



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

**A Síndrome de *Burnout*
e a Gestão de Conflitos
na Classe Profissional dos Enfermeiros**

Jorge Manuel Ramos da Silva

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Gestão Unidades de Saúde

(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professor Doutor António João Santos Nunes

Covilhã, Junho de 2012



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

**A Síndrome de *Burnout*
e a Gestão de Conflitos
na Classe Profissional dos Enfermeiros**

Jorge Manuel Ramos da Silva

*Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde,
realizada sob orientação do Professor Doutor António João
Santos Nunes, do Departamento de Gestão e Economia da
Universidade da Beira Interior*

Covilhã, Junho de 2012

Dedicatória

O presente trabalho, é dedicado a todos os Enfermeiros, por muitos considerados como os Anjos na Terra e que junto dos doentes não prestam apenas cuidados, mas dão igualmente o seu coração!

Agradecimentos

Agradeço ao Senhor Professor Doutor António João Santos Nunes orientador desta dissertação e à Senhora Professora Doutora Anabela Almeida, pela disponibilidade e paciência que sempre tiveram.

Agradeço o apoio incondicional e compreensão da minha família.

Agradeço aos meus amigos de coração que os tenho como família para mim: Pedro, Liliana, David, Amélia, João Luís, Cristina, Rui, Jorge, Mónica.

Agradeço aos meus colegas de emprego pelo apoio, incentivo, tolerância e preocupação desde o início do Mestrado.

Agradeço aos meus colegas de grupo de trabalho durante o mestrado, Diogo, Rolanda, Inês e especialmente David e Ana Filipa.

Agradeço ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde da Guarda, por terem autorizado a realização deste estudo nas suas instituições.

Agradeço à Inês Fonseca pela ajuda prestada no tratamento informático e estatístico dos dados.

Agradeço especialmente a todos os enfermeiros que tiveram a sobriedade, tempo disponível e paciência, no momento do preenchimento dos questionários.

Resumo

A síndrome de *burnout* caracteriza-se por se dividir em 3 dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, que remetem para um estado de insatisfação, fadiga física e emocional, sentimentos de vazio e de fracasso pessoal, ao sentir-se que as expectativas iniciais não se realizaram, pois a realidade profissional revelou ser muito diferente do que inicialmente foi idealizada. É uma doença característica de profissões baseadas numa relação de ajuda, típica dos profissionais de saúde. Uma das muitas consequências mais comuns que podem advir, são os conflitos interpessoais.

Este tipo de conflitos ocorre entre duas ou mais pessoas, que estão em lados opostos. Rahim e Bonoma, (1979) classificaram a postura ou o estilo adotado por cada indivíduo, que lhe permite gerir conflitos em: colaboração (alto interesse próprio e alto interesse pelos outros); acomodação (baixo interesse próprio e alto interesse pelos outros); dominação (alto interesse próprio e baixo interesse pelos outros); evitação (baixo interesse próprio e baixo interesse pelos outros); e compromisso (interesse intermédio pelo próprio e pelos outros).

Esta investigação teve como amostra, 272 profissionais de enfermagem (171 enfermeiras e 101 enfermeiros), a desempenharem funções na ULS da Guarda. Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram: um questionário de dados sócio demográficos e profissional, a escala *Maslach Burnout Inventory* (MBI) que permite avaliar os índices de *burnout*, a escala *Rahim Organizational Conflict Inventory-II* (ROCI-II) que permite averiguar quais os estilos de gestão de conflitos mais usuais na amostra, tendo sido posteriormente efetuado tratamento estatístico com o programa SPSS versão 19.

Entre outros resultados salientaram-se: maiores índices de *burnout* em profissionais de enfermagem que prestam cuidados de saúde diferenciados; maiores índices em profissionais do sexo feminino que em profissionais do sexo oposto. O tipo de gestão de conflitos mais observado na fase inicial da carreira foi o de colaboração, seguido do evitamento.

Palavras-chave:

Burnout na enfermagem, conflitos nas relações de trabalho na enfermagem

Abstract

The burnout syndrome is characterized by splitting into three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment, which refer to a state of dissatisfaction, emotional and physical fatigue, feelings of emptiness and personal failure, felt when the initial expectations were not held, because the professional reality is very different from what was initially conceived. It is a disease characteristic of professions based on the aid relationship, typical of health professionals. One of the many consequences that can come more common, are interpersonal conflicts.

This kind of conflict exists between two or more persons that are on opposite sides. Rahim and Bonoma (1979) classified the posture or the style adopted by each individual, allowing to manage conflicts: collaboration (high self-interest and high interest in others), accommodation (low self-interest and high interest in others); domination (high self-interest and low interest in others), avoidance (low self-interest and low interest in others) and commitment (through interest by himself and by others).

This investigation had as sample, 272 nursing staff (171 nurses and 101 nurses), performing functions in ULS Guarda. The data collection instruments used, were a questionnaire of sociodemographic and professional data, the scale Maslach Burnout Inventory (MBI) for estimating the rates of burnout, the scale Rahim Organizational Conflict Inventory-II (ROCI-II) which allows ascertaining the management styles of conflicts more customary in the sample was subsequently performed statistical analysis using SPSS version 19.

Among other findings are highlighted: higher rates of burnout among nursing professionals who provide health care differentiated; highest levels in professional female professionals than in the opposite sex. The type of conflict management more observed in the initial phase of their career was the collaboration, followed by avoidance.

Key-words:

Burnout in nursing, Conflicts in labor relations in nursing

Índice

Introdução.....	1
1 - Conceptualização da Síndrome de <i>Burnout</i>	3
1.1 - Evolução temporal do conceito de <i>Burnout</i>	5
1.1.1 - Abordagem clínica (1974-1980)	5
1.1.2 - Abordagem empírica (década de oitenta, século XX)	6
1.1.3 - Abordagem fundamentada na teoria (década de noventa, século XX)	6
1.1.4 - Abordagem positiva (ano 2000-....)	6
1.2 - A Síndrome de <i>Burnout</i> na enfermagem	7
1.3 - As Abordagens da Síndrome de <i>Burnout</i>	8
1.3.1 - Abordagem individual.....	8
1.3.2 - Abordagem interpessoal	9
1.3.3 - Abordagem organizacional	9
1.3.4 - Abordagem societal	10
1.4 - Conflitos como consequência da Síndrome de <i>Burnout</i>	10
2 - Os Conflitos	11
2.1 - Os níveis de classificação dos conflitos	11
2.2 - Estilos de gestão de conflitos	12
2.3 - A escalada de um conflito	13
2.4 - Causas do conflito.....	14
2.5 - Potenciais efeitos positivos e negativos do conflito	15
2.6 - Os conflitos em enfermagem.....	16
3 - Metodologia.....	17
3.1 - Tipo de estudo	17
3.2 - Tipo de amostragem	17
3.3 - Procedimento de recolha de dados	18
3.4 - Objetivos e caracterização da organização	19
3.5 - Variáveis	20
3.6 - Hipóteses	20

3.7 - O instrumento de colheita de dados.....	23
4 - Análise estatística	26
4.1 - Análise dos dados do questionário sociodemográfico.....	26
4.2 - Análise do questionário Maslach Burnout Inventory (MBI)	28
4.2.1 - Consistência interna	31
4.3 - Análise do questionário de estratégias de gestão de conflitos.....	31
4.3.1 - Consistência interna	33
4.4 - Verificação das hipóteses formuladas	34
5 - Discussão dos resultados	41
6 - Considerações finais.....	45
7 - Limitações e futuras investigações	47
Bibliografia.....	48
Anexos	

Lista de figuras

Figura nº1 - Modelo bidimensional explicativo dos estilos de gestão de conflitos de Rahim e Bonoma	13
--	----

Lista de gráficos

Gráfico nº 1- Distribuição dos inquiridos segundo o sexo	26
Gráfico nº 2 - Distribuição dos inquiridos segundo o tipo de cuidados prestados	28

Lista de tabelas

Tabela nº 1 - Sintomas de <i>burnout</i> nos “profissionais de ajuda”	4
Tabela nº 2 - A escalada de um conflito	14
Tabela nº 3 - Aspectos negativos e positivos dos conflitos	15
Tabela nº 4 - Pontuação da escala MBI-HSS	24
Tabela nº 5 - Distribuição dos inquiridos segundo a idade	26
Tabela nº 6 - Distribuição dos inquiridos segundo o escalão etário	27
Tabela nº 7 - Distribuição dos inquiridos segundo o estado civil	27
Tabela nº 8 - Distribuição dos inquiridos segundo o tempo de exercício profissional	28
Tabela nº 9 - Estatísticas relativas às respostas ao MBI das três dimensões do <i>burnout</i>	30
Tabela nº 10 - Estatísticas relativas às respostas ao MBI dos níveis do <i>burnout</i>	30
Tabela nº 11 - Estatísticas relativas à consistência interna MBI	31
Tabela nº 12 - Estatísticas relativas aos cinco estilos de gestão de conflitos	33
Tabela nº 13 - Estatísticas relativas à consistência interna das estratégias de gestão de conflitos	33
Tabela nº 14 - Estatísticas descritivas relacionando o tipo de cuidados prestados com as dimensões do <i>burnout</i>	35
Tabela nº 15 - Testes de Mann-Whitney relacionando o tipo de cuidados prestados com as dimensões do <i>burnout</i>	35
Tabela nº 16 - Estatísticas descritivas relacionando os cinco estilos de gestão de conflitos... ..	36
Tabela nº 17 - Estatísticas descritivas relacionando os estilos de gestão de conflitos com a idade	37
Tabela nº 18 - Testes de Mann-Whitney relacionando os estilos de gestão de conflitos com a idade	37
Tabela nº 19 - Estatísticas descritivas relacionando o sexo com as dimensões do <i>burnout</i>	38
Tabela nº 20 - Testes de Mann-Whitney relacionando o sexo com as dimensões do <i>burnout</i> ..	39
Tabela nº 21 - Estatísticas descritivas relacionando os anos de serviço com as dimensões do <i>burnout</i>	40
Tabela nº 22 - Resumo dos níveis <i>burnout</i> ao longo da carreira	40
Tabela nº 23 - Testes de Mann-Whitney relacionando os anos de serviço e as dimensões do <i>burnout</i>	40

Lista de acrónimos

CSD - Cuidados de Saúde Diferenciados

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DSP - Despersonalização

EE - Exaustão Emocional

H - Hipótese

MBI - Maslach Burnout Inventory

MBI-HSS - Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey

OMS - Organização Mundial de Saúde

ROCI - Rahim Organizational Conflict Inventory

RP - Realização Pessoal

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UBI - Universidade da Beira interior

ULS- Unidade Local de Saúde

Introdução

Durante o crescimento pessoal de cada indivíduo, este projeta-se frequentemente no futuro, criando expectativas, traçando objetivos de vida e ambições, não só a nível pessoal, mas também profissional. Segundo Dias e Di Lascio (2003), os profissionais procuram a sua autorrealização, através de objetivos e metas pessoais. No entanto nem tudo o que se projetou ou idealizou, se torna realidade ou se concretiza. Tecedeiro (2010:311), refere mesmo que “o desajustamento entre expectativas e realidade, cria um conflito interno que desgasta as energias e reduz a vitalidade e a capacidade de funcionar”, a que Freudenberg (1974) chamou de *Burnout*, caracterizando-o como o estado de fadiga ou frustração causado pela devoção a uma causa, modo de vida ou relacionamento que falhou na produção da recompensa esperada, originando alterações emocionais que comportam sentimentos de vazio e de fracasso pessoal ou incapacidade para o trabalho (Queirós 2005).

A síndrome de *burnout* foi reconhecida por Delbrouck (2006), como sendo uma doença característica de profissões baseadas numa **relação de ajuda** muito habitual nos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos), bombeiros, entre outros.

Outros autores notabilizaram-se no desenvolvimento do conceito inicialmente criado por Freudenberg, entre os quais Maslach e Jackson (1997), consideram essa síndrome como uma resposta inadequada a um *stress* emocional crónico, caracterizado como uma síndrome de: **Exaustão Emocional** (sensação de não poder dar mais de si aos outros); **Despersonalização** (distanciamento para com os utentes e para com os colegas de trabalho); **Diminuição da Realização Pessoal**;

Vários autores parecem apontar os conflitos como uma das consequências da síndrome de *burnout*, Ramos (2001), Gil-Monte (2002) e Spooner-Lane (2004).

Segundo Schemerhorn, Hunt e Osborn (1999), existe conflito sempre que existirem desacordos numa situação social ou sempre que um antagonismo emocional cria um atrito entre pessoas ou grupos. Chiavenato (1998), defende que a ausência de conflitos pode provocar acomodação e estagnação, conotando-se assim este conceito negativamente, se bem que novas visões de pensamento abordam os conflitos numa vertente positiva. Schemerhorn, Hunt e Osborn (1999), expõem que os conflitos interpessoais ocorrem entre duas ou mais pessoas que estão em lados opostos.

Com a realização deste trabalho de investigação, pretendeu-se estudar o *burnout* e os conflitos nos profissionais de enfermagem, sendo a questão de investigação: “Quais os níveis de *Burnout* e os estilos de Gestão de Conflitos que lhes estão associados, nos enfermeiros da ULS da Guarda?” A amostra foi constituída por 272 elementos a exercer funções na Unidade Local de Saúde da Guarda (ULS). De forma a colher a informação necessária, foi elaborado um questionário englobando 3 partes diferentes: a primeira é constituída por questões que permitem fazer uma caracterização sociodemográfica da amostra, a segunda constituída pelo

A Síndrome de Burnout e a Gestão de Conflitos na Classe Profissional dos Enfermeiros

MBI-HSS que avalia o *burnout* nas suas várias dimensões, e a terceira constituída pela ROCI-II que permite avaliar os tipos de gestão de conflitos mais usuais.

Com o fim de orientar a investigação formulou-se o seguinte objetivo geral: “conhecer com profundidade os níveis de *Burnout* e a forma de gerir os Conflitos na classe de Enfermagem da ULS da Guarda”, cuja concretização pode contribuir positivamente para a melhoria do ambiente organizacional e para a melhoria dos serviços de saúde prestados aos utentes.

Para se concretizar o objetivo geral subdividiu-se em objetivos específicos, sendo eles:

- Averiguar em qual dos dois tipos de cuidados: CSP e CSD, os profissionais de enfermagem possuem os níveis de *burnout* mais elevados;
- Identificar qual o sexo mais vulnerável à síndrome em estudo;
- Conhecer quais os estilos de gestão de conflitos mais utilizados;
- Identificar o nível de *burnout* predominante.

Para se cumprirem os objetivos formulados estruturou-se o trabalho em duas partes.

Na primeira parte encontra-se uma profunda pesquisa bibliográfica, para um adequado enquadramento das temáticas em análise, a síndrome de *burnout* e os estilos de gestão de conflitos. Na segunda parte apresenta-se o estudo empírico, onde inicialmente se descreve a metodologia utilizada e os objetivos propostos, e posteriormente, se apresentam os resultados obtidos, a respetiva discussão e as conclusões finais.

1 - Conceptualização da Síndrome de *Burnout*

Foi na década de 70, do século XX, nomeadamente em 1974/1975, que Herbert Freudenberg observou que muitos dos voluntários com quem trabalhava em unidades de saúde, apresentavam uma perda gradual das emoções, da motivação e do empenhamento acompanhado de sintomas físicos e mentais, notando um particular estado de exaustão.

Freudenberg (1974), apelidava estas pessoas de gente idealista mas que acabava cansada, desesperada, sendo que no final necessitavam de mais ajuda do que aqueles que cuidavam, isto de acordo com o que foi documentado por Castro, Paredes e Vitória (2004), citados por Queirós (2005). Para descrever este estado geral, Freudenberg (1974) passou a empregar uma terminologia que era habitualmente utilizada, quando se queria referir ao efeito crónico de abuso de drogas: o *Burnout*.

Autores como Schaufeli e Greenglass (2001), definem o *burnout* como o estado de exaustão físico, emocional e mental, que resulta de um envolvimento a longo prazo com situações de trabalho que são emocionalmente exigentes.

Freitas (1999), recorre a uma metáfora para sugerir que o termo *burnout* define um estado de cansaço físico e mental, que ocorre em inúmeros profissionais, fazendo lembrar uma imagem de uma vela ou fogueira que se apaga, ou até mesmo da bateria descarregada.

Na década de 80, as primeiras investigações sobre *burnout*, revelaram resultados inesperados e relativamente alarmantes. Alvarez *et al.* (1993), citados por Queirós (2005), referem que:

- Os sintomas apareciam em grupos profissionais em que se pensava que não constituiriam populações de alto risco, uma vez que se tratavam de pessoas com tarefas consideradas vocacionais em que se acreditava que não seriam atingidas, pois as atividades profissionais que desempenhavam, pareciam à partida gratificantes desde o nível mais pessoal, ao nível mais social;

- Comprovou-se que tinha uma incidência maciça sobre pessoas com personalidades aparentemente ajustadas e equilibradas;

- Verificavam-se importantes perdas de recursos humanos e económicos, que se traduziam em baixas por doença e em diminuições da motivação (o que conduzia a uma consequente diminuição da produtividade).

Esta síndrome, numa fase inicial foi definida por Maslach e Jackson (1981) como uma síndrome psicológica de **Exaustão Emocional**, **Despersonalização** e diminuição da **Realização Pessoal**, verificando-se principalmente em profissionais que trabalhavam ou lidavam com pessoas que estabeleciam relações de ajuda. Adota, nos dias de hoje, uma “dimensão mais abrangente, sendo redefinido como uma crise nas relações com o trabalho”, sendo que as

A Síndrome de *Burnout* e a Gestão de Conflitos na Classe Profissional dos Enfermeiros

suas principais manifestações são a exaustão emocional e física, o cinismo e a ineficácia profissional (Loureiro, Pereira, Oliveira e Pessoa 2008).

