



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

“SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMAGEM NO HOSPITAL BAPTISTA DE SOUSA EM CABO VERDE”

Alcinda Cilene Chantre da Luz

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Gestão de Unidades de Saúde
(2.º ciclo de estudos)

Orientador: Professor Doutor António João Santos Nunes

Covilhã, Outubro de 2016

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos que de uma forma direta ou indireta contribuíram para a concretização desta investigação.

Ao meu orientador Professor Doutor António João Santos Nunes pela disponibilidade e ensinamentos em cada etapa do trabalho.

Aos enfermeiros do Hospital Baptista de Sousa pelo contributo, paciência e atenção durante as respostas do questionário, sem eles não seria possível terminar a investigação. Agradeço também ao Conselho de Administração e a todos do hospital de uma forma geral.

À minha família pelo apoio incansável em todo esse processo, pela dedicação e tudo o que me propuseram durante a minha jornada.

Ao Giliardo Nascimento pelo incentivo incondicional ao longo da investigação, pela forma como esteve presente. Agradeço pelo carinho, amor e compreensão. À minha filha Maria João pela força de todos os dias.

Aos meus amigos que sempre estiveram por perto nesta jornada.

Resumo

Os enfermeiros constituem um grupo de risco eminente relativamente a vulnerabilidade ao estresse ocupacional, que quando se prolonga no tempo e se revela crónico conduz estes profissionais à síndrome de *Burnout*, enquanto uma das consequências do stress ocupacional, ou enquanto uma forma de tensão psicológica resultante do stress.

Com uma amostra constituída por 89 enfermeiros num universo de 118, o presente estudo consiste numa avaliação dos níveis da síndrome de *Burnout* nos enfermeiros do Hospital Dr. Baptista de Sousa, ilha de São Vicente em Cabo Verde, a partir da análise das três dimensões da síndrome, a saber: Exaustão emocional, Despersonalização e Realização pessoal, apuradas através da aplicação da Maslach Burnout Inventory (MBI).

Neste sentido, estudou-se, em primeiro lugar, a influência do nível etário no surgimento de burnout, procurando uma relação lógica entre a idade e as probabilidades do surgimento da referida síndrome. Em segundo lugar, estudou-se a relação entre o sexo e o aparecimento de burnout, para apurar a possibilidade de haver uma vulnerabilidade de um dos géneros no aparecimento da referida síndrome. Por fim, estudaram-se os vários indicadores socioprofissionais, como o tempo de serviço, a influencia ou não da vida conjugal, das horas de trabalho, do trabalho por turnos e a pretensão de trabalhar em outra instituição.

Observou-se, no entanto, em todas as hipóteses da investigação levantadas, a inexistência de valores estatisticamente significativas, que não nos permitiram outras conclusões. Deparando com a existência de um nível baixo da síndrome de burnout nos enfermeiros do Hospital Baptista de Sousa.

PALAVRAS-CHAVE:

Stress ocupacional, Síndrome de Burnout, Burnout nos enfermeiros,

Abstract

Nurses are an imminent risk group relative vulnerability to occupational stress, which when prolonged in time and reveals chronic lead these professionals to burnout, as one of the consequences of occupational stress, or as a form of resulting psychological tension stress.

With a sample of 89 nurses in 118 universe, this study is an assessment of the levels of burnout in nurses of the Hospital Dr. Baptista de Sousa, the island of Sao Vicente in Cape Verde, from the analysis of the three dimensions of syndrome, namely: emotional exhaustion, depersonalization and personal realization, calculated by applying the Maslach Burnout Inventory (MBI).

In this sense, he studied at first, the influence of the age level at the onset of burnout, looking for a logical relationship between age and the likelihood of the onset of the syndrome. Second, we studied the relationship between sex and the occurrence of burnout, to determine the possibility of a vulnerability in one of the genera onset of the syndrome. Finally, we studied the various socio-economic indicators, such as length of service, the influence or not of married life, working hours, shift work and claim to work at another institution.

It was observed, however, in all cases the raised investigation, the lack of statistically significant values, which did not permit other findings. Faced with the existence of a low level of burnout syndrome in the Baptista de Sousa Hospital nurses.

KEY WORDS:

Occupational stress, burnout syndrome, burnout in nurses,

Lista de acrónimos

OMS - Organização Mundial da Saúde

MBI - “Maslach Burnout Inventory”

MBI-HSS - Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey

Índice

Introdução	10
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO <i>BURNOUT</i>	13
1.1 Considerações gerais, origem e evolução conceptual.....	13
1.2 “ <i>Stress</i> Ocupacional”	15
1.2.1 Causas do “ <i>stress</i> ocupacional”	17
1.2.2 Consequências do “ <i>stress</i> ocupacional”	19
CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA SÍNDROME DE BURNOUT NOS ENFERMEIROS	21
2.1 Enquadramento histórico da Síndrome de <i>Burnout</i>	21
2.2 Síndrome de <i>Burnout</i> : enquadramento teórico	23
2.3 Conceptualização da Síndrome de <i>Burnout</i>	24
2.4 Causas e Consequências da Síndrome de <i>Burnout</i> no Indivíduo	28
2.5 Síndrome de <i>Burnout</i> em Profissionais de Saúde na classe dos enfermeiros	32
CAPÍTULO III: METODOLOGIA	34
3.1 Caracterização do objeto de estudo.....	34
3.2 Processo da recolha de dados	35
3.3 Tipo de estudo	35
3.4 Amostra.....	36
3.5 Hipóteses	36
3.6 Variáveis	37
3.7 O instrumento de recolha de dados e os valores do MBI mediante as respetivas dimensões de <i>Burnout</i>	38
3.8 Métodos estatísticos utilizados	38
3.8.1 Análise de consistência interna de escalas	38
3.8.2 Teste t de Student e teste de Mann-Whitney.....	39
3.8.3 Teste ANOVA e Kruskall-Wallis.....	40
CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	42
4.1 Caracterização sociodemográfica da Amostra.....	42
4.3 Análise de consistência interna das escalas utilizadas	47
4.4 Dimensões do Inventário de Burnout de Maslach (MBI)	49
4.5 Questões de investigação e hipóteses.....	51
4.5.1 No hospital existe um número elevado de enfermeiros com altos níveis de estresse?.....	51

4.5.2 A síndrome de Burnout e a sua prevalência no género feminino e no género masculino.....	52
4.5.3 Análise da incidência do burnout por níveis etários.....	54
4.5.4 Fatores socioprofissionais que influenciam o Burnout na sua globalidade e por dimensões.	56
4.5.4.1 Antiguidade ou experiência profissional e níveis de burnout.	56
4.5.4.2 Horas semanais de trabalho e níveis de burnout.....	57
4.5.4.3 Trabalho por turnos e níveis de burnout.....	58
4.5.4.4 Acumulação de trabalho em outras instituições e níveis de burnout.	59
4.5.4.5 Faltas ao serviço no último ano e níveis de burnout.....	60
4.5.4.6 Intenção de sair e níveis de burnout.....	61
4.5.4.7 Intenção de mudar de profissão e níveis de burnout.....	61
CAPÍTULO V: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	63
CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E FUTURAS LINHAS DE INVESTIGAÇÃO.....	67
Conclusões.....	67
Limitações e futuras linhas de investigação.....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71

Lista de figuras

Figura 1 - Sintomatologia do Burnout.....	31
---	----

Lista de gráficos

Gráfico 1 Distribuição da Amostra por Sexo	42
Gráfico 2 Distribuição da Amostra por Estado Civil	43
Gráfico 3 Distribuição da Amostra por Habilitações Literárias	43
Gráfico 4 Distribuição da Amostra por Número de filhos.....	44
Gráfico 5 Distribuição da Amostra Trabalhar por turnos	45
Gráfico 6 Distribuição da Amostra Trabalhar em outra instituição.....	45
Gráfico 7 Distribuição da Amostra por faltar ao serviço no último ano.....	45
Gráfico 8 Distribuição da Amostra por faltar ao serviço no último mês	46
Gráfico 9 Distribuição da Amostra: “Se pudesse deixaria o hospital onde trabalha? ..	46
Gráfico 10 Distribuição da Amostra “Se pudesse mudaria de profissão?”	46
Gráfico 11 Dimensões do Inventário de Burnout de Maslach (MBI)	49
Gráfico 12 Exaustão Emocional - Frequências	50
Gráfico 13 Despersonalização - Frequências.....	50
Gráfico 14 Realização Pessoal: Frequências.....	50
Gráfico 15 Altos níveis de estresse nas Dimensões do MBI - Frequências relativas (%)	51
Gráfico 16 Relações entre as Dimensões do MBI e o sexo.....	52

Introdução

No plano geral, o relativo interesse pelo estudo deste fenómeno, principalmente na área da saúde, deve-se fundamentalmente a três fatores, a saber: a introdução das modificações no conceito de saúde e a adequação do conceito de qualidade na prestação dos serviços de saúde e conseqüentemente à importância que a OMS (Organização Mundial da Saúde) atribuiu à melhoria da qualidade de vida¹; o aumento e a diversificação qualitativa e quantitativa das exigências da população em relação à prestação de serviços de saúde²; e por último, a conscientização não só dos investigadores mas também dos órgãos públicos e serviços clínicos em relação ao fenómeno (Borges *et al*, 2002), vislumbrando a necessidade crescente de aprofundar os conhecimentos das causas e das respetivas conseqüências suscetíveis de, por um lado acautelar medidas de prevenção da sua sintomatologia (Trigo *et al*, 2007) e por outro que possam permitir o desenvolvimento ou a criação de métodos de tratamento eficazes.

A gênese da teorização e da aplicação de estudos de *Burnout* nos profissionais de saúde (principalmente nos enfermeiros, que nos é particularmente relevante como objeto de estudo desta investigação) constitui um culminar de pesquisas relacionadas essencialmente com as emoções pessoais e as formas como a encaram determinados profissionais de saúde que, pela natureza complexa e exaustiva dessa profissão, careciam de contatos diretos e emocionais com os utentes dos serviços de saúde e com os próprios colegas da referida área (Maslach e Schaufeli, 1993), pelo que, evidencia-se nestas profissões grande carga de *stress* emocional logicamente com repercussões psicoafectivas e físicas.

É neste sentido que constatamos que, de acordo com as pesquisas realizadas, Cabo Verde carece de estudos científicos válidos que abordam o tema de uma forma específica e clara, com a agravante de que não existe registo que alguma vez se tenha aplicado o questionário “*Maslach Burnout Inventory*” no sentido de apurar a existência ou não da Síndrome de *Burnout*. Isto, por um lado, traduz-se numa tremenda falta de atribuição de importância à satisfação ou ao estado emocional, psíquico e físico desses profissionais, que conseqüentemente lidam com uma ausência de percepção do papel fundamental dos

¹ Posto Isto, e o que nos permite clarificar tal afirmação foi a criação do instrumento “World Health Organization Quality of Life” (WHOQOL) no sentido de apurar e avaliar a qualidade de vida -QdV- (World Health Organization 1997), tendo sido desenvolvido de acordo com a aceção adotada pela OMS como “a percepção do indivíduo relativamente a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p. 28). Tal aceção que decorre de uma anuência de caráter internacional, representando uma perspectiva global, abrangente e multidimensional, que reflete a complexidade dinâmica da ação da sanidade física e psicológica, das relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com os apanágios relevantes inerentes ao meio que o envolve, bem como o nível de independência na estimação subjetiva da qualidade de vida de cada indivíduo considerado (WHOQOL Group, 1993, 1994, 1995, 1997, 1998).

² Neste sentido, e para uma melhor compreensão ver Dussault Gilles: “*A gestão dos serviços públicos de saúde: Características e exigências*” in Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 26 (2):8-19, Abril/Junho 1992.

profissionais de saúde no aumento da qualidade do serviço prestado, centrado na melhoria da qualidade de vida da população Cabo-verdiana.

Logo, o trabalho a desenvolver subordinado ao tema “Síndrome de *Burnout* Em Enfermagem: Estudo Feito Nos Enfermeiros do Hospital Baptista de Sousa”, enquadrado num contexto específico da realidade do hospital da ilha de São Vicente (tratando-se de um hospital de relevante importância para região norte de Cabo Verde que presta serviço a um número significativo da sua população, tido mesmo como um dos centros hospitalares mais importantes do país, dispendo de um corpo de profissionais numeroso), e pela já referida lacuna relativamente a estudos realizados nesta área do conhecimento, bem como, o relevo que esta Síndrome de *Burnout* tem na Gestão de Unidades de Saúde. Então o objetivo geral é investigar e compreender até que ponto a Síndrome do *Burnout* representa uma realidade nos enfermeiros do hospital acima referido, e de uma forma específica analisar, através das três dimensões da mesma (exaustão emocional; a despersonalização; e a diminuição da realização pessoal³), a incidência da Síndrome de *Burnout* no referido hospital.

Para perseguir os objetivos necessários, urge a necessidade de tratamento de um conjunto questões relativas ao enquadramento teórico da temática. Em primeiro lugar, analisar-se-á o conceito de “*stress* Ocupacional” para se compreenderem as suas formas, bem como, suas causas e consequências que nos permitam avaliar a natureza e a evolução dos fatores que impulsionam e efetivam o *stress* nestes profissionais de saúde, que pode efetivamente evoluir para a Síndrome de *Burnout*. Em segundo lugar, inicialmente faremos uma exposição histórica da evolução da síndrome, bem como, a abordagem das diversas perspetivas em que tal síndrome tem sido alvo de estudos, seguido de uma operacionalização conceptual apoiada numa necessária fundamentação teórica relativamente à Síndrome de *Burnout*, mormente no que diz respeito à sua incidência em enfermeiros enquanto profissionais de saúde, com uma vertente analítica enquadrada nos trâmites científicos da área de Gestão de Unidades de Saúde. A análise empírica será feita a partir de dados recolhidos com o instrumento de pesquisa “*Maslach Burnout Inventory*” aplicado a oitenta e nove enfermeiros do referido hospital, que permitirá verificar as hipóteses previamente levantadas, fornecendo os resultados que serão objeto de análise e posterior discussão.

Esta investigação revela-se pertinente, não só por se apresentar como um estudo pioneiro no sistema de saúde em Cabo Verde relativamente à esta matéria, como também representa uma primeira análise de um fenómeno que se pretende que seja o primeiro passo para o desenvolvimento de futuras investigações em mais centros hospitalares do país, tentando apurar-se a existência e a posterior atuação face às eventuais consequências nefastas desta síndrome em Cabo Verde.

³ Que serão adiante desenvolvidos no segundo Capítulo da presente Dissertação.

Também, consideramos que a efetivação deste estudo pode representar, na prática, uma génese da união do conceito de qualidade com a prática na busca da excelência, que deve constituir um imperativo lógico e um desafio incontornável do sistema de saúde Cabo-verdiano, não só através de modelos de gestão sustentáveis, mas essencialmente através dos agentes responsáveis para a aplicação e efetivação destes modelos. Estudando o nível de satisfação emocional e motivacional dos mesmos e os comportamentos no ambiente de trabalho, na medida em que o *Burnout* não é um problema do indivíduo, mas do ambiente social no qual o indivíduo se insere, o estado psíquico determinado pelo trabalho no relacionamento com os colegas de profissão e com os próprios utentes, para diagnosticar as causas e considerar as consequências (tanto para o profissional de saúde, como para o paciente e para a própria qualidade do serviço prestado) no sentido de encontrar medidas e/ou procedimentos preventivos desse fenómeno. E consequentemente para melhorar a qualidade do serviço prestado e focalizar na satisfação do destinatário final que são os pacientes, especificamente os pacientes do Hospital Baptista de Sousa aqui em análise.

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO BURNOUT

1.1 Considerações gerais, origem e evolução conceptual

É verdade que o trabalho desempenha um importante papel no desenvolvimento pessoal, humano e social dos indivíduos, representando garantias de receitas constantes indispensáveis ao seu bem-estar, segurança, independência e autoestima. Porém, depara-se com o lado contraditório, que pode desencadear consequências devastadoras no que toca à sanidade mental e física dos profissionais.

