os seus autores sugerem que indivíduos com elevadas pontuações no CSE têm melhores performances no seu trabalho, são mais bem-sucedidos nas suas carreiras, apresentam mais satisfação no seu trabalho e vida pessoal, mostram baixos níveis de *stress* e conflito, lidam de forma mais eficaz com os contratemplos e tiram melhor partido das vantagens e oportunidades (Judge, 2009). Estes indivíduos imaginam ser capazes de vencer obstáculos, procuram desafios, persistem e mantêm um alto grau de confiança na sua capacidade de obter êxito e de controlar a própria vida.

Salienta-se que estes elementos podem ignorar a informação que lhes é fornecida, incorrer em riscos desnecessários e sobrestimar as suas capacidades (Judge, 2009), no entanto, como resultado de uma auto-avaliação geral positiva, eles revelam-se geralmente bem ajustados, positivos, auto-confiantes, eficazes e acreditam nas suas competências (Judge *et al.*, 2003).

Chama-se a atenção que nenhum dos estudos analisados refere que este é o único conceito, ou mesmo o único traço, que define determinados comportamentos. No entanto, o CSE surge como um indicador capaz de influenciar e prever atitudes e procedimentos no trabalho e fora dele (Judge, 2009). Neste âmbito, acredita-se que a gestão e eficácia da liderança também podem ser melhoradas compreendendo a natureza das crenças dos subordinados, identificadas através de relações interpessoais, interações diárias ou pesquisas de personalidade (Thomas *et al.*, 2006).

Embora não tenham sido encontrados resultados consistentes que apoiem a ligação entre os traços de personalidade deste conceito e a performance no trabalho, chama-se a atenção para dois estudos que sustentam que o CSE está negativamente relacionado com o *burnout* (Best *et al.*, 2005) e positivamente relacionado com a satisfação no trabalho (Judge e Bono, 2001).

Mais uma vez salienta-se que a percepção e interpretação do profissional em relação às exigências externas são moldadas pela personalidade de cada indivíduo, necessidades psicossociais, objectivos pessoais, estilo cognitivo de aprendizagem e mecanismos de *coping* (Demerouti *et al.*, 2004). Em rigor deve referir-se uma evidência estatística: as manifestações de *burnout* não ocorrem em todos os elementos de uma equipa, o que permite questionar se o *burnout* não poderá também dever-se a uma desadequada e errada interpretação dos stressores pelos profissionais. Na realidade, alguns estudos sobre a personalidade e *burnout* referem altas correlações entre diversos traços de personalidade porque a execução de determinadas tarefas exige também determinadas características de personalidade (McManus, *et al.*, 2004).

CAPÍTULO 2 – ESTE ESTUDO

2.1 Escolha do público-alvo para esta investigação: enfermeiros de um Serviço de Urgência Geral de uma Organização de Saúde

Cordes e Doherty (1993) concluíram que os profissionais que têm interacções frequentes, intensas ou emocionalmente carregadas com outros indivíduos estão mais susceptíveis ao *burnout*.

Uma vez que a estrutura organizacional de uma unidade de saúde é a burocracia profissional, (Mintzberg, 1999) e dadas as suas características intrínsecas de complexidade e urgência, aquela surge como um local onde a diferenciação se faz sentir na dificuldade de standardização do trabalho dos profissionais, exigindo uma gestão casuística da actividade. Esta peculiaridade expõe os trabalhadores da área da saúde a maiores riscos de *burnout* (Potter, 2006).

A opção metodológica pela investigação apenas no grupo dos enfermeiros baseia-se na verificação de que este grupo de profissionais mantém realmente uma relação directa e constante/ininterrupta com outras pessoas em sofrimento, que precisam de ajuda. Faz parte integrante das actividades diárias dos enfermeiros de qualquer serviço de uma unidade de saúde, um permanente contacto interpessoal, grandes responsabilidades inerentes à tomada de decisões, trabalho habitual em regime de turnos, por vezes nocturnos, e a fraca qualidade de muitas instalações, factores que constituem agressões permanentes à saúde mental e física dos trabalhadores (Farrington, 1995).

A tensão emocional crónica gerada no contexto anteriormente explicado é reforçada em âmbito de urgência (Schaufeli e Janczur, 1994). Frank e Ovens (2002) referem que os serviços de urgência caracterizam-se por aspectos específicos que envolvem lidar com uma panóplia de pacientes de todas as idades e exigem resoluções muito rápidas. Apesar de médicos e enfermeiros lidarem diariamente com situações que envolvem a responsabilidade pela vida humana, os profissionais do serviço de urgência lidam com pacientes que, por vezes, nem conseguem referir o seu próprio nome. A exposição a situações de morte, trauma, violência e sobrelotação, faz com que trabalhar em serviços de urgência seja imprevisível e os seus profissionais estejam mais vulneráveis: estes são os serviços mais movimentados, ocupados e stressantes dos hospitais (Kalemoglu e Keskin, 2006; Potter, 2006).

Segundo Walsh *et al.* (1998) as situações mais stressantes relacionadas com o desempenho de funções num serviço de urgência são:

- Escassez de pessoal de enfermagem e a desmotivação deste;
- Agressão verbal e/ou física;
- Carência de camas e de recursos;
- Falta de apoio ao nível da gestão;
- Relacionamento entre profissionais.

Estudos comparativos reportaram que os enfermeiros que desempenham funções no serviço de urgência demonstram valores significativamente mais altos ao nível da exaustão emocional e da despersonalização do que os enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos e outras enfermarias (Aldi e Priami, 2005; Keller e Verdes, 1990; Walsh *et al.*, 1998), sendo a tensão profissional também estatisticamente superior. Também se ressalva a conclusão de um estudo realizado em Espanha: os enfermeiros que realizam turnos rotativos (como acontece com os profissionais dos serviços de urgência) sentem maior exaustão emocional do que aqueles que apenas realizam o turno da manhã (Garrosa *et al.*, 2010).

2.2 – Hipóteses

Este será um estudo não experimental, descritivo, analítico e correlacional: pretende-se recolher dados de forma a estabelecer se, e em que medida, três variáveis (nível de *burnout*, desajustes sentidos no trabalho e auto-avaliação pessoal) e cada uma das suas dimensões teóricas, se encontram relacionadas; através do cálculo de um coeficiente de correlação que varia entre 0 (ausência de correlação) e 1 (relação perfeita).

A questão fundamental nesta investigação consiste em perceber se os enfermeiros que compõem esta amostra percebem desajustes no seu local de trabalho (nas suas dimensões teóricas – Carga de trabalho, Controlo, Justiça, Recompensa, Valores e Comunidade), em que medida estes *gaps* influenciam o seu nível de *burnout* (e cada uma das suas dimensões teóricas – Exaustão Emocional, Despersonalização e Eficácia Profissional) e se, quando a esse modelo é acrescentada uma segunda variável independente (o *Core Self Evaluation*), a sua

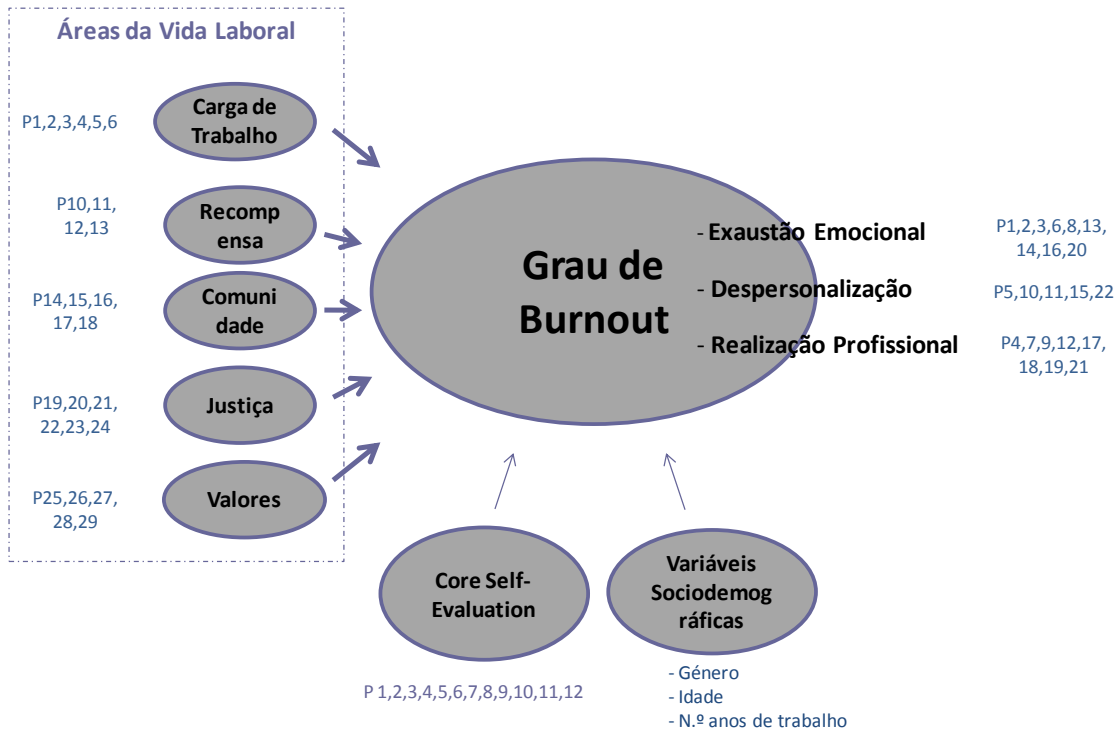
capacidade explicativa aumenta significativamente ou se, pelo contrário, a forma como cada um se vê a si próprio, pouco influencia o nível de *burnout* percebido pelo profissional.

Pretende-se ainda perceber o papel de variáveis sociodemográficas (sexo, idade e anos de serviço) no grau de *burnout* percebido por estes enfermeiros.

As seis hipóteses consideradas são as seguintes:

- H1 - elevados desajustes (*gaps*) evidenciados nas seis áreas da vida laboral estão relacionados com altos níveis de *burnout* experienciados pelos profissionais.
- H2 - baixos desajustes (*gaps*) evidenciados nas seis áreas da vida laboral estão relacionados com baixos níveis de *burnout* experienciados pelos profissionais.
- H3 - baixo *Core Self Evaluation* está relacionado com altos níveis de *burnout* experienciados pelos profissionais.
- H4 - alto *Core Self Evaluation* está relacionado com baixos níveis de *burnout* experienciados pelos profissionais.
- H5 - o grau de *burnout* experienciado pelos profissionais é mais explicado pelos desajustes (*gaps*) evidenciados nas seis áreas da vida laboral do que pela sua auto-avaliação.
- H6 – variáveis sociodemográficas, como o género, idade e número de anos de trabalho, influenciam o nível de *burnout* experienciado.

O esquema do trabalho que se pretende levar a cabo é o seguinte:



Pretende-se concluir acerca das diversas possibilidades de actuação dos gestores das organizações de saúde no sentido de atenuar desajustes, reduzir níveis de *burnout* e reforçar o *engagement*, potenciando a performance individual e colectiva.

CAPÍTULO 3 – MÉTODO

Fez-se uma identificação cuidada do problema a estudar, que foi formulado de modo adequado ao seu tratamento estatístico, com uma identificação clara da população alvo (enfermeiros do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental), amostra e variáveis em estudo. Seguiu-se a fase da recolha de dados que, para este estudo observacional, implicou o recurso a questionários aos profissionais (questionário auto-administrado).

3.1 Caracterização do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (CHLO)

O CHLO, E.P.E. está sob a alçada da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e é um estabelecimento público do SNS, dotado de personalidade jurídica; autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial. Foi criado em 2005, por Decreto-Lei, e resulta da integração, por fusão, de três unidades hospitalares da zona de Lisboa, com histórias, percursos e culturas organizacionais bem diferentes, com o objectivo de rentabilizar sinergias existentes.

Tem como área de influência diversas freguesias do Concelho de Lisboa, Oeiras e Cascais, abrange a prestação de serviços diferenciados aos habitantes dos Concelhos da Amadora e de Sintra, fornecendo cuidados de saúde a uma população de cerca de 950.000 habitantes.

De acordo com o Relatório e Contas de 2009 (CHLO, Relatório de Gestão e Contas 2009), último publicado até à presente data, a capacidade de internamento média disponível neste ano foi de 875 camas, distribuídas por diversas valências/especialidades médicas e cirúrgicas, não considerando as 28 camas de berçário e tendo em conta com algumas camas alugadas no exterior (Tabela 1).

Tabela 1
Indicadores Globais por linha de Actividade

CHLO	2009
Internamento	
N.º Camas	875
N.º Doentes Saídos	29.559
Demora Média	9,43
Taxa de Ocupação	81,2%
N.º Urgências	183.270
N.º Consultas Externas	439.181
N.º Sessões Hospital Dia	19.625
N.º Interv. Cirúrgicas	23.209

Em 31 de Dezembro de 2009, o CHLO contava com 4.407 efectivos: 2.134 pertencentes à Função Pública, 2.064 com Contrato Individual de Trabalho e 209 em Prestação de Serviços. Como seria de esperar, destaca-se o grupo do pessoal de enfermagem com 1.408 elementos, seguido pelo grupo do auxiliares com 1.114 elementos e o grupo dos médicos com 864 elementos. A análise da distribuição etária do pessoal permite concluir que a média de idades se situa nos 38,7 anos, sendo que 68,2% dos colaboradores têm menos de 44 anos.

Este Centro Hospitalar rege-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades constantes do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro e seus anexos I e II; pelas normas em vigor para o SNS que não os contrariem; e pelo seu Regulamento Interno, homologado por Sua Ex.^a o Secretário de Estado da Saúde, em 2006.

No âmbito de qualquer outra burocracia profissional, o topo estratégico, onde se encontra o Conselho de Administração, adoptou um modelo de gestão participada que compreende os níveis de gestão estratégica, intermédia e operacional, assentando na contratualização interna de objectivos e meios. Compete ao Conselho de Administração, ao nível estratégico, estabelecer os objectivos da instituição, controlar e assegurar a sua execução e definir as estratégias e políticas de gestão internas.

3.2 Caracterização da Urgência Geral do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

O Serviço de Urgência Geral deste Centro Hospitalar é diferenciada e de carácter polivalente. Prestou cuidados, durante o ano de 2009, a cerca de 104.191 doentes da sua área de influência, o que significa uma média de 291 doentes/dia (CHLO, Relatório de Gestão e Contas 2009). Salienta-se o funcionamento das vias verdes da Sepsis e Acidente Vascular Cerebral (AVC).