Loureiro *et al.* (2008), citam Parreira e Sousa (2000), concordando estes com os principais pioneiros desta temática como Freudenberg e Maslach, ao afirmarem que as profissões predominantemente relacionadas com um contacto interpessoal mais exigente (tais como enfermeiros, médicos, professores, assistentes sociais e outros) estão submetidas a um *stress* crónico, por enfrentarem enormes exigências psicológicas devido à complexidade do seu trabalho e por se encontrarem submetidas a uma contínua exposição a fatores de risco de natureza diversa. Parece haver uma concordância entre vários autores, de que o *burnout* está efetivamente ligado a profissionais de saúde, que deixaram de sentir interesse, empatia e até mesmo o próprio respeito pelos utentes (Maslach e Jackson, 1981).

Perspetivas mais recentes assumem uma visão sintética da síndrome de *burnout*, mantendo como base aquilo que os primeiros autores desta questão enunciavam. Castro, Paredes e Vitória (2004), ao mostrarem que os trabalhadores que tivessem um contacto direto com pacientes, alunos, clientes, beneficiários de algum serviço, ou utilizadores em geral, e cujas solicitações ultrapassavam a sua capacidade de desempenho profissional, estavam sujeitos a sofrer de **Síndrome de Burnout**, ou **Síndrome de Stress Crónico Laboral** ou ainda **Síndrome de Desgaste Profissional**.

Foi proposto por Oliveira (2008), uma divisão dos sintomas ou manifestações do *burnout*, em dois níveis: **Individual** e **Organizacional**. Sendo assim, a nível **individual** destaca-se a sintomatologia física associada à fadiga, diminuição do empenhamento, vazio, depressão e a diminuição da autoestima. A nível **organizacional** é frequente encontrar nos indivíduos com *burnout* uma diminuição da qualidade da prestação de serviços, insatisfação laboral, altos níveis de absentismo, diminuição de interesse, aumento de conflitos laborais com utentes colegas de trabalho e supervisores, e diminuição da qualidade de vida laboral (Maslach, 2006), citado por (Forte, 2009).

Tabela n.º 1 - Sintomas de *burnout* nos “profissionais de ajuda”

Físicos	Comportamentais	Psicológicos	Clínicos
-Fadiga	-Perda de entusiasmo	-Depressão	-Cinismo e
-Irritabilidade	-Atrasos no trabalho	-Diminuição da auto-estima	hostilidade face
-Dores de cabeça	-Alheamento durante	-Pessimismo e culpa	aos doentes
-Problemas	horas	-Perda de objectivo	-Gritar com os
gastrointestinais	-Frustração e raiva	-Vazio	doentes
-Insónias	-Afastamento dos colegas	-Diminuição de	
-Dores nas costas	-Irritação face aos	empenhamento	
-Alterações de peso	colegas		

Fonte: Groch, Olsen(1994) citados por Correia (1997:7), *When Helping Starst to Hurt. A new book at burnout among Psychoterapist*

Groch e Olsen (1994), citados por Correia (1997), como se pode ver através do esquema acima representado na tabela nº1, explicam que o *burnout* se revela através de manifestações: **físicas** (fadiga, insónias e alterações de peso), **comportamentais** (perda de entusiasmo, afastamento dos colegas, atrasos no trabalho e alheamento), **psicológicas** (diminuição da autoestima, diminuição de empenhamento, pessimismo, culpa e depressão) e **clínicas** (hostilidade e cinismo face aos doentes).

Castro, Paredes e Vitória (2004) explicaram que quem padece desta síndrome, para além de sentir-se cansado, desiludido, mal-humorado e até agressivo, converte-se de forma progressiva em mau trabalhador, porque se entusiasmou a um propósito, a uma tarefa, a um trabalho, no entanto com o passar do tempo, os seus esforços não foram recompensados tal como esperava, conseguindo uma situação gravemente deteriorada em aspetos de tipo pessoal, laboral e social.

1.1 - Evolução temporal do conceito de *Burnout*

Pinto e Chambel (2008), consideram que o estudo do *burnout* foi delimitado desde a sua constituição, por uma linha de tensão entre duas tradições fundamentais, a da psicologia clínica e da psicologia social e a das organizações, que contribuíram para o molde e definição da síndrome em estudo. Considerando-se os grandes períodos de evolução do conceito de *burnout*, os mesmos autores sugerem uma caracterização de cada um destes períodos como a seguir se descreve.

1.1.1 - Abordagem clínica (1974-1980)

Uma vez efetuada a sua introdução, nomeadamente por dois dos maiores pioneiros de toda esta temática: Freudenberg (1974) e Maslach (1976), suscitou muito interesse por parte da população em geral e, em particular dos profissionais afetados. Nesta fase ainda muito precoce, descreveram-se os sintomas manifestados como consequência do *burnout*, que Schaufeli e Enzmann (1998), citados por Pinto e Chambel (2008), categorizaram em cinco grupos:

- **Sintomas afectivos:** humor depressivo, perda de controlo emocional e irritabilidade;
- **Sintomas cognitivos:** baixa-estima, difícil concentração e tomada de decisão;
- **Sintomas físicos:** fadiga crónica, susceptibilidade a infeções virais e hipertensão;
- **Sintomas comportamentais:** hiperatividade, propensão para acidentes, isolamento social, redução de eficácia e produtividade profissional;
- **Sintomas motivacionais:** desilusão, perda de motivação, entusiasmo e empenho.

1.1.2 - Abordagem empírica (década de oitenta, século XX)

A síndrome de *burnout* é considerada uma importante problemática que assola os profissionais de ajuda. Schaufeli e Enzmann (1998), referiram que o estudo desta síndrome tornou-se mais estruturado e rigoroso metodologicamente, devido à adoção de questionários estandardizados, dos quais se torna uma referência o MBI (*Maslach Burnout Inventory*).

Estudos desta época, revelaram que os profissionais de ajuda são os mais afetados e que a exposição a fatores como sobrecarga de trabalho, pressão do tempo, falta de apoio social e conflito, entre outros, é propensa ao aparecimento de *burnout*.

1.1.3 - Abordagem fundamentada na teoria (década de noventa, século XX)

Estabeleceram-se relações causais entre o *burnout*, os fatores que o provocam e as suas consequências. Assistiu-se também a uma tendência em alargar o campo de estudo desta síndrome a outras profissões. Sendo assim, elaborou-se uma nova versão do MBI, o MBI - *General Survey*, bem como, se reformulou o conceito inicial, expressa pela introdução de conceitos como exaustão ou esgotamento emocional, cinismo ou desumanização da relação com o outro e sentimento de insucesso profissional (Maslach e Leiter, 1997).

1.1.4 - Abordagem positiva (ano 2000-...)

A síndrome de *burnout* tem sido relacionada a consequências negativas para a organização, das quais se destacam: o aumento do absentismo, a diminuição do compromisso com a organização e a baixa produtividade (Andrade, Carvalho e Polido, 2010).

Os autores atrás referidos, realçam a existência de duas facetas do bem-estar em contexto laboral, uma negativa relacionada à doença, à tensão e ao *stress* e outra positiva relacionada com o *engagement*, a satisfação e a motivação. Maslach e Leiter (1997), citados por Pinto e Chambel (2008), afirmam que o *burnout* se encontra “num contínuo bem-estar” cujo polo-oposto se refere ao *engagement*, definindo este conceito como energia, implicação e eficácia no local de trabalho, sendo que estas três dimensões, se assumem como opostas ao *Burnout*.

Assim, o *burnout* e o *engagement* constituem polos opostos, sendo que à exaustão se opõe o vigor; ao cinismo a dedicação; e à perda de eficácia a concentração no trabalho.

1.2 - A Síndrome de *Burnout* na enfermagem

O interesse inicial do *burnout* de acordo com Shirom (1989), ocorreu nas profissões de ajuda, como enfermeiros, médicos, bombeiros, sendo que estas profissões encontram o núcleo central do seu trabalho nas relações humanas, o que aumenta a tensão emocional crónica e o esforço excessivo, devido ao contacto continuado e exaustivo com outras pessoas.

Num relatório publicado pela OMS (1999), comprova-se que nas diversas categorias profissionais que prestam cuidados, o *burnout* apresenta níveis mais elevados na enfermagem, isto, num estudo comparativo entre médicos, enfermeiros e farmacêuticos, estando intimamente relacionado com o excesso de carga de trabalho, o não reconhecimento dos problemas existentes e os conflitos latentes.

Maslach (1993), citado por Parreira e Sousa (2000), e Martín *et al.* (1994), citado por Queirós (2005), referem que os enfermeiros são comprovadamente um dos grupos profissionais de maior risco, por ser também considerada uma profissão carregada de fortes emoções, pelo confronto diário com situações de dor, sofrimento, morte, lidar com doentes “difíceis”, bem como, por dar más notícias aos doentes ou à família.

É referido por Ribeiro (2009), que a enfermagem é o grupo profissional (de entre os que integram o sector da saúde) com maior representatividade em Portugal, sendo perfeitamente aceitável a ideia de se assumir como um pilar fundamental para a saúde em geral da população. Será então natural concordar-se com Pinto, Santos e Saraiva (2009:33), quando referem que “a síndrome de *burnout* é uma realidade atual dos enfermeiros portugueses”, devido ao papel central que desempenham.

É de esperar que um enfermeiro esteja permanentemente preocupado com os outros, revelando sentimentos de solidariedade, espírito de sacrifício, dedicação, entrega, comunicação calorosa, sendo que ao mesmo tempo se tornam tão dependentes dos problemas dos outros que não têm tempo para identificar e controlar os seus próprios problemas (Loff, 1996).

Existem muitos e diversos estudos que se debruçaram sobre o estudo do *burnout* nos enfermeiros, Harris (1989), citado por Hillhouse e Adler (1996), refere que os enfermeiros experienciam taxas elevadas de mortalidade, incluindo mortes por suicídio, doenças relacionadas com *stress*, absentismo, internamentos em serviços psiquiátricos e doenças físicas, comparativamente à população em geral.

Vives (1994), apresentou uma classificação dos fatores associados à origem da síndrome de *burnout* na classe profissional dos enfermeiros, a saber:

- **Ambientais:** tipo de serviço e condições físicas; estado geral dos doentes e tipo de cuidados a prestar; exigências de preparação e especialização;
- **Relacionais:** más relações com superiores, subordinados e colegas; ordens contraditórias recebidas; limitação da autonomia pessoal; falta de informação médica;

- **Burocráticos:** má organização e distribuição de tarefas; elevada carga de papéis a preencher; horário inflexível e sobrecarregado; aumento de responsabilidades administrativas sem recompensa e reconhecimento;

- **Profissionais e inerentes ao desempenho:** percepção de insuficiente preparação profissional; constante lidar com o sofrimento e a morte; medo de errar; vencimentos baixos; promoção aquém das expectativas;

- **Relacionados com a pressão e a exigência:** escassez de pessoal; solicitação de presença em vários sítios ao mesmo tempo; prazos impostos; pressão dos familiares.

Hillhouse e Adler (1996), resumem o que foi descrito neste subcapítulo, quando se referem a alguns potenciais **fatores causadores** de *burnout* nos enfermeiros: sobrecarga de trabalho, fraca comunicação com os colegas, lidar com morte, constantes exigências dos doentes e familiares e frequentes mudanças de ambiente ou local de trabalho. Ainda os mesmos autores explicam que estas situações podem ter como **consequências**, mudanças de comportamento, diminuição de performance laboral, uso e abuso de drogas e álcool, atrasos na chegada ao trabalho, absentismo, acarretando enormes custos humanos e financeiros.

1.3 - As Abordagens da Síndrome de *Burnout*

Tal como com a grande parte dos conceitos estudados pelas ciências sociais, não existe apenas uma teoria que explique toda a temática envolvente ao *burnout*, mas sim uma diversidade delas que se complementam. Na impossibilidade de aprofundar todos os modelos, recorreu-se à sistematização elaborada por Pinto e Chambel (2008). Para cada abordagem, apenas será caracterizado o modelo conceptual ou autor que mais contribuiu para clarificar essa mesma abordagem.

1.3.1 - Abordagem individual

Procura-se dar especial ênfase a variáveis e processos pessoais. O indivíduo que entra em *burnout*, apresenta inicialmente uma autoimagem idealizada, com expectativas e ambições pessoais elevadas, competente, dinâmico, inesgotável, tentando agir ativamente, mas quando os resultados esperados não são alcançados (Pinto e Chambel, 2008), com o passar do tempo entra num estado de frustração.

Edelwich e Brodsky (1980), referem as fontes dessa mesma frustração como sendo: a ausência de critérios de eficácia profissional; o baixo salário independentemente do nível educacional, de competência ou de responsabilidade assumida. O processo de *burnout*, neste tipo de abordagem, é descrito em quatro fases de desilusão gradual (Edelwich e Brodsky, 1980):

- **Entusiasmo inicial:** elevadas expectativas e boas perspetivas futuras;
- **Estagnação:** a perceção da realidade profissional leva a um ajustamento das expectativas iniciais, o profissional continua a desempenhar as suas funções mas começa a valorizar outras necessidades, tais como, dinheiro, carro, amigos, uma família e casa;
- **Frustração:** como nem as expectativas idealizadas nem as necessidades pessoais, são satisfeitas, a pessoa levanta dúvidas quanto à sua eficácia profissional;
- **Apatia:** a distância física e mental desenvolve-se como mecanismo de defesa contra a frustração crónica, manifestando cinismo, negativismo, absentismo e isolamento social.

1.3.2 - Abordagem interpessoal

Esta abordagem integra o modelo geral explicativo do *burnout*. Procura descrever a importância das relações interpessoais que se estabelecem a nível profissional, no que diz respeito ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*.

Foi com este modelo tridimensional que, Maslach e Jackson (1981), melhor explicaram esta síndrome na sua globalidade:

1 - Exaustão emocional - a exaustão emocional é tão física quanto psíquica. Torna-se cada vez mais difícil lidar com os doentes, sendo que o profissional sente fadiga no trabalho provocando uma sensação de vazio, não melhorando com o repouso. Observam-se explosões emocionais como crises de nervos e fúria, mas também certas dificuldades na concentração.

2 - Despersonalização - os profissionais distanciam-se dos colegas de trabalho, formando uma barreira, estabelecendo também distâncias entre si e os utentes. Os profissionais que se encontram neste nível diminuem o tempo que passam no local de trabalho, reduzem a energia e empenho ao mínimo que investem na profissão.

3 - Diminuição de Realização Pessoal - consequência dos níveis anteriores, esta diminuição da realização pessoal é dolorosa. Expressa-se mediante o sentimento de não se ser útil, de já não se fazer um bom trabalho, bem como, de frustração. As consequências começam por absentismo, fuga ao trabalho e vontade de mudar de profissão.

A síndrome de *burnout* assume assim, a faceta de processo que apresenta uma sequência, na qual se sucedem a exaustão emocional resultante das exigências da relação de ajuda; a despersonalização como experiência infrutífera de lidar com a exaustão emocional e, por último, o sentimento de não realização pessoal no trabalho.

1.3.3 - Abordagem organizacional

Cherniss (1995) diz que esta síndrome é resultado da experiência derivada do *stress* laboral. Os componentes fulcrais deste modelo são as **fontes de stress profissional** (crise de competência, perda de autonomia, dificuldades na relação com os doentes, dificuldades de

realização profissional, falta de apoio dos colegas), derivadas de um conjunto de **fatores organizacionais** (elevada sobrecarga de trabalho; trabalho muito rotineiro e pouco estimulante; rigidez das regras e regulamentos; desajustamento entre os objetivos da instituição e os valores pessoais dos profissionais) e **fatores de ordem pessoal** (como as relações familiares ou com os amigos).

1.3.4 - Abordagem societal

Meyerson (1994) foi um dos autores que mais contribuiu para o desenvolvimento desta abordagem. O seu princípio básico diz-nos que a síndrome, nesta abordagem, está intimamente ligada ao ambiente social e cultural dominante, tanto na instituição de trabalho em si, como na sociedade propriamente dita.

1.4 - Conflitos como consequência da Síndrome de *Burnout*

As relações interpessoais assumem enorme importância no desempenho e na rotina diária de um enfermeiro, adotando grande destaque as dicotomias relacionais, enfermeiro/doente e enfermeiro/outro profissional.

Foi referido por Goleman (2009), que as relações interpessoais representam uma das componentes mais importantes para a inteligência emocional, para além do autoconhecimento, empatia, motivação, autocontrolo. O mesmo autor assume como parte integrante das relações interpessoais:

- A persuasão;
- As competências de liderança;
- A **gestão de conflitos**.

Tendo em conta as duas temáticas (síndrome de *burnout* e gestão conflitos), focadas pelo presente estudo, dar-se-á particular ênfase ao terceiro item referido por Goleman (2009), como fator integrante das relações interpessoais, nomeadamente a **gestão de conflitos**, sendo que a OMS (1999) constatou que níveis elevados de *burnout* nos enfermeiros estavam intimamente relacionados com o excesso de carga de trabalho, com o não reconhecimento dos problemas existentes e com os conflitos interpessoais.

Costa e Faria (2009), reportam que o facto de os enfermeiros se confrontarem diariamente com conflitos profissionais, fatores situacionais adversos e exigentes pode explicar mais facilmente a ocorrência de *burnout*, desgaste emocional e de insatisfação profissional e pessoal.

No próximo capítulo serão abordados os estilos de gestão de conflitos, bem como a ferramenta que permite avaliar os mesmos.