Torna-se cada vez mais frequente a existência de experiências com o *stress* nos diversos ambientes laborais, como consequência direta de fatores como a sobrecarga horária, altos níveis de procura, conjugados com precárias condições de trabalho, falta do controle, de autonomia, de apoio social e remunerações dissociados do verdadeiro esforço empreendido e exigido (Oginska-Bulik, 2006). Evidenciando, portanto, alterações sintomáticas tanto ao nível físico e psicológico, como também ao nível comportamental, suscetível de contemplar custos pessoais, bem como, custos organizacionais, com a diminuição da qualidade do serviço prestado ao utente (Hespanhol, 2005) pelos profissionais afetados.

Verifica-se, portanto, um aumento substancial do número de profissionais que assumem sentirem-se excessivamente estressados à escala global. Na ótica da OMS os problemas de saúde mental e os transtornos relacionados diretamente com o *stress* são a principal causa de morte prematura no continente Europeu (Dollard, 2003). Com uma incidência considerável em profissionais da saúde (enfermeiros e médico) tanto pela natureza e ambiente de trabalho, pela exigência da responsabilidade pela saúde e bem-estar de outras pessoas, como também pela natureza do comportamento dos utentes, por vezes, de forma demasiado exigente e agressivo (Mark e Smith, 2011).

A palavra *Stress* como a conhecemos hoje, deriva do Latim “*distringere*” (cujo “*Dis*” que significava “afastar”, conjugado com o verbo “*Stringere*” que significava “apertar” e ou “atar”) que inicialmente pretendia descrever uma “situação legal de confisco de bens para pagamento como forma de indemnização”, porém posteriormente “passou a representar o sofrimento causado por tal determinação”⁴ que daria origem à palavra inglesa “*stress*”, que significa “pressão”, “tensão” ou “aperto”, intimamente associado à aceção de adversidade ou mesmo de dificuldade (Novais *et.al.*, 2014). No entanto, a verdade é que não existe consenso

⁴ Gramática: conhecimento da língua portuguesa; “Etimologia da palavra “*Stress*” disponível em: <http://www.gramatica.net.br/origem-das-palavras/etimologia-de-stress/>

relativamente a uma definição e uma forma para uma devida avaliação do *Stress* comumente aceite no plano académico que versa sobre esta matéria (Maslach & Jackson, 1986).

Coube ao médico húngaro Hans Selye a primeira tentativa de construir uma definição válida de *stress* a partir da sua dimensão biológica. Primeiramente ele define o *stress* como uma "síndrome geral de adaptação" que compreende um esforço generalizado do organismo para adaptar-se às novas condições, enquanto uma reação ou resposta normal a estímulos, podendo ser comparado a outras reações de defesa geral, tais como a inflamação ou a formação de corpos imunes. Tal reação desenvolveria em três fases distintas, porém dependentes uma do outro: a primeira fase seria a manifestação de um "alarme geral do organismo", quando de repente confrontado com uma situação estranha e crítica, e, portanto, considerando-a uma primeira fase de reação; a segunda fase, sucessora da primeira, consistiria numa "resistência" que, caso o processo se mantivesse contínuo, tal "resistência" seria o resultado de um sistema cumulativo até à parte posterior da segunda fase, onde verificar-se-ia a perda dessa mesma "resistência" entrando numa fase de "exaustão", a ser considerada a terceira fase da síndrome (Selye, 1936). No entanto ele redefiniria o seu conceito, abordando-o como "*the nonspecific response of the body to any demand*" assumindo-o como parte integrante da nossa vivência humana, associada a uma grande variedade de problemas potencialmente diferentes procedentes de experiências diárias (Selye, 1976).

Em 1987, através da obra "Com a vida de novo; uma abordagem de autoajuda para pacientes com câncer", Simonton, Matthews-Simonton, e Creighton, descreveram o conceito de *stress* como algo intimamente vinculado a estados emocionais oriundas do aspeto comportamental dos indivíduos perante mudanças consideráveis nas suas vidas. Recorrem a investigações sobre o cancro, suspeitando a existência de um vínculo possível entre o nível existente de *stress* em indivíduos com cancro e a propensão à progressão das neoplasias malignas, sendo que o sistema imunológico é sensível ao estado emocional do indivíduo. Concluindo, assim, que o fundamental é perceber a forma como cada indivíduo reage aos diferentes fatores que causam o *stress*, considerando-a uma variável decisiva no aparecimento e/ou desenvolvimento de doenças.

Nesta sequência, Avelino Rodrigues faz uma abordagem do *stress* como "uma relação particular entre uma pessoa, o seu ambiente e as circunstâncias às quais está submetida, que é avaliada pela pessoa como uma ameaça ou algo que exige dela mais do que as suas próprias habilidades ou recursos e que põe em perigo o seu bem-estar" (Rodrigues, 1997; 24)⁵. Pelo que se conclui que os fatores causadores do *stress* são oriundos, por um lado, de variáveis exógenas (fatores físicos e/ou sociais, onde se enquadra o trabalho e o seu ambiente), e por outro de variáveis endógenas (de caráter emocionais e sentimentais como a angústia, o medo, a alegria e a tristeza).

⁵ Ainda neste sentido, Cfr. Santos, A. M.; Castro, J. J. (1998). *Stress*. Análise Psicológica, 4, série XVI, 675-690.

Por sua vez, Carlos Laranjeira (2009) define o *stress* sob quatro dimensões a saber; primeiro como um estímulo, sendo que pode ser estimado como uma energia externa ao indivíduo; segundo como uma resposta, analisando-a como um conjunto de reações psicofisiológicas do indivíduo perante determinados estímulos considerados como fatores causadores do *stress*; terceira como uma percepção, sendo que se considera ser o resultado de um processo perceptivo e cognitivo do indivíduo; e finalmente, a quarta dimensão, operacionalizando o conceito como resultante da presença de um desajuste, real ou potencial, entre as exigências de uma determinada situação ou as predisposições do indivíduo em enfrentar essas mesmas exigências. Ainda, Carlos Laranjeira (2009) utiliza estas aceções em sede de dinâmicas organizacionais, onde ele aborda o *stress* como um reação que surge quando as exigências das diversas situações suplantam os meios existentes, desejos ou habilidades do indivíduo, provocando um conjunto significativo de réplicas restritivas que podem contemplar tanto um caráter emocional, (“aumento da insatisfação, do desinteresse, da irritabilidade”), como fisiológicas (“aumento da pressão sanguínea, do ritmo cardíaco e dos níveis hormonais”) e/ou de índole comportamental (“fragilidade das relações interpessoais, dificuldades de concentração), precipitando um decréscimo na saúde e no bem-estar do indivíduo.

No entanto existem estudos de alguns autores que reconhecem não apenas o lado negativo do *stress*, mas também conseguem vislumbrar aspetos positivos neste fenómeno na vida dos indivíduos. É o caso de Marilda Lipp (2001) que para além de considerar que as reações ao *stress* podem contribuir para o processo de desenvolvimento tanto de sintomas físicos e psicológicos, bem como de contribuir significativamente para evolução de doenças graves provocando alteração da qualidade de vida do indivíduo, Marilda Lipp vai mais longe e afirma a possibilidade de encará-lo como uma experiência capital, sendo que desempenha um papel crucial no processo de adaptação do indivíduo, no crescimento e no desenvolvimento pessoal do mesmo.

Neste mesmo sentido, já Selye (1976) assumindo que, dependendo das condições, o *stress* está associado a efeitos desejáveis ou indesejáveis, considera que não é algo a ser evitado, sendo que o facto de estar vivo cria alguma exigência ao corpo para que haja energia necessária para manutenção da vida, afirmando que a total liberdade de *stress* pode ser conseguida apenas após a morte (Selye, 1976), o que para além da ideia de inevitabilidade nos leva a crer numa certa indispensabilidade do *stress* na vida humana.

1.2 “*Stress* Ocupacional”

Feita esta análise, cumpre-nos agora centrar especificamente no “*stress* ocupacional” como um problema cada vez mais reconhecido e diagnosticado em diversos ambientes laborais. Cujá complexidade desafia a ciência a criar mecanismo de compreensão, prevenção e redução do *stress* relacionado com o trabalho.

Para Cooper *et al* (1989) empregando a concepção de *stress* ao ambiente laboral, concebe uma abordagem, na qual demonstra três grandes percepções conceptuais do *stress* ocupacional: os fatores enquanto potenciais causadores de *stress* ocupacional, os fatores passíveis de serem considerados moderadores da resposta de *stress* ocupacional e as manifestações deste, ou seja, a presença ou não de fatores stressantes no trabalho (fatores organizacionais) ou no vínculo direto casa/trabalho (fatores extra organizacionais), por sua vez conjugados com aspetos pessoais de cada profissional, considerados como aspetos moderadores da resposta, que podem precipitar sintomas ou mesmo doenças diretamente relacionadas com o *stress* (manifestações).

Na ótica de Levi (Lennart 1990, citado por Cooper 1996), perante situações de *stress* que ocorrem no referido ambiente aparecem infintas formas de reações a vários níveis: emocional, cognitivo, comportamental e/ou fisiológico, pelo que define *stress* ocupacional como uma inaptidão do sujeito em adaptar-se às persistentes mudanças e constantes exigências com que se deparam no seu trabalho.

Ross e Altmaier (1994) abordam o *stress* ocupacional como o resultado de um processo de acumulação de fatores causadores do *stress* gerados em situações relacionadas com o trabalho, ou seja, um *stress* experimentado por um indivíduo em particular num determinado ambiente de trabalho. Dependendo de variáveis como a experiência ou pelo impacto inicial do indivíduo num novo ambiente de trabalho, a forma como lidou com as diversas circunstâncias com as quais se deparou, e com que tipo de personalidade esse profissional encarou as exigências do e no trabalho. Com maior incidência em profissionais que integram determinadas carreiras com elevadas expectativas, motivação e investimento, posteriormente deparando-se com o sentimento de que foram usurpados nos seus objetivos iniciais e pretendidos (Ogińska-Bulik, 2006)

A ligação de causa efeito existente entre *stress* e o ambiente laboral pode ser a origem de reações disfuncionais, as quais, segundo António Gomes *et al* (2006) são suscetíveis de exteriorizarem-se sempre que “este se sente incapaz de controlar as condições de trabalho; quando não possui estratégias de confronto (*coping*) adequadas e adaptadas à situação e, por fim, quando não possui qualquer fonte de apoio social que o ajude a lidar com as dificuldades colocadas pela sua profissão” (Gomes *et al*, 2006, 69).

Sugere-nos, ainda, Alberto Hespanhol (2005) a necessidade de partir de perspetiva holística para se conseguir uma melhor compreensão do *stress* ocupacional, argumentando a existência de um aglomerado de outros fatores causadores referentes a uma realidade que emana da “ligação casa-trabalho”, onde “se encontram outras causas extra organizacionais de *stress*” ou seja, sugerindo que seria um erro considerar analiticamente o *stress* ocupacional sem ter em conta outros aspetos do dia-a-dia do profissional que é vítima.

Conclui, Alberto Hespanhol (2005) que *stress* ocupacional no extremo, ou seja, permanente e em estado de avançada evolução conduz à Síndrome de *Burnout*, conceptualizada por Christina Maslach como uma síndrome com três diferentes dimensões - exaustão emocional,

despersonalização e ausência ou baixa realização pessoal⁶ em funções nos quais os profissionais estão em permanente interação com utentes, quais sejam os serviços de saúde (médicos e enfermeiros), sociais, da justiça e da educação.

1.2.1 Causas do “stress ocupacional”

Depois das abordagens suprarreferidas, realça-se que o *stress* ocupacional, resulta de uma sucessão de diversos fatores que consubstanciam todo um processo conducente a esse estado psíquico e físico.

1.2.1.1 Paradigma de “*stress ocupacional*” de Cooper e Marshall

Cumpre-nos, desde logo, analisar o paradigma de Cooper e Marshall (1978) relativamente às origens fundamentais do *stress* ocupacional conjugado com os custos, tanto para o indivíduo como para a própria organização. Logo, faremos a exposição das cinco categorias de origens do *stress* ocupacional considerados neste modelo, a saber:

- A) Fatores inerentes ao ambiente de trabalho: que estão potencialmente vinculado com fracos níveis de saúde mental, segundo o qual podemos vislumbrar duas subcategorias distintas: as circunstâncias físicas do ambiente laboral (considera-se os ruídos, vibrações, temperaturas extremas dos quais a própria humidade e/ou ventilação inadequada, a luminosidade, bem como os aspetos higiénicos), e os requisitos considerados necessários para o normal desempenho das tarefas exigidas do trabalho (a unissonância das tarefas laborais, com o agravante de serem realizadas em horário noturno e/ou por turnos, bem como a sobrecarga horária sem horas necessárias de descanso e a submissão à riscos e perigos constantes, como também as dificuldade de deslocação ao local de trabalho;
- B) Papel na organização: no qual se vislumbra 4 fatores relevantes, a saber: (1) a ambiguidade do papel (relacionada por um lado com a insatisfação profissional, a falta autoestima, perceções de perigo ao bem-estar físico, considerados como resultados da falta de clareza relativamente as tarefas do trabalho, e por outro lado com um maior nível de exigências emocionais e intelectuais), considerando que a coesão do grupo podem exercer um papel moderador da resposta da ambiguidade, realçando que nos grupos onde é notável um certo défice de coesão a relação entre a ambiguidade de papel e a baixa autoestima tende em ser maior do que nos grupos que ostentam uma

⁶ Cf. Maslach, Chistina., & Jackson, Susan E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.

maior coesão, por sua vez nestes é maior a relação entre a ambiguidade de papel e a insatisfação profissional; (2) o conflito de limites, respeitante a relação sinérgica e conflituante existente entre o limite exigido no trabalho e o limite da capacidade de respostas do indivíduo a essas exigências; (3) o conflito de papéis que é concernente a incompatibilidade de papéis percebidos por um profissional que pode gerar emoções negativas, como a realização de tarefas que não sejam específicas do seu trabalho ou que chocam com os seus valores e princípios pessoais; e por fim (4) o grau de responsabilidade, prendendo-se com a liberdade de ação e autonomia de tomada de decisão relativamente a instalações, equipamento ou até mesmo com pessoas (Hespanhol, 2005). Neste sentido Karasek (1979) citado por Hespanhol (2005) enquadra a medicina no espetro das profissões ativas, por ser uma profissão com elevadas solicitações e com uma grande latitude de tomada de decisões;

- C) Relações no trabalho: quando as relações (relações estabelecidas com os superiores, os subordinados e com colegas de trabalho) são construídas na base da desconfiança, podem resultar em maiores graus de ambiguidade do papel, baixos e/ou inexistentes níveis de comunicação, fraca satisfação com o trabalho e ausência do bem-estar psicológico, gerando fatores potenciadores do *stress*;
- D) Processo de desenvolvimento na carreira: refere-se, nesta categoria três grandes fatores que potenciam o *stress*: ausência de segurança no trabalho derivada de uma eventual promoção excessiva ou insuficiente, receio relativamente a perda do posto ou do estatuto no trabalho. Pelo que quando se evidencia inconsistências decorrentes da relação entre as expectativas das pessoas e a posição social ocupada pelas mesmas, podem surgir problemas do foro psíquico;
- E) Clima e estrutura organizacional: os fatores aqui identificados são: a ausência do processo de tomada de decisão, resultante da ausência de consulta e comunicação sem justificação aparente, originando uma perceção de não integração dentro da organização.
- F) Fatores extra organizacionais: todos os fatores (sociais, familiares, financeira e a falta de conciliação entre as exigências familiares com as organizacionais) consideradas foras do ambiente laboral, que por sua vez também precipitam o aparecimento de problemas físicas e psicológicas (Sutherland e Cooper, 1993).