As instalações onde funciona este serviço situam-se ao piso zero do edifício principal do Hospital São Francisco Xavier e resultam de remodelações levadas a cabo nos últimos dois anos, exigidas pela implementação da triagem de Manchester. O espaço anterior era escasso e não respondia da melhor forma às exigências e circuitos dos utentes desde o momento da admissão, até ao internamento (se necessário) ou saída para o exterior.

No momento da recolha dos dados, os recursos humanos deste serviço incluíam 52 Assistentes Operacionais (antigos Auxiliares de Acção Médica), 20 Assistentes Técnicos (antigos Assistentes Administrativos), 86 Enfermeiros, 60 Médicos e 5 Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, repartidos em equipas multidisciplinares durante as vinte e quatro horas dos sete dias da semana.

3.3 Procedimentos e Recolha da Amostra

Foi solicitada a prestável colaboração dos enfermeiros do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, situada no Hospital de São Francisco Xavier, freguesia de Santa Maria de Belém, concelho e distrito de Lisboa.

Foram distribuídos, em papel, os três questionários aos enfermeiros deste Serviço em 8 dias diferentes ao longo de 2 meses (Novembro e Dezembro de 2010).

A amostra foi conseguida por conveniência, isto é, apenas serão analisadas as respostas dos profissionais que se disponibilizaram para responder aos referidos questionários (60 enfermeiros), de forma perfeitamente anónima, individual e privada.

3.4 Instrumentos - Justificação teórica para a sua adopção

- **Variável dependente:** nível de *burnout* experienciado.

Para medir o nível de *burnout*, utilizou-se o questionário *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Construído em 1981 por Maslach e Jackson, o questionário “Human Services Survey” (Maslach e Jackson, 1981) é o instrumento de auto-avaliação do desgaste profissional mais utilizado em todo o mundo: Schaufeli e Enzmann (1998) verificaram que o MBI foi utilizado em mais de 90% dos estudos sobre *burnout*. Salienta-se que análises exploratórias das três dimensões do MBI apoiam a validade de constructo deste instrumento e a sua validação factorial (Burke e Richardsen, 1993; Cordes e Dougherty, 1993).

Solicitou-se aos enfermeiros do Serviço de Urgência Geral que indicassem o seu posicionamento em 22 itens, tipo Likert, que reflectem situações profissionais diárias e pretendem avaliar as atitudes de cada indivíduo face ao seu trabalho, na área dos serviços de saúde, e o seu estado de fadiga física e emocional. De acordo com o grau de frequência com que cada indivíduo sente que cada item/afirmação ocorre, deverá atribuir graus de intensidade que vão desde 0 – “Nunca”, a 6 – “Todos os dias”.

Estes 22 itens compõem 3 sub-escalas que abrangem as dimensões já referidas: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (D) e falta de Realização Profissional (RP). O somatório total das questões que contribuem para a composição de cada factor leva à obtenção dos seguintes valores mínimos e máximos: EE (0-54), D (0-30) e RP (0-48). Salienta-se que um nível alto de *burnout* caracteriza-se por *scores* altos na “Exaustão Emocional” e “Despersonalização” e *scores* baixos na “Realização Profissional”.

Das pesquisas efectuadas, deparou-se com a possibilidade de utilização de outras medidas para esta variável: o *Burnout Index* (BI; Pines *et al.*, 1981), o *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI; Tage *et al.*, 2005) e o *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI; Demerouti *et al.*, 2003).

O BI usa uma escala que abrange 7 pontos de frequência, desde “Nunca” até “Sempre”, e confere uma pontuação que resulta da média atribuída pelo próprio indivíduo a 21 questões relacionadas com elementos cognitivos e emocionais (sentimentos de rejeição, depressão e inutilidade). Este instrumento constitui um meio unidimensional de medição e foi desenvolvido para aplicar não apenas em profissões que impliquem contacto com os outros. Schaufeli e van Dierendonck (1993) reportaram que o BI é o segundo questionário auto-

reportado mais utilizado e também reflecte a exaustão emocional como dimensão crítica do *burnout*.

Já o CBI, surgiu em discordância ao conceito e estrutura do *burnout* apresentadas no MBI (Kristensen *et al.*, 2005). Os seus 19 itens representam três dimensões do *burnout*: pessoal, relacionada com o trabalho e relacionada com o cliente. Os autores deste instrumento consideram que a despersonalização e a diminuição da realização pessoal, apesar de serem importantes, são fenómenos que não são parte dessa síndrome. Ao invés de componentes que surgem como reacção à vivência de *stress* extremo e crónico, a despersonalização é entendida como uma estratégia de *coping*, e a diminuição da realização pessoal como uma consequência.

O OLBI, por seu lado, abrange duas dimensões: a exaustão e o distanciamento do trabalho. A exaustão (7 perguntas) avalia sentimentos de vazio emocional, sobrecarga de trabalho, forte necessidade de repouso e um estado de exaustão física. Quanto ao distanciamento do trabalho (8 perguntas), refere-se ao afastamento de cada um face à sua actividade e às atitudes e condutas negativas que se desenvolvem em relação ao trabalho em geral. A autora (Demerouti *et al.*, 2003) defende este meio de medida porque considera que o questionário tem redigidos itens negativos e positivos, apenas abrange as dimensões nucleares (*core*) do *burnout*, não tem contexto específico (enquanto que no MBI existem diversas adaptações – professores, profissionais de saúde), e baseia-se na teoria, não apenas em descobertas empíricas.

Uma das críticas reportadas refere-se ao facto dos dados que resultam dos questionários apontados anteriormente serem auto-reportados. Neste âmbito, salienta-se que pouco esforço se notou no desenvolvimento de meios alternativos para medir o grau *burnout*, sejam eles relatórios de outras pessoas (como colegas de trabalho, supervisores e clientes) ou mesmo meios observacionais (Cooper, 2005).

- **Variável independente:** desajustes percebidos por cada profissional no seu trabalho.

De um modo geral, parece consensual que a insatisfação com o trabalho é tanto mais relevante para o bem-estar do indivíduo quanto mais o trabalho for central para a sua auto-estima e auto-imagem. Este fenómeno abrange uma série de factos que passam pela presença

de uma exigência no seu ambiente de trabalho; o reconhecimento por parte do indivíduo de que a necessidade é desmedida face aos recursos de que dispõe para a solucionar; e uma resposta que afecta o bem-estar deste indivíduo.

Para avaliar a forma como os profissionais encaram a sua vida laboral e a percepção que têm das seis áreas que afectam a sua relação com o seu trabalho (Carga de Trabalho, Controlo, Recompensa, Comunidade, Justiça e Valores), foi aplicado o questionário “Áreas da Vida Laboral” (Leiter e Maslach, 2000).

O questionário é composto por 29 afirmações com situações diárias em contexto de trabalho, às quais os respondentes devem atribuir uma pontuação que varia entre 0 – “Discordo Totalmente” e 5 – “Concordo Totalmente”. Quanto mais baixos os valores apresentados em relação à média, maior o desajuste e maior a possibilidade de *burnout*.

- **Variável independente** - auto-avaliação fundamental de cada indivíduo e a forma como vê a sua actuação no meio que o rodeia.

Uma vez que a maioria dos estudos sugere que as características do ambiente de trabalho, estão mais fortemente relacionadas com os níveis de *burnout* do que com factores de personalidade (Lee e Ashforth, 1996; Schaufeli e Enzmann, 1998), a segunda variável independente que se vai testar por forma a perceber o impacto no modelo aquando da sua introdução na explicação dos níveis de *burnout*, é o *Core Self Evaluation*. Este resulta da avaliação que cada indivíduo faz de si mesmo, isto é, representa a forma como cada um se vê a si próprio.

Neste questionário os respondentes devem atribuir uma pontuação que varia entre 1 – “Discordo Totalmente” e 5 – “Concordo Totalmente” às 12 afirmações sobre os seus sentimentos e postura perante a vida. Os indivíduos que acreditam que são donos do seu próprio destino e têm um papel activo sobre tudo o que lhes acontece no dia-a-dia, têm uma pontuação mais favorável no *Core Self Evaluation*.

Salienta-se que, das investigações efectuadas, não foi possível encontrar uma tradução já validada deste questionário em português, pelo que se optou por fazer uma tradução livre, que se anexa.

Mais uma vez, das pesquisas efectuadas (Tage *et al.*, 2005), deparou-se com a possibilidade de utilização de outra medida para esta variável: o *NEO Five-Factor Inventory* (NEO-FFI). Os seus 60 itens, através dos quais o indivíduo se autoavalia numa escala de 5 pontos, também fornecem uma informação global da personalidade (Costa e McCrae, 1992), permitindo situar a tendência da Personalidade do trabalhador num contínuum de 5 factores (BIG FIVE): extraversão (indivíduo energético, assertivo e comunicativo), agradabilidade (relacionada com a simpatia, afectuosidade e gentileza), conscienciosidade (referente à organização, planificação e rigor), neuroticismo (relacionado com a ansiedade, tensão, emotividade) e abertura à experiência (indivíduo com largo espectro de interesses, imaginação e percepção da globalidade).

Optou-se pelo *Core Self Evaluation* por diversas razões:

- É o mais utilizado nos estudos já revistos, embora seja um conceito ainda em construção;
- As investigações permitem concluir acerca da confiança e validade desta escala em pesquisas na área da psicologia aplicada (Judge *et al.*, 2003);
- Este constructo mede a semelhança entre os quatro traços já referidos, em vez da variância específica atribuível às características próprias de cada traço, por si só;
- Provou-se que aqueles traços de personalidade podem relacionar-se entre si como um único factor, conceptual e empiricamente, sem demonstrarem redundância (Erez e Judge, 2001);
- Diversos estudos encontraram níveis de consistência interna e convergência aceitáveis, próximos dos encontrados para o *NEO Five-Factor Inventory* (Erez e Judge, 2001).

Com apenas dez anos de investigações, diversos resultados indicam que este instrumento de medida é confiável, apresenta uma estrutura unitária e está correlacionado significativamente com a satisfação no trabalho, a performance e a satisfação com a vida (Judge *et al.*, 2003).

- **Variável independente:** características sociodemográficas (género, idade, número de anos de trabalho no Serviço de Urgência).

Mais uma vez, recorreu-se ao resultado da maioria das investigações, que sugerem que as características do ambiente de trabalho estão mais fortemente relacionadas com os níveis de *burnout* do que com os factores demográficos (Lee e Ashforth, 1996; Schaufeli e Enzmann, 1998) e pretende-se indagar acerca do peso destas variáveis no nível de *burnout* experienciado pelos enfermeiros. Para tal, se for encontrada uma relação significativa entre elas e o nível de *burnout* experienciado, estas variáveis serão introduzidas sucessivamente no modelo e será avaliado o aumento da capacidade explicativa do mesmo.

3.5 Tratamento dos dados

Numa amostra de enfermeiros do Serviço de Urgência Geral, pretende-se medir as variáveis (nível de *burnout*, desajustes sentidos pelos profissionais e forma como o indivíduo se vê a si próprio), utilizando indicadores específicos (MBI, AWLS e CSES), cuja validação está devidamente demonstrada ao nível teórico e académico. Pretende-se encontrar coeficientes de regressão entre as variáveis independentes e dependente, confrontando-se o poder explicativo das primeiras, através da aplicação de um Modelo de Regressão Linear Múltiplo. Esta estrutura ou padrão de relação entre as variáveis demonstra validade analítica ou estatística, pois considera-se ser a melhor estratégia de análise dos dados recolhidos.

A análise estatística será feita com recurso ao software PASW Statistics 17.0 (2009, IBM SPSS Statistics). Pretende-se evidenciar as principais características das variáveis de interesse e, para tal, uma apresentação que possibilite uma leitura e interpretação rápida e inequívoca das principais características é fundamental: os resultados serão mostrados sob a forma gráfica (que permite uma leitura mais rápida e global) ou tabular (que permite uma leitura mais pormenorizada, ainda que mais demorada).

Com o objectivo de melhorar a consistência, serão analisadas as validades interna (qualidade de explicação), externa (generalização), de constructo (as variáveis medem efectivamente o conceito) e analítica/estatística (melhor estratégia analítica para os dados).

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS

4.1 Caracterização da População e Amostra

Da população que se pretende estudar (86 enfermeiros do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar já referido), observou-se, conforme referido, que 9 se encontram em regime de Prestação de Serviços. Estes elementos não estão vinculados de forma permanente ao Serviço de Urgência Geral e habitualmente desempenham funções a tempo parcial apenas durante alguns dias da semana, pelo que se solicitou a colaboração aos restantes 77 que estão integrados nas equipas com um vínculo continuado e estável. Considera-se que estes terão uma maior percepção do clima organizacional do Serviço. Deve referir-se, no entanto, que, segundo Garrosa *et al.* (2010), os enfermeiros com contrato temporário à instituição de saúde apresentam níveis inferiores de exaustão emocional relativamente aos enfermeiros em situação contratual permanente.

Daqueles 77, foram 60 os enfermeiros que se disponibilizaram para participar nesta investigação, respondendo aos questionários apresentados, constituindo por isso a amostra que de seguida se caracteriza. Apesar de nem todos os elementos da população terem respondido, conseguiu-se uma amostra cujas características mais importantes (idade, sexo e anos de trabalho na instituição) têm uma distribuição muito próxima da existente na população, o que dá garantias de que a amostra, apesar de ser por conveniência, espelha bastante bem a população à qual pertence.

Tabela 2 - Distribuição Etária da População e Amostra

Escalões Etários	População			Amostra			% Respostas
	N	%	% Acumulada	N	%	% Acumulada	
Até 25 anos	9	10,5	10,5	7	11,7	11,7	77,8
Entre 26 e 35 anos	59	68,6	79,1	40	66,7	78,3	67,8
Entre 36 e 45 anos	13	15,1	94,2	8	13,3	91,7	61,5
Entre 46 e 55 anos	5	5,8	100,0	5	8,3	100,0	100,0
Total	86	100,0		60	100,0		69,8

A idade média dos enfermeiros na população é de 29 anos, sendo que, tal como na amostra, a maioria dos profissionais possui entre 26 e 35 anos e não existem profissionais com mais de 55 anos de idade. Com efeito, apenas 5 elementos têm entre 46 e 55 anos e todos responderam ao questionário. Da análise da Tabela 2 salientam-se dois factos: cerca de 69% dos enfermeiros deste serviço possuem menos de 35 anos, o que significa uma equipa de profissionais bastante jovem, e a taxa de respostas bastante alta verificada entre os elementos mais jovens (cerca de 78% dos enfermeiros com menos de 25 anos disponibilizou-se para participar neste estudo).

Relativamente ao género (Tabela 3), é possível confirmar que a maioria dos indivíduos são do sexo feminino, situação justificada por esta ser uma profissão com tradição marcadamente feminina.