2 - Os Conflitos

Segundo, Nascimento e Sayed (2002:47), “os conflitos existem desde o início da humanidade, fazendo parte do processo de evolução dos seres humanos, sendo necessários para o desenvolvimento e o crescimento de qualquer sistema familiar, social, político e organizacional”.

A sociedade como a conhecemos, é considerada como um aglomerado de relações, alternando em estado de relativo consenso ou tensão conflitual, sendo que os indivíduos é que definem as suas próprias estratégias, condicionando conseqüentemente as estratégias de uns e de outros, (Cunha, 2008). Ainda o mesmo autor, refere que através da origem de novas lutas, aparecem novos direitos, afirmando-se novos interesses e surgindo também novos projetos.

Serrano (1996), afirma que o conflito surge como parte que integra uma qualquer relação, encontrando-se nos vários hábitos sociais, e a sua “nítida frequência”, nos vários cenários da rotina diária humana, sendo uma constatação real e indiscutível.

O conflito será visível quando duas ou mais partes, entram em confronto entre si, para alcançar objetivos percebidos como incompatíveis (Serrano e Rodriguez, 1993). No entanto, já McIntyre (2007), explicava que o conflito afeta o desempenho da equipa a vários níveis, quer pelo lado positivo (maior inovação e relações interpessoais mais eficazes; adotando nesta visão positiva, uma postura como que de desenvolvimento social), quer pelo lado negativo (existindo uma eficácia mais baixa e uma redução no bem-estar).

O conflito é visto por Franque (2006), como uma manifestação saudável da capacidade grupal, surgindo não devido ao problema em si, mas quando as opiniões das pessoas sobre esse mesmo problema se tornam antagónicas, sendo que a sua anulação, ou inexistência seria “calamitoso”, contribuindo assim para a existência de organizações apáticas, nulas e sem expectativas. Serrano (1996), refere-se à importância dos conflitos nas organizações, concluindo que nem um nível extremamente baixo, nem um nível extremamente elevado de conflito, tem como consequência bons resultados, ou seja, os resultados mais positivos e produtivos acontecem quando há um nível moderado de conflitos.

2.1 - Os níveis de classificação dos conflitos

Segundo Gordon (1996) e Lewicki e Saunders (1999), citados por Pina e Cunha, Cabral-Cardoso, Campos e Cunha, Rego (2007), os conflitos podem classificar-se em vários níveis:

* **Nível intrapessoal:** ocorre quando duas ou mais opiniões opostas, ocorrem em um único indivíduo, podendo haver um conflito interno no indivíduo, em que, ideias,

pensamentos, emoções e valores, entram em conflito, e em que, a satisfação de uma expectativa, impede o cumprimento de outra.

* **Nível interpessoal:** os conflitos entre indivíduos dentro da organização, são vistos como resultado de pontos de vistas diferentes, ou objetivos a cumprir. Alguns exemplos podem ser o confronto entre superior e subordinado, confronto entre colegas da mesma categoria profissional, ou com outro elemento da equipa multidisciplinar. Este tipo de conflitos, de acordo com Nascimento e Sayed (2002:52), dividem-se em **Hierárquicos** (ocorrem quando a pessoa responsável não tem apoio junto aos subordinados e vice versa) e **Pessoais** (relacionados com o indivíduo e o modo de ser, agir, fazendo com que as pessoas não se entendam).

* **Nível intragrupal:** o conflito que ocorre dentro de um grupo, que não concorda com as normas e valores de comportamento no grupo ou organização.

* **Nível intergrupar:** o conflito entre grupos pode tornar-se difícil de resolver, pois envolve uma grande quantidade de pessoas, pertencentes a vários grupos.

* **Nível intra-organizacional:** o conflito abrange a generalidade das partes da organização. Um exemplo típico é o conflito generalizado entre as chefias e subordinados.

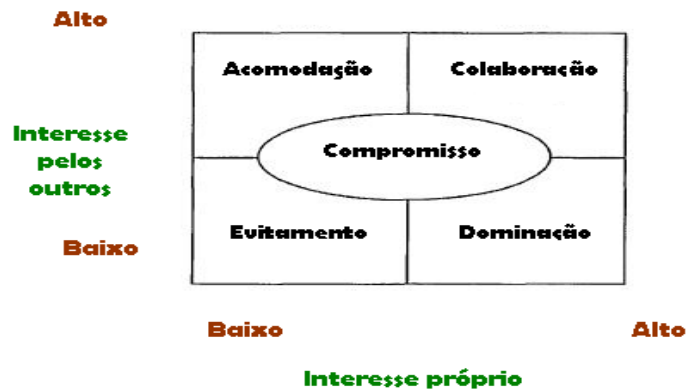
* **Nível Inter-organizacional:** o conflito que acontece entre organizações distintas.

Thomas (1992) publicou um estudo em que mostra que os gestores gastam cerca de 20% do seu tempo a gerir conflitos. Uma vez que este conceito faz parte do dia-a-dia, em que a gestão dos mesmos no interior de uma organização é fundamental para o seu bom desempenho, bem como para a sua sobrevivência, numa sociedade como a atual altamente global e competitiva. Robbins (2003), reforça esta ideia ao dizer que a habilidade para administrar conflitos, é uma das mais importantes que o gestor precisa possuir.

2.2 - Estilos de gestão de conflitos

Quando se trata da resolução de um conflito, existem diversas maneiras de o abordar, sendo que, Rahim (1986), assume esta situação como se tratando de uma divisão em duas dimensões: preocupação consigo próprio e preocupação com os outros (ou a outra parte).

Examinando essas abordagens pode-se dizer que essencialmente existem cinco estilos de gestão de conflitos, de acordo com o modelo bidimensional atrás referido, proposto por Rahim e Bonoma, sendo sintetizado na figura seguinte.



Fonte: Moreira, Silva e Cunha (2003:44), Estilos de gestão de conflitos nas organizações: Uma contribuição para a prática construtiva da resolução de conflitos

Figura nº1 - Modelo bidimensional explicativo dos estilos de gestão de conflitos de Rahim e Bonoma

Os estilos de gestão de conflitos identificados caracterizam-se por:

- * O estilo “**Evitamento**” - O indivíduo ignora os interesses de ambas as partes (baixo interesse pelo outro e pelo próprio), ou seja, evita envolver-se, permitindo que os eventos sigam o seu curso, sem tentar que satisfaçam uma, ou outra parte.
- * O estilo “**Acomodação**” - Consiste na tentativa de satisfazer os interesses do outro, esquecendo os próprios, (alto interesse pelo outro e baixo interesse próprio).
- * O estilo “**Competição/Dominação**” -O indivíduo tenta alcançar os seus objetivos sacrificando os do outro, tentando convencer que o seu julgamento é correto e o outro incorreto.
- * O estilo “**Compromisso**” - Satisfação parcial dos interesses de ambas as partes, podendo daí resultar uma busca parcial de um objetivo, ou seja, permitir que exista um compromisso entre o que pretendemos e o que os outros pretendem.
- * O estilo “**Colaboração**” - Tentativa de satisfazer completamente os interesses de ambas as partes, podendo significar que ambos, alcançam completamente os seus objetivos.

2.3 - A escalada de um conflito

Ocorre escalada do conflito quando se sofrem mudanças na sua intensidade. Reflete-se no aumento das dimensões do diferendo, caracterizando-se por uma hostilidade crescente.

Thomas (1992), adaptado por Pina e Cunha *et al.* (2007), descrevem as várias fases de um conflito, segundo uma visão negativa:

Tabela nº2 - A escalada de um conflito

A escalada de um conflito		
Fase 1 - Racionalidade e controlo	Fase 2 - Rompimento da relação	Fase 3 - Agressão e destruição
Estádio 1 - Discussão: fase inicial do conflito, caracterizado normalmente por ser racional, aberto e objetivo, sentindo-se já alguma tensão.	Estádio 4 - Coligação: as partes preocupam-se com a reputação e procuram coligar-se com terceiros.	Estádio 7 - Falta de humanidade: aparecem com muita frequência os primeiros comportamentos destrutivos e as pessoas passam a sentir-se cada vez mais desprovidas de sentimentos;
Estádio 2 - Debate: as pessoas fazem generalizações e buscam demonstrar alguns padrões de comportamento. O grau de objetividade existente no estágio 1 começa a diminuir;	Estádio 5 - Loss of face (ficar com a cara no chão.): custe o que custar, luta até o fim, o que acaba por gerar dificuldades para que uma das partes envolvidas se retire;	Estádio 8 - Ataque de nervos: a necessidade de se auto-preservar e proteger passa a ser a única preocupação.
Estádio 3 - Falta de confiança: as partes envolvidas começam mostrar grande falta de confiança no caminho ou nas alternativas escolhidas pela outra parte envolvida.	Estádio 6 - Estratégias: surgem ameaças. A comunicação, uma das peças fundamentais para a solução de conflitos, fica cada vez mais restrita;	Estádio 9 - Ataques generalizados: não há alternativa a não ser a retirada de um dos dois lados envolvidos ou a derrota de um deles.

Fonte: Thomas (1992), adaptado por Pina e Cunha, Cabral-Cardoso, Campos e Cunha, Rego (2007:987), Manual Comportamento Organizacional e Gestão.

A Fase 1, é caracterizada por existir algum sentimento de cooperação, com o objetivo de “curar” conscientemente a tensão sentida.

Na Fase 2, verifica-se o rompimento da relação, a desconfiança, e o desrespeito tomam lugar. As partes intervenientes já não tentam resolver o problema.

Na Fase 3, cada parte encara a outra como desprovida de dignidade e credibilidade, sendo encarada como negativa a proposta de resolução do conflito.

O modelo apresentado aplica-se a qualquer tipo de conflito, dependendo da importância, ou não, que se dá ao conflito - ignorando-o ou reprimindo-o - ele tende a dilatar-se e a exacerbar-se. Quando um conflito é reconhecido, e são implementadas medidas que o possam debelar e corrigir, este poderá assumir uma vertente positiva, conveniente à mudança de costumes, estimulando a busca de melhores resultados.

2.4 - Causas do conflito

Para Nascimento e Sayed (2002), para a correta administração do conflito é importante que sejam conhecidas as possíveis causas que levaram ao seu surgimento. De

acordo com Pina e Cunha *et al.* (2007), algumas das inúmeras causas que podem levar a um conflito são:

- **Postura agressiva** - o estilo agressivo resulta em mais conflitos que o assertivo;
- **Favoritismo** - um gestor favorece indevidamente alguns colaboradores, podendo surgir conflitos entre os privilegiados e os que se sentem desfavorecidos;
- **Estilo de liderança** - o conflito surge com mais facilidade quando as chefias são autoritárias, inflexíveis e até mesmo inseguras.
- **Conflitos anteriores não resolvidos** - os conflitos que são “colocados debaixo do tapete”, podem sempre reemergir e com mais intensidade do que inicialmente;
- **Barreiras na comunicação** - diferentes percepções de palavras, por incompetência ou “falta de vontade” em ouvir;
- **Estereótipo** - encarar de forma negativa um outro indivíduo, por pertencer a um grupo diferente do seu (raça, etnia, cultura ou país);
- **Novas tecnologias** - a incompreensão das novas tecnologias pode provocar irritação.

Analisadas as causas, torna-se também necessário revelar as consequências do conflito, quer sob uma visão positiva quer negativa.

2.5 - Potenciais efeitos positivos e negativos do conflito

As consequências negativas do conflito, tendem a provocar reações de desagrado e sentimentos de evitamento. No entanto, surgiram perspectivas considerando que a estimulação do conflito pode ser benéfico para o desempenho das organizações.

Tabela nº3 - Aspectos negativos e positivos dos conflitos

Aspectos negativos	Aspectos positivos
Redução do empenho organizacional;	Facilita a inovação, a mudança e a adaptação;
Provoca decréscimo nos níveis de satisfação;	Gerar motivação e energia para executar melhor as tarefas;
Provoca impasses e atrasos no processo de decisão;	Torna o clima organizacional mais entusiasmante;
Enfraquece ou destrói a moral dos grupos e organizações;	Fortalece as relações interpessoais quando é resolvido construtivamente;
Suscita comportamentos de retaliação e irresponsáveis;	As pessoas aprendem através do confronto de ideias, o que pode melhorar a qualidade das decisões;
Cria suspeições, desconfianças e estereótipos negativos acerca dos outros;	A resolução do conflito, solidifica sentimentos de coesão e identidade dentro do grupo;

Fonte: Chiavenato (1998:470), Recursos Humanos.

Atualmente a abordagem ao conceito de conflito é positiva, pois, é encarado como um fator de mudança e um estimulante à criatividade e à inovação. Já por sua vez, numa abordagem mais tradicionalista, é exatamente o oposto, representando algo negativo, assustador e a evitar. Tanto uma abordagem como a outra são admissíveis.

2.6 - Os conflitos em enfermagem

As instituições que prestam cuidados de saúde são espaços sociais conflituosos por natureza, uma vez que a heterogeneidade das categorias profissionais, juntamente com a distribuição de poder, tornam mais complexa a coordenação da atuação (Farias e Vaitsman, 2002).

Nos dias que correm, é situação impraticável os enfermeiros trabalharem sozinhos ou isoladamente, assumindo grande importância o trabalho em equipa, permitindo assim a contribuição de todos para a eficaz prestação de cuidados de saúde. Um bom trabalho de equipa tem como consequência a maior satisfação dos elementos da equipa e a disponibilização de elevados níveis de qualidade dos cuidados de saúde prestados, tendo em vista o bem-estar do doente. Um dos fatores essenciais para o bom funcionamento de uma equipa de enfermagem é a comunicação, sendo um fator constantemente utilizado, tanto na relação destes profissionais com utentes/doentes e familiares, como na relação entre colegas de trabalho.

Valentine (2001), assumiu tempos de mudança no paradigma de enfermagem, o que levou estes profissionais a assumir novas funções e novos papéis, implicando que o conhecimento de estratégias para gerir conflitos seja de vital importância. Morais (2002), assegura que a comunicação assume um papel importante pois é um dos meios mais eficazes para a mudança de atitudes, uma vez que é essencial à condução dos homens. Tanaka (2001), ao pesquisar sobre a perceção dos enfermeiros chefes acerca do relacionamento interpessoal na rotina de trabalho num hospital público, concluiu que esse relacionamento por vezes é difícil tanto entre pares, como com outros profissionais da equipa multidisciplinar de saúde.

Concluiu ainda, que é frequente existir um clima de tensão na equipa de enfermagem, uma vez que existe uma relação de dependência entre os mesmos.

No capítulo que se segue descreve-se o estudo empírico realizado, problematizando-se a temática em estudo, identificando-se os objetivos delineados e as hipóteses traçadas, bem como, a definição e a operacionalização das variáveis, a caracterização da amostra, os instrumentos de recolha e os métodos de tratamento de dados.

3 - Metodologia

É preconizado por Fortin (1999), que a fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, tal como o meio onde se desenrola a investigação, e caracterização da população. Por sua vez Polit e Hungler (1995), enunciam que a metodologia em investigação consiste na determinação das etapas, procedimentos e estratégias utilizadas para reunião e análise de dados.

A metodologia a utilizar será uma **abordagem quantitativa**, o que de acordo com Fortin (1999:22), é “um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. Baseia-se na observação de fatos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador”.

Outros autores que se notabilizaram na área da investigação, tais como Polit e Hungler (1995), complementam este conceito referindo que os métodos quantitativos envolvem a colheita sistemática de informação sob a forma de números, sendo que para efetuar a análise dessa informação, são utilizados procedimentos estatísticos, fornecendo dados objetivos no que diz respeito às variáveis em estudo.

3.1 - Tipo de estudo

O presente estudo, enquadra-se nos estudos do tipo **descritivo-correlacional**, onde se tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis com vista a descrever essas relações. É ainda **transversal**, na medida em que segundo Pais Ribeiro (1999), foca um único grupo representativo da população em estudo e os dados recolhidos num único momento, estabelecendo-se relações entre variáveis.

A escolha deste desenho deve-se ao fato de este permitir considerar simultaneamente várias variáveis com o objetivo de explorar as suas relações mútuas, permitindo conhecer as que estão associadas ao fenómeno estudado.

3.2 - Tipo de amostragem

No presente estudo, a amostragem considera-se como **não-probabilística**, uma vez que se trata de uma amostragem por conveniência, pois tornou-se impossível a colaboração de todos os enfermeiros da ULS, dadas as limitações de tempo disponível para a recolha de dados e as dificuldades logísticas e económicas em percorrer cada uma das instituições e cada serviço que compõe a ULS da Guarda.

A amostragem não probabilística é um procedimento de seleção segundo o qual, cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para fazer parte da amostra (Fortin, 1999). Este tipo de amostragem tem o risco de ser menos representativa do que a probabilística, porém devido ao facto do investigador nem sempre ter acesso a toda a população, torna-se difícil obter amostras probabilísticas.

Limitações de tempo e de meios condicionaram a constituição de uma amostra probabilística, pelo que se optou por inquirir o maior número de sujeitos no período de tempo decorrido entre Agosto e Setembro de 2011, Bryman e Cramer (1992), referem que os erros amostrais, em termos de diferenças entre a amostra e a população considerada, podem ser reduzidos aumentando a dimensão da amostra. A amostra é constituída por 272 sujeitos.

Também será importante referir que no processo de recolha da informação, surgiram algumas dificuldades, tais como:

- Ausência de elevados níveis de motivação para o preenchimento dos questionários;
- Período em que se colheram os dados (Agosto e Setembro de 2011), que normalmente corresponde ao período de férias por excelência;

3.3 - Procedimento de recolha de dados

O presente estudo foi efetuado com base numa amostra de 272 enfermeiros, a desempenhar funções na ULS da Guarda. Inicialmente procedeu-se ao envio de um requerimento (ver anexo 1), dirigido ao Presidente do Conselho de Administração da organização, solicitando-se a sua autorização para a aplicação dos questionários nos vários locais sob a sua responsabilidade e junto dos profissionais de enfermagem. Nesta carta eram apresentados, de uma forma geral, o âmbito e os objetivos da investigação em curso, para assim se poder enquadrar adequadamente a recolha de dados.