Conclui-se que estes fatores acarretam custos pessoais (respeitantes à saúde psíquica e física) por um lado, e por outro, custos organizacionais (ausência frequentes no trabalho ou mesmo desistência do emprego, dificuldades relacionais no ambiente laboral) repercutindo-se na falta de controlo da qualidade. Pelo que observa também Mark e Smith (2011) que o custo que acarreta para as organizações reflete-se fundamentalmente no aumento das taxas de acidentes ou pior desempenho da produção e reforma prematura.

1.2.2 Consequências do “*stress ocupacional*”

Existem evidências substanciais que demonstram a possibilidade de o *stress* ocupacional poder acarretar consequências negativas nos indivíduos, incluindo doenças psicossomáticas (relações direta entre as emoções e os danos corporais e mentais) originadas por um estado emocional de duração transformação, essencialmente quando o organismo empreende esforços constantes na busca de uma necessária adaptação (Khosa *et al*, 2014), provocando distúrbios de foro mental e corporal ou mesmo sensação de exaustão.

Os principais estudos efetivados relativamente às consequências subjetivas de *stress* ocupacional, revelaram-se serem maioritariamente de ordem psicológica ou psicossomática, incidindo menos em consequências objetivas, quais sejam, as mudanças psicofisiológicas ou de performance (McIntyre, 1994). Logo, as consequências psicológicas relacionadas com o *stress* ocupacional “incluem a ansiedade, nervosismo, tensão, depressão, suicídio (...), (e) os sintomas de stress considerados psicossomáticos incluem dores abdominais, dores no peito, mudanças de batimento cardíaco, dores de cabeça, náusea, fadiga, etc” (Mcintyre, 1994; 196).

No modelo supra analisado, Cooper e Marshall (1978) referem-se a duas dimensões sintomáticas passíveis de serem conducentes a diversas doenças como consequência do *stress* ocupacional, a saber: (1) a dimensão individual dos sintomas, respeitante ao aumento substancial da pressão arterial, a elevação patológica da taxa de colesterol no sangue (células e plasma), a irregularidade no ritmo cardíaco (que indica um mau funcionamento do coração), o tabagismo, o alcoolismo, o humor depressivo, a insatisfação profissional, podendo assim provocar doenças mentais; (2) a dimensão organizacional sintomas, como o hábito de não comparecer no trabalho por parte do profissional vítima, o elevado grau de rotatividade laboral e o fraco controlo da qualidade, que, por sua vez, podem resultar em greves prolongadas, acidentes frequentes e graves ou a baixa produtividade.

Por sua vez, e na mesma lógica analítica, os autores Sutherland e Cooper (1993) consideram que quando o indivíduo não consegue enfrentar os efeitos negativos do *stress*, tais efeitos podem refletir tanto a nível físico (náuseas, úlcera péptica, impotência, diarreia, falta de ar, aumento da tensão arterial, dores de cabeça, ranger de dentes e dores nos maxilares, dores nos ombros, no pescoço, ganho ou perda de peso, indigestão etc.), a nível psicológico (depressão ansiedade, ausência de sono) e por fim a nível comportamental (rapidez na articulação frásica, tiques nervosos, desorientações constantes, choros repentinos, fadiga crónica, indecisão, perda de eficiência no trabalho, negligência, tabagismo e alcoolismo etc.).

Posto isto, e não obstante a existência de autores que defendem o lado motivacional e produtivo de um certo nível de *stress* ocupacional nos profissionais, concluímos que existem reações diferentes ao *stress* ocupacional, com uma incidência considerável nos profissionais de saúde, afetando de forma direta a sua sanidade física e mental que compromete o seu bem-estar pessoal e a qualidade do serviço prestado aos utentes. Pelo que o *stress* ocupacional

contínuo e agravado temporalmente, provoca no profissional a Síndrome de *Burnout*, caracterizado pela exaustão emocional, despersonalização e ausência e baixa realização pessoal.

CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA SÍNDROME DE BURNOUT NOS ENFERMEIROS

2.1 Enquadramento histórico da Síndrome de *Burnout*

Terminologicamente, *Burnout* foi utilizado pela primeira no ano de 1953 na sequência de um estudo de caso efetivado por Schwartz e Will, comumente conhecido como “Miss Jones”, aludindo essencialmente a problemática de uma enfermeira psiquiátrica desmotivada e descontente com e no exercício das suas funções. Termo proveniente do inglês “to burn out”, que significa “queimar-se por completo” ou “excessivo esgotamento”. No mesmo sentido, no ano de 1960, outro estudo foi realizado por Graham Greene, sob o tema “A burn Out Case”, que versava sobre o caso de um arquiteto que desistiu da sua profissão devido a sentimentos de desilusão. E através de casos analisados e estudados constata-se que os sintomas e sentimentos descritos pelos dois profissionais são os que se adequam hoje no conceito de *Burnout* (Maslach e Schaufeli, 1993), porém, era então muito pouco estudado e também secundarizado em termos de relevância.

Pelo que, é apenas no decorrer da década de 70 que o *Burnout* alcança alguma importância no seio da comunidade acadêmica americana, e começa, ainda que timidamente, a ser estudado e aplicado em profissionais de varias áreas, essencialmente quando profissionais americanos começaram a preferir procurar trabalhos mais promissores e mais distantes de suas comunidades para conquistar maior satisfação e gratificação no exercício das suas tarefas, pelo que é perceptível que essa questão emerge essencialmente devido a um conjunto de fatores socioeconómicos bem como por fatores históricos (Farber 1983). Permitindo-nos, previamente, considerar que o conceito de *Burnout* é um fenómeno psicossocial que emerge, ao longo da sua história, como uma resposta crónica às vítimas de *stress* ocorridos no espaço laboral, consubstanciando uma realidade tridimensional, que relacionadas, porém, independentes, quais sejam, a exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional, que serão posteriormente aprofundados no decorrer da nossa investigação.

O ambiente laboral de então apresentava características de um ambiente excessivamente profissionalizado, burocratizado e com altos níveis de isolamento, pelo que a congregação desses fatores deu origem a um conjunto de profissionais com altas expectativas de satisfação (o que posteriormente, e na maioria das vezes não corresponderia á expectativa inicial) combinados como a escassez de recursos para enfrentar as frustrações, a excessiva

tendência individualista que emerge lado-a-lado com uma sociedade dita moderna (Farber 1983), motivando o aparecimento de pressão nas profissões de prestação de serviços, principalmente devido à percepção (nem sempre assertiva) dos utentes, que confiavam na alta competência e treinamento dos profissionais, possuindo um alto nível de autonomia e satisfação no trabalho (Cherniss, 1980), propiciando as bases para desenvolver determinadas doenças oriundas de um desgaste contínuo tanto do foro físico como do psíquico.

Neste sentido, o pioneiro nessas investigações foi o médico Herbert Freudenberger que recupera o termo *Burnout* enquanto realizava estudos relativamente ao uso e ao abuso de drogas em Nova Iorque, nos Estados Unidos da América, num período em que estas mesmas drogas foram quase sempre denominadas de “*burnouts*”. Esta denominação era sinónimo de alta dependência, seguido de um processo intensivo de perda de capacidades e habilidades, como consequência da erosão da motivação e consequentemente de competência académicas e profissionais. Posto isto, tal indivíduo vítima desta dependência era considerado como um “*burnout*” (Skovholt, 2001).

Seria, assim, ainda no século XX, propriamente no ano de 1974 que Herbert Freudenberger publicaria um artigo numa Revista de Estudos Psicológicos, onde utilizaria pela primeira vez a palavra “*burnout*” enquanto uma patologia com repercussões psíquicas e físicas, como resultado de uma atenta observação feita aos voluntários que o auxiliava nas unidades de saúde. Estes expunham uma progressiva perda de empenhamento, motivação e de emoção, seguidos de sintomas de cariz mental e física, especialmente uma considerável realidade de exaustão (sentimento de fracasso e exaustão causado por um excessivo desgaste de energia e recursos, comportamentos de fadiga, depressão, irritabilidade, aborrecimento, perda de motivação, sobrecarga de trabalho, rigidez e inflexibilidade). Considerou mesmo que estas pessoas, numa fase avançada de exaustão, precisavam mais de ajuda do que aquelas que estes cuidavam. Neste sentido, Herbert Freudenberger para a descrição deste estado geral, empregou a terminologia já utilizada; “*Burnout*” para se aludir ao resultado crónico da utilização excessiva de drogas (Freudenberger, 1974; Guimarães e Cardoso, 2004). Pelo que Herbert Freudenberger (1974) após a minuciosa observação suprarreferida conclui que se tratava de uma ausência denexo de causalidade, ou seja, havia uma combinação de más escolhas e boas intenções.

Seguir-se-iam os estudos realizados pela psicóloga social Christina Maslach em 1976 (*Burned-out*); em 1981 (*The measurement of experienced burnout* com Susan Jackson) e em 1986 (*Maslach Burnout Inventory Manual* também com Susan Jackson) debruçando sobre o comportamento dos indivíduos ao enfrentarem o estímulo emocional no trabalho, apurando conclusões análogos aos de Herbert Freunderberger, porém focada em estratégias cognitivas denominadas de despersonalização, aludindo ao comportamento dos profissionais de saúde (enfermeiras e médicos) relativamente a mistura da clemência com o desprendimento emocional, precavendo o contato com a patologia vivenciado pelo paciente, recorrendo à uma certa proteção a si mesmo diante a fatores causadores do *stress* conducente ao Síndrome de

Burnout, ou seja, numa espécie de “desumanização em defesa própria”, o que permite estar diante dos pacientes com uma configuração despersonalizada (Guimarães e Cardoso, 2004).

Conclui, portanto, Maslach e Schaufeli (1993) que na evolução histórica e conceitual, *Burnout* emerge, essencialmente, como um problema social, e não como uma construção científica, sendo que foi modelada por apreensões pragmáticas em vez de académicas. Nesta primeira fase desse progresso conceitual, o foco estava em descrições clínicas de *Burnout*, sendo analisada e observada através de abordagens clínicas (estudos tentaram descrever e compreender a síndrome de *burnout* por meio de análises observações cautelosas, porém não padronizados, através de casos individuais). Posteriormente, evidencia-se uma segunda fase desta evolução progressiva, uma fase empírica, em que o realce transferiu-se para a pesquisa sistemática sobre *burnout* e em particular busca de mecanismos capazes de realizar uma avaliação deste fenómeno, acompanhado com um crescente progresso teórico centrado na inquietação de integrar a noção evolutiva com outros quadros conceptuais.

2.2 Síndrome de *Burnout*: enquadramento teórico

2.2.1 Considerações gerais

Em estudo, a agora conhecida como a Síndrome de *Burnout* foi considerado em várias áreas profissionais como na educação, na medicina e nos profissionais de saúde, no sistema de judiciário, na religião, ou seja, orientada para pessoas das mais diversas áreas ocupacionais, onde estariam facilmente expostos à exaustão precoce, que ostentava variadíssimas características que revelaram-se ter implicações importantes no processo evolutivo do conceito de *burnout* (Maslach, 1982).

No entanto estas características produziram inicialmente perspectivas contraproducentes, porque por um lado, e no que se refere ao conceito de “*Burnout*”, verificou-se uma diversidade de abordagens conceptuais que foram emergindo na literatura, que debruçaria sobre um conjunto diversificado de fenómenos e características, que nem sempre contribuíam para o estudo teórico do respetivo conceito, em vez de centrarem-se todos e apenas em torno de fenómenos que caracterizam o conceito em estudo. E por outro lado, as características do conceito de *burnout* foram expandidas e dilatadas no seu âmbito no sentido de abrangerem muito mais do aquilo que abrangia originalmente (Maslach e Schaufeli, 1993).

Despertava assim uma certa difusão conceptual e ausência de centralidade no estudo do fenómeno, de tal forma que qualquer problema do foro pessoal era considerado como uma característica para a descrição da síndrome de *burnout* (Savio, 2008) tendo sido mesmo alargado no seu âmbito para incluir características opostas, como a sobrecarga e subcarga (Dias

et al., 2010). Pelo que a questão que imediatamente é levantada é o risco de um conceito ter sido amplamente alargado para poder significar muita coisa ou tudo, porém incorria numa pena de acabar sem identidade própria, logo, sem significado nenhum (Maslach e Jackson, 1984).

Neste sentido as investigações que surgiram relativamente à Síndrome Burnout respeitavam, todos, um único modelo: o primeiro passo foi sempre uma descrição generalista da natureza das profissões que potencialmente propiciavam o aparecimento *stress* ocupacional; depois, o *stress* ocupacional nas profissões consideradas seria relacionado diretamente com a síndrome de *burnout*, mediante a realização e apresentação de alguns estudos realizados para ilustrar a questão; e por fim, seguiu-se a recomendação de algumas abordagens preventivas (Maslach e Schaufeli, 1993). No entanto, por causa desta primeira abordagem puramente clínica, evidenciando uma crescente falta de provas empíricas credíveis, obstaculizava qualquer eventual forma de intervenção, o que levou os críticos a descredibilizar o conceito ou até mesmo ignorá-la integralmente (Pinto e Chambel, 2008), pelo que, o universo académico reagiu inicialmente de forma negativa face a esse conceito.

O estudo científico de Maslach e Jackson apresentava-se como uma resposta a muito esperada e necessária para reverter o estado das coisas, sendo que originou a “*Maslach Burnout Inventory*” (MBI) que veio colmatar tanto a falta de ênfase inicial no desenvolvimento de teorias de *burnout*, como também a falta de uma estrutura conceitual para a integração e um instrumento padrão para a avaliação dos resultados e das diversas e soluções propostas. Não obstante, e segundo defende Anabella Martínez Pérez (2010) este défice de construção teórica refletia a novidade do fenómeno, relativamente ao qual muito teria de ser investigado, para uma melhor compreensão dos parâmetros que o caracterizavam, antes de embarcar na construção modelo próprio.

2.3 Conceptualização da Síndrome de *Burnout*

Herbert Freudenberger (1974), pioneiro no estudo científico da síndrome, definiu *burnout* segundo uma conceção clínica, caracterizando-a como um conjunto de sintomas (fadiga física e mental, sentimento de impotência e inutilidade, falta de entusiasmo pelo trabalho e pela vida, e baixa autoestima) que representavam um estado de exaustão física e mental causada pela vida profissional. Suscetível de conduzir o profissional a estados depressivos e em casos extremos até ao suicídio.

Pelo que atribui-se a Herbert Freudenberger a conceção clínica do estudo da referida síndrome, sendo que postula que se trata de um estado e não como um processo, que embora seja decorrente da atividade profissional do indivíduo, decorre fundamentalmente de características pessoais (Freudenberger, 1974; Carlotto, 2001; Benevides-Pereira, 2002). A par de outros estudos, que, no mesmo sentido definiram *burnout* como um estado avançado de

exaustão física, emocional e mental causada pelo envolvimento de longo prazo em situações emocionalmente exigentes (Kuremyr, et al., 1994).

Desde então, díspares aceções têm emergido. Assim, Shirom (1989), considerava que o conteúdo fundamental da síndrome de *burnout* emergia de uma gradual perda de fontes de energia, definindo-o como uma congregação de cansaço físico, exaustão emocional e cansaço cognitivo, com os quais se juntam outros fatores, como a cultural profissional e educacional, características da personalidade individual.

Por seu turno, Cary Cherniss (1980) abordaria a síndrome de *burnout* como um processo transacional, que ao nível psicológico seria uma resposta própria a uma situação laboral insuportável que inicia quando um profissional é exposto a uma sensação de estresse e exaustão, impossível de ser aliviada por meio de uma solução ativa do problema, podendo ser considerada como uma "fuga psicológica", que pretende alcançar a garantia de que não irá acrescentar um estresse adicional à tensão nervosa que já verificada, através de mudanças interiores e exteriores gerando descolamento, contração emocional, cinismo, rigidez, que são relacionados com o mau humor e a irritação diária, cansaço e exaustão, o sentimento de decepção e impotência dos profissionais (Del Rio, 1990).