Tabela 3 - Distribuição da População e Amostra por Género

Sexo	População		Amostra		% Respostas
	N	%	N	%	
Masculino	31	36,0	17	28,3	54,8
Feminino	55	64,0	43	71,7	78,2
Total	86	100,0	60	100,0	69,8

Salienta-se que a taxa de respostas aos questionários foi muito superior no caso das mulheres (cerca de 78%), já que apenas 55% dos homens se disponibilizaram para o fazer.

Relativamente ao estado civil, regista-se na amostra uma situação bastante equilibrada entre aqueles que são solteiros/divorciados ou viúvos (55%) e os que são casados ou vivem em união de facto (45%)¹.

Também no que diz respeito à distribuição do número de anos de trabalho nesta Organização de Saúde e neste Serviço, temos uma grande proximidade entre a população e a amostra. Com efeito, verifica-se que a maioria dos enfermeiros trabalha neste serviço de Urgência Geral há menos de 5 anos, reforçando, assim, a ideia de que é uma equipa jovem de idade e de

¹ Esta informação não foi recolhida para a população.

experiência profissional. Chama-se a atenção para o facto de apenas 5 elementos permanecem em funções há mais de 15 anos (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da População e Amostra por Anos de Trabalho na Instituição

Anos de Trabalho	População			Amostra			% Respostas
	N	%	%	N	%	%	
			Acumulada			Acumulada	
Até 1 ano	4	4,7	4,7	4	6,7	6,7	100,0
Entre 2 e 5 anos	38	44,2	48,8	28	46,7	53,3	73,7
Entre 6 e 15 anos	39	45,3	94,2	23	38,3	91,7	59,0
Mais de 16 anos	5	5,8	100,0	5	8,3	100,0	100,0
Total	86	100,0		60	100,0		69,8

De salientar ainda que se verificou uma tendência esperada: uma maior taxa de respostas por parte de elementos que estão a desempenhar funções há menos tempo neste serviço.

A este propósito devem referir-se as conclusões de Meyer *et al.* (1993) relativamente ao tipo e nível de compromisso, bem como às razões que mantêm os elementos em determinada equipa. Segundo este autor, é natural que os elementos mais novos de uma equipa ainda estejam na Organização com *Commitment* Afectivo, por isso ainda possuem e demonstram *voice*, expondo os seus pontos de vista, questionando a razão para determinadas situações com as quais estão em desacordo e exigem melhorias, acreditando que, desse modo, as podem conseguir. São estes profissionais que geralmente demonstram maior disponibilidade para participar em estudos que, de algum modo, entendem que lhes dá voz. Os restantes profissionais (em *Commitment* de Continuidade ou Normativo), reduzem o seu esforço apenas ao essencial, realizando só as tarefas solicitadas estritamente no seu horário de trabalho. Possivelmente possuem uma sensação de desencanto e aborrecimento causada pela falta de realização profissional, reconhecem que acumularam investimentos que perderão caso deixem a organização e as alternativas viáveis também são limitadas.

Embora não esteja no âmbito deste estudo, não é possível deixar de mencionar que seria interessante explorar se nesta equipa o *Commitment* que prevalece é mesmo o Afectivo. No entanto, esta elevada taxa de respostas dos elementos mais novos já é uma nota positiva e

aumenta a confiança e a expectativa na possibilidade de os motivar e envolver numa estratégia de mudança organizacional que promova a produtividade e melhoria na qualidade do atendimento.

Relativamente ao tipo de vínculo que possuem² (Tabela 5), verifica-se que a grande maioria dos elementos da amostra (cerca de 69%) está em situação de Contrato Individual de Trabalho, uma vez que este é o procedimento comum no tipo de contratação em empresas do Sector Empresarial do Estado desde 2002. De referir que apenas 90% destes profissionais se encontram vinculados a esta instituição com um contrato de trabalho efectivo, sendo que os restantes 10% são “tarefeiros”, conforme já referido.

Tabela 5 -Distribuição da População por Tipo de Vínculo à Instituição

Vínculo	População		
	N	%	% Acumulada
F Pública	18	20,9	20,9
Contrato Indiv Trabalho	59	68,6	89,5
Prestação Serviços	9	10,5	100,0
Total	86	100,0	

Pelas razões já apontadas, qualquer serviço de urgência é muito exigente do ponto de vista pessoal, emocional e profissional, seja pela proximidade com o utente que se exige, seja pela condição particularmente debilitada em que os doentes se encontram, ou ainda pela situação de premência das tarefas desempenhadas. Assim se justifica que as transferências internas sejam raras e se recorra geralmente à contratação externa: é o primeiro serviço onde a maioria destes enfermeiros trabalha dentro desta Organização de Saúde (Tabela 6).

² Não foi recolhida esta informação para a população.

Tabela 6 - Distribuição da Amostra:
Tempo de trabalho no Serviço de Urgência / Tempo de Trabalho na Instituição

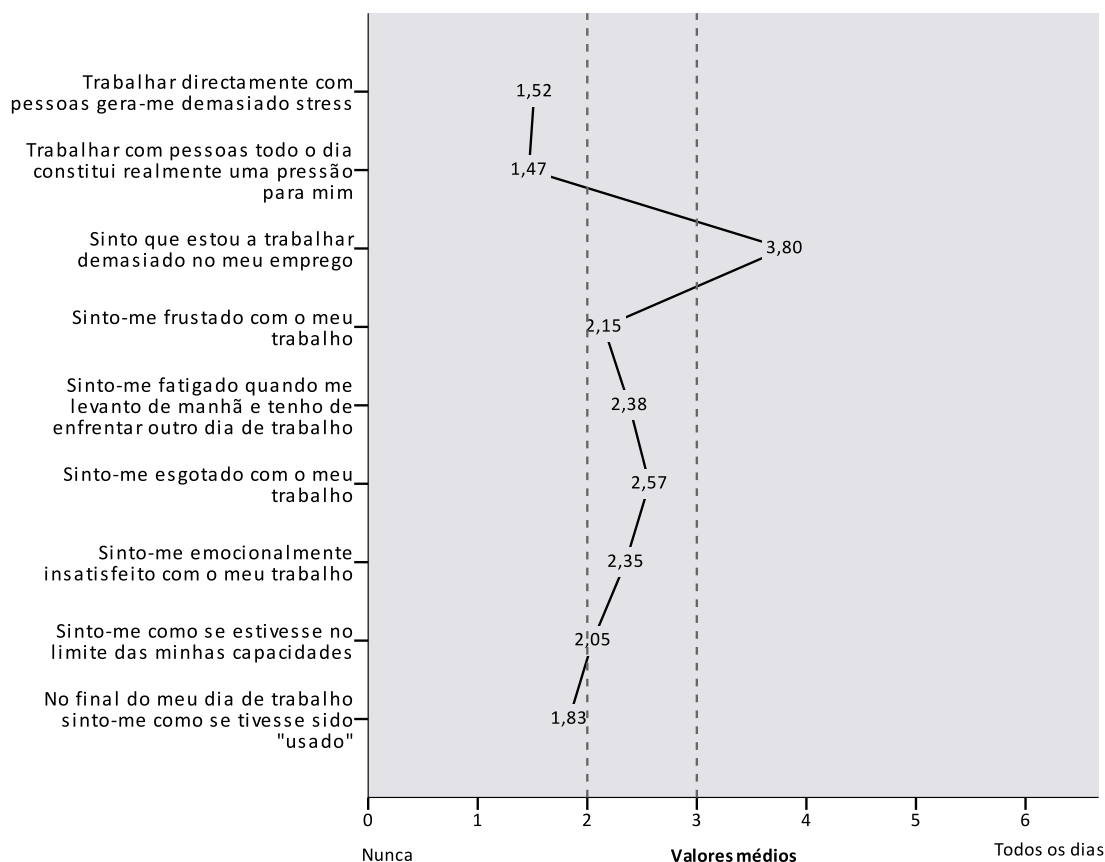
Anos de Trab na Urgência	Anos de trabalho no CHLO				Total
	Menos de 1 ano	Entre 1 e 5 anos	Entre 6 e 15 anos	Mais de 15 anos	
Menos de 1 ano	2	2	0	0	4
Entre 1 e 5 anos	0	28	0	0	28
Entre 6 e 15 anos	0	0	23	0	23
Mais de 15 anos	0	0	0	5	5
Total	2	30	23	5	60

Salienta-se que, de acordo com informação obtida por conversa informal junto do Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos deste Centro Hospitalar, os enfermeiros admitidos no serviço de Urgência não realizam testes psicotécnicos ou outros durante o seu processo de selecção e admissão. Isto significa que é feita uma avaliação curricular e entrevista presencial por parte do Sr. Enf.º Chefe do Serviço de Urgência Geral e do Sr. Enf.º Director do Hospital, aos candidatos que demonstrarem interesse em desempenhar funções naquela área, dando preferência aos que já desenvolveram estágio curricular no Serviço de Urgência do CHLO. Deste modo, não há indícios que permitam concluir acerca da selecção de elementos para esta equipa com determinadas características pessoais ou sociodemográficas.

4.2. Graus (ou Níveis) de *Burnout*

No gráfico seguinte, estão representados os valores médios de resposta dos profissionais inquiridos, às variáveis que constituem os indicadores relativos a cada uma das dimensões do *burnout* (medidos numa escala de 0 = “Nunca” a 6 = “Todos os dias”).

Figura 1 – Indicadores da dimensão Exaustão Emocional



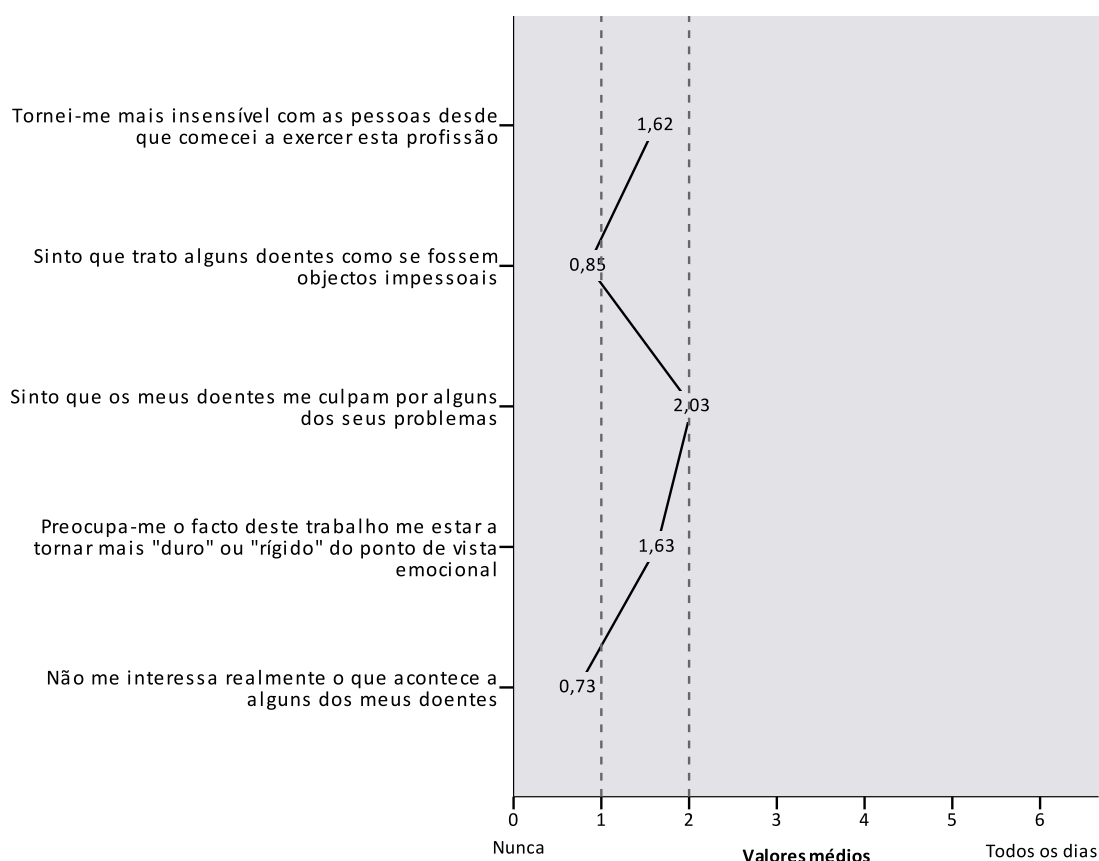
(Alpha de Cronbach= 0,822)

Conforme se pode observar, esta equipa de enfermagem aponta níveis médios de Exaustão Emocional (Figura 1). A média das respostas da amostra às 9 afirmações associadas a esta dimensão do *burnout* apresenta valores que se situam entre o 1 (“Algumas vezes por ano ou menos”) e 3 (“Algumas vezes durante o mês”), à excepção da declaração “Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu emprego”, que exhibe um valor de aproximadamente 4 (“Uma vez por semana”), o que poderá indiciar algum desajuste ao nível da “Carga de Trabalho”.

As respostas às afirmações que compõem a segunda dimensão do *burnout* apontam para graus de Despersonalização médios (Figura 2). Observa-se, de forma positiva, que o processo de desumanização dos cuidados prestados/distanciamento dos utentes e dos seus problemas tem pouca expressão neste Serviço de Urgência. Embora os profissionais sintam que os doentes os culpam por alguns dos seus problemas “Uma vez por mês ou menos” (*score* médio = 2), a

verdade é que revelam interesse pelo que acontece com os utentes e sentem que não os tratam como objectos impessoais.