Alcançada a autorização formal junto dos órgãos de gestão das instituições, contactaram-se vários chefes de enfermagem, com o objetivo de se estabelecer uma ponte de ligação com os enfermeiros dos vários serviços, na tentativa de se obter o maior número de respostas possíveis aos questionários.

A cada um foram apresentados o âmbito e os objetivos da investigação, assegurando-se logicamente, o total anonimato de quem respondia e a confidencialidade dos dados obtidos. Com os chefes que se mostraram disponíveis em participar, foi negociada a melhor forma de recolha de dados.

Assim, em determinados serviços foi possível a presença numa reunião de serviço onde foi efetuada a apresentação da investigação e foram distribuídos os questionários; noutros casos, foram os próprios chefes que sugeriram a entrega à sua equipa, reunindo posteriormente os questionários; noutras situações, foi indicada a melhor hora e o local onde se poderiam encontrar os enfermeiros de vários serviços, para assim se poder dialogar individualmente com cada um deles. Existiram ainda outras situações em que se esperou pela

hora de passagem de turno, período de maior concentração de profissionais por serviço, e oportunamente se pedia o preenchimento dos questionários.

Dado o questionário apresentar sobretudo questões de tipo fechado, as instruções de preenchimento eram simples, encontrando-se na folha de rosto do próprio questionário.

É importante realçar o facto de ter existido boa receptividade ao presente estudo por parte dos enfermeiros chefes e respetivas equipas dos diversos serviços. Dos 300 questionários distribuídos, foram recolhidos e validados para análise 272 questionários, os quais foram revistos e cotados.

3.4 - Objetivos e caracterização da organização

O organismo de saúde que funcionou como campo de pesquisa foi a ULS da Guarda, sendo esta uma organização de várias instituições que prestam **Cuidados de Saúde Primários** (tais como Unidade de Saúde Familiar e Centros de Saúde) e **Cuidados de Saúde Diferenciados** (tais como Hospitais), distribuídas por várias localidades do distrito da Guarda, como sendo as cidades da Guarda, Seia, Gouveia, Celorico da Beira, Manteigas, Pinhel, Sabugal e as vilas de Trancoso, Mêda, Almeida, Figueira de Castelo Rodrigo e Fornos de Algodres.

Considerando a questão de investigação que norteou todo o trabalho “quais os níveis de *Burnout* e os estilos de Gestão de Conflitos que lhes estão associados, nos enfermeiros da ULS da Guarda?”, formularam-se os objetivos a atingir com o desenrolar do presente trabalho.

O objetivo geral passa por “conhecer com profundidade os níveis de *Burnout* e a forma de gerir os Conflitos na classe de Enfermagem da ULS da Guarda”, cuja concretização pode contribuir positivamente para a melhoria do ambiente organizacional e para a melhoria dos serviços de saúde prestados aos utentes.

O objetivo geral teve que ser decomposto em várias partes, ou objetivos específicos, para dessa forma se analisar o *burnout* e os conflitos na ULS da Guarda em toda a sua profundidade e que a seguir se indicam:

- Averiguar em qual dos dois tipos de cuidados: CSP e CSD, os profissionais de enfermagem possuem os níveis de *burnout* mais elevados;
- Identificar qual o sexo mais vulnerável à síndrome de *burnout*;
- Conhecer quais os estilos de gestão de conflitos mais utilizados;
- Identificar o nível de *burnout* predominante.

3.5 - Variáveis

Na realização de um trabalho científico, é de extrema importância que as variáveis sejam definidas e clarificadas. Segundo Fortin (1999), quando se coloca o problema e as hipóteses, deve ser apresentada também a indicação das variáveis dependentes e independentes. Polit e Hungler (1995), definem variável como sendo uma característica ou um atributo de uma pessoa ou de um objeto que varia (assumindo valores diferentes) na população estudada.

Almeida e Freire (1997), consideram que as **variáveis independentes** (dizem respeito a dimensões ou características manipuladas pelo investigador para compreender o seu impacto numa outra variável) e as **variáveis dependentes** (dimensões ou características que surgem ou modificam em consequência de variações na variável independente). No presente estudo, as variáveis independentes são: a idade, o sexo, o estado civil, o tipo de cuidados prestados, o tempo de exercício profissional. A variável dependente são as dimensões do *burnout* (exaustão emocional; despersonalização e realização pessoal) e os estilos de gestão de conflitos.

3.6 - Hipóteses

De acordo com Fortin (1999), uma hipótese é considerada um enunciado das relações previstas entre duas ou mais variáveis, sendo que passa também por ser uma predição baseada na teoria ou numa porção desta (proposição). Torna-se assim pertinente num estudo científico, a verificação das proposições de uma dada conjectura. As hipóteses são consideradas como sendo a presumível resposta ao problema da investigação sugerindo assim explicações para os factos. Gil (1991), refere também que as hipóteses para serem aceites ou rejeitadas, têm de ser devidamente testadas.

A formulação de hipóteses teve como base de sustentação estudos anteriores, sobre as dimensões do *burnout* implícitas na escala de *Maslach* (MBI) e sobre os estilos de gestão de conflitos interpessoais.

Após esta breve abordagem acerca do conceito de hipótese, enumeram-se em seguida as hipóteses do estudo.

H 1- A síndrome de *burnout* manifesta-se com níveis mais elevados nos cuidados diferenciados.

H 2 - O estilo de gestão de conflito mais habitualmente adotado pelos enfermeiros é o “compromisso”.

H 3 - Para os indivíduos entre os 21 e os 30 anos, o estilo de gestão de conflito mais usual é “colaboração”.

H 4 - Os enfermeiros do sexo feminino apresentam maiores níveis de *burnout* do que os do sexo masculino.

H 5 - Quanto maior é o tempo de serviço maiores são os níveis de *burnout*.

H 1 - A síndrome de *burnout* manifesta-se com níveis mais elevados nos cuidados de saúde diferenciados.

Sendo que para determinar índices de *burnout* é necessário avaliar cada uma das suas dimensões, Garcia, Cabeza e Fernandez (1998) citados por Abreu, Stoll, Ramos, Baumgardt, Kristensen (2002), referem que em instituições prestadoras de cuidados de saúde diferenciados, foi detetado um grau menor de realização pessoal, do que em instituições prestadoras de cuidados de saúde diferenciados. Nunes (1990), referenciado por Gil e Vairinhos (1997), realizou um estudo entre enfermeiros de hospitais e de centros de saúde, concluindo que apresentavam um nível de *burnout* mais elevado os enfermeiros hospitalares, mesmo tendo-se em conta que Rainho, Monteiro, Pereira e Queirós (2006), afirmavam que os enfermeiros que trabalhavam em centros de saúde também apresentam índices de *burnout* elevados.

Queirós (2005), defendeu que “os enfermeiros do bloco operatório apresentam níveis de exaustão emocional mais elevados que os enfermeiros dos centros de saúde”. Gomes, Cruz e Cabanelas (2009), elaboraram um estudo com 289 enfermeiros de centros de saúde e de hospitais, evidenciando que os enfermeiros que trabalhavam por turnos (prestadores de CSD), apresentavam maiores índices de despersonalização e menores índices de realização pessoal que os seus colegas que trabalhavam no chamado horário normal, ou horário diurno.

H 2 - O estilo de gestão de conflitos mais habitualmente adotado pelos enfermeiros é o “compromisso”.

Pode-se pensar que profissionais muito empenhados com a profissão tenham tendência para adotar estratégias de colaboração e de compromisso na resolução de conflitos organizacionais, (Rahim e Bonoma, 1979). No entanto, Santos (2008) em que cita Thomas (1992), declara que os enfermeiros poderão assumir comportamentos de evitamento face ao conflito, não existindo interesse em atingir os seus objetivos, bem como, em assumir comportamentos de colaboração ou até mesmo de compromisso para com a organização.

H 3 - Para os indivíduos entre os 21 e os 30 anos, o estilo de gestão de conflito mais usual é “colaboração”.

As conclusões de Farmer e Roth (1998), citados por Santos (2008), apontam para uma maior frequência de estilos de gestão de conflitos que representam maior preocupação com os proveitos dos outros, ou seja, os estilos colaboração ou acomodação, em oposição a estilos que indicam uma menor preocupação, nomeadamente evitamento e competição.

Santos (2008:17), atesta que “colaboradores com predomínio do empenhamento instrumental, ou seja, que permanecem na organização por necessidade, estarão mais predispostos para escolherem estratégias de disputa (...), como forma de solucionar o conflito”.

Franque (2006), numa amostra de enfermeiros nos Açores, constata que o estilo de gestão de conflito mais adotado é colaboração.

Esta situação verifica-se frequentemente, pois o estilo de colaboração tende a ser a forma de encarar a gestão de conflitos mais proveitosa, sendo que quando for possível uma efetiva colaboração, esta é a forma mais viável para trabalhar (Weinstein, 2001).

Pode afirmar-se que níveis consideráveis de *burnout* se poderão traduzir numa degradação das relações entre profissionais, o que poderá indicar que níveis de gestão de conflitos mais competitivos e que traduzam uma menor preocupação para com os interesses da outra parte envolvida no conflito, poderão ser adotados.

H 4 - Os enfermeiros do sexo feminino, apresentam maiores níveis de *burnout* do que os do sexo masculino.

Leal (1996), conclui que as mulheres apresentam valores de exaustão emocional maior que os homens, sendo que estes por sua vez apresentam valores de despersonalização maior do que as mulheres. Já por sua vez, Silva, Loureiro e Peres (2008), obtiveram resultados semelhantes, quando afirmam que os homens apresentaram sintomas mais acentuados na dimensão despersonalização e as mulheres na dimensão exaustão emocional.

Existem estudos que mostram que na Beira Interior (Portugal), numa análise feita a 32 enfermeiros no Hospital Cova da Beira, elaborada por Pinto, Santos e Saraiva (2009), o “sexo masculino possui maior exaustão emocional que o feminino. No que concerne à despersonalização e à falta de realização pessoal, são as enfermeiras que têm valores mais elevados comparativamente aos seus pares”.

Após a análise a estudos anteriores, parece ser regra geral que os elementos do sexo feminino são mais propensos a desenvolver exaustão emocional, do que os elementos do sexo masculino, tendo sido mais uma vez confirmado por Moreira, Magnano, Sakae e Magajewski (2009). Forte (2009:16), recorre aos estudos elaborados por Correia (1999), Gil-Monte (2002) e Marques-Teixeira (2002), onde explica que o facto de os estudos encontrarem diferenças

entre os sexos poderá compreender-se tendo em conta a socialização de cada um deles. A enfermagem relaciona-se com tarefas, historicamente desempenhadas pelo sexo feminino, tais como, o cuidar e o educar, enquanto o processo de socialização masculino se direciona para o desempenho de funções que valorizam mais a dureza e a indiferença emocional (despersonalização).

H 5 - Quanto maior é o tempo de serviço, maiores são os níveis de *burnout*;

Estudos realizados com enfermeiros revelaram que o tempo de permanência no atual serviço, era variável e que este desempenhava um papel importante no nível de *burnout*, (Queirós, 2005). Pines e Aronson (1988), afirmaram que o *burnout* é o estado de exaustão física, emocional e mental, originado por um grande período de envolvimento em situações emocionalmente exigentes. Então quanto maior é o tempo de exercício profissional da enfermagem, maiores poderão ser os índices de *burnout*. Isto também é confirmado por Hahn e Carlotto (2007:54), quando afirmam que relativamente “ao tempo de experiência na função, fica evidente que à medida que se eleva o tempo de experiência, eleva-se a exaustão emocional, a despersonalização e diminui-se a realização profissional”.

3.7 - O instrumento de colheita de dados

Tendo em conta as variáveis e as hipóteses formuladas construiu-se como instrumento de trabalho um questionário que foi aplicado aos enfermeiros que constituíram a amostra.

Polit e Hungler (1995) referem que um instrumento de colheita de dados deve ser composto por um conjunto de questões que permitam colher a informação necessária, válida e pertinente à realização do trabalho de investigação. O questionário que se aplicou no presente trabalho foi dividido em quatro partes, como a seguir se pretende explicar.

Na **primeira parte** colocou-se uma folha de rosto, onde se apresenta sucintamente toda a temática em análise e que se pretende seja adequadamente entendida por quem responde às questões formuladas.

Na **segunda parte** aparecem as variáveis independentes que permitem caracterizar a amostra relativamente a alguns aspetos sociodemográficos, como a idade, o sexo, o estado civil, o tipo de cuidados prestados e o tempo de exercício profissional. Nas cinco perguntas apresentadas, duas são dicotómicas para a determinação do género e do tipo de cuidados prestados, duas são de produção cifrada (fechada) para a determinação da idade e do tempo de exercício profissional e uma é de escolha múltipla para a determinação do estado civil.

Na **terceira parte**, faz-se a avaliação dos níveis de *burnout* através do MBI-HSS (MBI-*Human Services Survey*), que se descreve a seguir.

A Síndrome de *Burnout* e a Gestão de Conflitos na Classe Profissional dos Enfermeiros

A síndrome de *burnout* pode medir-se através do questionário de *Maslach Burnout Inventory* (MBI) - construído em 1981 por Maslach e Jackson, sendo um dos instrumentos de auto-avaliação mais utilizados em todo o mundo, sendo amplamente utilizada por vários autores. Borges, Argolo, Pereira, Machado e Silva (2002), expõem que o MBI é o questionário que melhor dá conta do carácter multidimensional da síndrome.

Em 1996 foi elaborado o MBI-HSS, com o objetivo de se avaliarem os profissionais que desempenham funções em serviços de saúde em que exista contacto humano. Encontra-se na sua versão traduzida e adaptada para português, por Melo, Gomes e Cruz (1999). De acordo com Gomes, Cruz, e Cabanelas (2009), a versão atual é formada por 22 itens de avaliação das 3 dimensões de *burnout* já referidas anteriormente:

- **Exaustão emocional** - 9 itens, questões número 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20;
- **Despersonalização** - 5 itens, questões número 5, 10, 11, 15, 22;
- **Realização Pessoal** - 8 itens, questões número 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

A síndrome de *burnout* é considerada como variável contínua, classificando-se de **BAIXA, MÉDIA E ALTA**, tendo em conta a norma americana, sendo que a fiabilidade da escala ronda os 0,9.

Tabela nº4 - Pontuação da escala MBI-HSS

Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
Elevada - ≥ 27 pontos	Elevada - ≥ 10 pontos	Elevada - ≤ 33 pontos
Média - entre 19 e 26 pontos	Média - entre 6 e 9 pontos	Média - entre 34 e 39 pontos
Baixa - ≤ 18 pontos	Baixa - ≤ 5 pontos	Baixa - ≥ 40 pontos

Fonte: Maslach, Jackson (1997:39), MBI, inventario “*burnout*” de Maslach

Sendo assim, o somatório total das questões que contribuem para a composição de cada fator leva à obtenção dos seguintes valores mínimos e máximos:

- Exaustão emocional [0-54];
- Despersonalização [0-30];
- Realização pessoal [0-48].

Por fim, na **quarta parte**, são avaliados os cinco estilos de gestão de conflitos através do modelo bidimensional de Rahim-Bonoma.

O questionário ROCI-II (*Rahim Organizational Conflict Inventory - II*), foi criado em 1983 por Afzalur Rahim, tendo-se baseado no modelo dos cinco estilos de gestão de conflitos, preconizado por Rahim e Bonoma em 1979.

Os 28 itens do instrumento final foram selecionados tendo por base uma análise fatorial de um questionário de 35 itens, ministrado a uma amostra de 1.219 sujeitos, Rahim citado por Rahim e Magner (1995).

Desde então, foi utilizado em inúmeras investigações por vários autores, os quais corroboram altos níveis de fidelidade, dando suporte à legitimidade de critério do instrumento, tendo sido este um dos motivos que fez com que Moreira *et al.* (2003) procurassem aplicá-lo na sociedade portuguesa. O instrumento foi adaptado do original utilizado por Rahim, citado por Rahim e Magner (1995), traduzido para o português e posto à prova num estudo com o título: “Análise empírica sobre os estilos de gestão do conflito predominantes em contexto laboral”, da autoria de Moreira *et al.* (2003).

O instrumento (apresentado no anexo V) é constituído, então, por 28 itens, através dos quais se pretende medir de que forma os indivíduos lidam com situações conflituais para com os colegas. Recorreu-se a uma escala de *Likert*, para responder aos 28 itens, em que cada item tem cinco opções de resposta, em que 1 corresponde a “Discordo Fortemente” e 5 a “Concordo Fortemente”, sendo que os valores superiores afiguram uma maior utilização de um determinado estilo, quando os indivíduos estão perante um conflito interpessoal.

O Estilo:

- Colaboração encontra-se em 7 questões, sendo elas a número 1, 4, 5, 12, 22, 23, 28.
- Acomodação encontra-se em 6 questões, sendo elas a número 2, 10, 11, 13, 19, 24.
- Dominação encontra-se em 5 questões, sendo elas a número 8, 9, 18, 21, 25.
- Evitamento encontra-se em 6 questões, sendo elas a número 3, 6, 16, 17, 26, 27.
- Compromisso encontra-se em 4 questões, sendo elas a número 7, 14, 15, 20.

4 - Análise estatística

4.1 - Análise dos dados do questionário sociodemográfico

Colaboraram neste estudo 272 enfermeiros, dos quais 62,9% ($n=171$) são do género feminino e os restantes 37,1% ($n=101$) do género masculino, conforme se pode constatar pela observação do gráfico nº 1.