Hombrados (1997) sugere uma aceção comportamental apoiada na coexistência de um conjunto de respostas cognitivas e fisiológicas perante situações laborais com acentuadas exigências e prolongadas no tempo, pelo que, ele escolhe como elementos capitais da síndrome: as mudanças emocionais e cognitivas; as mudanças negativas no desempenho profissional e uma situação de pressão social e profissional.

Por outro lado, segundo Harrison (1999) o *stress* ocupacional permanente ou a síndrome do *burnout* é uma consequência do "*stress* crônico", baseando-se no ambiente em que o indivíduo se encontra inserido, ou seja, quando nesse ambiente encontramos uma elevada pressão, imposição de tarefas, falta de reconhecimento atingindo o lado emocional, desentendimentos entre os funcionários ou ate mesmo com o chefe.

Ainda, seguindo o mesmo raciocínio da definição que Harrison (1999) construiu, Gil-Monte (2005, 2008), acrescenta que essa síndrome tem algo específico, que é o trabalho feito por profissionais que estão em contato permanente com pessoas, e que enquadrar em quatro grupos: " 1) Ilusão pelo trabalho, avaliada de forma inversa para caracterizar *burnout*, é definida como a percepção de que o trabalho proporciona desafios e o alcance de metas profissionais é uma fonte de realização pessoal; 2) desgaste psíquico, caracterizado pelo sentimento de cansaço físico e emocional em ter de lidar, diariamente, em seu trabalho, com estressores e pessoas que apresentam algum tipo de problema; 3) indolência, entendida como a presença de atitudes negativas de indiferença, insensibilidade e distanciamento frente aos clientes, colegas e organização; 4) culpa, definida pelo surgimento de sentimentos de culpabilização por atitudes e comportamentos não condizentes com as normas internas e cobrança social acerca do papel profissional" (Carlotto et al, 2015; 14). Neste sentido,

Nantsupawat et al (2016; 85) realçam que determinados ambientes (onde se inseres também o ambiente laboral dos profissionais de saúde), que não permitem ou não possuem meios próprios para que o profissional possa desempenhar a sua função em condições normais, pode provocar pressão visível, o que leva ao profissional a exaustão, principalmente a nível emocional, fazendo com que disponibiliza um tratamento inadequado ao paciente/utente, representando um claro risco⁷.

Neste sentido, conclui-se que a síndrome de *burnout* em profissionais refere-se a uma consequência negativa e crônica de estresse em ambientes laborais (Shirom 1989; Schaufeli & Enzmann 1998; Maslach et al., 2001), entendidos através de abordagens individuais, interpessoais, organizacionais e sociais, sendo certo que todos comungam um mesmo pressuposto básico, que é a existência de uma clara disparidade crônica entre as expectativas de um profissional e a verdadeira realidade das condições laborais encontradas, tantas vezes desfavoráveis, provocando o esgotamento físico e mental (Schaufeli & Enzmann 1998). Pelo que, relativamente às referidas desfavoráveis condições laborais, a síndrome de *burnout* aparece como uma má combinação entre a alta procura e as exigências requeridas com os baixos recursos profissionais (por vezes também materiais) capazes de compensar toda a procura e a exigência (Demerouti et al., 2001, Schaufeli & Bakker 2004).

Tais exigências aludem-se aos aspetos psicológicos, físicos, sociais e organizacionais do ambiente laboral, diretamente associados a custos para o profissional, enquanto recursos necessários para suprir as exigências e as procuras referem-se aos aspetos puramente funcionais para o alcance dos objetivos propostos pelo ofício que se realiza, reduzindo o estímulo a aprendizagem e ao desenvolvimento profissional, criando sentimento de frustração e impotência. Pelo que, conclui Ronco, Fazzotti, Crea (1993) que a síndrome de *burnout* revela-se, por um lado através de aspetos comportamentais que viabilizam sentimentos de insatisfação, de fácil e constante irritabilidade, clima de tensão para com os destinatários do serviço prestado, e por outro manifesta-se por comportamentos alternativos como a "fuga", que conduz ao uso do álcool, uso de substâncias estupefacientes e amizades ambíguas etc.

Seria, no entanto, com Maslach e Jackson (1981) que verificar-se-ia uma grande evolução para uma abordagem psicossocial, construindo-se e materializando-se os suportes operacionais, conceptuais e empíricas da referida síndrome, apurando a sua maior ocorrência em profissionais cujas atividades laborais estão altamente centradas em pessoas, com quem tem contacto direto, que posteriormente seria classificado de forma tridimensional, ou seja, como uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e de baixa realização pessoal (Maslach, et al., 1996):

⁷ Anteriormente, Leiter (1991,1992), também segue o mesmo raciocínio na sua definição de que o *Burnout* é o resultado de pensamentos de pessoas diferentes onde o querer realizar o trabalho em boas condições não condiz com o ambiente em que irá desempenhar as suas tarefas.

- A- **Exaustão Emocional:** trata-se de uma exaustão tanto física como psicológica, traduzida numa incapacidade de o indivíduo dar mais de si, pelo que é definida por uma carência gradual de energia articulada com sentimentos de forte esgotamento emocional, propiciando sintomas como a fadiga física e mental, sentimento de impotência e inutilidade, falta de entusiasmo pelo trabalho que se desempenha e pela vida, e baixa autoestima. No que se refere ao nosso objeto de estudo, ou seja, aplicando diretamente nos profissionais da saúde, tal exaustão emocional revela-se na dificuldade de lidar com os doentes, sendo que o profissional de saúde resente-se da fadiga no trabalho incitando um sentimento de vazio pessoal, emocional e físico, que não se resolve com o descanso. Evidenciando-se assim, rebentamentos emocionais, facilitando perturbações nervosas e furiosas e dificultando a concentração. Logo a exaustão emocional aparece como um estado fundamental no desenvolvimento da síndrome de *burnout*, correlacionado com a sobrecarga profissional, a pressão de tempo e o conflito de papéis, que associados à escassez de recurso traduzem-se em fatores causadores de *stress* e perda constante de energia, logo considerado diretamente responsável por desencadear as duas dimensões seguintes. Pois, observa Leiter (1993) que quando o indivíduo está esgotado energeticamente e sem condições anímicas e físicas para continuar no seu ofício profissional, evidencia-se o momento que favorece a passagem para a despersonalização das relações interpessoais, perdendo assim a realização pessoal.
- B- **Despersonalização:** verificada a exaustão emocional, segue-se uma insensibilidade emocional, caracterizada pelo desenvolvimento de relações dissimuladas efetivamente, limitadas pelo cinismo tanto para com os colegas, como também com os utentes/pacientes. Estabelecendo comportamentos negativos, pautadas pela ansiedade, fácil irritabilidade, ausência de motivação, ausência de objetivos dada a falta de comprometimento com os fins do seu trabalho, perda de idealismo, alineação e egoísmo. Tal despersonalização em profissionais de saúde, tende a revelar-se através do distanciamento dos restantes colegas de profissão, estabelecendo também uma barreira de entre si e os pacientes, como também diminuem o tempo dispensado ao posto de trabalho e a energia anímica que empreendem no trabalho (Gil-Monte, 2002).
- C- **Diminuição da Realização Pessoal e Profissional:** na senda desta dimensão, o profissional faz uma autoavaliação que acaba por afetar a realização do trabalho e o atendimento adequado aos pacientes, apurando-se uma progressiva desconexão pessoal e profissional, que afeta também o seu comprometimento com a própria instituição. Referindo-se, portanto, a uma progressiva perda de confiança e produtividade, sentimento de incompetência e incapacidade de resposta às diversas solicitações não só relacionadas com as suas funções, mas também relacionadas com a sua própria vida pessoal, ambas associadas à depressão e uma incapacidade de lidar com as exigências do trabalho.

Ao aludir a esta abordagem tridimensional da síndrome de *burnout*, importa, também, considerar a crescente tendência académica assente na investigação relativa ao “*coping*”, ou seja, relativa aos aspetos referentes as formas e respostas de enfrentamento individual diante dos fatores causadores da síndrome nos respetivos ambientes de trabalho. Assim, neste sentido, optamos pela perspetiva de bidimensional de Zanelli (2009) ao considerar dois modos de enfrentamento individual: (1) o primeiro modo de enfrentamento refere-se a um cenário em que o indivíduo volta-se para si mesmo na tentativa de encontrar uma forma endógena de livrar-se do esgotamento emocional de que ele está a ser vítima; (2) o segundo modo de enfrentamento refere-se a um cenário em que o indivíduo direciona-se para o problema, procurando soluções exógenas para o esgotamento emocional que o afeta.

Neste sentido, tais perspetivas remete-nos para uma razão analítica e matemática de base, expressa em termos de $y=f(x)$, que permite, a título exemplificativo, isolar metodologicamente duas variáveis, y (exaustão emocional) e x (sobrecarga de trabalho) empregando-se ferramentas de medida que possibilitem mensurá-las a fim de conhecer o respetivo grau de correlação permitindo sustentar que a exaustão emocional estaria em função da sobrecarga de trabalho (Castro, 2013). Ainda Castro (2013; pp. 52) considera ser exequível complexificar o modelo analítico-matemático inserindo, por exemplo, “a análise fatorial, no intuito de reduzir uma pluralidade de dados diversos a um conjunto de fatores comuns que, por sua vez, podem se revelar estressores em uma determinada população”. Contudo, observa que o analítico-matemático inicial continua a representar uma base lógica à investigação, sendo que, tenta apurar um ou mais fatores que alcançariam o patamar de variável dependente ou independente, pelo que teria lugar na função inicial proposta - $y=f(x)$ -, onde y é projetado enquanto variável dependente e por sua vez x tido como um conjunto de variáveis independentes.

2.4 Causas e Consequências da Síndrome de *Burnout* no Indivíduo

Cumpramos agora, apresentar e explorar as causas, as consequências e os aspetos sintomáticos inerentes à síndrome de *burnout*.

No que diz respeito às causas, resultam fundamentalmente de uma combinação de fatores organizacionais, individuais, e sociais, capazes de originar uma perceção de baixa valorização profissional, tendo como produto a síndrome de *burnout*. Pelo que afirma-se que o exercício de determinado trabalho ininterruptamente de pessoas que desenvolvem problemas do foro psicológico, social e/ou físico, propicia o aparecimento e a evolução do *stress* crónico, tornando-se emocionalmente desgastante. O que facilita o risco de desenvolvimento da síndrome de *burnout* de uma forma gradual e silenciosa, evoluindo lentamente através de um

processo contínuo que passa do entusiasmo à decepção, em profissionais de medicina (médicos, enfermeiros), professores, polícias, profissionais da justiça etc., que exteriorizam comportamento e emoções negativos para com os utentes (Maslach e Jackson, 1981).

A literatura parece consensual relativamente aos fatores sociais e organizacionais e vislumbra, em harmonia, alguns fatores a saber: (1) o meio físico do trabalho e do conteúdo do cargo que ocupa, que tantas vezes é conjugado com a inexistência de expectativas claras e de responsabilidades de trabalho (que ao não se verificarem impedem o trabalhador de ser produtivo), rotinas de trabalho e a excessiva supervisão; (2) disfunções do papel, relações interpessoais e desenvolvimento da carreira; (3) e o *stress* relacionado com as novas tecnologias e outros aspetos organizacionais, que incluem a estrutura e o clima organizacional, relacionado muitas vezes com a inexistência de grupos de apoio ou grupos de trabalho coesos (Jackson e Schuler 1983; Gil-Monte e Peiró 1997). Concluindo-se que traduzem-se em uma sobrecarga de trabalho, numa falta de controlo, no sentimento de recompensa diminuta, a ausência de coletividade, a falta de justiça, bem como os conflitos de valores (Maslach, et al 2001; Maslach, 2009):

1. **Sobrecarga de trabalho:** sendo diretamente relacionada com a exaustão do *burnout*, é alusiva a desmesurada carga de trabalho, instigando a exaustão do indivíduo de tal forma que a recuperação apresenta-se como uma clara impossibilidade. Também advém da ausência de habilidades ou vocação para o desempenho de uma determinada função ou quando é exigido ao profissional sentimentos contrários ao que sente na realização de determinadas tarefas;
2. **Ausência de controlo:** que é associado comumente à dimensão de limitada realização pessoal, pelo que tal falta de controlo, quase sempre, aponta para a ausência de autonomia de resolução dos seus problemas, por parte dos profissionais, ou para efetivarem as suas escolhas de modo a contribuir para alcançar os objetivos, segundo os quais poderão posteriormente serem responsabilizados. Inclui-se também a ausência das decisões referentes à sua prática profissional, que por sua vez pode fazer com que o profissional defronte com uma crise de controlo e de sobrecarga de trabalho, conduzindo-o para um impacto significativo nos níveis de stresse e *burnout*;
3. **Recompensa insuficiente:** acontece quando, na consciência do profissional existe o sentimento de que a recompensa financeira é exígua face ao seu desempenho laboral, conjugada com a falta de reconhecimento social e a falta de recompensas intrínsecas (no que se refere a honra em realizar algo relevante e de realiza-lo bem) são efetivamente parte crítica dessa incompatibilidade. Logo esta recompensa insuficiente esta associado a sentimentos de ineficácia, concluindo-se que o reconhecimento positivo e justo nestas ordenações representa um importante vetor para evitar a síndrome de *burnout*;
4. **Falta de espírito de coletividade:** quando o profissional perde a razão de ligação positiva com os demais colegas no local de trabalho, não só pelos conflitos crónicos e

por resolver, mas também pela existência de ambientes laborais onde isolam os profissionais face ao contacto social. Daqui (dos sentimentos negativos de frustração e hostilidade) decorrem os elevados graus de *stress* e *burnout* transformando o trabalho num fardo insuportável;

5. **Injustiça:** a injustiça (verificada quando existe desigualdade na carga de trabalho ou de vencimentos) conjunta com a eminente falta de respeito entre profissionais que trabalham juntos determina de forma negativa o necessário bom ambiente laboral e o sentimento de comunidade. Pelo que as situações de injustiça podem agravar a síndrome de *burnout*: por um lado por ser observado de forma injusta é uma experiência emocionalmente desgastante; por outro lado a injustiça, gradualmente sustenta uma sensação de cinismo em relação ao local de trabalho;
6. **Conflito de valores:** pautada pela existência de um antagonismo entre as exigências da profissão e os princípios e valores pessoais do próprio profissional. Acontecem na medida em que as ambições individuais não correspondem aos valores da organização, ou mesmo quando a qualidade do serviço prestado e o próprio atendimento estão em confronto com políticas de contenção de custos das organizações. Assim, estas circunstâncias propiciam o surgimento da síndrome de *burnout*.