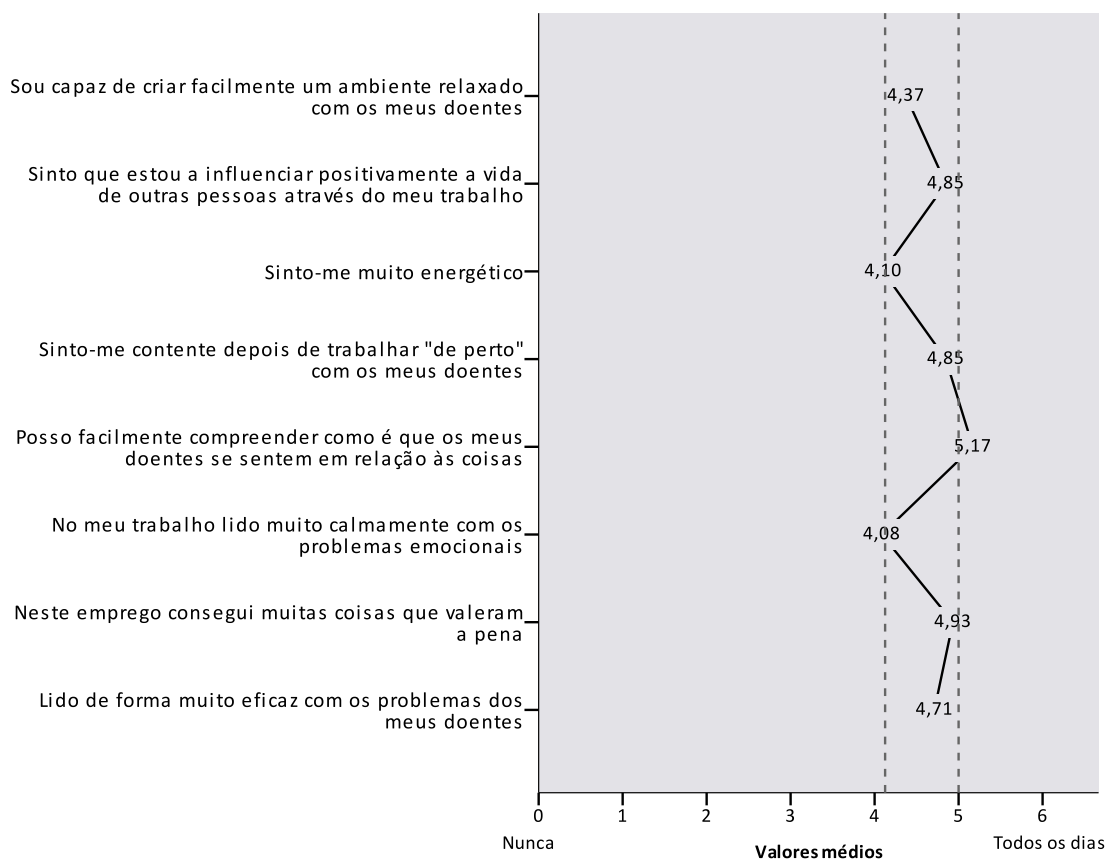
Figura 2 - Indicadores da dimensão Despersonalização



(Alpha de Cronbach = 0,789)

Relativamente à dimensão Realização Profissional, observa-se que esta equipa também possui uma pontuação média em itens como a competência e produtividade no trabalho, que revela níveis intermédios nesta componente auto-avaliativa do *burnout* (Figura 3). Na realidade, assiste-se à tendência para avaliar positivamente o próprio comportamento, uma vez que se registam respostas que variam entre o 4 (“Uma vez por semana”) e 5 (“Algumas vezes durante a semana”) a afirmações como “Lido de forma muito eficaz com os problemas dos meus doentes” ou “Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho”.

Figura 3 - Indicadores da dimensão Realização Profissional



(Alpha de Cronbach = 0,7822)

A partir dos indicadores apresentados e, medida a sua consistência interna através do *Alpha de Cronbach*, construíram-se, então, as novas variáveis compostas correspondentes às três dimensões do conceito: Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Profissional. Antes da sua análise, chama-se a atenção para o facto de, conforme já referido, um nível alto de *burnout* se caracterizar por alta pontuação na “Exaustão Emocional” e “Despersonalização” e baixa pontuação na “Realização Profissional”. Como referência, nas análises efectuadas, utilizaram-se os valores normativos atribuídos, pelos seus autores, a cada uma das dimensões (Tabela 7).

**Tabela 7 - Dimensões do Burnout:
Valores de Referência**

Dimensões do Burnout	(Maslach & Jackson, 1981)		
	Baixo	Médio	Alto
Exaustão Emocional	< = 2	2-3	> = 3
Despersonalização	< = 1	1-2	> = 2
Realização Profissional	> = 5	5-4,125	< = 4,125

De acordo com a Tabela 8, é possível verificar que a maioria dos enfermeiros desta amostra apresenta níveis baixos de Exaustão Emocional e de Despersonalização enquanto demonstra altos valores na dimensão Realização Profissional.

Salienta-se, no entanto, que existem sensivelmente tantos elementos com níveis médios de Exaustão Emocional e de Despersonalização (23,3% e 25,0%, respectivamente), como elementos com níveis altos nestas duas dimensões (28,3% e 26,7%, respectivamente). Somados (EE = 51,6% e D = 51,7%), os enfermeiros com níveis médios e altos de *burnout* são mais do que aqueles que apresentam níveis baixos (EE = 48,3% e D = 48,3%). É um sinal de preocupação e alerta para possíveis situações futuras de contágio e cronicidade (Maslach, 1993).

Relativamente à dimensão Realização Profissional, apenas 10% dos elementos desta equipa demonstram valores baixos, o que representa uma equipa com altos níveis de confiança na qualidade do trabalho que executa.

**Tabela 8 - Dimensões do Burnout:
Distribuição da Amostra**

Dimensões do Burnout	Baixo	Médio	Alto
Exaustão Emocional	48,3%	23,3%	28,3%
Despersonalização	48,3%	25,0%	26,7%
Realização Profissional	10,0%	40,0%	50,0%

4.3. Dimensões da Vida Laboral

Neste ponto apresentam-se os resultados dos indicadores referentes às seis Áreas da Vida Laboral. Mais uma vez, como guia orientador, apresentam-se os valores normativos atribuídos, a cada uma das dimensões, pelos seus autores (Tabela 9).

**Tabela 9 - Dimensões da Vida Laboral:
Valores de Referência**

(Leiter & Maslach, 2004)

Área da Vida Laboral	Média	Desvio Padrão	Alpha
Carga de Trabalho	2,87	0,84	0,76
Controlo	3,36	0,89	0,69
Recompensa	3,2	0,93	0,82
Comunidade	3,46	0,84	0,82
Justiça	2,84	0,83	0,82
Valores	3,42	0,74	0,72

Relativamente à Carga de Trabalho (Tabela 10), e conforme referido aquando da apresentação dos dados relativos à Exaustão Emocional, verificam-se efectivamente alguns valores superiores à média apresentada na Tabela 9 (2,87), o que significa que estes profissionais consideram elevada a quantidade de trabalho a ser realizado num determinado tempo. À afirmação “Depois do trabalho, eu não chego a casa cansado demais para fazer aquilo que gosto” a média de respostas aponta para o “Discordo”, o que indicia algum excesso no número de tarefas a desempenhar, provocando cansaço e desgaste para realizar outras actividades (lúdicas ou familiares).

Tabela 10 – Indicadores da dimensão Carga de Trabalho

Afirmações	Média	Desvio-padrão
Eu tenho tempo suficiente para fazer o que é importante no meu emprego	3,3	0,9
Eu esqueço o meu trabalho quando vou para casa no final do dia	2,9	1,1
Eu tenho tempo para fazer o trabalho que tem de ser feito	3,0	1,2
Eu não trabalho intensamente por períodos prolongados de tempo	1,8	0,8
Depois do trabalho, eu não chego a casa cansado demais para fazer aquilo que gosto	2,2	1,0
Eu não tenho tanto trabalho para fazer no meu emprego que acabe por me afastar dos meus interesses pessoais	2,7	1,0
Alpha de Cronbach		0,716

Em relação à dimensão “Controlo” (Tabela 11), esta equipa revela valores positivos em duas das questões, no entanto, à afirmação “Eu consigo influenciar a administração para obter os equipamentos e espaços que preciso para o meu trabalho” a resposta é claramente de discordância. Naturalmente estes resultados de sinal contrário demonstrados entre a primeira e terceira questões, por um lado, e a segunda questão, por outro, também afectam a validade de constructo desta dimensão da vida laboral, reflectindo-se num *Alpha de Cronbach* insuficiente. Chama-se, ainda assim, a atenção para os baixos desvios-padrão encontrados, que sugerem pouca dispersão de respostas, isto é, a maioria dos profissionais desta mostra apresenta uma posição muito semelhante nestas 3 questões.

Tabela 11 – Indicadores da dimensão Controlo

Afirmações	Média	Desvio-padrão
Eu tenho controlo sobre o que faço no meu trabalho	3,6	0,7
Eu consigo influenciar a administração para obter os equipamentos e espaço de que preciso para o meu trabalho	1,7	0,9
Eu tenho autonomia profissional/independência no meu trabalho	3,2	1,0
Alpha de Cronbach		0,053

Neste ponto, considerou-se fulcral fazer uma revisão de literatura para perceber a disparidade de respostas obtidas nas três questões que compõem esta dimensão e o seu significado.

Browning *et al.* (2002) concluiu que, face a enfermeiros de outros serviços, os enfermeiros do Serviço de Urgência consideram que possuem menor controlo e autonomia nas tarefas que desempenham e demonstram níveis mais altos de *burnout*, no entanto foi inconclusivo qual das situações é causa, ou consequência, da outra.

Sargent e Terry (1998) argumentaram que o uso de um índice global para a variável “Controlo” pode mascarar o impacto de algumas formas de controlo. Estes autores sugerem que o controlo sob algumas áreas (tal como o ritmo e organização do trabalho ou o horário) pode ser mais importante do que o controlo noutros domínios (como a alocação de recursos ou decisões organizacionais). Os resultados dos seus estudos indicam que os efeitos das exigências de trabalho são moderados por altos níveis de controlo das tarefas desempenhadas mas não por outros aspectos mais periféricos do Controlo.

O que se verifica na amostra recolhida é que a média destes enfermeiros percepciona controlo ao nível das suas tarefas diárias e na forma como trata os seus utentes, ou seja, entende que possui autonomia técnica. No entanto, estes profissionais entendem que não têm influência nas decisões organizacionais ou na alocação dos recursos para dar resposta aos problemas de nível operacional, com que se deparam para tratar os utentes com qualidade.

Certamente que se os profissionais dispuserem de informação clara ao nível dos procedimentos e eventos (mudanças) nas suas organizações, podem ver atenuados os efeitos moderadores do Controlo. As variáveis disposicionais (auto-eficácia, por exemplo), bem como factores culturais, também podem ser relevantes neste contexto (Cooper *et al.*, 2001).

Neste âmbito, Cohen e Wills (1985) referem a necessidade de precisar as especificações das variáveis de controlo e exigência, e de encontrar instrumentos de medida da autonomia ou controlo que combinem as diferentes áreas deste último, não exibindo os efeitos de amortecimento previstos pelo modelo de Karasek (Karasek e Robert, 1979).

Relativamente à Recompensa (Tabela 12), as respostas situam-se claramente abaixo da média de referência (3,2) e, conforme já referido, os desajustes percepcionados neste âmbito relacionam-se essencialmente com a retribuição monetária, acesso a oportunidades profissionais, promoções ou sinais de reconhecimento nas acções do dia-a-dia. A este nível deve referir-se que estes profissionais, bem como todos os elementos que desempenham funções de carácter público, têm sofrido, nos últimos anos, por decisão política, estrangimentos na progressão das suas carreiras e nos aumentos salariais.

Este *gap*, conforme os autores referem, aumenta a potência dos Valores e constitui, tal como a Comunidade e a Justiça, o predictor crítico das 3 dimensões do *burnout*.

Tabela 12 – Indicadores da dimensão Recompensa

Afirmações	Média	Desvio-padrão
Eu recebo reconhecimento dos outros pelo meu trabalho	2,6	1,1
Meu trabalho é apreciado	3,0	0,9
Meus esforços geralmente não passam despercebidos	2,8	1,0
Eu sou reconhecido por tudo aquilo com que contribuo	2,6	1,0
Alpha de Cronbach	0,832	

A dimensão Comunidade refere-se à qualidade do ambiente social na organização e esta equipa também apresenta poucos desajustes a este nível (Tabela 13), exibindo resultados bem próximos da média (3,46). Isto significa que os profissionais não se sentem isolados ou em conflito com outro(s).

Tabela 13 – Indicadores da dimensão Comunidade

Afirmações	Média	Desvio-padrão
No meu local de trabalho as pessoas confiam umas nas outras para cumprir as suas funções	3,3	0,8
Eu sou membro de um grupo de trabalho encorajador	3,2	0,9
Os membros do meu grupo de trabalho cooperam uns com os outros	3,6	0,9
Os membros do meu grupo de trabalho comunicam de forma aberta	3,3	0,8
Eu sinto-me chegado aos meus colegas	2,9	0,8
Alpha de Cronbach	0,782	

Ao nível da Justiça, que revela o entendimento de que as regras são consistentes e equitativas para todos os membros da organização, estes profissionais apresentam *gaps* significativos (Tabela 14). Todas as questões apresentam uma média de resposta que está abaixo do valor de referência (2,84). Estes desajustes resultam da percepção de que as decisões importantes são baseadas em interesses individuais: a média dos enfermeiros que responderam ao questionário

concorda que a Administração não trata todos os funcionários de forma justa e que as oportunidades não são oferecidas somente com base no mérito.

Tabela 14 – Indicadores da dimensão Justiça

Afirmações	Média	Desvio-padrão
Os recursos são distribuídos de forma justa no meu local de trabalho	2,7	1,0
As oportunidades são oferecidas somente com base no mérito	2,2	0,9
Há formas eficazes de recurso quando eu questiono a justiça de uma decisão	2,6	0,7
A administração trata todos os funcionários de forma justa	2,1	0,9
O favoritismo não determina como as decisões são tomadas no trabalho	2,6	0,9
É o que se sabe, e não quem se conhece que determina uma carreira no meu local de trabalho	2,7	1,0
Alpha de Cronbach		0,626

A dimensão Valores avalia a partilha de valores pessoais com os organizacionais. O valor de referência situa-se nos 3,42 e verifica-se que não existe um *gap* significativo a este nível (Tabela 15): a média destes enfermeiros concorda que trabalhar nesta Organização não obriga a comprometer os seus valores pessoais embora tenha dúvidas que aquela está comprometida com a qualidade. Isto significa que os profissionais não se sentem completamente alheios à forma como a organização conduz a sua missão e estão em sintonia com os valores que norteiam a actividade desenvolvida.

Tabela 15 – Indicadores da dimensão Valores

Afirmações	Média	Desvio-padrão
Meus valores e os valores da Organização são similares	2,8	1,0
Os objectivos da Organização influenciam as minhas actividades laborais quotidianas	3,3	0,9
Meus objectivos de carreira pessoais são consistentes com os objectivos defendidos pela Organização	2,9	0,9
A Organização está comprometida com a qualidade	3,1	0,9
Trabalhar aqui não me obriga a comprometer os meus valores	3,8	0,9
Alpha de Cronbach		0,537

4.4. Core Self Evaluation

Apresentar-se-ão em seguida os resultados relativos ao *Core Self Evaluation*. Chama-se a atenção para o facto de que pontuações mais altas revelam menor predisposição para experienciar *burnout*: os indivíduos que acreditam que são donos do seu próprio destino e têm um papel activo sobre tudo o que lhes acontece no dia-a-dia, têm um *Core Self Evaluation* mais favorável e estão menos vulneráveis à síndrome de *burnout* (Tagler *et al.*, 2002).