Gráfico nº 1- Distribuição dos inquiridos segundo o sexo

Os inquiridos, como se pode ver através da tabela nº 5, apresentam idades compreendidas entre os 22 e os 59 anos sendo a média de idades da amostra de 33,0 anos, com um desvio padrão de aproximadamente 9,6 anos, o que sugere um desvio pouco significativo em relação à média.

Tabela nº 5 - Distribuição dos inquiridos segundo a idade

MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO
33,00	9,584	22	59

Como se pode observar na tabela nº 6, o escalão etário mais representado é o escalão até 30 anos de idade que compreende 39,3% da amostra ($n=107$), seguida imediatamente pelo escalão dos 31-40 anos e dos 40-50 anos, o que corresponde a 29% dos inquiridos ($n=79$) e 20,6% dos inquiridos ($n=56$) respetivamente. Com idade igual ou superior a 51 anos existem apenas 11% ($n=30$).

Tabela nº 6 - Distribuição dos inquiridos segundo o escalão etário

ESCALÃO ETÁRIO	N	%
21 - 30	107	39,3
31 - 40	79	29,0
40 - 50	56	20,6
Igual ou superior a 51	30	11,0
Total	272	100,0

Quanto ao estado civil da amostra, como se pode ver na tabela nº 7, predominam os casados com 56,6% (n=154), seguindo-se os solteiros com 34,9% (n=95). De forma pouco significativa encontram-se os divorciados com 6,6% (n=18) e os viúvos com apenas 1,8% (n=5).

Tabela nº 7 - Distribuição dos inquiridos segundo o estado civil

ESTADO CIVIL	N	%
Solteiro	95	34,9
Casado	154	56,6
Divorciado	18	6,6
Viúvo	5	1,8
Total	272	100,0

Através da análise do gráfico nº2, pode-se verificar que a maioria da amostra presta cuidados de saúde diferenciados com 75,4% (n=205) e apenas 24,6 % (n=67) presta cuidados de saúde primários.

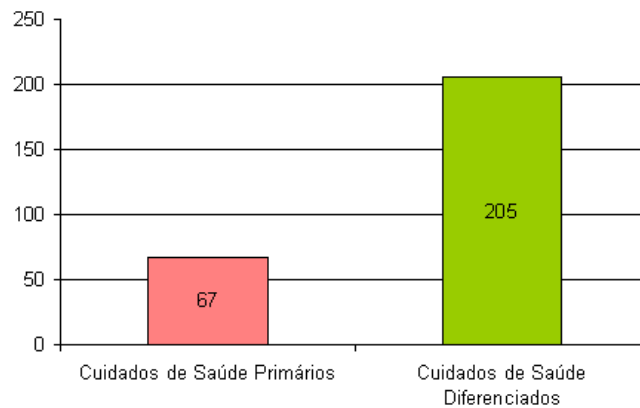


Gráfico nº 2 - Distribuição dos inquiridos segundo o tipo de cuidados prestados

Relativamente ao tempo de exercício profissional dos inquiridos, como se pode ver na tabela nº8, apresentam um máximo de 36 anos de exercício e um mínimo de 1 ano, sendo a média 10 anos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 9,68 anos de exercício da profissão.

Tabela nº8 - Distribuição dos inquiridos segundo o tempo de exercício profissional

MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO
10,00	9,683	1	36

4.2 - Análise do questionário *Maslach Burnout Inventory* (MBI)

Atendendo ao facto de através do *MBI*, serem avaliadas as três dimensões do *burnout*, a exaustão emocional (EE), a despersonalização (DPS) e a realização pessoal (RP), concluiu-se que na presente amostra:

- Na **exaustão emocional** (como se pode ver no anexo VI), as pontuações aumentam à medida que aumenta a frequência com que cada situação ocorre, quanto mais elevada for a média de cada item, mais frequentemente o sentimento é vivenciado pelos inquiridos.

Desta forma, nesta dimensão (como se pode ver no anexo VI) verifica-se que dos 9 itens que a escala pretende avaliar, a maioria dos enfermeiros se situa sempre entre valores de 0 (para nunca sentido), ou 1 (algumas vezes por ano), ou 2 (para uma vez por mês). Inclusivamente, as afirmações: 1- “Sinto-me emocionalmente vazio(a) devido ao meu trabalho e 20- “Sinto que esgotei todos os meus recursos”, são as que obtêm maior consenso da

amostra com 49,3% e 39,0% dos enfermeiros, respetivamente, a referi-las como sentimentos nunca vivenciados.

Na **dimensão despersonalização** (como se pode ver no anexo VII), constata-se que 51,8% dos enfermeiros considera que nunca sentem que tratam as pessoas como se fossem objetos impessoais (afirmação 5).

Por outro lado, 29,3 % dos inquiridos referem nunca ter a sensação de que os seus doentes o consideram responsável por alguns dos seus problemas. Podemos no entanto referir que, 33,1% dos inquiridos se preocupam algumas vezes por ano, com o que acontece a alguns dos seus doentes (afirmação 15).

Também algumas vezes por ano, 18,8% dos participantes referem que se tornaram mais insensíveis às pessoas desde que trabalham no local habitual (afirmação 10).

Por fim surge a **realização pessoal** (como se pode ver no anexo VIII). Nesta dimensão também aumenta a frequência dos sentimentos à medida que aumenta a média, mas ao contrário das dimensões anteriores, os resultados são mais positivos quanto maior for a média, uma vez que traduz uma maior realização pessoal. Verificou-se o seguinte:

- ✚ 52,6 % da amostra diz ter a sensação de que, através do seu trabalho, tem uma influência positiva nas pessoas, algumas vezes por semana.
- ✚ Do mesmo modo, 41,2% dos enfermeiros referem que realizaram muitas coisas que valeram a pena no seu trabalho (afirmação 19) e 38,6% referem conseguir facilmente criar um ambiente descontraído com os seus doentes.
- ✚ Por outro lado 29,8% dos inquiridos diz nunca resolver os problemas emocionais com calma, o que poderá dar origem a alguns conflitos.

Relativamente à pontuação total de cada dimensão, na subescala da exaustão emocional que pode variar entre 0 e 54 pontos, obteve-se a média de 20,0 valores, pelo que, no geral, os elementos da amostra apresentam um nível médio de exaustão emocional, embora exista uma grande dispersão das respostas (com um desvio padrão de 11,90).

Quanto à despersonalização, os resultados possíveis de obter estão compreendidos entre 0 e 30, tendo aqui os sujeitos, apresentado a média de 11,50 (também com um desvio padrão elevado de 7,37) o que traduz a ideia de que os enfermeiros da amostra têm na sua globalidade altos níveis de despersonalização.

Analisando a tabela nº 9 constata-se na dimensão realização pessoal, os valores podem-se situar entre 0 e 48 pontos. Nesta dimensão a média observada é de 37 (com um desvio padrão muito elevado de 17,1), o que indica que no geral, os elementos da amostra vivenciam níveis médios de realização pessoal.

Tabela nº9 - Estatísticas relativas às respostas ao MBI das três dimensões do *burnout*

DIMENSÕES	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
EXAUSTAO EMOCIONAL	20,00	11,898
DESPERSONALIZAÇÃO	11,50	7,374
REALIZAÇÃO PESSOAL	37,00	17,100

A análise da tabela nº 10 permite concluir que os enfermeiros da amostra apresentam um grau alto de *burnout*, uma vez que obtiveram valores de *burnout* altos em pelo menos uma das três dimensões, neste caso na despersonalização.

Tabela nº10 - Estatísticas relativas às respostas ao MBI dos níveis do *burnout*

DIMENSÕES	NÍVEL DE BURNOUT	N	%
BURNOUT - EXAUSTÃO EMOCIONAL	Baixo	121	44,5
	Médio	71	26,1
	Alto	80	29,4
BURNOUT - DESPERSONALIZAÇÃO	Baixo	46	16,9
	Médio	62	22,8
	Alto	164	60,3
BURNOUT - REALIZAÇÃO PESSOAL	Baixo	105	38,6
	Médio	82	30,1
	Alto	85	31,2
Total		272	100,0

4.2.1 - Consistência interna

A consistência interna dos Inventário MBI foi analisada com recurso ao coeficiente de consistência interna Alfa de *Cronbach*. A análise fatorial com o cálculo do Alfa de *Cronbach* aplicado ao teste conclui a boa consistência interna deste.

Para Rosa e Carlotto (2005), citando Correia (1996), sobre a análise factorial do MBI, os valores do Alfa de *Cronbach* para a população portuguesa são de 0,82 para a exaustão emocional, de 0,94 para a realização profissional e de 0,67 para a despersonalização. Assim e de acordo com o preconizado foram avaliados os alfas para cada dimensão que compõe o MBI e verificaram-se os seguintes resultados, apresentados na tabela nº 11.

Os valores encontrados para o questionário MBI, da amostra, variam entre um mínimo de 0,631 e um máximo de 0,755.

Ao comparar com os valores indicados para a população portuguesa verificam-se valores mais baixos, no entanto, e de acordo com Rosa e Carlotto (2005), o baixo valor referente à despersonalização possui fidedignidade mais baixa em vários países, à excepção da população norte americana, ou seja, a população com o idioma original da escala.

Embora se tratem de valores mais baixos, estes encontram-se enquadrados nos valores observados para a população portuguesa.

Tabela nº11 - Estatísticas relativas à consistência interna MBI

DIMENSÕES	Alfa de <i>Cronbach</i>	Número de Itens
Exaustão Emocional	0,755	9
Despersonalização	0,631	5
Realização Pessoal	0,737	8

4.3 - Análise do questionário de estratégias de gestão de conflitos

A cotação da escala seguinte é feita através do somatório dos itens de cada um dos 5 estilos, o que pode variar entre 1 e 35 para o estilo colaboração e evitamento, 1 e 30 para o estilo acomodação, 1 e 25 para o estilo dominação e 1 e 20 para o estilo compromisso.

Por fim, a média mais elevada traduz a estratégia primária de gestão de conflitos e a segunda maior média refere-se à estratégia secundária de gestão de conflitos do sujeito.

No estilo **colaboração** (como se pode ver no anexo IX), verifica-se que a moda das sete afirmações se situa entre o concordo e o concordo fortemente, atingindo valores que variam entre 46% (n=125) e 56,2% (n=153).

Nas respostas às sete afirmações deste estilo encontra-se por parte da maioria dos enfermeiros o interesse em alcançar uma decisão conjunta, encontrar soluções que beneficiem os dois e que o problema seja resolvido da melhor forma possível.

No estilo **acomodação** (como se pode ver no anexo X), a amostra tem uma opinião distribuída um pouco por todos os itens, apresentando por isso percentagens bem mais baixas do que no estilo anterior, sendo que 36,8% (n=100) e 34,2% (n=24) não demonstram satisfazer as expectativas nem as necessidades do outro, respetivamente. Por outro lado, cerca de 33% dos inquiridos, diz ser indiferente na realização de concessões e no acatar de sugestões dos colegas, o que poderá ser elucidativo de uma fraca preocupação com os outros.

No estilo **dominação** (como se pode ver no anexo XI), a moda recai no item 4 (concordo), ou seja, os inquiridos têm uma opinião muito marcada no que diz respeito ao seu domínio no local de trabalho. A maioria da amostra quer dominar, pois refere fazer prevalecer as suas ideias, 55,5% (n=151), fazer todo o possível para ficar favorecido, 43,4% (n=118) e impor o seu ponto de vista, 42,3% (n=115).

No **evitamento** (como se pode ver no anexo XII), a moda recai novamente no item 4 (concordo) na totalidade das afirmações. A maioria dos indivíduos 55,9% (n=152) tenta evitar situações desagradáveis e 51,5% (n=140) confrontos com os colegas. Por outro lado e também com percentagem elevada, 50% (n=136) refere evitar colocar-se numa situação difícil. Da análise das respostas conclui-se que a maioria da amostra evidencia o desejo de se afastar/evitar o conflito.

No **estilo compromisso** (como se pode ver no anexo XIII), volta a destacar-se a moda no item 4 (concordo), excetuando-se a afirmação 7 em que a resposta modal foi a primeira (discordo fortemente) para 40,1% dos inquiridos (n=109).

Estamos perante uma situação de cedência e facilitação na resolução dos problemas que parece ter muita aderência por parte da amostra.

Os sujeitos obtêm os valores mais elevados no estilo colaboração com uma média de 29,74 (e um $dp=2,99$), seguido do evitamento com uma média de 23,71 (e um $dp=3,14$), encontrando-se os valores mais baixos no estilo compromisso com 13,95 de média (e 1,95 de dp). Esta breve análise da tabela 12 pode-se concluir que a estratégia primária de resolução de conflitos a que os enfermeiros da amostra mais recorrem é a colaboração e, a secundária é o evitamento.

Tabela nº12 - Estatísticas relativas aos cinco estilos de gestão de conflitos

ESTILOS DE GESTÃO DE CONFLITOS	MÉDIA	MÁXIMO	MÍNIMO	DESVIO PADRÃO
ACOMODAÇÃO	17,32	29	9	3,26
DOMINAÇÃO	17,15	23	3	3,12
EVITAMENTO	23,71	30	9	3,14
COMPROMISSO	13,95	19	8	1,95
COLABORAÇÃO	29,74	36	12	2,99

4.3.1 - Consistência interna

A consistência interna da escala de gestão de conflitos foi analisada com recurso ao coeficiente de consistência interna Alfa de *Cronbach*. A análise fatorial com o cálculo do Alfa de *Cronbach* aplicado ao teste conclui a boa consistência interna desta.

Os valores de consistência da escala de estratégias para gestão de conflitos variam entre 0,675 na colaboração e, 0,187 para o compromisso, conforme consta da tabela nº 13 (em que se pode visualizar o Alfa de *Cronbach* associado a cada uma das estratégias de gestão de conflitos).

Tabela nº13 - Estatísticas relativas à consistência interna das estratégias de gestão de conflitos

ESTILOS DE GESTÃO DE CONFLITOS	Alfa de <i>Cronbach</i>	Número de Itens
ACOMODAÇÃO	0,434	6
DOMINAÇÃO	0,587	5
EVITAMENTO	0,590	6
COMPROMISSO	0,187	4
COLABORAÇÃO	0,675	7

4.4 - Verificação das hipóteses formuladas

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passar-se-á de seguida à abordagem inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Procedeu-se assim à verificação da validade das hipóteses.

No teste das hipóteses formuladas, utilizar-se-á como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula, um nível de significância $p \leq 0,05$.

Como as variáveis dependentes são de tipo quantitativo mas não têm distribuição normal (analisada com o teste de Kolmogorov-Smirnov) serão utilizados testes não paramétricos.

Na verificação das hipóteses como se vão comparar dois grupos vai-se recorrer ao teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes.

Em todos os casos e, por uma questão de facilidade na interpretação dos dados, será utilizada na estatística descritiva, os valores das médias e não os valores das médias das ordens.

No que diz respeito aos níveis de *burnout*, as médias foram interpretadas conforme os intervalos anteriormente descritos na escala de MBI.

Hipótese 1 - A síndrome de *burnout* manifesta-se com níveis mais elevados nos cuidados diferenciados

Exaustão emocional - Os enfermeiros dos cuidados de saúde diferenciados, (ver anexo XIV), apresentam níveis de exaustão emocional mais altos do que os dos cuidados de saúde primários (22,39 vs 21,31), não sendo a diferença estatisticamente significativa, $p=0,447$ **não se rejeitando assim H_0** para esta dimensão, mas ambos os tipos de cuidados apresentam um nível médio nesta dimensão.

Despersonalização - Os enfermeiros dos cuidados de saúde diferenciados apresentam níveis de despersonalização mais altos do que os dos cuidados de saúde primários (12,67 vs 11,07), sendo a diferença estatisticamente significativa, $p=0,012$, **rejeitando-se H_0** para esta dimensão, embora ambos os tipos de cuidados apresentem um nível baixo nesta dimensão.

Realização pessoal - Embora nesta dimensão os níveis de realização pessoal sejam baixos para os dois tipos de cuidados prestados, os cuidados de saúde primários, apresentam níveis mais altos do que o dos cuidados de saúde diferenciados (44,94 vs 43,59), não sendo a diferença estatisticamente significativa, $p=0,434$. **não se rejeitando H_0** para esta dimensão.

Conclui-se que nos cuidados de saúde diferenciados se verificam níveis de *burnout* médios na exaustão emocional, elevados na Despersonalização e médios na Realização Pessoal. Tomando como ponto de partida unicamente os dados estatisticamente

significativos, aceita-se a hipótese formulada para a dimensão despersonalização e rejeita-se para as restantes dimensões.

Tabela nº14 - Estatísticas descritivas relacionando o tipo de cuidados prestados com as dimensões do *burnout*

DIMENSÕES	Tipo de cuidados prestados	N	Média	Desvio Padrão
Burnout - Exaustão Emocional	Cuidados de Saúde Primários	67	21,31	12,610
	Cuidados de Saúde Diferenciados	205	22,39	11,676
	Total	272	22,12	11,898
Burnout - Despersonalização	Cuidados de Saúde Primários	67	11,07	8,907
	Cuidados de Saúde Diferenciados	205	12,67	6,777
	Total	272	12,28	7,374
Burnout - Realização Pessoal	Cuidados de Saúde Primários	67	44,94	18,451
	Cuidados de Saúde Diferenciados	205	43,59	16,669
	Total	272	43,92	17,100

Tabela nº15 - Testes de Mann-Whitney relacionando o tipo de cuidados prestados com as dimensões do *burnout*

	EXAUSTAO EMOCIONAL	DESPERSONALIZAÇÃO	REALIZAÇÃO PESSOAL
Mann-Whitney U	6443,000	5458,500	6431,000
Wilcoxon W	8721,000	7736,500	27546,000
Z	-0,760	-2,525	-0,782
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,447	0,012*	0,434

* $p \leq 0,05$

Hipótese 2 - O estilo de gestão de conflito mais habitualmente adotado pelos enfermeiros é o “compromisso”.