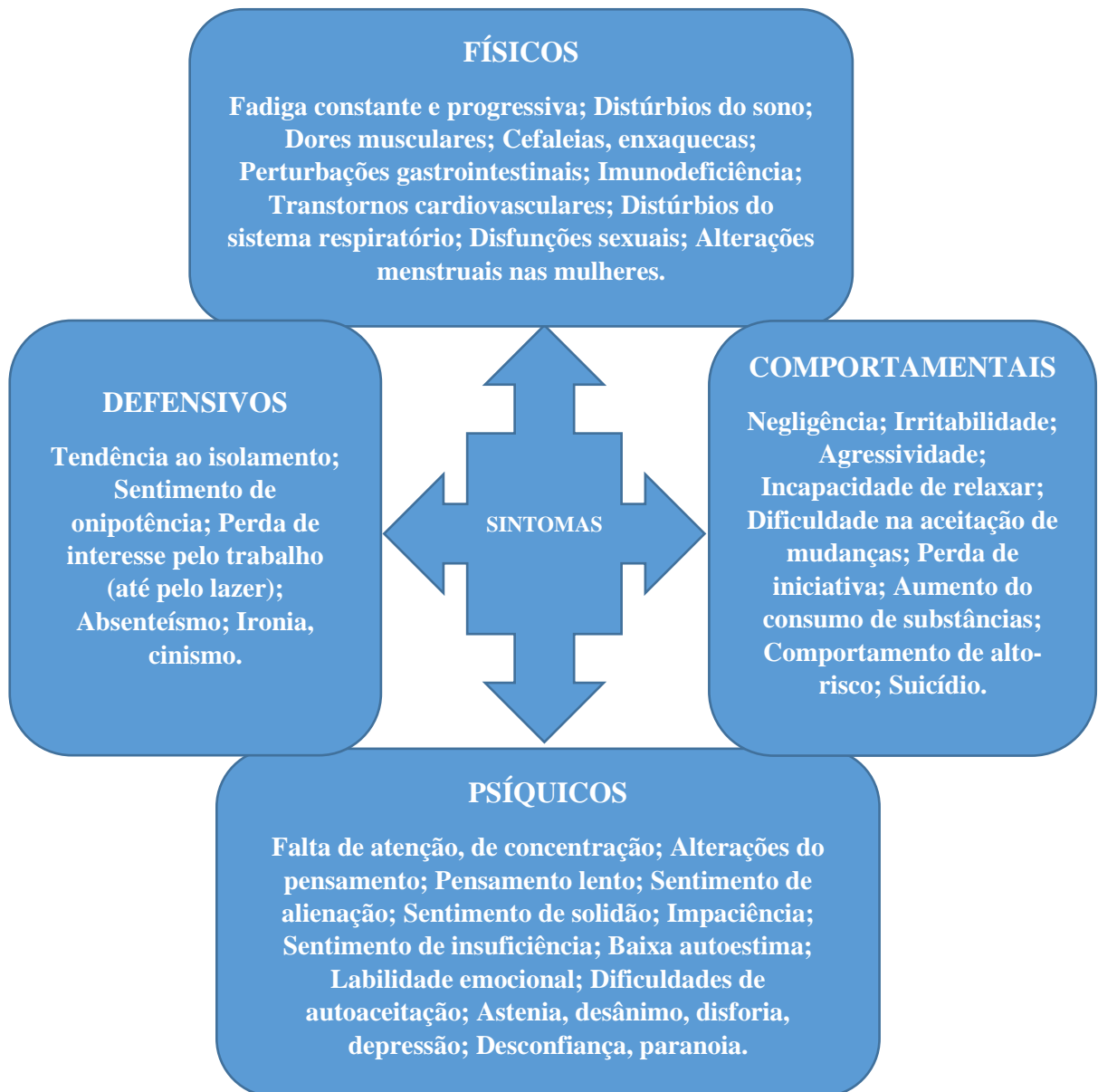
Não obstante, existem também fatores pessoais e individuais competentes na criação de mecanismos que auxiliam o desenvolvimento da síndrome de *burnout* em profissionais, a saber: prévia existência de expectativas utópicas por parte do trabalhador, constituindo uma expectativa irreal relativamente a compensação (ostentando expectativa do emprego ideal e objetivos de carreira profissional e expectativas ao nível monetário) que receberá por parte da organização, pelo que, sempre que confrontadas com a verdadeira prática da organizacional, geram um impacto destrutivo com a realidade. Ou seja, um profissional que se julga apto para executar tudo, expõem-se à síndrome de *burnout*, apresentando-se vulnerável e com reações de *burnout*, especialmente com sensações de baixa realização pessoal (Jackson e Schuler, 1983).

No que tange as consequências, cumpre-nos desde logo realçar, que tal síndrome prejudica e compromete a qualidade de vida, a qualidade assistencial e a produtividade do profissional, verificando-se uma redução drástica do seu desempenho, aumentando a propensão para cometer erros e baixando os níveis de criatividade na resolução de problemas, exteriorizando-se uma reduzida satisfação laboral, um fastigioso absentismo, propensão ao abandono do posto de trabalho ou da própria organização, ausência de empenhamento na realização de tarefas, surgimento em grande escala de discórdias interpessoais com colegas de profissão, utentes e superiores, incitando um decréscimo da qualidade da vida profissional (Gil-Monte, 2005).

Neste sentido, Benevides-Pereira e Moreno-Jimenez (2003) e também Gil-Monte (2003) apresentam uma proposta multidimensional para caracterizar a síndrome de *burnout*, desenvolvendo um quadro sintomático onde é distinguido quatro tipos de sintomas diferentes.

Sintomas físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos, exemplificados na figura que segue *infra*⁸:

Figura 1 - Sintomatologia do *Burnout*



Fonte: Benevides-Pereira (2002)

Concluindo-se, portanto, que a síndrome de *burnout* acarreta perdas elevadas tanto para o profissional como para os próprios utentes, mas também para a organização.

⁸ Ainda neste sentido, Cf., AKROYD D., CAISON A., ADAMS R. D. *Burnout* in radiation therapists: the predictive value of selected stressors. *International Journal of Radiation Oncology*. vol.52. n3. p.816-21. 2002; também BARRET L., YATES P. *Oncology/haematology nurses: a study of job satisfaction, burnout and intention to leave the specialty*. *Aust. Health Rev.*, 2002; 25(3): 109-21; e ainda CHACON R.M., GRAU A. J. *Burnout* en enfermeros que brindan atencion a pacientes oncologicos. *Rer. Cuba. Oncol*,1997, jul,13(2):118-25.

2.5 Síndrome de *Burnout* em Profissionais de Saúde na classe dos enfermeiros

Embora qualquer profissional de qualquer área esteja suscetível de ser alvo de *burnout*, que tem maior incidência em profissionais de profissões de serviços didáticos e de saúde.

Neste sentido, como suprarreferido, a síndrome de *burnout* foi inicialmente considerada na observação de Schwartz e Will no âmbito do caso “Miss Jones”, uma enfermeira psiquiátrica desmotivada com a pressão do ambiente de trabalho e descontente no exercício das suas funções, devido à natureza dos fatores interpessoais e organizacionais.

Pelo que os enfermeiros estão entre os grupos de profissionais que constituem um risco eminente no que se refere ao estresse ocupacional prolongado e crónica conducente a síndrome de *burnout* (Rothmann e Van der Colff, 2009), enquanto uma das consequências do *stress* ocupacional, ou enquanto uma forma de tensão psicológica resultante do *stress*.

É dado adquirido que, enquanto profissionais de saúde e ainda que de forma indireta, os enfermeiros experimentam de forma exaustiva a dor e o sofrimento alheio, o que inspira afeições solidárias e motiva comportamentos de extrema dedicação, entrega e sacrifício (Loff, 1996). Tal aglomerado de sentimentos e comportamento, traduzem-se posteriormente numa alta taxa de mortalidade, compreendendo o suicídio, patologias psíquicas conotadas com o *stress* excessivo e contínuo, debilidades físicas e absentismo nesta classe em particular (Hillhouse e Adler, 1996, citado por Silva 2012).

Neste sentido, encontra-se na literatura um conjunto de fatores que explicam o surgimento da síndrome de *burnout* particularmente nos enfermeiros. Assim, Vives (1994) citado por Silva (2012) identifica cinco fatores potencializadores: (1) **Ambiente Laboral**: no que se refere ao estado físico, a preparação e a especialização das instalações onde se presta o serviço, bem como a condição geral dos doentes e o género de tratamento a conceder; (2) **Relações no ambiente labora**: relacionado tanto com a existência de péssimas relações com superiores e demais colegas, bem como relacionado com o facto de receber ordens contrárias, com a falta de emancipação pessoal e também com a falta de informações médica relevantes; (3) **Carga Burocrática**: referindo-se à existência de um défice organizacional e na distribuição de tarefas, inúmeros papeis por preencher, elevada carga horaria e o alargamento de encargos administrativos sem compensação e reconhecimento; (4) **Profissionais e de desempenho**: relacionado com o sentimento de fraca preparação técnica e profissional para a prestação de serviços, contacto direto com a dor e com a própria morte, a pressão de não errar, fraca recompensa salarial e promoção não satisfatória; (5) **Pressão e exigências**: referindo-se à insuficiência de pessoal, apelo a presença em vários locais ao mesmo tempo, pressão pela imposição de prazos, bem como lidar com a pressão exercida por parte do familiares dos doentes.

Conclui-se assim, que o *Burnout* na classe dos enfermeiros surge derivado de fatores causadores de *stress* provocadas pela pressão no cuidado prestado as pessoas doentes, que pode suscitar sentimentos e emoções distintas, potencialmente desgastantes (principalmente pelo constante contacto direto com a morte) sendo que os profissionais de saúde são inequivocamente prejudicados pelos estados de sofrimentos dos pacientes assistidos. Verificando-se que tais profissionais tendem a abandonar o exercício por causa do esgotamento em uma escala muito maior quando comparado com outras profissões. Sendo que, em muitas unidades de saúde depara-se com uma escassez de enfermeiros e uma alta taxa de rotatividade de profissionais nesta área que está diretamente associado com baixos padrões de assistência ao paciente e ao aumento de pressões sobre os enfermeiros, logo essa grande rotatividade nesta classe de profissionais está claramente associada com sobrecarga de trabalho, insatisfação no exercício das funções e ao *burnout* - exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal (Hasselhorn *et al* 2009).

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

3.1 Caracterização do objeto de estudo⁹

A investigação foi realizada no Hospital Baptista de Sousa, situado em São Vicente, ilha do arquipélago de Cabo Verde. Antes designado apenas por Hospital de São Vicente, o atual Hospital Dr. Baptista de Sousa começou a ser construído em 1880, mas somente dezanove anos depois é que terminara a obra a 16 de abril de 1899. A inauguração aconteceu dois anos mais tarde, em 1901, pelas mãos do Governador Coronel de Artilharia, Arnaldo de Novais, embora já havia o funcionamento parcial do mesmo desde o ano em que terminaram as obras.

Depois de inaugurado, foram criados ao longo do tempo os departamentos de maternidade, serviços de RX, enfermarias específicas, dispensário de puericultura. Mais tarde em 1952 inicia o funcionamento do gabinete de Fisioterapia, logo de seguida o centro de Hemoterapia e Reanimação (sob orientação de dois professores universitários) e o laboratório de análises clínicas. Em 1960 teve a inauguração da escola de enfermagem do Hospital de São Vicente. Somente em 1984, depois de feitas novas obras no hospital, foi inaugurado e batizado com o nome de Hospital Dr. Batista de Sousa¹⁰, atualmente constituído por três blocos distintos: o Hospital Velho, o Bloco Central e a Pediatria.

Segundo o Boletim Oficial da República de Cabo Verde, II Série nº 4 de 22 de janeiro de 2013, através do Despacho Conjunto nº 3/2013 é aprovado os novos estatutos do hospital, devido a exigências do mesmo, com o objetivo de conceder autonomia e instrumentos próprios e assim observa-se mais um passo na solidificação do Sistema Nacional de Saúde de Cabo Verde.

O hospital é constituído pelos seguintes órgãos: o Conselho de Administração, o Fiscal Único e o Conselho Técnico. Ainda sobre a composição do hospital, encontramos também os serviços: as Enfermarias (que são no total de nove enfermarias), Bancos de Urgências (Adulto e Pediatria), Banco de Tratamento, Banco de Sangue, Bloco operatório (Geral e Ginecologia), Laboratório, Farmácia, Imagiologia e uma Central de Consultas.

Ainda segundo o Boletim suprarreferido, o Hospital Dr. Baptista de Sousa possui autonomia administrativa e financeira, sendo uma instituição pública de regime especial, tem como missão promover a saúde, a prevenção e o tratamento da doença, o atendimento e o tratamento a um tempo útil, garantindo a eficácia, efetividade, eficiência, equidade e acima de tudo a qualidade com custos acessíveis, todos os doentes que precisam desde cuidados

⁹ Todos os dados expostos neste ponto são dados retirados de documentos internos do Hospital em estudo.

¹⁰ Homenagem ao português José Baptista de Sousa, capitão-médico, cirurgião das forças armadas expedicionárias a Cabo Verde, onde permaneceu quase três anos em São Vicente. Caracterizado como um “anjo di céu” que um dia pousou nesta ilha e marcou o coração das pessoas dessa ilha.

hospitalares até a sua recuperação. Assumindo mesmo como umas das unidades hospitalares mais importantes de Cabo Verde, disponibilizando, pelo menos até 2013, serviços que poucas unidades hospitalares conseguiriam garantir há alguns anos atrás.

3.2 Processo da recolha de dados

Para dar início a parte empírica da investigação foi enviado à comissão de ética do hospital um pedido de autorização (Ver Anexo I) para aplicar o questionário nos enfermeiros. Depois de uma resposta positiva foi procedido em novembro de 2015 a aplicação do questionário.

No referido questionário, foi explicado como o próprio seria preenchido, evidenciando sempre o anonimato do mesmo, sendo que alguns foram preenchidos e entregues logo de seguida e outros foram deixados para serem devolvidos numa data posterior, depois de ter sido possível o preenchimento.

O HBS é constituído por 118 enfermeiros, sendo que apenas 89 responderam ao questionário aplicado em novembro de 2015, caracterizando-os como a amostra do estudo. Nesse questionário irão ser avaliados o perfil sociodemográfico e as perceções dos enfermeiros em relação ao desempenho das suas próprias tarefas enquanto profissionais de saúde.

3.3 Tipo de estudo

O tipo de estudo desta investigação possui características de um estudo descritivo e transversal.

Um estudo descritivo, na medida em que verificar-se-á uma exposição de forma organizada dos dados/informações referente aos enfermeiros inquiridos, tratando-se de uma investigação potencialmente analítica, sendo que assumimos uma posição não interventiva enquanto investigadores, limitando-nos a empreender apenas métodos que viabilizassem a descrição dos acontecimentos que desenrolaram de forma instintiva, sem a nossa intervenção (Almeida e Freire, 2008).

Também, trata-se de um estudo transversal, na medida em que os dados foram recolhidos num único momento, ou seja, num espaço temporal limitado, concentrado em uma única percentagem representativa do grupo em estudo, que pretende explicar os resultados através das correlações possíveis entre as variáveis (Almeida e Freire, 2008), permitindo-nos apurar as que estão associados ao nosso objeto de estudo (Silva, 2012).

3.4 Amostra

Para o estudo que ora apresentamos, releva-se crucial caracterizar a nossa amostragem como não probabilística, tratando-se, portanto, de uma amostragem por conveniência, na medida em que utilizamos grupos já constituídos e cristalizados, sendo que os resultados conseguidos neste nosso estudo não devem ser aplicados para análise além do grupo já identificado para o presente estudo (Schutt, 1999).

Tal, deveu-se ao fato de no momento de recolha de dados ter-se revelado difícil a participação de todos os enfermeiros do Hospital Baptista de Sousa ante as dificuldades levantadas tanto pelo horário altamente rotativo destes, bem como à recusa de alguns em responder ao questionário proposto e a própria limitação de tempo que deparamos desde do início, na medida em que tivemos que deslocar de Portugal para aplicar o questionário em Cabo Verde, ilha de São Vicente, limitados por 20 dias entre a data chegada e a data de partida. Assim, num universo de 118 enfermeiros da unidade hospitalar em estudo, a nossa amostra é constituída apenas por 89 enfermeiros.

Assim perante tal cenário de não nos ter sido possível ter uma amostragem que garantisse que todos os enfermeiros do universo existente no Hospital Batista de Sousa tivessem uma probabilidade não-nula de serem selecionados, para apurarmos a probabilidade precisa de inserção de cada elemento da nossa amostra (Ochoa, 2015), a nossa amostragem é não probabilística.

O tipo de amostragem não probabilística permite selecionar elementos para a amostra baseando-se em axiomas estabelecidos em relação à população de interesse, tidos como critério de seleção (Ochoa, 2015), ou também, recorre-se a esse tipo de amostragem devido a limitações com que o investigador depara no desenvolvimento do processo de recolha de dados, que não o permite atingir os objetivos necessários para conseguir uma amostragem probabilística.