A equipa em estudo apresenta valores acima da média nesta variável (Tabela 16). Numa escala de 1 – “Discordo Completamente” a 5 – “Concordo Completamente”, estes profissionais apresentam pontuações sempre superiores a 3, respondendo com “Concordo” a afirmações como “No geral, estou satisfeito comigo mesmo” ou “Completo tarefas com êxito”.

Tabela 16 – Indicadores do Core Self Evaluation

Afirmações	Média	Desvio-padrão
LOC		
Tenho controlo sobre o sucesso da minha carreira	3,1	1,1
Quando tento, geralmente tenho sucesso	4,0	0,7
Eu determino o que vai acontecer na minha vida	3,2	1,0
Estabilidade Emocional / Neuroticismo		
Quando falho, não me sinto inútil	3,2	1,2
Nunca me sinto deprimido	2,9	1,1
As coisas nunca me parecem sombrias e sem esperança	3,2	1,1
Auto-Estima		
Sinto-me no controlo do meu trabalho	2,9	1,1
No geral, estou satisfeito comigo mesmo	4,2	0,7
Não tenho dúvidas sobre a minha competência	3,4	0,8
Auto-Eficácia		
Eu sou capaz de lidar com a maioria dos meus problemas	4,0	0,5
Estou confiante que obtenho o sucesso que mereço	3,0	1,0
Completo tarefas com êxito	4,2	0,5
Alpha de Cronbach		0,768

A amostra apresenta valores acima da média na dimensão *Locus* de Controlo, o que significa que estes indivíduos acreditam que são capazes de influenciar o seu próprio futuro. Como

percepcionam uma forte ligação entre as suas atitudes e as consequências, serão provavelmente indivíduos mais confiantes, alertas, activos na busca de informação na tentativa de controlar o ambiente externo, e com melhor controlo das suas atitudes. Spector (1982) sugeriu que indivíduos com *Locus* de Controlo Interno sentiam-se mais satisfeitos com o seu trabalho porque são menos propensos a manter-se num trabalho insatisfatório e apresentam maior tendência para ter sucesso nas organizações.

Quanto à Estabilidade Emocional/Neuroticismo, a amostra da equipa de enfermeiros do Serviço de Urgência Geral apresenta valores médios: embora haja uma tendência para concordar com a afirmação “Quando falho, não me sinto inútil”, também se verifica uma discordância com a afirmação “Nunca me sinto deprimido”. Watson e Hubbard (1996) referem que indivíduos com altos *scores* de neuroticismo tendem a apresentar avaliações negativistas do ambiente, ou seja, tendem a interpretar estímulos ambíguos de uma forma negativa ou ameaçadora e, por este motivo, normalmente vêem problemas e crises onde elas não existem. Isto não significa que indivíduos com baixos índices de neuroticismo sejam necessariamente mais saudáveis mentalmente, porém apresentam-se simplesmente calmos, relaxados, estáveis e menos agitados, o que está positivamente relacionado com a satisfação no trabalho (Costa e McCrae, 1992).

Ao nível da Auto-Estima, esta amostra revela valores que estão acima da média. Na realidade, é uma equipa que revela poucas dúvidas acerca da sua competência e cada elemento mostra-se seguro de si mesmo. De acordo com Judge e Bono (2001), um indivíduo com bons níveis de auto-estima encara um trabalho como uma oportunidade merecida com a qual consegue lidar e beneficiar, enquanto um indivíduo com baixos níveis neste item vê o mesmo trabalho como uma ocasião para falhar.

Relativamente à Auto-Eficácia, mais uma vez esta equipa revela valores elevados face à média. Embora apresente dúvidas na afirmação “Estou confiante que obtenho o sucesso que mereço”, a verdade é que a média dos elementos desta amostra mostra-se capaz de lidar com a maioria dos seus problemas e resolvê-los com sucesso. Segundo Bandura (1982, p.23), indivíduos com grau elevado de auto-eficácia sentem-se melhor, mais saudáveis e menos stressados, o que afecta positivamente o seu desempenho escolar ou profissional: “Pessoas que se consideram altamente eficazes pensam, agem e sentem de forma diferente daqueles que se percebem como ineficazes. As que se percebem eficazes produzem o seu futuro, em

vez de apenas prevê-lo”. Isto significa que estes indivíduos lidam mais eficazmente com as dificuldades porque não desistem dos seus objectivos.

4.5. Validade de *constructo* das variáveis

Para testar a validade de *constructo* calculou-se o *Alfa de Cronbach* de cada uma das variáveis consideradas (dependente e independentes). Esta medida de consistência interna foi apresentado por Lee J. Cronbach (1951), e permite apurar quão bem um dado conjunto de itens (ou variáveis) está a medir um único *constructo* latente unidimensional. O coeficiente *Alfa de Cronbach* varia entre 0 e 1: quanto mais próximo de 1, maior é a consistência interna da escala, isto é, maior a certeza de que os vários itens estão a medir uma mesma coisa. O valor deste coeficiente é determinado pelo número de itens, pela variância média e pela co-variância média inter-itens. Não havendo regras absolutas, o valor 0,7 é relativamente consensual, sendo apontado pela grande generalidade dos autores como o valor mínimo aceitável (George e Mallery, 2003).

Dimensões do *Burnout*

Relativamente às três dimensões do *burnout*, encontraram-se valores sempre superiores a 0,7, o que significa uma boa consistência interna dos indicadores utilizados: 0,822 para a Exaustão Emocional, 0,789 para a Despersonalização e 0,782 para a Realização Profissional.

Áreas da Vida Laboral

Relativamente à validade interna das seis áreas da Vida Laboral, os *Alpha de Cronbach* obtidos para as dimensões Carga de Trabalho, Recompensa e Comunidade são superiores ao valor referência. A dimensão Justiça aponta um *alpha* de 0,62, o que sendo abaixo de 0,7, é ainda assim aceitável, embora modesto.

No que diz respeito à dimensão Controlo, o valor do *alpha* não é de todo aceitável e mesmo retirando o item “Eu tenho autonomia profissional/independência no meu trabalho”, que é aquele que menos correlacionado está com os outros, o *Alpha de Cronbach* continuaria

bastante baixo e inaceitável (0,41). Optou-se por realizar as regressões sem esta variável porque este índice de consistência interna não demonstrou correlação entre as respostas obtidas: as três perguntas que constituem esta dimensão não foram entendidas, pelos respondentes desta amostra, como avaliadoras de um mesmo conceito.

Relativamente à Dimensão Valores, o *Alpha de Cronbach* é realmente baixo, no entanto, se o item “Trabalhar aqui não me obriga a comprometer os meus valores” for retirado, o valor do *alpha* aumenta para um valor bastante mais aceitável (0,67). Assim, dada a fraca correlação deste item com os restantes, optou-se por construir a variável compósita relativa a esta área da Vida Laboral sem ele.

Da análise destes resultados deduz-se a necessidade de testar este questionário e a sua tradução, no sentido de confirmar que todos os respondentes percebem as questões de uma mesma forma.

Core Self Evaluation

Relativamente à validade interna desta variável, é possível confirmar que possui um *Alpha de Cronbach* bastante bom (de 0,768). Tudo indica que as afirmações que compõem estas dimensões foram entendidas pelos sujeitos como indicadores de um mesmo constructo.

4.6 Correlações do *Burnout*

Com o objectivo de analisar as associações entre as variáveis explicativas (correspondentes às cinco áreas da vida laboral e ao *Core Self Evaluation*) e a variável explicada (correspondente às três dimensões do *burnout*), calcularam-se as correlações bivariadas de Pearson.

Este Coeficiente de Correlação de Pearson (R) permite avaliar a qualidade do ajustamento, isto é, a capacidade de previsão da recta de regressão, revelando a intensidade e o sentido da relação entre as variáveis na amostra ($-1 \leq r \leq 1$).

Na tabela seguinte apresentam-se os resultados obtidos:

**Tabela 17 - Correlações das dimensões do Burnout
com as variáveis independentes consideradas**

V. Independentes		Burnout: Exaustão Emocional	Burnout: Despersonali zação	Burnout: Realiz. Profissional
Core Self-Evaluation	Coeficiente de Correlação de Pearson	-,571**	-,486**	,403**
	Sig. (bi-lateral)	,000	,000	,000
	N	60	60	59
Carga de Trabalho	Coeficiente de Correlação de Pearson	-,322*	-,236	,117
	Sig. (bi-lateral)	,012	,069	,379
	N	60	60	59
Recompensa	Coeficiente de Correlação de Pearson	-,254	-,099	,247
	Sig. (bi-lateral)	,050	,452	,059
	N	60	60	59
Comunidade	Coeficiente de Correlação de Pearson	-,129	-,089	,248
	Sig. (bi-lateral)	,326	,498	,058
	N	60	60	59
Justiça	Coeficiente de Correlação de Pearson	-,201	-,063	-,076
	Sig. (bi-lateral)	,124	,634	,566
	N	60	60	59
Valores	Coeficiente de Correlação de Pearson	-,222	,031	,058
	Sig. (bi-lateral)	,088	,814	,660
	N	60	60	59

* p<0,05, **p<0,1, ***p<0,001

Da análise da Tabela 17, conclui-se que as únicas correlações dignas de nota são as do CSE, com valores que remetem para relações de média intensidade. Tal como seria de esperar, e de acordo com o indicado pelos autores, verifica-se que o CSE e as dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização do *Burnout* variam em sentido contrário, isto é, quanto maior o CSE e a avaliação que cada indivíduo faz de si próprio e do seu trabalho, menor é o sentimento de Exaustão Emocional e a Despersonalização evidenciada pelos profissionais. Pelo contrário, quanto maior é o CSE, maior é também o sentimento de Realização Profissional sentido pelo indivíduo: profissionais que acreditam em si próprios, nas suas capacidades e na qualidade do trabalho que realizam, serão mais activos na busca de soluções para os problemas com que se deparam e terão maior sentimento de realização face aos resultados alcançados. Neste âmbito, conforme já referido, Judge e Bono (2001) concordam que o CSE está positivamente relacionado com a satisfação e performance no trabalho e Tagler *et al.* (2002) refere que aquele está associado a baixos níveis de *burnout*.

Apesar de existirem algumas outras relações significativas, são de fraca intensidade ou praticamente inexistentes. Destacam-se, no entanto, as correspondências entre a Exaustão Emocional e as áreas da vida laboral Carga de Trabalho e Recompensa.

Calcularam-se também as medidas de associação entre as variáveis de caracterização Sexo, Idade e Número de anos de trabalho e as três dimensões do *burnout* (EE, D, RP).

O teste t de Student permitiu concluir que o efeito da variável preditora (Sexo) sobre a variável dependente (qualquer uma das dimensões do *burnout*) não é estatisticamente significativo (Tabela 18), ou seja, o sexo dos enfermeiros não explica significativamente o grau de *burnout* que experienciam.

Tabela 18 - Relação das dimensões do Burnout com a variável Sexo

Dimensões do Burnout	Eta	t teste
Exaustão Emocional	,008	t(58)= -0,064, p=0,949
Despersonalização	,190	t(20,789)=1,195, p=0,245
Realização Profissional	,250	t(57)=1,946, p=0,057

Para perceber a relação entre as variáveis Idade e Número de Anos de Trabalho e cada uma das três dimensões do *burnout*, foi utilizado o coeficiente de correlação de postos de Spearman. Também aqui as associações encontradas foram muito fracas e nenhuma delas se revelou significativa (Tabela 19). Mais uma vez se conclui que a idade e o número de anos de trabalho não explicam significativamente o grau de *burnout* experienciado pelos enfermeiros que compõem esta amostra.

Tabela 19 - Relação das dimensões do Burnout com as variáveis Idade e Anos de Trabalho

			Burnout: Exaustão Emocional	Burnout: Despersonal ização	Burnout: Realização Profissional
Ró de Spearman	Escalões Etários	Coefficiente de Correlação	-,060	-,003	,011
		Sig. (bi-lateral)	,651	,984	,934
		N	60	60	59
	Anos de Trabalho no Serviço de Urgência	Coefficiente de Correlação	-,017	,002	-,110
		Sig. (bi-lateral)	,898	,985	,405
		N	60	60	59
	Anos de Trabalho no CHLO	Coefficiente de Correlação	-,040	-,038	-,071
		Sig. (bi-lateral)	,761	,775	,595
		N	60	60	59

Neste ponto, considera-se necessário fazer uma revisão de literatura que permita averiguar o significado destes resultados, até que ponto podem ser generalizáveis, se são comuns, e se vão ao encontro de outros realizados recentemente.

Na realidade, a relação do *burnout* com variáveis demográficas tem sido alvo de investigação, mas os resultados não são consistentes (Schaufeli e Enzeman, 1998).

A idade surge em alguns estudos como a variável mais correlacionada com o *burnout*, embora se deva referir que a aquela é por vezes confundida com o tempo de experiência no serviço. Assim, quem experiencia esta síndrome no início da sua carreira, acaba por desistir, permanecendo os “sobreviventes”, aqueles que desenvolvem mecanismos de *coping* e apresentam baixos níveis de *burnout*.

Schaufeli e Buunk, (1996) referem que empregados mais jovens reportam um nível de *burnout* superior aos colegas acima dos 30 ou 40 anos. Koivula *et al.* (2000) concluiu também que os enfermeiros mais novos experienciam mais exaustão emocional e despersonalização do que os enfermeiros com mais idade. Por seu lado, Adali e Priami (2002) concluíram o contrário: a realização profissional é mais elevada em enfermeiros mais velhos e estes conseguem lidar melhor com a tensão profissional.

Um estudo recente, apenas com médicos dos serviços de urgência (Popa *et al.*, 2010), não encontrou níveis de correlação significativos entre o nível de *burnout* experienciado por aqueles profissionais e o seu género, idade ou estado civil, no entanto, apresentou forte

correlação positiva com os anos de experiência profissional, nomeadamente o grau de exaustão emocional.

Neste âmbito, encontraram-se alguns resultados que demonstram que a antiguidade num determinado serviço pode influenciar o nível de *burnout* experienciado. De acordo com um estudo realizado em 302 unidades de 19 hospitais japoneses (Kanai-Pak *et al.*, 2008), as probabilidades de encontrar altos níveis de *burnout* são duas vezes mais elevadas em hospitais com 50% de enfermeiros inexperientes do que em hospitais com equipas estáveis e experientes. Para esta situação também contribuem as relações duradouras e de confiança que se estabelecem com outros profissionais do mesmo serviço, nomeadamente, médicos e auxiliares.

Nos estudos analisados, a variável sexo não surge como um predictor importante do *burnout*, embora os homens pareçam apresentar uma tendência ligeiramente superior para a dimensão despersonalização/cinismo e as mulheres para a dimensão exaustão emocional. Estes resultados podem estar relacionados com estereótipos de género mas também com a ocupação: existem profissões historicamente ligadas às mulheres (enfermagem e educação) ou aos homens (segurança e policiamento). Neste âmbito, Pines *et al.* (1981) sugeriu ainda que as mulheres experienciam níveis mais altos de *burnout* devido essencialmente à excessiva carga de trabalho e ao conflito de papéis desempenhados em casa com a família e no trabalho.