Analisando a tabela nº 16, conclui-se que a estratégia primária de gestão de conflitos a que os enfermeiros da amostra mais recorrem é a colaboração, e a secundária é o evitamento.

Os resultados obtidos implicam a *rejeição da hipótese formulada porque estatisticamente, o estilo compromisso não é o estilo mais utilizado.*

Tabela nº16 - Estatísticas descritivas relacionando os cinco estilos de gestão de conflitos

ESTILOS DE GESTÃO DE CONFLITOS	MÉDIA	MÁXIMO	MÍNIMO	DESVIO PADRÃO
ACOMODAÇÃO	17,32	29	9	3,26
DOMINAÇÃO	17,15	23	3	3,12
EVITAMENTO	23,71	30	9	3,14
COMPROMISSO	13,95	19	8	1,95
COLABORAÇÃO	29,74	36	12	2,99

Hipótese 3 - Para os indivíduos entre os 21 e 30 anos, o estilo de gestão de conflitos mais usual é o “colaboração”.

Verificou-se que o estilo de gestão de conflito mais usado, pelos inquiridos com idade compreendida entre 21 e 30 anos é o colaboração, pois é o que apresenta valor de média mais elevado (29,97), seguido do evitamento com média 24,27, sendo que as diferenças apenas são estatisticamente significativas para o estilo evitamento, $p=0,018$.

De acordo com os resultados obtidos relativamente ao valor de p, estes *não apresentam resultados estatísticos que permitam aceitar a hipótese formulada.*

Tabela nº17 - Estatísticas descritivas relacionando os estilos de gestão de conflitos com a idade

ESTILOS DE GESTÃO DE CONFLITOS	IDADE	N	Média	Desvio Padrão
Compromisso	21 - 30	107	13,88	1,600
	31 - 40	79	13,85	2,219
	40 - 50	56	14,45	1,916
	Igual ou superior a 51	30	13,57	2,300
	Total	272	13,95	1,950
Colaboração	21 - 30	107	29,97	3,309
	31 - 40	79	29,41	2,060
	40 - 50	56	29,91	3,238
	Igual ou superior a 51	30	29,43	3,411
	Total	272	29,74	2,991
Acomodação	21 - 30	107	17,57	3,601
	31 - 40	79	16,80	2,928
	40 - 50	56	17,57	2,853
	Igual ou superior a 51	30	17,33	3,575
	Total	272	17,32	3,267
Dominação	21 - 30	107	17,23	3,633
	31 - 40	79	17,49	2,521
	40 - 50	56	16,70	3,133
	Igual ou superior a 51	30	16,83	2,601
	Total	272	17,15	3,130
Evitamento	21 - 30	107	24,27	2,810
	31 - 40	79	23,34	2,805
	40 - 50	56	23,34	3,956
	Igual ou superior a 51	30	23,33	3,241
	Total	272	23,71	3,140

Tabela nº18 - Testes de Mann-Whitney relacionando os estilos de gestão de conflitos com a idade

	Colaboração	Acomodação	Dominação	Evitamento	Compromisso
Mann-Whitney U	3614,000	3726,000	4219,000	3376,000	4184,000
Wilcoxon W	6774,000	6886,000	7379,000	6536,000	7344,000
Z	-1,700	-1,386	-0,021	-2,359	-0,119

Asymp. Sig. (2-tailed)	0,089	0,166	0,983	0,018*	0,905
------------------------	-------	-------	-------	--------	-------

* $p \leq 0,05$

Hipótese 4 - Os enfermeiros do sexo feminino, apresentam maiores níveis de *burnout* do que o sexo masculino.

Através da análise dos dados da tabela nº 19, verifica-se que os níveis de *burnout* do sexo feminino apresentam valores maiores, nas três dimensões, que os do sexo masculino.

Apresentando um nível elevado apenas na dimensão despersonalização (12,63). Na dimensão exaustão emocional o valor é médio (23,10) e na realização pessoal é baixo (44,39). As diferenças estatísticas não são significativas em nenhuma das dimensões, ou seja, na exaustão emocional $p=0,139$, na despersonalização $p=0,261$ e na realização pessoal $p=0,989$.

Embora o sexo feminino apresente valores de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal superiores que o sexo oposto, **os resultados não apresentam significado estatístico, não se confirmando assim a hipótese formulada.**

Tabela nº19 - Estatísticas descritivas relacionando o sexo com as dimensões do *burnout*

DIMENSÕES	SEXO	N	Média	Desvio Padrão
Burnout - Exaustão Emocional	Masculino	101	20,47	10,762
	Feminino	171	23,10	12,448
	Total	272	22,12	11,898
Burnout - Despersonalização	Masculino	101	11,69	7,319
	Feminino	171	12,63	7,405
	Total	272	12,28	7,374
Burnout - Realização Pessoal	Masculino	101	43,13	16,977
	Feminino	171	44,39	17,205
	Total	272	43,92	17,100

Tabela nº20 - Testes de Mann-Whitney relacionando o sexo com as dimensões do *burnout*

	EXAUSTÃO EMOCIONAL	DESPERSONALIZAÇÃO	REALIZAÇÃO PESSOAL
Mann-Whitney U	7709,500	7932,500	8627,000
Wilcoxon W	12860,500	13083,500	23333,000
Z	-1,478	-1,123	-0,014
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,139	0,261	0,989

Hipótese 5 - Quanto maior é o tempo de serviço, maiores os níveis de *burnout*.

Dado o elevado número de dados para representar em tabela, foram escolhidos os anos mínimos de serviço 1, os médios 18 e os mais elevados 36, de forma a verificar o comportamento dos níveis de *burnout* à medida que o tempo vai aumentando.

Verifica-se através da análise da tabela nº 21 que os níveis de *burnout* no 1º ano, revelam-se baixos na exaustão emocional, médios na despersonalização e baixos na realização pessoal. Aos 18 anos, apresentam níveis elevados de exaustão emocional, elevados na despersonalização e médios na realização pessoal. Aos 36 anos, foram revelados níveis médios de exaustão emocional, médios de despersonalização e baixos na realização pessoal.

Após análise da tabela nº 23, conclui-se que o valor de p para as três dimensões é maior que 0,05. As diferenças não são estatisticamente significativas, pelo que não se pode afirmar que o tempo de serviço dos enfermeiros influencia significativamente os níveis de *burnout*. De acordo com os resultados obtidos relativamente ao valor de p, **estes não fornecem respostas que permitam aceitar estatisticamente a hipótese formulada.**

Tabela nº21 - Estatísticas descritivas relacionando os anos de serviço com as dimensões do *burnout*

DIMENSÕES	Anos de Serviço	N	Média
Burnout - Exaustão Emocional	1	25	18,32
	18	6	29,67
	36	1	19,00
Burnout - Despersonalização	1	25	7,56
	18	6	12,17
	36	1	8,00
Burnout - Realização Pessoal	1	25	47,28
	18	6	36,33
	36	1	45,00

Tabela nº22 - Resumo dos níveis *burnout* ao longo da carreira

	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
1º Ano	Baixo	Médio	Baixo
18º Ano	Elevado	Elevado	Médio
36º Ano	Médio	Médio	Baixo

Tabela nº23 - Testes de Mann-Whitney relacionando os anos de serviço e as dimensões do *burnout*

	EXAUSTAO EMOCIONAL	DESPERSONALIZAÇÃO	REALIZAÇÃO PESSOAL
Mann-Whitney U	120,000	134,000	155,500
Wilcoxon W	445,000	459,000	480,500
Z	-1,309	-0,884	-0,216
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,191	0,377	0,829

5 - Discussão dos resultados

Após a apresentação dos resultados, é necessário a sua análise e interpretação o mais profundamente possível, D'Oliveira (2007:86), explica que “o objetivo desta parte do trabalho é avaliar e interpretar os resultados obtidos, especialmente em relação às questões que deram origem à investigação”.

Em termos sociodemográficos relativamente à variável **idade**, verifica-se uma média de 33 anos. Os inquiridos possuem maioritariamente idades entre os 21 e os 30 anos (39,3%), o que permite dizer que é uma amostra maioritariamente jovem em início de carreira. Esta situação é um fator predisponente ao *burnout*, pois segundo Rosa e Carlotto (2005), pessoas mais jovens teriam uma expectativa mais alta face ao trabalho que desempenham bem como quanto ao seu próprio futuro, só que com o desenrolar deste, tomam consciência que essas mesmas expectativas não se concretizam. Constata-se também um predomínio do sexo feminino com 62,9% (n=171), estando em concordância com o que é relatado em alguns estudos o que “confirma o estereótipo da profissão de enfermagem, como ocupação predominantemente feminina” (Moreira *et al.*, 2009:1566).

Quanto ao **estado civil** dos profissionais que integram a amostra, verificou-se que a maioria é casada (56,6%), o que funciona como um fator protetor face ao *burnout*, (Magalhães, 2006). Bianchini (1997) citado por Moreira *et al.* (2009:1566), sugere mesmo que as pessoas casadas ou com companheiro(a) estável experimentam sentimentos de responsabilidade familiar e resistência à síndrome, por uma associação com a capacidade de enfrentar problemas emocionais.

Quanto ao **tipo de cuidados prestados**, a grande maioria da amostra presta CSD (cuidados de saúde diferenciados), com 75,4% correspondendo a 205 enfermeiros, enquanto 24,6%, ou seja, 67 enfermeiros, presta CSP (cuidados de saúde primários).

Relativamente ao **tempo de exercício profissional** dos inquiridos, apresentam um valor máximo de 36 anos de exercício, sendo que o mínimo é 1 ano, constatando-se uma média de 10 anos.

Quanto aos valores obtidos na **escala MBI**, obtiveram-se resultados que permitem concluir que os elementos da amostra apresentam um nível médio de exaustão emocional, um nível alto de despersonalização e um nível médio de realização pessoal. Perante esta conjectura de valores das várias dimensões de *burnout*, conclui-se que a amostra apresenta valores altos de *burnout*, pois de acordo com Lautert (1997), valores elevados em pelo menos uma das três dimensões, considera-se um alto nível de *burnout*, e uma vez que na amostra deste estudo se verificaram altos valores de despersonalização, pode-se afirmar que **esta amostra possui um alto nível de *burnout***.

O facto da relação enfermeiro/doente ser desigual e desnivelada, na qual o enfermeiro presta e o utente recebe, ajuda a explicar a exaustão emocional a que este profissional está sujeito. O *burnout* é considerado como que uma crise da relação com o

trabalho e não obrigatoriamente uma crise com as pessoas no trabalho, ou seja, com os doentes ou colegas de profissão (Maslach e Leiter, 1997). No entanto, nesta amostra e nesta dimensão, as respostas dadas com maior frequência são as que manifestavam contacto direto com pessoas, no sentido em que trabalhar e lidar com estas exige um esforço relativo.

Na dimensão despersonalização manifestam-se níveis elevados, o que pode ser interpretado pelo facto de o enfermeiro ser constantemente afetado por sentimentos conotados como sendo negativos, nomeadamente, dor, sofrimento e morte, o que é explicado por Maslach e Jackson (1997), citados por Queirós (2005:68), “quando os doentes são tratados de forma mais objetiva e distante, torna-se mais fácil aos profissionais cumprirem as suas funções sem ficarem sujeitos a um forte sentimento e desconforto psicológico”. Esta situação confirma-se através das respostas de maior frequência na amostra, sendo que os enfermeiros referem que se sentem mais insensíveis, algumas vezes por mês, e que receiam que o seu trabalho os torne emocionalmente mais duros, uma vez por semana.

Examinando a última dimensão do *burnout*, a amostra apresenta um nível médio. A realização pessoal no trabalho aumenta consoante a idade do enfermeiro avança. No entanto, o extremo dos profissionais com mais idade (36 anos de serviço), manifesta uma menor realização pessoal quando comparadas com as categorias anteriores (18 anos carreira). Os profissionais de enfermagem afirmam que sentem, várias vezes por semana, uma influência positiva nas pessoas e que conseguiram realizar muitas coisas que valeram a pena.

Partindo para a análise que diz respeito à **gestão de conflitos**, é pertinente referir que este conceito compreende vários níveis de conflito, mais concretamente: intrapessoal, interpessoal, intra-grupal, inter-grupal, intra-organizacional e inter-organizacional, segundo Gordon (1996), Lewicki e Saunders (1999), citados por Pina e Cunha *et al.* (2007). É fundamental compreender o conflito, para a sua resolução assumir contornos proveitosos e construtivos, não esquecendo logicamente a forma como este é visto e encarado, condicionando as suas consequências quer construtivas quer destrutivas.

Constatou-se que a estratégia primária de resolução de conflitos a que os enfermeiros da amostra mais recorrem é a **colaboração**.

De acordo com Farmer e Roth (1998), os comportamentos que refletem uma elevada preocupação com os outros (colaboração e acomodação), são utilizados com mais frequência do que os que manifestam uma baixa preocupação (evitamento e dominação) com a outra parte. McIntyre (2007), sugere que as estratégias colaborativas (manifestadas por alta preocupação com o outro), são consideradas como o modo mais construtivo de gerir o conflito e são utilizadas com mais frequência, do que as que manifestam uma baixa preocupação com a outra parte (evitamento e dominação).

É lógico que as estratégias colaborativas (alto interesse pela outra parte) são consideradas como o modo mais construtivo de gestão do conflito, uma vez que é procurado o benefício dos intervenientes na interação. Por sua vez, na situação oposta, o uso de estilos em que é manifestado um baixo interesse pela outra parte, acaba por resultar em níveis de baixa eficácia (Fischer, 1981), citado por Pina e Cunha *et al.* (2007).

Quanto à **Hipótese 1**, “A síndrome de *burnout* manifesta-se com níveis mais elevados nos cuidados diferenciados”, a literatura mostra esta tendência, Nunes (1990), referenciado por Gil e Vairinhos (1997), após um estudo com enfermeiros de hospitais centrais, distritais e centros de saúde, concluiu que apresentavam um nível médio de *burnout*, sendo este mais elevado nos enfermeiros hospitalares. Garcia, Cabeza e Fernandez (1998), citados por Abreu (2002), revelaram que em centros de saúde, ou seja, locais prestadores de CSP, foi detetado um grau maior de realização pessoal, do que em hospitais, onde se prestam CSD. De acordo com Pitta (1994), existem alguns aspetos no horário por turnos (característico dos profissionais dos cuidados diferenciados) que acarretam desordens no foro biológico, psicológico e social dos profissionais e familiares, provocando prejuízo dos ritmos circadianos, o que, segundo Fascina, Guimarães, Hidaka, Mekler e Rezende (2007), obriga o profissional a trabalhar à noite, aos finais de semana e nos feriados, períodos estes utilizados por outros trabalhadores para dormir, descansar, usufruir do lazer e do convívio social e familiar. Uma vez que os profissionais dos cuidados diferenciados têm que se submeter a estas condições horárias de certo modo adversas, é natural que apresentem maiores níveis de *burnout* do que os profissionais dos CSP, uma vez que estes estão sujeitos a um horário fixo e diurno, e teoricamente, mais indicado para uma rotina profissional “mais saudável”.

Assumindo que na exaustão emocional o valor de $p=0,447$, na despersonalização o valor de $p=0,012$ e na realização pessoal o valor de $p=0,434$, apenas se considera válido, estatisticamente, o valor da despersonalização uma vez que $p \leq 0,05$. Lautert (1997), assume que valores altos em pelo menos uma das três dimensões, implicam um elevado nível de *burnout*, pelo que se pode afirmar que os Enfermeiros participantes no estudo, manifestam um nível elevado de *burnout*, permitindo assim aceitar H_1 e rejeitar H_0 .

No que diz respeito à **Hipótese 2** “o estilo de gestão de conflitos mais habitualmente adotado pelos enfermeiros é o compromisso” (interesse intermédio próprio e pelos outros), verifica-se assim a sua rejeição, visto o estilo mais adotado é “colaboração”. Em outros estudos envolvendo enfermeiros, Vargas (2010), concluiu que o estilo predominante era o compromisso (o estudo focou especificamente profissionais de bloco operatório). Franque (2007), por sua vez, concluiu que o estilo de gestão de conflito mais usual era o de colaboração, o que é condizente com o presente trabalho. Sousa (2011) refere que o estilo predominante na sua investigação foi o de integração.

Relativamente à **Hipótese 3** “para os indivíduos entre os 21 e os 30 anos, o estilo de gestão de conflito mais usual é **colaboração**”, os dados obtidos permitiram aferir que efetivamente, o estilo de gestão mais usual nesta faixa etária, é colaboração, pois é aquele que apresenta um valor médio mais elevado, 29,97%, seguido do evitamento com uma média de 24,27%, sendo as diferenças estatisticamente significativas apenas para o estilo evitamento, $p=0,018$, o que leva a concluir que a idade não é um fator que influencie o estilo de gestão de conflitos.