No entanto, uma amostragem não probabilística apenas expressa-nos a noção de como é um universo, não possibilitando apurar com que exatidão: não é praticável determinar uma margem de erro e níveis de confiança (Ochoa, 2015).

3.5 Hipóteses

Atendendo aos nossos objetivos inicialmente traçados, formulamos as seguintes hipóteses que nos aproximarão de uma resposta ao problema:

Hipótese 1 - Os níveis mais altos do *Burnout* verificam-se nos enfermeiros com a idade mais avançada;

Hipótese 2 - Há uma certa predominância de altos níveis do *Burnout* no sexo feminino em relação ao sexo masculino;

Hipótese 3 - Existem outros fatores socioprofissionais que influenciam o burnout.

3.6 Variáveis

Para uma melhor compreensão e análise dos dados recolhidos para o nosso estudo, e atendendo a necessidade de respeitar os tramites de atribuição da validade científica que se pretende, revela-se necessário definir e operacionalizar as variáveis independentes e as dependentes, enquanto particularidades suscetíveis de serem mensuradas, controladas ou manipuladas numa investigação.

Assim, consideremos como variáveis independentes os elementos fundamentais para que se possa verificar um determinado resultado, ou seja, elementos manipuláveis pelo investigador para apurar a causa para um efeito ou consequência verificada, constituindo assim um influxo que limita ou determina um resultado, enquanto que a variável dependente é o resultado, a consequência ou a resposta de algum elemento que foi determinada em consequência das variações das variáveis independentes, ou seja, não é manipulada, mas sim é determinada como consequência da manipulação da variável independente (Almeida e Freire, 2008).

Posto isto, para a nossa investigação as variáveis independentes foram: sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, anos de profissão, número de anos que trabalha no hospital, número de horas de trabalho por semana, número de filhos, trabalhos por turnos ou não, número de instituições onde trabalha, número de faltas no último ano e no último mês de trabalho, situação de satisfação de desempenho profissional no referido hospital. Sendo que a variável dependente constitui as dimensões do *burnout*, a saber: exaustão emocional, despersonalização, e realização pessoal.

3.7 O instrumento de recolha de dados e os valores do MBI mediante as respetivas dimensões de *Burnout*

O meio utilizado na recolha dos dados necessários para o desenvolvimento do nosso estudo foi o *Maslach Burnout Inventory*, que é “um questionário auto informe” elaborado em 1978 por Christina Maslach e Susan Jackson e adaptado por Tamayo em 1997 (Lima et al, 2009). Nesta sequência, elaborou-se em 1996 o MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey*) exclusivamente para a apurar a existência de *Burnout* ou não em profissionais de Saúde com um contato humano contante, e que posteriormente seria traduzida e adaptada para português em 1999 pelas mãos de Melo B.T., Gomes A.R., e Cruz J.F., constituída por vinte e duas questões que avaliam as três já referidas dimensões do burnout (Silva, 2012):

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

Assim, considerando o *burnout* como uma variável contínua, é avaliado de Baixa, Média e Alta, considerando a norma americana, cientes de que a fiabilidade da escala se situa no 0.9 (Silva, 2012). Logo a análise foi realizada através das seguintes pontuações de cada dimensão: no que se refere a Exaustão Emocional, vamos considerar menor ou igual a 16 como baixo, entre 17 e 27 como médio e igual ou maior do que 28 como alto; relativamente a Despersonalização vamos considerar menor ou igual a 5 é baixo, entre 6 e 10 é medio e igual ou maior do que 11 é alto; por fim no que se refere a Realização pessoal menor ou igual a 33 será considerado baixo, entre 34 e 39 será médio e igual ou maios do que 40 é alto.

Posto isto, o conjunto das questões que cooperam para a formação de cada elemento, permite-nos observar os seguintes valores mínimos e máximos: Exaustão Emocional com o mínimo de 0 e o máximo de 54; Despersonalização com o mínimo de 0 e o máximo de 30 e a Realização Pessoal com o mínimo de 0 e o máximo de 48.

3.8 Métodos estatísticos utilizados

3.8.1 Análise de consistência interna de escalas

A análise de consistência interna permite estudar as propriedades de escalas de medida e as questões que as compõem, de acordo com Anastasis (1990) e DeVellis (1991). O procedimento utilizado calcula medidas de consistência interna da escala e também fornece informação sobre as relações entre itens individuais numa escala.

O Alfa de Cronbach (Cronbach, 1951) é um modelo de consistência interna, baseado na correlação inter-item, sendo o modelo mais utilizado nas ciências sociais para verificação de consistência interna e validade de escalas:

O Alfa de Cronbach mede a fidelidade ou consistência interna de respostas a um conjunto de variáveis correlacionadas entre si, ou seja, como um conjunto de variáveis representam uma determinada dimensão (Hill & Hill, 2002). Quando os dados tiverem uma estrutura multidimensional, o alfa de Cronbach será baixo. Se as correlações inter-variáveis forem altas, então há evidência que as variáveis medem a mesma dimensão.

Note-se que um coeficiente de consistência interna de 0.80 ou mais é considerado como "bom" na maioria das aplicações de Ciências Sociais e um coeficiente de consistência interna entre 0.70 e 0.80 é considerado como aceitável. Em alguns estudos admitem-se valores de consistência interna de 0,60 a 0,70, o que segundo a literatura é "fraco". Estes valores são referidos, por exemplo, por Muñiz (2003), Muñiz *et al.* (2005) e Nunnaly (1978).

Quando existem *missing values*, os elementos da amostra correspondentes são excluídos dos cálculos efetuados para o Alfa de Cronbach.

3.8.2 Teste t de Student e teste de Mann-Whitney

A utilização do teste paramétrico t de Student é abordada por Maroco (2011, p. 199-204) e do teste não paramétrico de Mann-Whitney encontra-se também em Maroco (2011, p. 307-316). A análise dos pressupostos que permitem escolher entre a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos pode ainda ser encontrada em Maroco (2011, p. 185-195).

Os testes estatísticos servem para averiguar se as diferenças observadas na amostra são estatisticamente significantes, ou seja, se as conclusões da amostra se podem inferir para a população. O valor de 5% é um valor de referência utilizado nas Ciências Sociais para testar hipóteses, significa que estabelecemos a inferência com uma probabilidade de erro inferior a 5%.

Quando se pretende analisar uma variável quantitativa nas duas classes de uma variável qualitativa nominal dicotómica pode utilizar-se o teste paramétrico *t de Student*, por forma a verificar a significância das diferenças entre os valores médios observadas para ambos os grupos da variável nominal dicotómica. O teste t coloca as seguintes hipóteses:

- H_0 : Não existe diferença na média das variáveis, entre os grupos da variável dicotómica.
- H_1 : Existe diferença na média das variáveis, entre os grupos da variável dicotómica.

Quando o valor de prova do teste t é superior a 5%, aceita-se a hipótese nula, ou seja, não há diferenças entre os dois grupos. Quando o valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula, da média ser igual para os dois grupos, ou seja, há diferenças entre os dois grupos.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, o que foi realizado com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors), que coloca a hipótese nula da variável seguir uma distribuição normal, pois para aplicar os testes estatísticos paramétricos é necessário verificar este pressuposto, testando as seguintes hipóteses:

- H_0 : A variável segue uma distribuição normal para as classes da variável qualitativa.
- H_1 : A variável não segue uma distribuição normal para as classes da variável qualitativa.

Para que se possa aplicar um teste paramétrico, tem que verificar-se H_0 para ambas as classes da variável qualitativa, nos casos em estudo tal não se verifica, pelo que o teste paramétrico precisa de ser confirmado pelo teste não paramétrico equivalente: o teste de Mann-Whitney, que coloca as seguintes hipóteses:

- H_0 : Não existe diferença entre a distribuição de valores das variáveis, para cada um dos grupos da variável dicotómica.
- H_1 : Existe diferença entre a distribuição de valores das variáveis, para os grupos da variável dicotómica.

O valor que importa analisar é o valor de prova. Quando este valor é inferior ao valor de referência de 5%, rejeita-se a hipótese nula, ou seja, existem diferenças entre os dois grupos. Quando é superior ao valor de referência de 5%, aceita-se a hipótese nula.

3.8.3 Teste ANOVA e Kruskal-Wallis

A utilização do teste paramétrico ANOVA é abordada por Maroco (2011, p. 205-257) e do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis encontra-se também em Maroco (2011, p. 317-330). A análise dos pressupostos que permitem escolher entre a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos pode ser encontrada em Maroco (2011, p. 185-195).

Para realizar o estudo da relação entre uma variável qualitativa e variáveis quantitativas, estas podem ser determinadas pelos valores médios obtidos para cada classe da variável qualitativa, sendo o teste de hipóteses adequado a ANOVA, uma extensão do teste t de Student, para variáveis com mais do que duas classes, quando se cumpre o pressuposto da normalidade ou para amostras de grande dimensão. O teste ANOVA coloca as seguintes hipóteses:

- H_0 : As médias da variável são iguais nas categorias da variável qualitativa.
- H_1 : As médias da variável são diferentes nas categorias da variável qualitativa.

Quando o valor de prova da ANOVA é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese de que as médias das variáveis quantitativas sejam iguais para as várias categorias das variáveis qualitativas. Quando é superior a 5%, não se rejeita a hipótese nula.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, é também necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, o que pode ser realizado com o teste K-S, já explicado. Também aqui, nos casos em estudo, não se verifica o pressuposto da

normalidade, pelo que a ANOVA tem de se substituída pelo teste não paramétrico: teste de Kruskal-Wallis, que coloca as seguintes hipóteses:

- H_0 : A variável apresenta uma distribuição idêntica para as categorias das variáveis qualitativas.
- H_1 : A variável não apresenta uma distribuição idêntica para todas as categorias das variáveis qualitativas.

Quando o valor de prova é superior ao valor de referência de 5%, não se rejeita a hipótese nula, caso contrário rejeita-se e aceita-se a hipótese alternativa.

CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 Caracterização sociodemográfica da Amostra

Como se pode verificar no gráfico 1, na amostra, 82% dos enfermeiros são do sexo feminino e os restantes 18% do sexo masculino

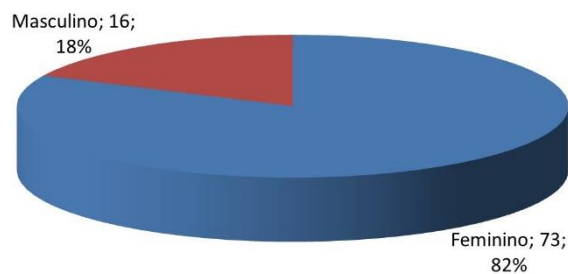
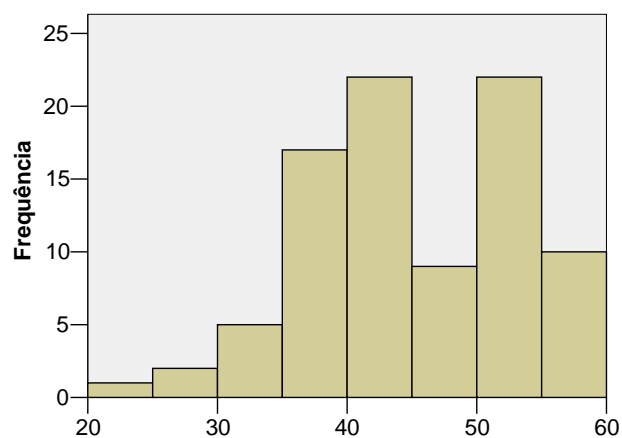


Gráfico 1 Distribuição da Amostra por Sexo

Na amostra, a idade apresenta um valor médio de 44,6 anos, com uma dispersão de valores de 19%. Os valores mínimo e máximo são, respetivamente, 24 e 60 anos. No histograma e diagrama tipo caixa seguintes, ilustra-se a distribuição de valores da idade. Pode observar-se que a distribuição de valores das idades se verifica principalmente entre os 35 e 55 anos.



Histograma 1- Idade

Na amostra, 48% dos enfermeiros são casados, 40% são solteiros, 11% são divorciados e 1% (um elemento) é viúvo.

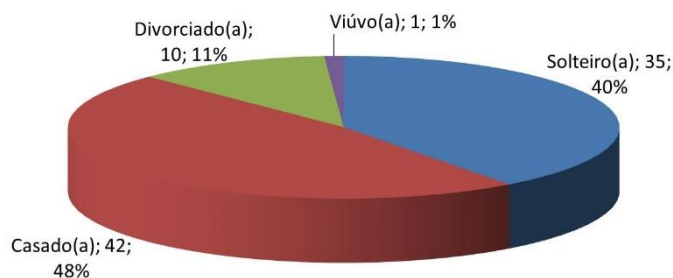


Gráfico 2 Distribuição da Amostra por Estado Civil

Quanto a questão das habilitações literárias, a amostra apresenta-nos que 77% dos enfermeiros têm licenciatura, 17% têm bacharelato e 6% têm pós-graduação (Gráfico 3).

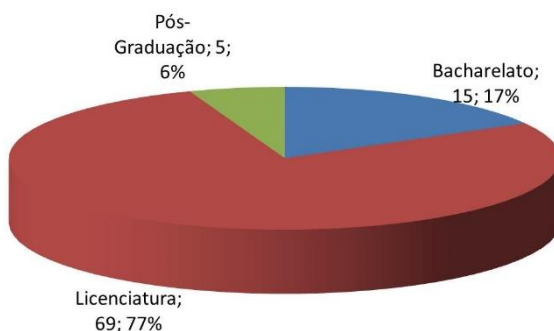
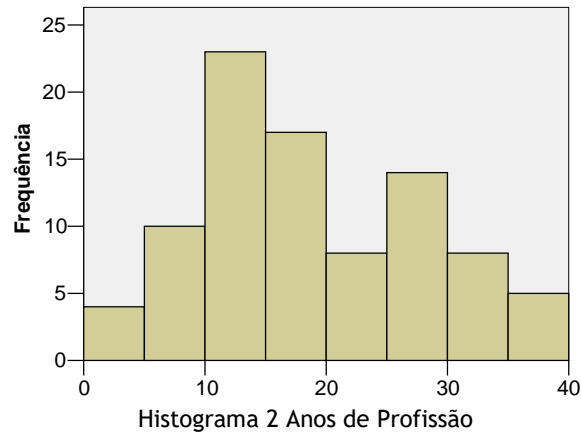


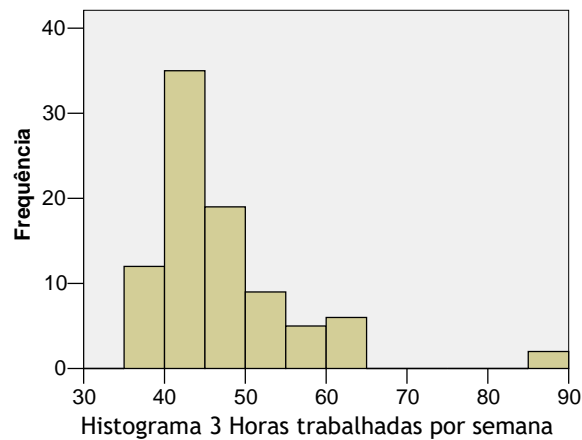
Gráfico 3 Distribuição da Amostra por Habilitações Literárias

Conforme a questão 6, que representa os “Anos de profissão”, a amostra apresenta um valor médio de 17,9 anos, os valores mínimo e máximo são, respectivamente, 2 e 38 anos e um desvio padrão de 9.56 anos. No histograma ilustra-se a sua distribuição de valores principalmente entre os 10 e 30 anos.



Na amostra, as horas de trabalho por semana apresentam um valor médio de 46,4 horas, com uma dispersão de valores de 21%. Os valores mínimo e máximo são, respectivamente, 35 e 86 horas.

A distribuição das horas de trabalho por semana verifica-se principalmente entre as 35 e 55 horas, sendo os valores superiores a 62 horas outliers, casos extremos que saem fora da distribuição normal de valores.