Quanto ao estado civil, os solteiros parecem experienciar níveis mais altos de *burnout* do que os divorciados, os não casados também parecem ser mais preditivos de *burnout* do que os casados (Cooper, 2005).

Em relação à raça, poucos estudos foram realizados nesta área, pelo que não é possível apresentar resultados.

Pressupõe-se que os poucos estudos conclusivos encontrados e a dispersão de resultados, também deixem o caminho aberto para que se estudem mais intensamente os desajustes sentidos por cada indivíduo no seu local de trabalho e para que estes sejam entendidos como mais preditivos do grau de *burnout* experienciado. A pesquisa tem-se focado em factores organizacionais, relacionados com o trabalho, também porque o estudo das características demográficas e socioculturais de cada indivíduo implica a recolha de amostras de grande dimensão para obtenção de resultados credíveis. Estas variáveis são mais difíceis de

quantificar e avaliar, e não permitem concluir sobre as intervenções organizacionais necessárias.

Posteriormente à análise correlacional, com o objectivo de identificar os factores determinantes para a explicação do *burnout*, considerado nas suas três dimensões (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Profissional), foram feitas três regressões lineares múltiplas (uma para cada dimensão do *burnout*), onde entraram como variáveis explicativas (ou independentes) as cinco dimensões da Área da Vida Laboral (Carga de Trabalho, Recompensa, Comunidade, Justiça e Valores), bem como o *Core-Self Evaluation*.

Para avaliar a qualidade do ajustamento, interessa investigar a capacidade de previsão da recta de regressão através do cálculo do Coeficiente de Determinação (R^2), que determina a proporção da variação da variável dependente explicada pela presença das variáveis independentes, ou pela recta de regressão ($0 \leq r^2 \leq 1$).

Convém referir que, apesar dos pressupostos inerentes à aplicação de um modelo de regressão linear se terem verificado, os resultados aqui apresentados devem ser lidos com algumas cautelas. Com efeito, a dimensão da amostra obriga a algumas reservas na interpretação dos resultados dos testes para a correlação múltipla e para os efeitos individuais das variáveis explicativas³.

De referir também que, apesar de teoricamente o modelo a testar incluir as variáveis género, idade e número de anos de trabalho, uma vez que os dados recolhidos nesta amostra não revelam impacto significativo daquelas variáveis na variável explicada (nível de *burnout*), considerou-se que não se justificaria a sua inclusão no modelo de regressão que se pretende construir. Na verdade, embora já referido que vários estudos apontam para a importância destas variáveis no grau de *burnout* experienciado, a verdade é que as conclusões não são claras nem concordantes, conforme também já apontado.

Na tabela seguinte (Tabela 20) estão sintetizados os principais resultados dos modelos de regressão obtidos.

³ Alguns autores, como Tabachnick e Fidell, sugerem que tenhamos $N \geq 50 + 8m$ ($m = n^\circ$ de VIs) e $N \geq 104 + m$ para testar individualmente o efeito variáveis explicativas.
In: Tabachnick, B. and L. Fidell, (2007). *Using Multivariate Statistics*, USA, Pearson International Edition, 5ª ed.

Tabela 20 - Factores determinantes do Burnout
(regressão linear hierárquica)

Variáveis Explicativas	Burnout: Exaustão Emocional	Burnout: Despersonalização	Burnout: Realiz. Profissional
	Valores Beta	Valores Beta	Valores Beta
Modelo 1			
Carga de Trabalho	-0,317 *	-0,017	0,132
Recompensa	-0,058	0,251	0,250
Comunidade	-0,092	0,016	0,224
Justiça	0,002	-0,124	-0,320 *
Valores	-0,197	0,008	0,064
R² ajustado	0,095	0,038	0,082
	F(5,54)=2,241	F(5,54)=0,860	F(5,54)=2,032
Modelo 2			
Carga de Trabalho	-0,160	-0,107	0,043
Recompensa	0,049	0,114	0,194
Comunidade	0,054	0,010	0,148
Justiça	-0,162	-0,142	-0,232
Valores	-0,140	0,091	0,039
Core Self-Evaluation	-0,549***	-0,505**	0,291*
R² ajustado	0,342***	0,188***	0,138*
	F(6,53)=6,121	F(6,53)=3,275	F(6,52)=2,544

* p<0,05, **p<0,1, ***p<0,001

O principal resultado a salientar é o do modelo obtido num primeiro momento (Modelo 1), sem a variável explicativa *Core Self Evaluation* (CSE), não ser significativo para nenhuma das dimensões do *burnout* avaliadas.

Como se pode observar, fica patente que o CSE é a variável mais importante para explicar o nível de *burnout* experienciado pelos profissionais que compõem esta amostra, pelo facto de, com a sua inserção no modelo (Modelo 2), este passar a ser significativo. Também os coeficientes de regressão estandardizados (Beta) estimados para o CSE se destacam claramente dos das restantes variáveis explicativas, o que mostra a sua importância, sendo esta a única variável que contribui significativamente para a explicação do *burnout*, seja qual

for a dimensão considerada (Exaustão Emocional, Despersonalização ou Realização Profissional).

A introdução da variável CSE no modelo permitiu que a sua capacidade explicativa aumentasse cerca de 24% no caso da dimensão Exaustão Emocional, 15% no caso da dimensão Despersonalização e 5% no caso da dimensão Realização Profissional. Esta última dimensão é a menos explicada pelo modelo construído e é também aquela que consegue menor aumento na sua capacidade explicativa com a inserção da variável CSE no modelo, sugerindo que outras variáveis explicativas, de outro âmbito, deveriam ser acrescentadas. No caso da dimensão Exaustão Emocional, o segundo modelo construído explica 34,2%. Relativamente às outras duas dimensões do *burnout*, os modelos são bastante mais fracos, explicando, respectivamente 18,8% e 13,8% (Tabela 19).

De referir ainda que as relações encontradas entre o CSE e o *burnout* nas dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização são, negativas, ou seja, quanto maior o valor de CSE menor é o valor de *burnout* estimado (Beta=-0,549 e Beta=-0,505, respectivamente), como sugerido pela teoria. Pelo contrário, quanto maior o valor do CSE, maior o valor estimado para o *burnout* na dimensão Realização Profissional (Beta=0,291), o que vai também de encontro à teoria.

Com o modelo construído é possível:

- Estimar o nível de *burnout* dos enfermeiros do serviço de Urgência em função de vários factores, sabendo que o *Core Self Evaluation* é aquele que mais o influencia.
- Construir a equação da recta ajustada ao modelo:
 - Nível de Exaustão Emocional = (0,549).CSE + (0,160).Carga de Trabalho + 0,049.Recompensa + 0,054.Comunidade + (0,162).Justiça + (0,140).Valores
 - Nível de Despersonalização = (0,505).CSE + (0,107).Carga de Trabalho + 0,114.Recompensa + 0,010.Comunidade + (0,142).Justiça + 0,091.Valores
 - Nível de Realização Profissional = 0,291.CSE + 0,043.Carga de Trabalho + 0,194.Recompensa + 0,148.Comunidade + (0,232).Justiça + 0,039.Valores

- Concluir que:
 - 34,2% da variação do grau de Exaustão Emocional é explicada pelo CSE, Carga de Trabalho, Recompensa, Comunidade, Justiça e Valores;
 - 18,8% da variação do grau de Despersonalização é explicada pelo CSE, Carga de Trabalho, Recompensa, Comunidade, Justiça e Valores;
 - 13,8% da variação do grau de Realização Profissional é explicada pelo CSE, Carga de Trabalho, Recompensa, Comunidade, Justiça e Valores;

4.7 Corroboração das seis hipóteses do presente trabalho

Relativamente às hipóteses H1 e H2 - elevados desajustes (*gaps*) evidenciados nas seis áreas da vida laboral estão relacionados com altos níveis de *burnout* experienciados pelos profissionais e baixos desajustes (*gaps*) evidenciados nas seis áreas da vida laboral estão relacionados com baixos níveis de *burnout* experienciados pelos profissionais - pode-se afirmar que elas foram confirmadas. Nesta amostra encontraram-se níveis médios de *burnout*, que foram concordantes com médios desajustes nas áreas da vida laboral testadas.

Quanto às hipóteses H3 e H4 - baixo CSE está relacionado com altos níveis de *burnout* experienciados pelos profissionais e alto CSE está relacionado com baixos níveis de *burnout* experienciados pelos profissionais - também se registou uma confirmação parcial. Verificou-se que esta equipa apresenta um nível médio de *burnout* associado a pontuações médias/altas no CSE. Salientam-se os sinais das relações entre o CSE e cada uma das dimensões do *burnout*: altos níveis de CSE implicam baixa Exaustão Emocional e Despersonalização e alta Realização Profissional, pelo contrário baixos níveis de CSE implicam alta Exaustão Emocional e Despersonalização e baixa Realização Profissional.

Já no caso das hipóteses H5 e H6 - o grau de *burnout* experienciado pelos profissionais é mais explicado pelos desajustes (*gaps*) evidenciados nas seis áreas da vida laboral do que pelas suas características pessoais e individuais (auto-avaliação pessoal) e pelas variáveis sociodemográficas, como o género, idade e número de anos de trabalho – os resultados não as apoiam. Conclui-se que a variável que maior correlação apresenta com o grau de *burnout* experienciado pelos elementos desta amostra é exactamente o CSE e não os *gaps* percebidos em cada uma das cinco áreas da vida laboral testadas. Quanto às variáveis

sociodemográficas avaliadas (género, idade ou número de anos de trabalho), elas não demonstraram influência estatística significativa no nível de *burnout* experienciado por estes profissionais.

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO

5.1 Considerações finais

De forma sumária, pode afirmar-se que o termo *burnout* se refere a um estado extremo de *strain* psicológico e depleção de recursos, resultante de uma prolongada exposição a stressores, que excede os recursos do indivíduo para lidar com essa situação. Embora se possa desenvolver noutros grupos profissionais, aqueles stressores estão principalmente associados a profissões de ajuda (Cooper *et al.*, 2001). Reconhece-se que a profissão de enfermeiro assenta nas características distintivas da vocação e da proximidade/ligação (*bound*) com o “outro”: no limite, o *burnout* põe em causa estes factores, compromete o objectivo último do trabalho destes profissionais e a qualidade dos cuidados prestados.

Cordes e Dougherty (1993) encontraram evidências empíricas de que este fenómeno acarreta elevados custos ao nível do bem-estar individual e correcto funcionamento organizacional, incluindo a saúde pessoal, o absentismo, intenções de *turn-over* e défice de produtividade.

Concordante com investigações anteriores, o presente estudo permite concluir que os desajustes verificados em algumas áreas da vida laboral têm interferência nos níveis de *burnout* experienciado pelos profissionais. Na amostra recolhida junto dos enfermeiros deste Serviço de Urgência, não foram detectados níveis de *burnout* elevados, mas encontraram-se *gaps* ao nível de algumas áreas da vida laboral, nomeadamente a recompensa e justiça, que indiciam lacunas e justificam acções preventivas por parte dos gestores desta instituição: a ausência de níveis preocupantes de *burnout* não significa automaticamente a presença de bem-estar (Ramos, 2006).

Uma vez que estudos anteriores referem que o *burnout* depende essencialmente do contexto profissional, esperava-se que a ideia que o indivíduo tem de si próprio e a forma como se auto-avalia, pouca correlação demonstrasse com o grau de *burnout* que experiencia, e que fossem os *gaps* sentidos nas seis áreas da vida laboral identificadas, que mais influência exercessem sobre aquele. No entanto, demonstrou-se que é esta variável que maior poder de explicação apresenta sobre as três dimensões da variável dependente em estudo: 55% da variação total da Exaustão Emocional é explicada pelo *Core Self Evaluation*, o mesmo acontecendo com 51% da Despersonalização e 29% da Realização Profissional. Na totalidade, o modelo construído, com as cinco Áreas da Vida Laboral e o *Core Self Evaluation*, explica

34% da dimensão Exaustão Emocional, 19% da dimensão Despersonalização e 14% da dimensão Realização Profissional, o que deixa espaço para que outras variáveis, de diferente natureza, sejam consideradas na explicação dos níveis de *burnout*.

Assim, estes resultados vão de encontro às conclusões de Schwab e Iwanicki (1982), no grupo profissional dos professores: as variáveis organizacionais e de trabalho apenas explicam entre 20% e 40% da variância comum ao *burnout* profissional, remetendo uma explicação mais cabal desta síndrome, para a intervenção conjunta com outro tipo de variáveis, como as características sociodemográficas e de personalidade dos indivíduos. Salienta-se, no entanto, que no presente estudo, tal como noutras investigações já referidas, os resultados não permitiram comprovar a relação entre as variáveis sociodemográficas consideradas (idade, sexo ou antiguidade na instituição) e o nível de *burnout* experienciado.

Perante estes resultados, as implicações práticas reflectem-se ao nível do processo de selecção e admissão dos enfermeiros para o Serviço de Urgência: sugere-se a inclusão de testes psicotécnicos que reflectam as quatro dimensões do CSE. Entende-se que desta forma se pode contribuir para uma melhor performance dos profissionais de saúde, eficácia e qualidade no atendimento dos utentes. Por outro lado, deve referir-se que, embora não sejam rígidas, as características da personalidade também não são tão flexíveis como muitas chefias supõem e, uma vez que não se podem seleccionar trabalhadores para uma determinada função somente de acordo com as pontuações numa Escala de Personalidade, também se deve equacionar uma mudança de paradigma e actuar ao nível organizacional (Ramos, 2006).

O presente estudo tem o mérito de avaliar o *burnout* enquadrado num âmbito mais amplo e multidimensional porque se considera que só uma atitude holística evita conclusões parcelares, precipitadas e irrealistas. Estudos que incluem a relação entre as manifestações de *burnout*, as suas dimensões e os factores de personalidade aumentam as oportunidades de mudança e desenvolvimento do posto de trabalho: as pessoas devem reconhecer as suas características de personalidade, da sua equipa, e a adequação das mesmas às tarefas desempenhadas.

Este trabalho tem ainda a virtude e audácia, por assim dizer, de utilizar um constructo emergente, o CSE. Por um lado, é uma opção passível de discussão porque ainda não é um conceito totalmente construído, estável, firme e com a validade desejável, por outro, pode

constituir um apoio a estudos futuros que contribuam para a sua construção, desenvolvimento, discussão e/ou afirmação.