No que diz respeito à **Hipótese 4**: “os enfermeiros do sexo feminino apresentam maiores níveis de *burnout* do que os do sexo masculino”, revela-se nesta amostra que o sexo não influencia os índices de *burnout*, pois os dados não são estatisticamente significativos. No entanto, os profissionais do sexo feminino manifestam maiores níveis, nas três dimensões, do que os profissionais do sexo oposto. É mencionado por, Mendes (1995:165), que “parece que a variável género terá maior ou menor importância no desenvolvimento de *burnout* consoante o papel social que, pela comunidade em geral e pelos próprios intervenientes, é reservado à mulher. Se socialmente é valorizado, prioritariamente, o papel da mulher é relacionado com o apoio à família e ao lar, parece ser mais provável que os conflitos surgidos sejam mais evidentes no mundo do trabalho”. Sousa (2008), num estudo efetuado com profissionais de enfermagem, revela que os profissionais masculinos apresentam maiores níveis de exaustão emocional e de despersonalização, enquanto os profissionais do sexo oposto apresentam maiores níveis de realização pessoal.

Quanto à **Hipótese 5** “quanto maior é o tempo de serviço, maiores são os níveis de *burnout*”, mais uma vez os dados não apresentam significado estatístico, tornando-se assim pertinente dizer que para a amostra em estudo, o tempo de serviço não influencia os índices da síndrome de *burnout*. Queirós (2005), considera que os indivíduos com mais experiência têm índices mais baixos de *burnout*, concordando com Lavrador e Romão (2007), que revelaram que em profissionais de maior idade e com mais tempo de permanência no serviço, o risco de *burnout* tem tendência a ser menor. No entanto Sousa (2008), refere que estes profissionais, até aos 31 anos, apresentavam maiores níveis de exaustão emocional e de realização pessoal, sendo que, numa faixa etária superior aos 31 anos, os níveis de *burnout* aumentavam para a despersonalização e diminuía para as outras dimensões.

6 - Considerações finais

A dicotomia enfermeiro/doente é de certo modo desnivelada, uma vez que é ao enfermeiro que são atribuídas as responsabilidades e os esforços nesta relação, muitas vezes em ambientes e serviços altamente “despersonalizantes” e exigentes, o que leva a considerar-se a enfermagem como sendo uma profissão de risco, em termos de exaustão profissional, sujeita inúmeras vezes a situações conflituosas com o próprio utente/doente, bem como, com os outros profissionais pertencente às equipas multidisciplinares da área da saúde.

Evocando o objetivo geral “conhecer com profundidade os níveis de *burnout* e a forma de gerir os conflitos na classe dos enfermagem da ULS da Guarda”, recorreu-se a uma amostra de 272 enfermeiros da ULS da Guarda, para se tentarem **averiguar os níveis de *burnout* e os estilos de gestão de conflitos presentes nos enfermeiros da ULS da Guarda.**

Embora os resultados não apresentem suporte estatístico válido, os profissionais do sexo feminino manifestaram índices mais elevados, nas três dimensões do *burnout*, do que os profissionais do sexo masculino.

Os enfermeiros participantes no estudo manifestaram um nível médio de exaustão emocional, alto de despersonalização e médio de realização pessoal. Os níveis de exaustão e despersonalização são de certo modo preocupantes, pois revelam que os profissionais de enfermagem manifestam sinais típicos de *burnout*, sendo especialmente preocupante o nível alto de despersonalização, o que induz um alto distanciamento do profissional, não se envolvendo emocionalmente com o doente/utente, o que é amplamente suportado pela teoria que afirma que tratar dos doentes de forma mais objetiva e distante, facilita o trabalho do profissional, aliviando-o em termos psicológicos (Queirós, 2005).

Quanto aos dois tipos de cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros, primários e diferenciados, os profissionais dos cuidados diferenciados apresentam maiores níveis de *burnout* nas dimensões exaustão emocional e despersonalização, enquanto os enfermeiros dos cuidados primários apresentam maiores índices na dimensão realização pessoal.

Um dos resultados a salientar, foi o facto de o estilo de gestão de conflitos mais partilhado em todos os escalões etários, ser o de colaboração, o que vem confirmar a postura de um enfermeiro no seu dia-a-dia, em que expressa grande preocupação pela satisfação das necessidades do outro, característica intrínseca da profissão. Esta situação pode ainda ser encarada como uma atitude adotada pelos enfermeiros, que por natureza são profissionais preparados para lidar com situações conflituosas, pois muitas vezes têm que recorrer a capacidades que lhes permitam mediar corretamente um conflito, adotando assim um estilo que manifesta alto interesse próprio e alto interesse pelos outros. O estilo menos usado é o de compromisso.

Por tudo o que foi exposto anteriormente, assumem-se como parcialmente atingidos os objetivos gerais e específicos inicialmente formulados:

A Síndrome de Burnout e a Gestão de Conflitos na Classe Profissional dos Enfermeiros

- Averiguar em qual dos dois tipos de cuidados CSP e CSD, os profissionais de enfermagem possuem os níveis de *burnout* mais elevados;
- Identificar qual o sexo mais vulnerável à síndrome de *burnout*;
- Conhecer quais os estilos de gestão de conflitos mais utilizados;
- Identificar o nível de *burnout* predominante.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para a reflexão dos profissionais de enfermagem e de todas as entidades responsáveis, pois elevados níveis de *burnout* podem condicionar e até mesmo comprometer o desempenho profissional. Assim, é importante destacar os benefícios de se atuar preventivamente, o que trará certamente resultados mais consistentes e visíveis do que quando apenas se buscam formas de curar ou tratar problemas já estabelecidos. Torna-se imperativa a aplicação de medidas que possam garantir as condições de trabalho adequadas, permitindo a redução do desgaste físico e emocional, numa profissão que carece dessas condições para ser adequadamente desempenhada.

7 - Limitações e futuras investigações

Sentiram-se algumas dificuldades e limitações durante a realização deste trabalho científico, nomeadamente, a distância entre as várias instituições que compõem a ULS da Guarda, colocou obstáculos logísticos consideráveis; revelou-se impossível incluir todos os enfermeiros que trabalham nesta organização, visto ser demasiado dispendioso; a entrega dos questionários em época de férias, o que de certo modo, obrigou a uma espera mais longa e demorada para o seu preenchimento.

Uma forte limitação do trabalho é o facto dos resultados não se poderem extrapolar para o universo geral dos enfermeiros portugueses, devido ao reduzido objeto de estudo (apenas alguns serviços de um distrito) e ao relativamente reduzido número de questionários aplicados.

Fica, contudo, lançado o mote para a possibilidade de futuramente se aplicar o mesmo estudo à mesma ULS da Guarda em todos os seus serviços, ou mesmo a nível nacional.

Uma sugestão que se pode fazer, é a introdução das temáticas abordadas no presente trabalho, nos programas académicos dos cursos de enfermagem, de forma a sensibilizar e a preparar os futuros profissionais para esta realidade do mundo do trabalho. Isto porque enquanto profissionais, ir-se-ão confrontar quotidianamente com fatores potenciadores do *burnout*, como a escassez de todo o tipo de recursos, o trabalho por turnos, o constante contacto com a doença, o sofrimento e a morte; bem como, rápidas mudanças tecnológicas, falta de autonomia profissional e respostas ineficazes e fora de tempo por parte dos responsáveis institucionais.

A necessidade de estudar novas variáveis ou outros fatores torna-se pertinente, devido aos resultados não possuírem significado estatístico em três das cinco hipóteses formuladas, sendo que isso pode revelar que poderá “existir algum aspeto ou variável que ainda não tenha sido considerado pela literatura e que esteja na origem dos resultados obtidos” (D’Oliveira, 2007:77).

Revela-se assim perentório, que novos estudos sejam desenvolvidos no sentido de correlacionarem outras variáveis predisponentes ao *burnout* e condicionantes à adoção do estilo de gestão de conflito, como: tipo de personalidade, cargo que desempenham, carga horária semanal, acumulação ou não de mais que um emprego, zona do país, tipo de especialidade onde trabalham os profissionais, graduação académica, entre tantas outras variáveis.

Bibliografia

- Abreu, K., Stoll, I., Ramos, L., Baumgardt, R.A. & Kristensen C.H. (2002). Estresse ocupacional e síndrome de burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicologia ciência e profissão*. 22(2), 22-29.
- Almeida, L.S. & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Coimbra: APPORT
- Andrade, C., Carvalho, L. & Polido, A. (2010). Lidar com o stress na saúde. *Cidade Solidária*, 23, 140-145.
- Borges, L. O., Argolo, J. C. T., Pereira, A. L. S., Machado, E. A. P., Silva, W. S. (2002). A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (1), 189-200.
- Bryman, Al. & Cramer, D. (1992). *Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras: Celta Editora.
- Castro, J. A, Paredes, M. & Vitória, H. (2004). Definição del síndrome del burnout. *Resumos do 5º congresso nacional de psicologia da saúde: Psicologia da saúde num mundo de mudança*. Lisboa.
- Cherniss, C. (1995). *Beyond burnout: Helping teachers, nurses, therapists, and lawyers recover from stress and disillusionment*. New York: Routledge.
- Chiavenato, I. (1998). *Recursos humanos*. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Correia, A. (1997). *O Burnout nos Profissionais dos Centros de Atendimento Toxicodependentes: Causas e Consequências*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.
- Costa, M. & Faria, L. (2009). Inteligência emocional e satisfação profissional de enfermeiros e voluntários. *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia: programa, resumos e actas*, Braga, 9-11 Setembro 2009, 263-263.
- Cunha, P. (2008). *Conflito e negociação*. 2 (1). Porto: Asa.

A Síndrome de *Burnout* e a Gestão de Conflitos na Classe Profissional dos Enfermeiros

- D'Oliveira, T. (2007). *Teses e dissertações: Recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos escritos*. Lisboa: Editora Rh.
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de exaustão (burnout)*. Manuais Universitários. Lisboa: Climepsi Editores PC, Manuais Universitários.
- Deutsch, M. (2005). Cooperation and Conflict a personal perspective on the history of the social psychological study of conflict resolution. *The Essentials of Teamworking: International Perspectives*. 1-35. Acedido Junho 7, 2011, em http://media.wiley.com/product_data/excerpt/89/04700154/0470015489.pdf
- Dias, R.V.O. & Di Lascio, R.H.C. (2003). Conhecendo e monitorando o estresse no trabalho. *O Portal Dos Psicólogos*. Acedido 7 Fevereiro, 2011, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0154.pdf>
- Edelwich, J.Y. & Brodsky, A. (1980). *Burnout: stages of disillusionment in the helping profession*. New York: Human Sciences Press.
- Farias, L.O. & Vaitsman, J. (2002). Interação e conflitos entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cadernos Saúde Pública*. 18 (5), (1-11).
- Farmer, S. M., Roth, J. (1998). Conflict-Handling Behavior in Work Groups: Effects of Group Structure, Decision Processes, and Time. *Small Group Research*. 29 (6), (669-713).
- Fascina, L.P.; Guimarães, C.P.A; Hidaka, K.; Mekler, P.L. & Rezende, F. (2007). Avaliação do nível da Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem da UTI-adulto. *Psicocare*. 7 Julho, 2011, em http://www.psicocare.net/psicologia/arquivos/sindrome_burnout.pdf
- Forte, A.I. (2009). *Burnout, Inteligência Emocional e Auto- Atualização Em Enfermeiros Psiquiátricos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação, da concepção à realização*. Loures: Edições técnicas e científicas, Lda.
- Franque, P.T. (2006). *Análise dos Estilos de Gestão do Conflito Predominantes em Ambiente Laboral dos Enfermeiros da Ilha de São Miguel*. Dissertação de Mestrado, Universidade dos Açores, Portugal.

A Síndrome de *Burnout* e a Gestão de Conflitos na Classe Profissional dos Enfermeiros

- Freitas, J.F. (1999). *O stress na profissão docente, como prevenir, como manejar*. Porto: Porto Editora.
- Freudenberg, H. (1974). Staff Burnout. *Journal of social issues*. 30 (1), 159-165.
- Gil, A.C. (1991). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Gil, C. & Vairinhos, C. (1997). *Síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência geral e psiquiátrica de hospitais centrais*. Trabalho de investigação realizado no âmbito do 1.º Curso de Estudos Superiores Especializados de Administração de Serviços de Enfermagem. Lisboa: Escola Superior Enfermagem Maria Fernanda Resende, Lisboa, Portugal.
- Gil-Monte, P.R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*. 7 (1), 3-10.
- Goleman, D. (2009). *Inteligência Emocional: O livro que mudou o conceito de inteligência*. Editora: Temas e debates, Círculo de Leitores.
- Gomes, A.R., Cruz, J.F., & Cabanelas, S. (2009). Stresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 25(3), 307-318.
- Hahn, K. & Carlotto, M. S. (2007). Síndrome de Burnout em monitores de uma fundação de proteção especial. *Revista Diversitas*. 4, (1), 53-62.
- Hillhouse, J.J. & Adler C.M. (1996). Evaluating a simple model of work stress, burnout, affective and physical symptoms in hospital nurses. *Psychology, Health & Medicine*, 1, 297-306.
- Lautert, L. (1997). O desgaste profissional: uma revisão da literatura e implicações para a enfermeira. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, 18, (2), 83-93.
- Lavrador, V. e Romão, R. (2007). Síndrome de Burnout - Retrato de um serviço de Hematologia. *Eventgest Web site*. Acedido Março 6, 2011 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=Lavrador+e+Rom%C3%A3o+%282007+burnout&source=web&cd=1&ved=0CCQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.eventgest.com%2FCLIENTES%2Fveranatura%2Fuploads%2Fabstracts%2F593_Sindrome%2520de%2520Burnout%2520-%2520Resumo%2520-%252020070730%255B1%255D.doc&ei=D-AmT-rfA6qSQXlrlIHQCg&usg=AFQjCNF9f7j0w9CfmEzEwZEjhj_y5JfK5A

A Síndrome de Burnout e a Gestão de Conflitos na Classe Profissional dos Enfermeiros

- Leal, M. (1996). *Stress e Burnout*. Porto: Medibial.
- Loff, A.M. (1996). *Co-Dependencia nos Enfermeiros*. Coimbra: Formacao e Saude Lda.
- Loureiro, H., Pereira, A., Oliveira, A. & Pessoa, A. (2008) - Burnout no trabalho. *Revista Referência*. 2 (7), 33-41.
- Magalhães, Z. R. et al. (2006). Algumas considerações acerca do processo de viver humano de técnicos(as) de enfermagem recém-admitidos(as) em um hospital escola. *Texto Contexto - Enfermagem*, 15, 39-47.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1997). *MBI, inventario "burnout" de Maslach*. Madrid: Tea Ediciones.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. 1997. *The truth about burnout*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5(9), 16-22
- McIntyre, S. (2007). Como as pessoas gerem o conflito nas organizações: Estratégias individuais negociais. *Análise Psicológica*, 2 (25), 295-305.
- Melo, B.T.; Gomes, A.R. & Cruz, J.F. (1999). *Avaliação psicológica: Formas e contextos*. Braga: Lusografe.
- Mendes, A. (1995). *Síndrome de Burnout em enfermeiros de psiquiatria*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Coimbra, Portugal.
- Meyerson, D.E. (1994). Interpretations of stress in institutions: the cultural production of ambiguity and burnout. *Administrative Science Quarterly*. 39, 628-653.
- Morais, A.M. (2002). Gestão de Conflitos. *Nursing*, (172) 24-25.
- Moreira, D., Magnago, R., Sakae, T., Magajewski, F. (2009). Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da região sul do Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, 25(7), 1559-1568.

A Síndrome de Burnout e a Gestão de Conflitos na Classe Profissional dos Enfermeiros

- Moreira, M., Silva, P. & Cunha, P. (2003). Estilos de gestão de conflitos nas organizações: Uma contribuição para a prática construtiva da resolução de conflitos. *Recursos humanos magazine*. 29 (4), 42-52.
- Nascimento, E. M. & Sayed, K. M. (2002). Administração de conflitos. *Colecção Gestão Empresarial*, 4, 47-56.
- Oliveira, J.P. (2008). *Traços de personalidade de elementos das forças de segurança. Um estudo comparativo na P.S.P. de Lisboa*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- OMS (1999). *La prévention primaire des troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux*. Genève: WHO.
- Pais Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Parreira, P. D. & Sousa, Fernando, C. (2000). Contacto com a morte e a síndrome de Burnout: estudo comparativo em três grupos de enfermeiros de oncologia. *Revista Investigação em Enfermagem*, 1, 17-23.
- Pines, A. & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press.
- Pinha e Cunha, M., Cabral-Cardoso, C., Campos e Cunha & Rego, A. (2007). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. Lisboa: Editora RH.
- Pinto, A. & Chambel, M. (2008). Burnout e engagement em Contexto Organizacional. *Estudos com Amostras Portuguesas*, Lisboa: Livros Horizonte, Lda.
- Pinto, A., Santos, R. & Saraiva, D. (2009). Burnout em enfermeiros: estudo de investigação em meio hospitalar. *Nursing*, 245, 32-38.
- Pitta, A. (1994). *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1995). Fundamentos de pesquisa em enfermagem. (3ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.

A Síndrome de Burnout e a Gestão de Conflitos na Classe Profissional dos Enfermeiros

- Queirós, P. (2005). *Burnout: no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Sinais Vitais.
- Rahim, M. A. & Magner, N. R. (1995). Confirmatory factor Analysis of the Styles of handling interpersonal conflict: First-order factor model and its invariance across groups. *Journal of Applied Psychology*, 80 (1), 122-132.
- Rahim, M. A. (1986). Referent role and styles of handling interpersonal conflict. *The Journal of Social Psychology*, 126 (1), 79-86.
- Rahim, M. A., & Bonoma, T. V. (1979). Managing organizational conflict: A model for diagnosis and intervention. *Psychological Reports*, 44, 1323-1344.
- Rainho, C., Monteiro, M.J., Pereira, A., & Queirós, P. (2006). Adaptação cultural do questionário de desgaste profissional em enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, (13), 27- 36.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o Desafio: Prevenção do Stresse no Trabalho*. Lisboa: RH Editora.
- Ribeiro, J. M. (2009). *A Liberdade de escolher*. Lisboa: Gradiva Publicações.
- Robbins, S. P. (2003). *Administração: mudanças e perspectivas*. São Paulo: Editora Saraiva.
- Rosa, C. & Carlotto, M. S. (2005). Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista da SBPH*. São Paulo, 8, (2), 1-15.
- Santos, D. M. N. (2008). *A Influência do empenhamento organizacional e profissional dos enfermeiros nas estratégias de resolução de conflito*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, Portugal.
- Schaufeli, W. & Greenglass, E. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology and Health*, 16, 501-510.
- Schaufeli, W.B. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schemerhorn, J.R, Hunt J.G. & Osborn R.N. (1999). *Fundamentos de comportamento organizacional*. Porto Alegre: Bookman.