Em relação a questão número 9, no que toca ao numero de filhos podemos verificar os seguintes valores:

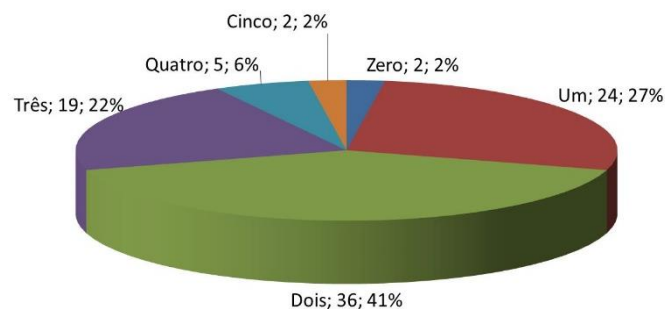


Gráfico 4 Distribuição da Amostra por Número de filhos

Na amostra, 2% dos enfermeiros não têm filhos, 27% têm um filho, 41% têm dois filhos, 22% têm três filhos, 6% têm quatro filhos e 2% têm cinco filhos. Na amostra, o número de filhos apresenta um valor médio de 2,08, com uma dispersão de valores de 48%.

Na amostra, 81% dos enfermeiros trabalham por turnos.

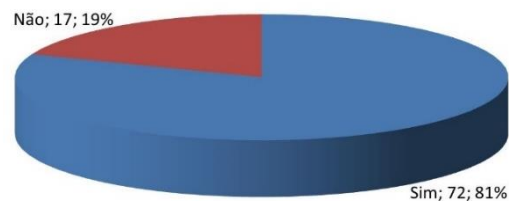


Gráfico 5 Distribuição da Amostra Trabalhar por turnos

Na amostra, 83% dos enfermeiros não trabalham em outra instituição.

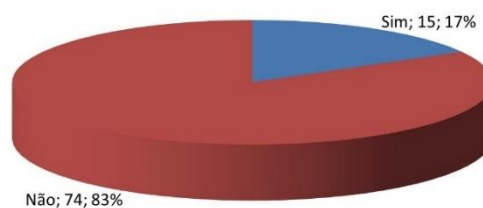


Gráfico 6 Distribuição da Amostra Trabalhar em outra instituição

Em relação a questão número 12 podemos verificar que a maioria nunca faltou ao serviço, representando assim 72% dos inquiridos, 22% faltaram raramente e 6% faltaram algumas vezes.

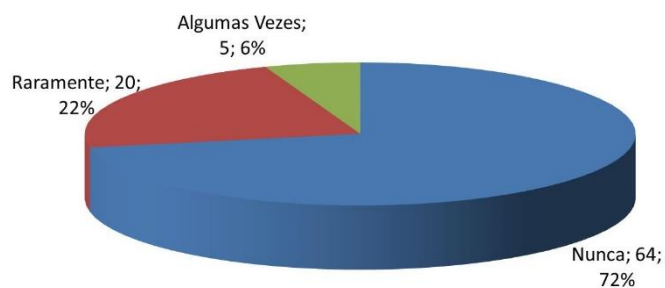


Gráfico 7 Distribuição da Amostra por faltar ao serviço no último ano.

Relativamente a questão número 13, na amostra, no último mês, 93% nunca faltaram ao serviço, 5% faltaram raramente e 2% faltaram algumas vezes:

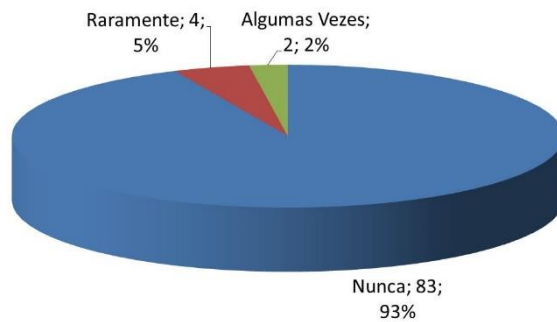


Gráfico 8 Distribuição da Amostra por faltar ao serviço no último mês

No que refere a questão número 14 “Se pudesse deixaria o hospital onde trabalha?” verificamos que a maioria responde negativamente, representando assim 74% dos inquiridos e 26% afirmaram que deixariam o hospital se pudessem:

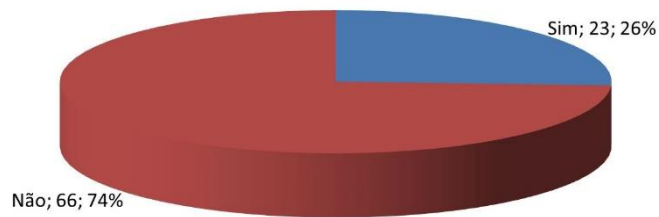


Gráfico 9 Distribuição da Amostra: “Se pudesse deixaria o hospital onde trabalha?”

No que toca a última questão da primeira parte do questionário “Se pudesse mudaria de profissão?” verificamos que uma minoria afirma que mudaria sim de profissão representando apenas 8% da nossa amostra:

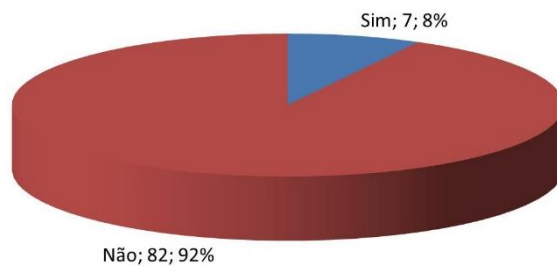


Gráfico 10 Distribuição da Amostra “Se pudesse mudaria de profissão?”

4.2 Análise do Questionário II - Maslach Burnout Inventory (MBI).

Como se pode observar no anexo V, pela avaliação tridimensional do MBI, verificamos que nos valores médios observados apresentam as seguintes variações: o valor médio da frequência é superior para “17. Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus utentes” e “18. Sinto-me entusiasmado depois de trabalhar de perto com os meus utentes”, seguidos de “9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas com o meu trabalho” e “7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus utentes”, depois de “4. Consigo compreender facilmente como os meus utentes se sentem acerca das coisas” e “12. Sinto-me cheia de energia”, e depois de “21. No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma” e “19. Conseguir realizar muitas coisas importantes nesta profissão”, todos com valor médio superior ao ponto intermédio da escala. Todos os restantes itens apresentam valor médio inferior ao ponto intermédio da escala, sendo a frequência média mais baixa para “5. Sinto que trato alguns utentes, como se fossem objetos impessoais”, seguido de “22. Sinto que os utentes me culpam por alguns dos seus problemas”, “15. Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus utentes”, “10. Tornei-me mais insensível em relação às pessoas, desde que comecei este trabalho”, “20. Sinto que estou no meu limite (“fim de linha”)” e “1. Sinto-me vazio(a) emocionalmente, por causa do meu trabalho”, depois de “6. Trabalhar com pessoas o dia todo é, de facto, um esforço para mim” e “13. Sinto-me muito frustrado com o meu trabalho”, seguidos de “3. Sinto-me fatigado quando acordo de manhã e tenho que enfrentar mais um dia de trabalho”, “8. Sinto-me esgotado devido ao meu trabalho” e “11. Preocupe-me que este trabalho me esteja a “endurecer” emocionalmente”, e depois de “2. Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho”, “16. Trabalhar diretamente com pessoas é demasiado “stressante” e “14. Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu trabalho”.

4.3 Análise de consistência interna das escalas utilizadas

A escala é uma escala ordinal do tipo Likert com sete alternativas de resposta (de “0” a “6”) entre “nunca” até “todos os dias”. A MBI é uma escala multidimensional que não permite a obtenção de um resultado total, i.e., não permite somar as pontuações num único *score*. É constituída por 22 itens, os quais se organizam em três dimensões:

DIMENSÕES	Itens
Exaustão Emocional	1. Sinto-me vazio(a) emocionalmente, por causa do meu trabalho
	2. Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho
	3. Sinto-me fatigado quando acordo de manhã e tenho que enfrentar mais um dia de trabalho.
	6. Trabalhar com pessoas o dia todo é, de facto, um esforço para mim.
	8. Sinto-me esgotado devido ao meu trabalho
	13. Sinto-me muito frustrado com o meu trabalho.
	14. Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu trabalho
	16. Trabalhar diretamente com pessoas é demasiado "stressante".
	20. Sinto que estou no meu limite ("fim de linha")
Despersonalização	5. Sinto que trato alguns utentes, como se fossem objetos impessoais
	10. Tornei-me mais insensível em relação às pessoas, desde que comecei este trabalho
	11. Preocupe-me que este trabalho me esteja a "endurecer" emocionalmente
	15. Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus utentes
	22. Sinto que os utentes me culpam por alguns dos seus problemas
Realização Pessoal	4. Consigo compreender facilmente como os meus utentes se sentem acerca das coisas.
	7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus utentes.
	9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas com o meu trabalho.
	12. Sinto-me cheia de energia
	17. Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus utentes.
	18. Sinto-me entusiasmado depois de trabalhar de perto com os meus utentes.
	19. Consegui realizar muitas coisas importantes nesta profissão
	21. No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma.

Dimensões	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
Alfa de Cronbach	0.741	0.395	0.468
Número de Itens	9	5	8

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,70, pelo que podemos considerar os dados aceitáveis como unidimensionais: as 9 variáveis medem de forma aceitável uma única dimensão: a Exaustão Emocional. Relativamente a Despersonalização, o valor do Alfa de Cronbach revela-se inferior ao valor de 0,60, pelo que não podemos considerar os dados aceitáveis como unidimensionais: as 5 variáveis não medem de forma aceitável uma única dimensão: a Despersonalização. No que se refere a Realização Pessoal, o valor do Alfa de Cronbach é inferior ao valor de 0,60, pelo que não podemos considerar os dados aceitáveis como unidimensionais: as 8 variáveis não medem de forma aceitável uma única dimensão: a Realização Pessoal.

4.4 Dimensões do Inventário de Burnout de Maslach (MBI)

Para cada uma das dimensões das escalas, os seus valores foram determinados a partir do cálculo da soma dos itens que as constituem. Quando se verifica uma não resposta num dos itens da dimensão, o seu valor não pode ser determinado. Por esse motivo, existem dois valores omissos em cada dimensão.

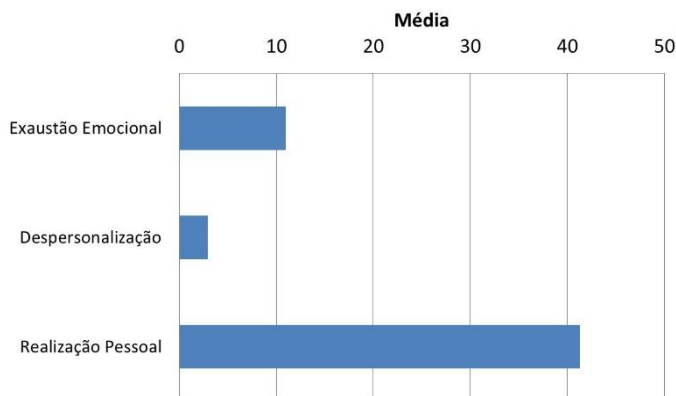


Gráfico 11 Dimensões do Inventário de Burnout de Maslach (MBI)

Podemos verificar que o valor médio da Exaustão Emocional e da Despersonalização são bastante inferiores ao ponto intermédio das escalas de medida, se forem calculados em percentagem do valor máximo possível, o valor médio é de 20,3% para a Exaustão Emocional e de 9,9% para a Despersonalização. O valor médio da Realização Pessoal é bastante superior ao ponto intermédio da escala de medida, se for calculado em percentagem do valor máximo possível, o valor médio é de 86,0%.

Portanto, são analisadas as dimensões Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DP) e Realização Pessoal (RP):

EE - 0 a 54 pontos (composta pelas questões 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20): 9 questões

DP - 0 a 30 pontos (composta pelas questões 5, 10, 11, 15 e 22): 5 questões

RP - 0 a 48 pontos (composta pelas questões 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21): 8 questões

A análise foi realizada através da média das pontuações de cada dimensão, e também será realizada de seguida através das categorias:

EE \leq 16 é baixo ; entre 17 e 27 é médio; \geq 28 é alto

DP \leq 5 é baixo ; entre 6 e 10 é médio; \geq 11 é alto

RP \leq 33 é baixo; entre 34 a 39 é médio; \geq 40 é alto

Na amostra, 78% dos enfermeiros apresentam exaustão emocional baixa, 20% apresentam exaustão emocional média e 2% apresentam exaustão emocional alta.

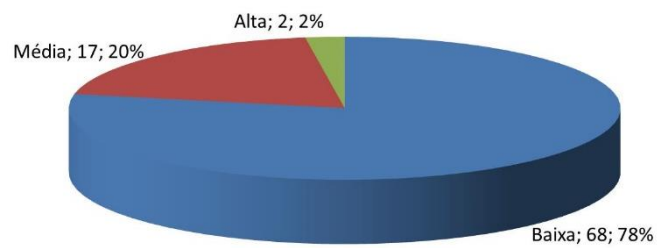


Gráfico 12 Exaustão Emocional - Frequências

Na amostra, 75% dos enfermeiros apresentam despersonalização baixa, 16% apresentam despersonalização média e 9% apresentam despersonalização alta.

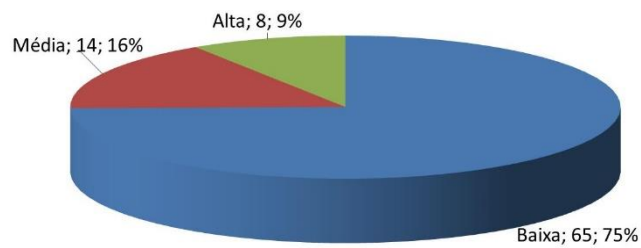


Gráfico 13 Despersonalização - Frequências

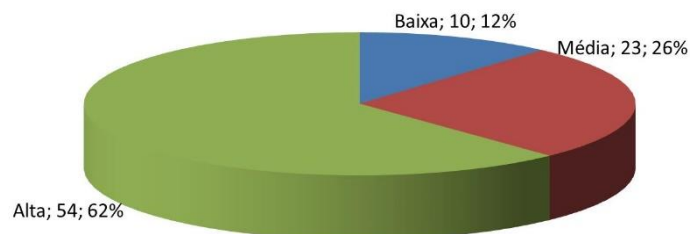


Gráfico 14 Realização Pessoal: Frequências

Na amostra, 62% dos enfermeiros apresentam realização pessoal alta, 26% apresentam realização pessoal média e 12% apresentam realização pessoal baixa.

4.5 Questões de investigação e hipóteses

4.5.1 No hospital existe um número elevado de enfermeiros com altos níveis de estresse?

Tabela de frequências relativas (%): Dimensões do Inventário de Burnout de Maslach (MBI)

	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
Baixa	78,2	74,7	11,5
Média	19,5	16,1	26,4
Alta	2,3	9,2	62,1
Total	100,0	100,0	100,0

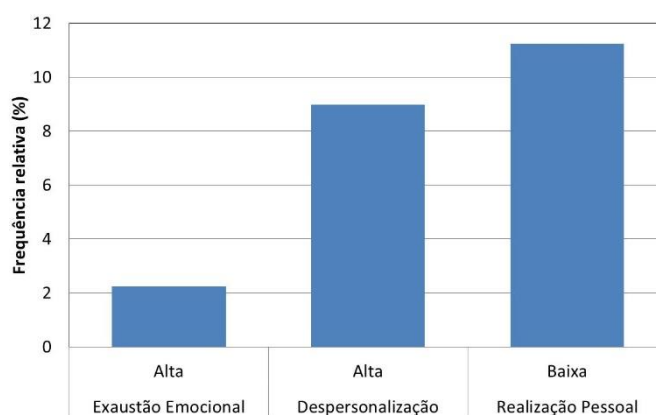


Gráfico 15 Altos níveis de estresse nas Dimensões do MBI - Frequências relativas (%)

Posto isto, verificamos na nossa amostra que 2,3% dos enfermeiros apresentam altos níveis de estresse na exaustão emocional (nível alto), 9,3% dos enfermeiros apresentam altos níveis de estresse na despersonalização (nível alto) e 11,5% dos enfermeiros apresentam altos níveis de estresse na realização pessoal (nível baixo).