5.2 Limitações do estudo e pistas para investigações futuras

Devem assumir-se claramente limitações ao nível da validade externa e possibilidade de generalização a outros profissionais, de outros serviços, de outros hospitais ou de outras regiões. Esta situação justifica-se pela dimensão da população (86 enfermeiros de um Serviço de Urgência Geral) e da própria amostra, conseguida por conveniência (60 elementos que se disponibilizaram a responder aos questionários).

A forma de ultrapassar as limitações relacionadas com o grupo profissional escolhido para a amostra, seria verificar os níveis de *burnout* experienciados por enfermeiros de outros serviços, com menor grau de exigência técnica e de alerta, ou noutros grupos profissionais, comparando-os com estudos já realizados. Salienta-se, no entanto, que, de acordo com um artigo publicado no *Journal of Emergency Nursing*, (Hooper *et al.*, 2010), não foram encontradas diferenças estatisticamente relevantes nos níveis de *burnout* experienciados por enfermeiros dos serviços de urgência e por enfermeiros de outros serviços - oncologia, nefrologia e cuidados intensivos. Um outro estudo realizado na Hungria (Kovács *et al.*, 2010) não encontrou diferenças significativas, em qualquer uma das dimensões do *burnout*, entre médicos e enfermeiros. De referir apenas que estes resultados não são consensuais: algumas investigações concluíram níveis mais altos de *burnout* nos médicos (Escribal-Aguir e Pérez-Hoyos, 2007) e outras reportaram exactamente o contrário (Caldwell *et al.*, 2006).

Chama-se a atenção que também não é correcto generalizar os dados recolhidos individualmente junto de cada um dos profissionais, a todos os profissionais de uma organização, isto é, a agregação das percepções individuais sobre o clima organizacional em que vivem não reflecte *ipsis verbis* o clima organizacional do grupo/serviço/instituição, nem permite retirar conclusões, inferindo sobre elas. A interpretação dos resultados deve ainda ser prudente porque os dados foram recolhidos num único momento, não permitindo estabelecer relações de causalidade.

As respostas aos três questionários, que avaliam as três variáveis, são dadas na primeira pessoa, pelo que se espera a natural contaminação dos resultados por viéses resultantes de

dados auto-reportados. A recolha de dados e a sua fiabilidade são deveras importantes mas a única forma de conseguir fontes de informação diferentes para as diferentes variáveis seriam os questionários realizados na perspectiva dos outros. Assume-se esta limitação e salienta-se que o nível de *burnout* estudado é aquele que é percebido pelo próprio indivíduo, bem como os desajustes que este sente face ao trabalho que desenvolve, e as características pessoais que ele entende como suas (auto-avaliação).

As opções metodológicas também impuseram alguns limites:

- Não foi possível avançar no teste de relações moderadoras, conforme diversos estudos sugerem em relação às características de personalidade (Hastings e Bham, 2003; Judge *et al.*, 2000; Garden, 1989, 1991) porque a capacidade de detectar efeitos moderadores nas pesquisas organizacionais é constrangida por diversos factores (Cooper *et al.*, 2001):
 - Impõe uma amostra bastante mais numerosa;
 - Exige que o papel dos moderadores seja considerado num contexto de transacção dinâmica entre o indivíduo e o ambiente;
 - Requer a inclusão de indivíduos que mostrem mais do que apenas valores médios nas variáveis em estudo (neste caso, indivíduos que apresentem níveis extremos e preocupantes de *burnout*).

A este propósito, deve referir-se a possibilidade de estudar mais em pormenor os indivíduos que demonstraram níveis preocupantes de *burnout* (Exaustão Emocional = 28,3% e Despersonalização = 26,7%). No entanto, pela pequena dimensão dessa “sub-amostra”, colocar-se-ia de forma muito acentuada a questão a validade das possíveis conclusões. Como tal, essa análise não foi efectuada, sendo todavia, uma questão em aberto para futuro desenvolvimento, com a recolha de uma outra amostra de maior dimensão.

- Face ao baixo *Alpha de Cronbach* obtido, não foi possível demonstrar o papel do desajuste da dimensão “Controlo” no nível de *burnout* experienciado. Este facto balizou os resultados da análise porque, segundo os autores, esta é a dimensão crítica do *burnout*. Seria interessante perceber os efeitos moderadores da autonomia ou controlo percebidos, bem como os efeitos do “Controlo” em combinação com outros factores (apoio familiar, de colegas ou supervisores, por exemplo).

- Não se considerou um dos itens na dimensão “Valores”, uma vez que o índice de consistência interna também não era aceitável nesse caso.
- Não se acrescentou ao modelo variáveis como o sexo, idade ou anos de trabalho, uma vez que estas não demonstraram uma relação estatística significativa com o nível de *burnout* experienciado.

Investigações que ultrapassem os constrangimentos anteriores devem incluir factores individuais, organizacionais e sociais que explorem cada uma das três dimensões do *burnout* e a sua relação com os desajustes percebidos em cada uma das seis áreas da vida laboral, estudando também a importância/peso de cada uma delas naquela síndrome. Esta elaboração teórica permitirá mais hipóteses sobre as causas e as consequências associadas a cada uma dessas dimensões, e deve orientar uma pesquisa mais informada de soluções para este problema social.

Outro caminho possível é o estudo das dimensões opostas às consideradas no *burnout*: energia (em vez da exaustão), envolvimento (em vez do cinismo) e eficácia (em vez da falta de realização profissional), que representam o *engagement*. Neste âmbito, surgem vários conceitos relacionados da área da psicologia organizacional: *commitment* organizacional, satisfação e envolvimento no trabalho.

A pesquisa junto de grupos culturais diferentes também permitirá perceber a relação do *burnout* com factores culturais e as suas consequências nas diferentes sociedades.

Após a análise dos resultados obtidos, considera-se relevante aprofundar o estudo do papel dos mecanismos de *coping* e da satisfação com a vida no nível de *burnout* percebido. Se não é possível treinar mecanismos de *coping*, devem seleccionar-se recursos humanos com base nas suas personalidades? Devem culpar-se as vítimas?

Neste âmbito, considera-se importante discutir a partilha de características entre depressão e *burnout* e a sua relação com o *Core Self Evaluation*, através de estudos em que o *burnout* (entendido como o esgotamento) não se deve apenas a factores relacionados ao trabalho, mas também a factores relacionadas com a família, dando algum crédito à ideia de que a exaustão pode ser um conceito geral e não um fenómeno apenas relacionado com o trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Adali, E. e Priami, M. (2002). Burnout among nurses in intensive care units, internal medicine wards, and emergency departments in Greek hospitals. *ICUs and Nursing Web Journal*, 11, 1-19.
- Bakker, A.B., Demerouti, E. e Schaufeli, W.B. (2003). *The socially induced burnout model*. In S. P. Shohov (Ed.), *Advances in psychology research* (Vol. 25, pp. 13-30). New York: Nova Science Publishers.
- Bandura, A. (1982). The assessment and predictive generality of self-percepts of efficacy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 195-199.
- Bekker, M.H.J., Croon, M.A. e Bressers, B. (2005). Child care involvement, job characteristics, gender and work attitudes as predictors of emotional exhaustion and sickness absences. *Work & Stress*, 19, 221-237.
- Best, R.G., Stapleton, L.M. e Downey, R.G. (2005). Core self-evaluations and job burnout: The test of alternative models. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 441-451.
- Bradley, H.B. (1969). Community-based treatment for young adult offenders. *Crime and Delinquency*, 15, 359-370.
- Brill, P.L. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family and Community Health*, 6, 12-24.
- Brockner, J. (1988). *Self-esteem at work: Research, theory and practice*. Lexington, MA: Lexington.
- Browning, L., Rolniak, S., Greenberg, M. e Larking G. (2002). Crosssectional survey of burnout in emergency and nonemergency nurses. *Journal Emergency Nursing*, 27, 424.
- Burke, R. e Richardsen, A. (1993). Psychological burnout in organizations. In Golembiewski (Ed.), *Handbook of organizational behavior* (pp. 263-298). New York: Marcel Dekker.
- Caldwell, B.A., Gill, K.J, Fitzgerald, E., Sclafani, M. e Grandison P. (2006). The association of ward atmosphere with burnout and attitudes of treatment team members in a state psychiatric hospital. *Journal Psychiatric Reliability*, 9, 111-29.
- Chambel, M.J. e Pinto, A.M. (2008). *Burnout e Engagement em Contexto Organizacional Estudos com Amostras Portuguesas*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Chappell, N.L. e Novak, M. (1992). The role of support in alleviating stress among nursing assistants. *Gerontologist*, 32, 351-359.
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger.
- Ching-I Tenga, Yea-Ing Lotus Shyub, Wen-Ko Chiouc, Hsiao-Chi Fana e Si Man Lam (2010). Interactive effects of nurse-experienced time pressure and burnout on patient safety: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1442-1450.

CHLO, Relatório de Gestão e Contas 2009, http://www.chlo.min-saude.pt/Downloads_HSA/CHLO/Relatório%20e%20Contas/RC_2009.pdf

Cohen, S. e Wills, T. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 92, 375-383.

Collins English Dictionary. 21st 2nd ed. Londres: Harper Collins Publishers; 2000. P. 154.

Cooper, C.L. (2005). *Handbook of stress medicine and health* (2th ed). Florida: CRC Press.

Cooper, C.L., P.J. Dewe e M. O'Driscoll (2001). *Stress and Work Organizations: A Review and Critique of Theory, Research and Applications*. California: Sage Publications.

Cordes, C.L. e Dougherty, T.W. (1993). A review and integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18, 621-656.

Costa, P.T. e McCrae, R.R. (1992). *NEO-PI-R Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources Inc.

Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of the test. *Psychometrika*, 16, 297-334.

Demerouti, E., Bakker, A.B. e Bulters, A. (2004). The loss spiral of work pressure, work-home interference and exhaustion: reciprocal relationships in a three-wave study. *Journal of Vocational Behavior*, 64, 131-149.

Demerouti, E., Bakker, A.B., Vardakou, I. e Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 12-23.

DeNeve, K.M. e Cooper, H. (1998). The Happy Personality: A Meta-Analysis of 137 Personality Traits and Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, Vol. 124, No. 2, 197-229.

Dolan, B. e Holt, L. (2000). *Accident and emergency nursing: theory into practice*. Edinburgh: Bailliere Tindall.

Edelwich, J. e Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Sciences Press.

Erez, A. e Judge, T.A. (2001). Relationship of core self-evaluations to goal setting, motivation and performance. *Journal of Applied Psychology*, 86, 1270-1279.

Escribal-Aguir, V. e Pérez-Hoyos, S. (2007). Psychological well-being and psychosocial work environment characteristics among emergency medical and nursing staff. *Stress Health*, 23, 153-60.

Farrington, A. (1995). Stress and nursing. *British Journal of Nursing*, 4(10), 574-578.

Firth, H. e Britton, P. (1989). Burnout, absence and turnover amongst British nursing staff. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 55-59.

- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. e Delongis, C. (1986). Dynamics of a stressful encounters outcomes, *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Fox, M., Dwyer, D. e Ganster, D. (1993). Effects of stressful job demands and control of physiological and attitudinal outcomes in a hospital setting. *Academy of Management Journal*, 36, 289-318.
- Frank, J.R. e Ovens, H. (2002). Shiftwork and emergency medical practice. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 4(6), 421-428.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.
- Freudenberger, H. e Richelson, G. (1980). *Burn-out: The high cost of achievement*. New York: Anchor Press.
- Gaines, J. e Jermier, J.M. (1983). Emotional Exhaustion in a High Stress Organization. *Academy of Management Journal*, 26, 567-586.
- Ganster, D. e Schaubroeck, J. (1991). Work, stress and employee health. *Journal of Management*, 17, 235-271.
- Ganster, D. e Schaubroeck, J. (1995). The moderating effects of self-esteem on the work stress-employee health relationship. In R. Crandall & P. Perrewe (Eds.), *Occupational stress: A handbook* (pp. 167-177). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Garden, A.-M. (1989). Burnout: The effect of psychological type on research findings. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 223-234.
- Garden, A.-M. (1991). Relationship between burnout and performance. *Psychological Reports*, 68, 963-977.
- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A. e Rodríguez-Carvajal, R. (2010). *Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement*. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 479-89.
- George, D. e Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4ª edição), Boston, Allyn & Bacon, referido por Gliem, J.A., e Gliem, R.R. (2003), *Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales*, Refereed paper for Midwest Research to Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education.
- Glass, D.C., Mcknight J.D. e Valdimarsdottir, H. (1993). Depression, burnout and perception of control in hospital nurses, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 147-155.
- Golembiewski, R. e Munzenrider, R. (1984). Active and passive reactions to psychological burnout: Toward greater specificity in a phase model. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 7, 264-268.
- Golembiewski, E.R. e Munzenrider, R. (1988). *Phases of burnout: Developments in concepts and applications*. New York: Praeger.

- Greenglass, E.R. e Burke, R.J. (1990). Burnout over time. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 13, 192-204.
- Hastings, R. P. e Bham, M. S. (2003). The relationship between student behavior patterns and teacher burnout. *School Psychology International*, 24(1), 115-127.
- Harter, S. (1990). *Causes, Correlates, and the functional role of global self-worth: A life-span perspective*. In R.J. Sternberg & J. Kolligan, Jr. (Eds.) *Competence considered* (pp.67-97). New Haven, CT: Yale University Press.
- Heaney, C.A. e van Ryn, M. (1990). Broadening the scope of worksite stress programs: A guiding framework. *American Journal of Health Promotion*, 4, 413-20.
- Hobfoll, S. e Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. In B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 19-32). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin D.R., Wetsel, M.A. e Reimels, E. (2010). Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36, 420-427.
- Judge, T.A. (2009). Core Self-Evaluations and Work Success. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 58-62(5).
- Judge, T.A. e Bono, J.E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits—self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability—with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86, 80–92.
- Judge, T.A., Bono, J.E. e Locke, E.A. (2000). Personality and job satisfaction: The mediating role of job characteristics. *Journal of Applied Psychology*, 85, 237-249.
- Judge, T.A., Erez, A., Bono, J.E. e Thoresen, C.J. (2003). The core of self-evaluations scale: Development of a measure. *Personnel Psychology*, 56, 303-331.
- Judge, T.A., Locke, E.A. e Durham C.C. (1997). Dispositional effects on job and life satisfaction: The role of core of evaluations. *Journal of Applied Psychology*, 83, 17-34.
- Kalemoglu, M. e Keskin, O. (2006). Burnout syndrome at the emergency service. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 14, 37-40.
- Kanai-Pak, M., Aiken, L.H., Sloane, D.M. e Poghosyan, L. (2008). Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 17(24), 3324-9.
- Karasek, J. e Robert A. (1979). *Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign*. New York: Cornell University.
- Keller, K.L. e Verdes, R.P. (1990). The management of stress and prevention of burnout in emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 16(2), 90-5.
- Kiniki, A.J. e Latack, J.C. (1990). Explication of the construct of coping with involuntary job loss. *Journal of Vocational Behaviour*, 36, 339-360.