A Síndrome de *Burnout* e a Gestão de Conflitos na Classe Profissional dos Enfermeiros

- Serrano, G. & Rodriguez, D. (1993). *Negociación en las organizaciones*. Madrid: Eudema.
- Serrano, G. (1996). *Conflitos organizacionales y negociación*. Comunicação apresentada no XXIX Encontro Nacional da APG, Porto.
- Shirom, A. (1989). *Burnout in work organizations: International Review of industrial and Organizational Psychology*. New York: John Willey & Sons.
- Silva, D., Loureiro, M., Peres, R. (2008). Burnout em Profissionais de enfermagem em contexto hospitalar. *Psicologia hospitalar*. 6 (1) São Paulo, Brasil.
- Sousa, E. (2011). *A Família - Atitudes do Enfermeiro de Reabilitação*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.
- Sousa, M. (2008). Relatório Pós-Licenciatura em Especialização Médico-Cirúrgica. Porto, Portugal.
- Spooner-Lane, R. (2004). *The influence of work stress and work support on burnout in public hospital nurses*. Tese de Doutoramento, University of Technology, Queensland, Austrália.
- Tanaka, L. H. (2001). *Compreendendo o relacionamento interpessoal no contexto do trabalho: visão dos enfermeiros-chefes de um hospital de ensino*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo, Brasil.
- Tecedeiro, M. (2010). Estudo exploratório sobre burnout numa amostra portuguesa: O narcisismo como variável preditora da síndrome de burnout. *Análise Psicológica*, 2 (28), 311-320.
- Thomas, K.W. (1992). Conflict and Negotiation Processes in Organizations. *Handbook of Industrial & Organizational Psychology*. 3, 651-717.
- Valentine. P.E.B. (2001). A gender perspective on conflict management strategies of nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 33, 69-74.
- Vargas, M. C. F. (2010). *Gestão de Conflitos e Desgaste Profissional no Bloco Operatório - O Caso dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.

A Síndrome de Burnout e a Gestão de Conflitos na Classe Profissional dos Enfermeiros

- Vives, J. F. (1994). Respuesta Emocional al Estrés Laboral. *Revista Rol De Enfermería*, 186, 31-39.

- Weinstein, R. J. (2001). *Mediation in the workplace: a guide for training, practice and administration*. Westport: Greenwood, Publishing Group, Inc.

Anexos

Anexo I - Pedido formal para aplicação dos questionários

Exmo. Senhor:
Presidente do Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E
Avd. Rainha D. Amélia
6300 Guarda

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo académico na Unidade Local de Saúde da Guarda

Exmo. Sr.:

Eu, aluno do Mestrado da Universidade da Beira Interior da Covilhã, do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, venho por este meio apresentar formalmente o pedido de autorização, para que possa realizar nas instalações da Unidade Local de Saúde da Guarda, um estudo sobre “A Influência da Síndrome de *Burnout* na Gestão de Conflitos entre Enfermeiros”.

Este estudo (que dá pelo nome de dissertação), faz parte de uma das exigências propostas pela universidade, para a conclusão do já referido Mestrado.

Trata-se de um estudo de investigação e não se destina de modo algum avaliar o funcionamento interno da instituição, sendo que os dados recolhidos são confidenciais.

Para que possa concluir este trabalho, necessito de recolher informação de profissionais de enfermagem a desempenhar funções em cuidados de saúde primários e diferenciados, em algumas instituições da Unidade Local de Saúde da Guarda.

O que solicito concretamente, é a vossa colaboração para que possam ser seleccionados alguns funcionários (enfermeiros), que irão responder a 3 questionários, um sobre dados Sócio-demográficos, um sobre a Síndrome de *Burnout* e outro sobre a Gestão de Conflitos.

Anexo a este pedido, os questionários de dados sócio-demográficos, a “Escala MBI” e a “Escala de Gestão de Conflitos”.

Sem outro assunto, subscrevo-me com elevada estima e consideração, agradecendo a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

(Jorge Manuel Ramos da Silva)

Anexo II - Parecer positivo da aplicação dos Questionários



[
Exm. Senhor
Enf. Jorge Manuel Ramos da Silva
USF "A Ribeirinha"
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.
]

Sua referência a

Sua comunicação de

Nossa referência

7638

Data

Guarda, 26/09/11

ASSUNTO: Pedido de autorização para a realização de um estudo académico na Unidade Local de Saúde da Guarda – “ A Influência da Síndrome de *Burnout* na Gestão de Conflitos entre Enfermeiros”.

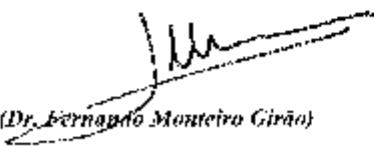
Vimos por este meio informar V. Ex.ª que, de acordo com o ofício datado de 11.08.2011 e após parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E., se encontra autorizado a realizar o estudo mencionado na Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Para melhor articulação, sem prejuízo para o normal funcionamento dos serviços, deve entrar em contacto com os (as) respectivos (as) Responsáveis (as) de cada serviço antes de iniciar o respectivo estudo.

Deverá entregar no Conselho de Administração desta Unidade um exemplar do referido trabalho após conclusão do mesmo.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração


(Dr. Fernando Monteiro Girão)

FCPVII



Anexo III - Questionário sócio-demográfico

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

IDADE (anos):

SEXO: Masculino

Feminino

ESTADO CIVIL: Solteiro(a):

Casado(a):

Divorciado(a):

Viúvo(a):

TIPO DE CUIDADOS PRESTADOS: Cuidados Saúde

Primários

Cuidados Saúde

Diferenciados

TEMPO EXERCÍCIO PROFISSIONAL TOTAL (anos):

Anexo IV - Escala MBI

ESCALA MBI

As seguintes questões estão relacionadas com os sentimentos provocados pelo seu trabalho. Leia atentamente cada afirmação e escolha com uma cruz a opção mais adequada ao que sente.

	Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1 - Sinto-me emocionalmente vazio(a) devido ao meu trabalho.							
2 - Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho.							
3 - Sinto-me cansado (a), quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.							
4 - Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem.							
5 - Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objectos.							
6 - Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço							
7 - Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes.							
8 - Sinto-me ceder devido ao meu trabalho.							
9 - Tenho a sensação de, através do meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas.							
10 - Tornei-me mais insensível às pessoas desde que tenho este trabalho.							
11 - Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro.							
12 - Sinto-me cheio (a) de energia.							
13 - Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho.							
14 - Sinto que o meu trabalho é demasiado pesado.							
15 - Não me preocupo verdadeiramente com o							

que acontece a alguns dos meus doentes.							
16 - Trabalhar em contacto directo com o público, é demasiado “stressante”.							
17 - Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes.							
18 - Sinto-me rejuvenescido(a) quando consigo estabelecer uma relação próxima com os doentes no meu trabalho.							
19 - Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho.							
20 - Sinto que esgotei todos os recursos.							
21 - No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma.							
22 - Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas.							

Anexo V - Escala ROCI-II

ESCALA DE GESTÃO CONFLITOS

As situações que se seguem, dizem respeito a condutas que podem ser consideradas como modos de agir, perante uma situação de conflito no seu local de trabalho, com os seus **Colegas**. Selecciona entre as opções dispostas, aquela com que mais se identifica.

	Discordo fortemente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo fortemente
1 - Perante uma dificuldade de trabalho com um colega, tento analisar a situação com ele e encontrar uma solução que seja aceitável para ambos.					
2 - Quando surgem problemas de trabalho, tento satisfazer as necessidades do outro colega.					
3 - Em questões de trabalho com outro colega, procuro evitar colocar-me numa situação difícil e envolver terceiros.					
4 - Perante uma situação problemática com um colega, tento integrar as minhas ideias e as dele, de modo a alcançar uma decisão conjunta.					
5 - Perante uma situação problemática com um colega, procuro encontrar com ele as soluções que nos beneficiem a ambos.					
6 - Em geral, evito discutir abertamente com outros colegas, problemas de trabalho.					
7 - Quando surgem divergências, procuro encontrar caminhos e soluções problemáticas.					
8 - Quando surgem divergências, procuro utilizar todos os meus recursos ao meu alcance para que as minhas ideias sejam aceites.					
9 - Uso o meu prestígio profissional e a autoridade conferida para pressionar no sentido de o processo avançar de forma que me seja favorável.					
10 - Geralmente actuo como desejam os meus colegas.					
11 - Usualmente acato os desejos dos meus colegas.					
12 - Perante uma situação problemática com um colega, a informação que troco com ele é sempre verdadeira.					

13 - Diante uma dificuldade de trabalho com um colega, geralmente faço-lhe concessões.					
14 - Usualmente proponho um caminho intermédio para romper com os impasses.					
15 - Diante problemas de trabalho procuro conseguir acordos com os meus colegas.					
16 - Tento não mostrar desacordo com um colega.					
17 - Evito confrontos com um colega.					
18 - Uso os meus conhecimentos e experiência profissional para que as decisões me favoreçam.					
19 - No trabalho, de um modo geral acato as sugestões dos meus colegas.					
20 - Ao procurar soluções para um problema de trabalho com um colega, por vezes tenho que ceder um pouco para conseguir o mais importante.					
21 - Diante uma situação problemática com um colega, geralmente mostro-me firme para procurar impor o meu ponto de vista.					
22 - Diante um problema de trabalho com um colega, procuro colocar claramente os nossos interesses para que o problema seja resolvido da melhor forma possível.					
23 - Colaboro com um colega para chegar a soluções aceitáveis para ambos.					
24 - No trabalho, tento satisfazer as expectativas dos meus colegas.					
25 - Algumas vezes uso todos os recursos ao meu alcance para ganhar numa situação de concorrência com um colega.					
26 - Procuro não mostrar o meu desacordo com um colega para evitar problemas.					
27 - Tento evitar situações aborrecidas e desagradáveis com um colega.					
28 - Diante um problema de trabalho com um colega, tento analisar conjuntamente a situação para conseguir uma compreensão adequada do mesmo.					

Anexo VI - Estatísticas relativas às respostas ao MBI na Dimensão Exaustão

EXAUSTÃO		Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias	Total
P1	N	134	36	23	32	31	15	1	272
	%	49,3	13,2	8,5	11,8	11,4	5,5	0,4	100
P2	N	73	48	37	60	33	19	2	272
	%	26,8	17,6	13,6	22,1	12,1	7,0	0,7	100
P3	N	44	63	52	61	26	22	4	272
	%	16,2	23,2	19,1	22,4	9,6	8,1	1,5	100
P6	N	36	65	69	44	25	22	11	272
	%	13,2	23,9	25,4	16,2	9,2	8,1	4,0	100
P8	N	92	50	43	28	38	16	5	272
	%	33,8	18,4	15,8	10,3	14,0	5,9	1,8	100
P13	N	94	90	27	23	25	12	1	272
	%	34,6	33,1	9,9	8,5	9,2	4,4	0,4	100
P14	N	73	95	24	39	27	13	1	272
	%	26,8	34,9	8,8	14,3	9,9	4,8	0,4	100
P16	N	17	52	34	58	47	55	9	272
	%	6,2	19,1	12,5	21,3	17,3	20,2	3,3	100
P20	N	106	62	39	36	18	11	0	272
	%	39,0	22,8	14,3	13,2	6,6	4,0	0,0	100

Anexo VII - Estatísticas relativas às respostas ao MBI da dimensão despersonalização

DESPERSONALIZAÇÃO		Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias	Total
P5	N	141	51	28	37	12	3	0	272
	%	51,8	18,8	10,3	13,6	4,4	1,1	0	100
P10	N	49	51	38	51	44	35	4	272
	%	18,0	18,8	14,0	18,8	16,2	12,9	1,5	100
P11	N	18	51	34	49	60	50	10	272
	%	6,6	18,8	12,5	18,0	22,1	18,4	3,7	100
P15	N	77	90	22	43	27	11	2	272
	%	28,3	33,1	8,1	15,8	9,9	4,0	0,7	100
P22	N	81	60	24	56	23	26	2	272
	%	29,8	22,1	8,8	20,6	8,5	9,6	0,7	100

Anexo VIII - Estatísticas relativas às respostas ao MBI da dimensão realização pessoal

REALIZAÇÃO PESSOAL		Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias	Total
P4	N	1	11	13	43	48	96	60	272
	%	0,4	4,0	4,8	15,8	17,6	35,3	22,1	100
P7	N	2	9	6	40	62	94	59	272
	%	0,7	3,3	2,2	14,7	22,8	34,6	21,7	100
P9	N	1	15	4	30	41	143	38	272
	%	0,4	5,5	1,5	11,0	15,1	52,6	14,0	100
P12	N	3	17	29	90	62	53	18	272
	%	1,1	6,2	10,7	33,1	22,8	19,5	6,6	100
P17	N	9	0	13	44	68	105	33	272
	%	3,3	0,0	4,9	16,2	25,0	38,6	12,1	100
P18	N	1	8	10	46	65	101	41	272
	%	0,4	2,9	3,7	16,9	23,9	37,1	15,1	100
P19	N	0	12	15	37	72	112	24	272
	%	0,0	4,4	5,5	13,6	26,5	41,2	8,8	100
P21	N	81	60	24	56	23	26	2	272
	%	29,8	22,1	8,8	20,6	8,5	9,6	0,7	100

Anexo IX - Estatísticas relativas ao estilo de Gestão de Conflitos “Colaboração”

Colaboração		Discordo Fortemente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo Fortemente	Total
P1	N	0	4	25	118	125	272
	%	0,0	1,5	9,2	43,4	46,0	100
P4	N	1	6	38	142	85	272
	%	0,4	2,2	14,0	52,2	31,2	100
P5	N	0	3	36	153	80	272
	%	0,0	1,1	13,2	56,2	29,4	100
P12	N	1	6	12	120	133	272
	%	0,4	2,2	4,4	44,1	48,9	100
P22	N	1	9	30	98	134	272
	%	0,4	3,3	11,0	36,0	49,3	100
P23	N	0	9	37	140	86	272
	%	0,0	3,3	13,6	51,5	31,6	100
P28	N	1	5	17	133	116	272
	%	0,4	1,8	6,2	48,9	42,6	100

Anexo X - Estatísticas relativas ao estilo de Gestão de Conflitos “Acomodação”

ACOMODAÇÃO		Discordo Fortemente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo Fortemente	Total
P2	N	30	93	77	60	12	272
	%	11,0	34,2	28,3	22,1	4,4	100
P10	N	36	86	76	68	6	272
	%	13,2	31,6	27,9	25,0	2,2	100
P11	N	45	77	83	53	14	272
	%	16,5	28,3	30,5	19,5	5,1	100
P13	N	18	71	90	73	20	272
	%	6,6	26,1	33,1	26,8	7,4	100
P19	N	44	62	91	66	9	272
	%	16,2	22,8	33,5	24,3	3,3	100
P24	N	7	45	89	100	31	272
	%	2,6	16,5	32,7	36,8	11,4	100

Anexo XI - Estatísticas relativas ao estilo de Gestão de Conflitos “Dominação”

DOMINAÇÃO		Discordo Fortemente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo Fortemente	Total
P8	N	8	36	69	151	8	272
	%	2,9	13,2	25,4	55,5	2,9	100
P9	N	14	53	83	98	24	272
	%	5,1	19,5	30,5	36,0	8,8	100
P18	N	9	25	76	118	44	272
	%	3,3	9,2	27,9	43,4	16,2	100
P21	N	7	29	73	115	48	272
	%	2,6	10,7	26,8	42,3	17,6	100
P25	N	21	51	75	79	46	272
	%	7,7	18,8	27,6	29,0	16,9	100

Anexo XII - Estatísticas relativas ao estilo de Gestão de Conflitos “Evitamento”

EVITAMENTO		Discordo Fortemente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo Fortemente	Total
P3	N	2	4	18	136	112	272
	%	0,7	1,5	6,6	50,0	41,2	100
P6	N	17	27	18	125	85	272
	%	6,2	9,9	6,6	46,0	31,2	100
P16	N	4	21	65	119	63	272
	%	1,5	7,7	23,9	43,8	23,2	100
P17	N	0	10	31	140	91	272
	%	0,0	3,7	11,4	51,5	33,5	100
P26	N	6	32	54	128	52	272
	%	2,2	11,8	19,9	47,1	19,1	100
P27	N	6	13	33	152	68	272
	%	2,2	4,8	12,1	55,9	25,0	100

Anexo XIII - Estatísticas relativas ao estilo de Gestão de Conflitos “Compromisso”

COMPROMISSO		Discordo Fortemente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo Fortemente	Total
P7	N	109	67	56	27	13	272
	%	40,1	24,6	20,6	9,9	4,8	100
P14	N	1	10	52	128	81	272
	%	0,4	3,7	19,1	47,1	29,8	100
P15	N	1	3	43	141	84	272
	%	0,4	1,1	15,8	51,8	30,9	100
P20	N	1	22	80	131	38	272
	%	0,4	8,1	29,4	48,2	14,0	100