- Kinicki, A., McKee F. e Wade K. (1996). Annual review, 1991-1995: Occupational health. *Journal of Vocational Behavior*, 49, 190-220.
- Kovács, M., Kovács, E. e Hegedús, K. (2010). Emotion Work and Burnout: Cross-sectional Study of Nurses and Psysicians in Hungary. *Croatian Medical Journal*, 51(5), 432–442.
- Koivula, M., Paunonen, M. e Laippala, P. (2000). Burnout among nursing staff in two Finnish hospitals. *Journal Nursing Management*, 8(3), 149-58.
- Kristensen, T.S. (1996). Job strain and cardiovascular disease: Theoretical critical review. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 246-260.
- Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E. e Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192-207.
- Lazarus, R. e Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lee, R.T. e Ashforth, B.E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 123-133.
- Leiter, P.M. e Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Leiter, M.P. e Maslach, C. (2000). *Areas of Worklife Survey*. Wolfville, CA: Centre for Organizational Research & Development.
- Leiter, M.P. e Maslach, C. (2004). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In P. L. Perrewe & D. C. Ganster (Eds.), *Research in Occupational Stress and Well Being*, (Vol. 3, 91-134). Oxford, U.K.: Elsevier Science, Ltd.
- Leiter, M.P., Harvie, P. e Frizzell, C. (1998), The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Social Science and Medicine*, 47, 1611-1617.
- Locke, E.A., McClear, K. e Knight, D. (1996). Self-esteem and work. *International Review of Industrial/Organizational Psychology*, 11, 1-32.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The Cost of Caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. In B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 19-32). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Maslach, C. e Jackson, S. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S. e Leiter, M. (1996). *The Maslach Burnout Inventory*, 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. e Leiter, M. (1997). *The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publishers.

- Maslach, C., Schaufeli, W.B. e Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-422.
- Maslach, C. e Schaufeli, W.B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 19-32). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Maslanka, H. (1996). Burnout, social support and AIDS volunteers. *AIDS care*, 8, 195-206.
- Mcmanus, I.C., Keeling, A. e Paice, E. (2004). Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Medicine* 2(29).
- Medvedora, L. (1998). Personality dimensions – “Little five” – And their relationships with coping strategies in early adolescence. *Studia Psychologica*. 40(4), 261-265.
- Meyer, J.P., Allen, N.J. e Smith, C. (1993). Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78, 538–551.
- Mintzberg H. (1999). *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Perrewe, P.L. e Vickory, F.A. (1988). Combating job stress. *Training and Development Journal*, 42(4), 84-85.
- Pines, A.M. (1993). Burnout: An existential perspective. . In B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 33-52). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Pines, A. e Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes e cures* (2nd ed.). New York: Free Press.
- Pines, A., Aronson, E. e Kafry, D. (1981). *Burnout: From Tedium to Personal Growth*. New York: Free Press.
- Popa, F., Arafat, R., Purcărea, V.L., Lală, A., Popa-Velea, O. e Bobirnac, G. (2010). Occupational Burnout levels in Emergency Medicine – a stage 2 nationwide study and analysis. *Journal of Medicine and Life*, 4, 449-453.
- Potter, C. (2006). To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout: a review of the literature. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 9, 57-64.
- Ramos, R. (2006), Relação entre a Síndrome da Exaustão Emocional (Burnout) e Personalidade, *Referência não publicada retirada da internet*, http://www.ulsm.pt/fotos/gca/1166791181sindroma_da_exaustao_profissional_2006.pdf.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, (1, Whole N.º 609).

- Sá, L.O. (2006). Burnout e controlo sobre o trabalho em enfermagem - resultados. *Enfermagem Oncológica*, 34, 15-24.
- Sargent, L. e Terry, D. (1998). The effects of work control and job demands on employee adjustment and work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71, 219-236.
- Sarros, J.C. e Densten, I.L. (1989). Undergraduate student stress and coping strategies. *Higher Education Research and Development*, 8, 47-57.
- Schaufeli, W.B. e Buunk, B.P. (1996). Professional burnout. In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst, e C.L. Cooper (Eds), *Handbook of Work and Health Psychology* (pp. 311-46): Chichester: Wiley.
- Schaufeli, W.B. e Buunk, B.P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research in theorizing. In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst, & C.L. Cooper (Eds.). *Handbook of work and health psychology* (pp. 383-425). Chichester, England: Wiley.
- Schaufeli, W.B. e Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W.B. e Janczur, B. (1994). Burnout among nurses: A Polish-Dutch comparison. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 25(1), 95-113.
- Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., Maslach, C. e Jackson, S.E. (1996). Maslach Burnout Inventory—General Survey. In C. Maslach, S. E. Jackson, & M. P. Leiter (Eds.), *The Maslach Burnout Inventory - Test manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Schaufeli, W.B. e Van Dierendonck, D. (1993). The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 631-647.
- Schulz, R., Greenley, J. e Brown, R. (1995). Organization, management and client effects on staff burnout. *Journal on Health and Social Behaviour*, 36, 333-345.
- Seligman, M. e Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Spector, P.E. (1982). Behavior in organizations as a function of employees' locus of control. *Psychological Bulletin*, 91, 482-497.
- Spector, P.E. (1998). A control theory of the job stress process. In C. Cooper (Ed.), *Theories of organizational stress* (pp. 153-169). New York: Oxford University Press.
- Sutton, R. e Kahn, R. (1987). Prediction, understanding and control as antidotes to organizational stress. In J. W. Lorsch (Ed.), *Handbook of organizational behavior* (pp.272-285). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Stone, A.A., Helder, L. e Schneider, M.S. (1988). Coping dimensions and issues. In L. H. Cohen (Ed.), *Life events and psychological functioning: Theoretical and methodological issues* (pp. 182-210). Beverly Hills, CA: Sage.
- Schwab, R.L. e Iwanicki, E.F. (1982). Who are our burned out teachers? *Educational Research Quarterly*, 7, 2, 5-16.

- Tage S.K., Borritz M., Villadsen E. e Christensen K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 1464-5335.
- Tagler, M.J., McCabe, A.E., Downey, R.G., Hemenover, S.H. e Rappoport, L. (2002). *Core self-evaluations predict job burnout*. Paper presentation to the Mid-Western Psychological Association Conference, Chicago, IL.
- Taris, T.W., Le Blanc, P.M., Schaufeli, W.B. e Schreurs, P.J.G. (2005). Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress*, 19, 238-255.
- Thomas W.H., Kelly L. e Lillian T. (2006). Locus of control at work: a meta-analysis. *Journal of Organizational Behaviour*, 27, 1057-1087.
- Vahey, D.C., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P. e Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*, 42(2), 57-66.
- Watson, D. e Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the five-factor model. *Journal of Personality*, 64, 737-774.
- Walsh, M., Dolan, B. e Lewis, A. (1998). Burnout and stress among A and E nurses. *Emergency Nurse*, 6(2), 23-30.

ANEXOS

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde
2009/2011
ISCTE

Dados demográficos

Esta secção ajudará nas comparações estatísticas entre diferentes elementos profissionais. As suas respostas individuais não serão divulgadas em circunstância alguma. Elas serão utilizadas somente em combinação com as de outras pessoas que responderem ao questionário.

Favor marcar o círculo apropriado na ficha de respostas.

Sexo:

1. Masculino
2. Feminino

Idade:

1. Menos de 25 anos
2. Entre 26 e 35 anos
3. Entre 36 e 45 anos
4. Entre 46 e 55 anos
5. Mais de 56 anos

Estado Civil:

1. Solteiro / Divorciado / Viúvo
2. Casado

Há quanto tempo trabalha no CHLO?

1. 0 meses - 1 ano
2. 1 - 5 anos
3. 6 - 15 anos
4. + 15 anos

Há quanto tempo trabalha no Serviço de Urgência do CHLO?

1. 0 meses - 1 ano
2. 1 - 5 anos
3. 6 - 15 anos
4. + 15 anos

Situação laboral:

1. Tempo completo
2. Meio horário

Muito obrigado pela sua colaboração!

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde
2008/2009
ISCTE

Questionário
Human Services Survey
(*MBI-HSS*)

“Maslach Burnout Inventory Manual” - Third edition
Christina Maslach
Susan E. Jackson
Michael P. Leiter *

*Adaptação de Camila Tapadinhas
Fevereiro de 2009

O seguinte questionário pretende avaliar as suas atitudes relativamente ao seu trabalho na área dos serviços de saúde.

Existem 22 afirmações que deverão ser pontuadas de acordo com o grau de frequência com que sente que ocorrem, segundo a seguinte escala:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Algumas vezes por ano ou menos	Uma vez por mês ou menos	Algumas vezes durante o mês	Uma vez por semana	Algumas vezes durante a semana	Todos os dias

Afirmações	Pontuação
1- Sinto-me emocionalmente insatisfeito(a)/ com o meu trabalho	0 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 – No final do meu dia de trabalho sinto-me como se tivesse sido “usado(a)”	0 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 – Sinto-me fatigado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho	0 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 – Posso facilmente compreender como é que os meus doentes se sentem em relação às coisas	0 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 – Sinto que trato alguns doentes como se fossem objectos impessoais	0 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 – Trabalhar com pessoas todo o dia constitui realmente uma pressão para mim	0 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

7 – Lido de forma muito eficaz com os problemas dos meus doentes	0 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 – Sinto-me esgotado(a) com o meu trabalho	0 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9 – Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho	0 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10 – Tornei-me mais insensível com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão	0 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11 – Preocupa-me me o facto deste trabalho me estar a tornar mais “duro(a)” ou “rígido(a)” do ponto de vista emocional	0 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 – Sinto-me muito energético(a)	0 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13 – Sinto-me frustrado(a) com o meu trabalho	0 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14 – Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu emprego	0 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15 – Não me interessa realmente o que acontece a alguns dos meus doentes	0 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<p>16 – Trabalhar directamente com pessoas gera-me demasiado stress</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>17 – Sou capaz de criar facilmente um ambiente relaxado com os meus doentes</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>18 – Sinto-me contente depois de trabalhar “de perto” com os meus doentes</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>19 – Neste emprego consegui muitas coisas que valeram a pena</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>20 – Sinto-me como se estivesse no limite das minhas capacidades</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>21- No meu trabalho lido muito calmamente com os problemas emocionais</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>22 – Sinto que os meus doentes me culpam por alguns dos seus problemas</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

Muito Obrigado!

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde
2008/2009
ISCTE

QUESTIONÁRIO
“ÁREAS DA VIDA LABORAL”

Adaptado de
“Areas of Worklife Scale Manual”
4th edition - 2006
Michael P. Leiter
Christina Maslach

Questionário “Áreas da Vida Laboral”

As seguintes afirmações pretendem avaliar a forma como encara a sua vida laboral.

Ao preencher o quadrado da direita use a escala de classificação que se segue:

Discordo totalmente	Discordo	Difícil de decidir	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

1	Eu não tenho tempo para fazer o trabalho que tem que ser feito.	
2	Eu trabalho intensamente por períodos prolongados de tempo.	
3	Depois do trabalho, eu chego em casa cansado(a) demais para fazer aquilo que gostaria de fazer.	
4	Eu tenho tanto trabalho para fazer no meu emprego que isso acaba por me afastar dos meus interesses pessoais.	
5	Eu tenho tempo suficiente para fazer o que é importante no meu emprego.	
6	Eu esqueço o meu trabalho quando vou para casa no final do dia.	
7	Eu tenho controlo sobre o que faço no meu trabalho.	
8	Eu consigo influenciar a administração para obter os equipamentos e espaço de que preciso para meu trabalho.	
9	Eu tenho autonomia profissional/independência no meu trabalho.	
10	Eu recebo reconhecimento dos outros pelo meu trabalho.	
11	Meu trabalho é apreciado.	
12	Meus esforços geralmente passam despercebidos.	
13	Eu não sou reconhecido(a) por tudo aquilo com que contribuo.	
14	No meu local de trabalho as pessoas confiam umas nas outras para cumprir suas funções.	
15	Eu sou membro de um grupo de trabalho encorajador.	
16	Os membros do meu grupo de trabalho cooperam uns com os outros.	

Discordo totalmente	Discordo	Difícil de decidir	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

17	Os membros do meu grupo de trabalho comunicam de forma aberta.	
18	Eu não me sinto chegado aos meus colegas.	
19	Os recursos são distribuídos de forma justa no meu local de trabalho	
20	As oportunidades são oferecidas somente com base no mérito.	
21	Há formas eficazes de recurso quando eu questiono a justiça de uma decisão.	
22	A administração trata todos os funcionários de forma justa.	
23	O favoritismo determina como as decisões são tomadas no trabalho.	
24	Não é o que se sabe, mas quem se conhece que determina uma carreira no meu local de trabalho	
25	Meus valores e os valores da Organização são similares.	
26	Os objectivos da Organização influenciam as minhas actividades laborais quotidianas.	
27	Meus objectivos de carreira pessoais são consistentes com os objectivos defendidos pela Organização.	
28	A Organização está comprometida com a qualidade.	
29	Trabalhar aqui obriga-me a comprometer os meus valores	

Muito Obrigado!

**CORE SELF EVALUATION
DEVELOPED BY JUDGE, EREZ, BONO, & THORESON (2003)**

Abaixo estão várias declarações com as quais você pode concordar ou discordar. Usando a escala de resposta abaixo, indique o seu nível de concordância ou discordância com cada declaração. Escreva o seu nível de concordância na coluna da esquerda (por exemplo, escrever um número, 1-5, na coluna da esquerda).

Escala de Avaliação

- 1 Discordo completamente
- 2 Discordo
- 3 Neutral
- 4 Concordo
- 5 Concordo completamente

Sua Resposta	Item No.	Questão	Pontuação
_____	1	Estou confiante que obtenho o sucesso que mereço	_____
_____	2	Às vezes sinto-me deprimido	_____
_____	3	Quando tento, geralmente tenho sucesso	_____
_____	4	Por vezes, quando falho, sinto-me inútil	_____
_____	5	Completo tarefas com êxito	_____
_____	6	Às vezes não me sinto no controle do meu trabalho	_____
_____	7	No geral, estou satisfeito comigo mesmo	_____
_____	8	Tenho dúvidas sobre a minha competência	_____
_____	9	Eu determino o que vai acontecer na minha vida	_____
_____	10	Eu não me sinto no controle do meu sucesso na minha carreira	_____
_____	11	Eu sou capaz de lidar com a maioria dos meus problemas	_____
_____	12	Há momentos em que as coisas me parecem bastante sombrias e sem esperança	_____

Muito Obrigado!