Conclui-se, portanto, que relativamente a esta primeira questão de investigação, não podemos afirmar que no hospital existe um número elevado de enfermeiros com altos níveis de estresse, pelo contrário, a percentagem de enfermeiros com altos níveis de estresse nas três dimensões do Inventário de Burnout de Maslach (MBI) é bastante baixa.

4.5.2 A síndrome de Burnout e a sua prevalência no género feminino e no género masculino

Associado a esta questão de investigação está a hipótese “há uma certa predominância de altos níveis do Burnout no sexo feminino do que no sexo masculino”, é, em primeiro lugar, realizada a análise das pontuações de cada dimensão.

Estadística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relações entre as Dimensões do MBI e o sexo

		N	Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	p
Exaustão Emocional	Feminino	71	10,94	7,123	500	0,456
	Masculino	16	11,06	11,263		
Despersonalização	Feminino	71	2,80	3,655	530	0,668
	Masculino	16	3,69	4,644		
Realização Pessoal	Feminino	71	41,15	5,669	540	0,757
	Masculino	16	41,94	5,310		

O valor de prova é superior a 5% para todas as dimensões do MBI, não se rejeita a hipótese nula de que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos.

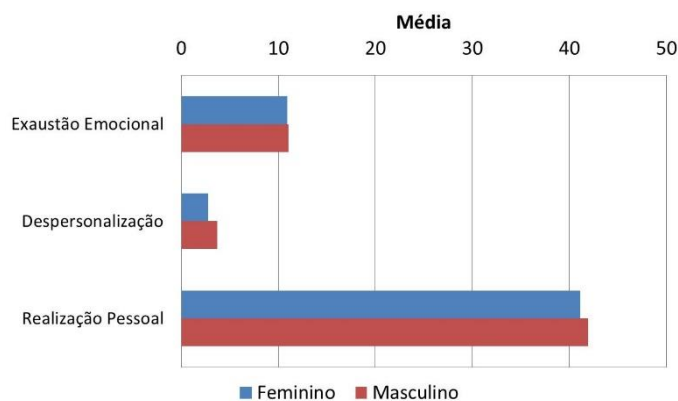


Gráfico 16 Relações entre as Dimensões do MBI e o sexo

Na amostra, o valor médio das dimensões Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal é ligeiramente superior para o sexo masculino, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

De seguida, é realizada a análise das categorias de cada dimensão.

Tabela de frequências: Relação entre as categorias da Exaustão Emocional e o sexo

1. Sexo		Exaustão Emocional		
		Baixa	Média	Alta
Feminino	N	54	17	0
	% no sexo	76,1%	23,9%	,0%
Masculino	N	14	0	2
	% no sexo	87,5%	,0%	12,5%

A percentagem de alta exaustão emocional é superior para o sexo masculino, a percentagem de média exaustão emocional é superior para o sexo feminino e a percentagem de baixa exaustão emocional é superior para o sexo masculino, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(2)} = 12,925$; $p = 0,003$).

Tabela de frequências: Relação entre as categorias da Despersonalização e o sexo

1. Sexo		Despersonalização		
		Baixa	Média	Alta
Feminino	N	53	13	5
	% no sexo	74,6%	18,3%	7,0%
Masculino	N	12	1	3
	% no sexo	75,0%	6,3%	18,8%

Na amostra, a percentagem de alta despersonalização é superior para o sexo masculino, a percentagem de média despersonalização é superior para o sexo feminino e a percentagem de baixa despersonalização é idêntica para ambos os sexos, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(2)} = 3,127$; $p = 0,225$).

Tabela de frequências: Relação entre as categorias da Realização Pessoal e o sexo

1. Sexo		Realização Pessoal		
		Baixa	Média	Alta
Feminino	N	9	18	44
	% no sexo	12,7%	25,4%	62,0%
Masculino	N	1	5	10
	% no sexo	6,3%	31,3%	62,5%

Na amostra, a percentagem de baixa realização pessoal é superior para o sexo feminino, a percentagem de média ou alta realização pessoal é superior para o sexo masculino, no

entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(2)} = 0,641$; $p = 0,717$).

Portanto, relativamente à questão de investigação “Qual o sexo que predomina ou que se destaca mais propenso a esta síndrome?”, apenas para a exaustão emocional, medida em categorias, podemos concluir que a alta e a baixa exaustão emocional, ou seja, as categorias extremas, são superiores para o sexo masculino, não se verificando mais nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os dois sexos, nem para as pontuações de cada dimensão nem para as dimensões despersonalização e realização pessoal medidas em categorias. Podemos também concluir que não se verifica a hipótese que lhe está associada “há uma certa predominância de altos níveis do Burnout no sexo feminino” pois não há predominância de altos níveis do Burnout no sexo feminino.

4.5.3 Análise da incidência do burnout por níveis etários

Nesta sequência associado a esta questão de investigação está a hipótese “os níveis mais altos do Burnout verificam-se nos enfermeiros com a idade um pouco avançada (por exemplo acima dos 50 anos)”. Foram definidas três categorias para a idade:

Tabela de frequências: 2. Idade

	Frequência	Porcentagem
Até 40 anos	30	34,1
41 a 50 anos	33	37,5
Mais de 50 anos	25	28,4
Total	88	100,0

É realizada a análise das pontuações de cada dimensão.

Estatística descritiva e Testes de Kruskal-Wallis: Relações entre as Dimensões do MBI e a idade

		N	Média	Desvio padrão	Kruskal-Wallis	p
Exaustão Emocional	Até 40 anos	30	12,87	9,336	2,47	0,291
	41 a 50 anos	31	9,71	8,315		
	Mais de 50 anos	25	10,48	5,221		
Despersonalização	Até 40 anos	29	3,07	4,621	3,95	0,138
	41 a 50 anos	33	2,27	2,831		
	Mais de 50 anos	24	3,88	4,036		
Realização Pessoal	Até 40 anos	29	41,62	4,821	0,06	0,969
	41 a 50 anos	32	40,91	6,552		
	Mais de 50 anos	25	41,72	5,136		

O valor de prova é superior a 5% para todas as dimensões do MBI, não se rejeita-se a hipótese nula que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as classes etárias.

Na amostra, o valor médio das dimensões Exaustão Emocional e Realização Pessoal é superior para idades até 40 anos e inferior para idades entre 41 e 50 anos, o valor médio da dimensão Despersonalização é superior para mais de 50 anos e inferior para idades entre 41 e 50 anos, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

De seguida, é realizada a análise das categorias de cada dimensão.

Tabela de frequências: Relação entre as categorias da Exaustão Emocional e a idade

2. Idade		Exaustão Emocional		
		Baixa	Média	Alta
Até 40 anos	N	21	8	1
	% na idade	70,0%	26,7%	3,3%
41 a 50 anos	N	25	5	1
	% na idade	80,6%	16,1%	3,2%
Mais de 50 anos	N	21	4	0
	% na idade	84,0%	16,0%	,0%

Na amostra, a percentagem de alta exaustão emocional é inferior para mais de 50 anos, a percentagem de média exaustão emocional é superior para idades até 40 anos e a percentagem de baixa exaustão emocional é superior para mais de 50 anos e inferior para idades até 40 anos, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(3)} = 2,320$; $p = 0,730$).

Tabela de frequências: Relação entre as categorias da Despersonalização e a idade

2. Idade		Despersonalização		
		Baixa	Média	Alta
Até 40 anos	N	22	2	5
	% na idade	75,9%	6,9%	17,2%
41 a 50 anos	N	26	7	0
	% na idade	78,8%	21,2%	,0%
Mais de 50 anos	N	16	5	3
	% na idade	66,7%	20,8%	12,5%

Na amostra, a percentagem de alta despersonalização é superior para idades até 40 anos e inferior para idades entre 41 e 50 anos, a percentagem de média despersonalização é inferior para idades até 40 anos e a percentagem de baixa despersonalização é superior para idades entre 41 e 50 anos e inferior para mais de 50 anos, no entanto, as diferenças observadas

não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(3)} = 7,952$; $p = 0,094$).

Tabela de frequências: Relação entre as categorias da Realização Pessoal e a idade

2. Idade		Realização Pessoal		
		Baixa	Média	Alta
Até 40 anos	N	2	8	19
	% na idade	6,9%	27,6%	65,5%
41 a 50 anos	N	6	6	20
	% na idade	18,8%	18,8%	62,5%
Mais de 50 anos	N	2	8	15
	% na idade	8,0%	32,0%	60,0%

Na amostra, a percentagem de baixa realização pessoal é superior para idades até 40 anos e inferior para mais de 50 anos, a percentagem de média realização pessoal é superior para mais de 50 anos e inferior para idades entre 41 e 50 anos, a percentagem de alta realização pessoal é superior para idades entre 41 e 50 anos, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(3)} = 3,335$; $p = 0,526$).

Portanto, relativamente à questão de investigação “Se existe uma idade em que esta síndrome é mais visível?” e à hipótese que lhe está associada “os níveis mais altos do Burnout verificam-se nos enfermeiros com a idade mais avançada”, não se verifica nenhuma diferença significativa entre as classes etárias, nem para as pontuações de cada dimensão nem para as dimensões medidas em categorias. Podemos também concluir que não se verifica a hipótese pois os níveis mais altos do Burnout não se verificam nos enfermeiros com a idade um pouco avançada (por exemplo acima dos 50 anos).

4.5.4 Fatores socioprofissionais que influenciam o Burnout na sua globalidade e por dimensões.

4.5.4.1 Antiguidade ou experiência profissional e níveis de burnout.

Foram definidas três categorias para os anos de trabalho no hospital:

Tabela de frequências: 7. Há quantos anos trabalha no hospital?

	Frequência	Porcentagem
Até 10 anos	31	34,8
11 a 20 anos	25	28,1
Mais de 20 anos	33	37,1
Total	89	100,0

É realizada a análise das pontuações de cada dimensão.

Estatística descritiva e Testes de Kruskal-Wallis: Relações entre as Dimensões do MBI e os anos de trabalho no hospital

		N	Média	Desvio padrão	Kruskal-Wallis	p
Exaustão Emocional	Até 10 anos	31	10,97	6,931	0,15	0,929
	11 a 20 anos	25	11,64	9,920		
	Mais de 20 anos	31	10,42	7,375		
Despersonalização	Até 10 anos	31	3,26	4,487	1,25	0,534
	11 a 20 anos	24	2,29	2,956		
	Mais de 20 anos	32	3,19	3,805		
Realização Pessoal	Até 10 anos	31	41,23	4,978	0,60	0,741
	11 a 20 anos	24	40,58	6,685		
	Mais de 20 anos	32	41,91	5,342		

O valor de prova é superior a 5% para todas as dimensões do MBI, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de antiguidade e os níveis de burnout no hospital.

Na amostra, o valor médio da dimensão Exaustão Emocional é superior para entre 11 e 20 anos de trabalho no hospital e inferior para mais de 20 anos de trabalho no hospital, o valor médio da dimensão Despersonalização é superior para até 10 anos de trabalho no hospital e inferior para 11 a 20 anos de trabalho no hospital, o valor médio da dimensão Realização Pessoal é superior para mais de 20 anos de trabalho no hospital e inferior para 11 a 20 anos de trabalho no hospital, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Portanto, o fator anos de trabalho no hospital não está relacionado de forma estatisticamente significativa com os níveis de Burnout, não sendo determinado como origem do Burnout.

4.5.4.2 Horas semanais de trabalho e níveis de burnout

Foram definidas três categorias para as horas de trabalho por semana:

Tabela de frequências: 8. Quantas horas trabalha por semana?

	Frequência	Porcentagem
35 a 40 horas	23	26,1
entre 40 e 50 horas	43	48,9
50 ou mais horas	22	25,0
Total	88	100,0

É realizada a análise das pontuações de cada dimensão.

Estatística descritiva e Testes de Kruskal-Wallis: Relações entre as Dimensões do MBI e as horas de trabalho por semana

		N	Média	Desvio padrão	Kruskal-Wallis	p
Exaustão Emocional	35 a 40 horas	23	9,91	7,211	3,49	0,174
	entre 40 e 50 horas	42	12,50	8,446		
	50 ou mais horas	21	9,14	7,709		
Despersonalização	35 a 40 horas	22	4,09	4,471	2,62	0,270
	entre 40 e 50 horas	42	2,67	3,674		
	50 ou mais horas	22	2,41	3,500		
Realização Pessoal	35 a 40 horas	23	41,09	6,619	2,74	0,254
	entre 40 e 50 horas	41	42,05	5,554		
	50 ou mais horas	22	40,09	4,503		

O valor de prova é superior a 5% para todas as dimensões do MBI, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as classes de horas de trabalho por semana.

Na amostra, o valor médio das dimensões Exaustão Emocional e da Realização Pessoal é superior para entre 40 e 50 horas de trabalho por semana e inferior para 50 ou mais horas de trabalho por semana, o valor médio da dimensão Despersonalização é superior para 35 a 40 horas de trabalho por semana, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Portanto, o fator horas de trabalho por semana não está relacionado de forma estatisticamente significativa com os níveis de Burnout, não sendo determinado como origem do Burnout.

4.5.4.3 Trabalho por turnos e níveis de burnout

É realizada a análise das pontuações de cada dimensão.

Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relações entre as Dimensões do MBI e o trabalho por turnos

		10. Trabalha por turnos?				
		N	Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	p
Exaustão Emocional	Sim	70	10,67	7,921	532,0	0,499
	Não	17	12,18	8,271		
Despersonalização	Sim	71	2,79	3,928	407,0	0,069
	Não	16	3,75	3,435		
Realização Pessoal	Sim	70	41,43	5,534	552,5	0,647
	Não	17	40,76	5,922		

O valor de prova é superior a 5% para todas as dimensões do MBI, não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha ou não por turnos.

Na amostra, o valor médio das dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização é superior para quem não trabalha por turnos, o valor médio da dimensão Realização Pessoal é superior para quem trabalha por turnos, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Portanto, o fator trabalho por turnos não está relacionado de forma estatisticamente significativa com os níveis de Burnout, não sendo determinado como origem do Burnout.

4.5.4.4 Acumulação de trabalho em outras instituições e níveis de burnout

É realizada a análise das pontuações de cada dimensão.

Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relações entre as Dimensões do MBI e o trabalho em outra instituição

		11. Trabalha em outra instituição?				
		N	Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	p
Exaustão Emocional	Sim	14	11,43	8,131	485,5	0,768
	Não	73	10,88	7,986		
Despersonalização	Sim	15	3,27	4,574	529,0	0,899
	Não	72	2,90	3,704		
Realização Pessoal	Sim	15	43,87	4,190	367,5	0,051
	Não	72	40,76	5,710		

O valor de prova é superior a 5% para todas as dimensões do MBI, não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha ou não em outra instituição.

Na amostra, o valor médio de todas as dimensões do MBI é superior para quem trabalha em outra instituição, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Portanto, o fator trabalho em outra instituição não está relacionado de forma estatisticamente significativa com os níveis de Burnout, não sendo determinado como origem do Burnout.

4.5.4.5 Faltas ao serviço no último ano e níveis de burnout

Como a resposta “Algumas vezes” é dada por poucos elementos, para permitir uma melhor análise inferencial, foram definidas duas categorias para as faltas ao serviço no último ano:

Tabela de frequências: 12. No último ano faltou ao serviço?

	Frequência	Porcentagem
Nunca	64	71,9
Raramente ou Algumas Vezes	25	28,1
Total	89	100,0

Posteriormente, a categoria “Raramente ou Algumas vezes” é designada por “Sim”. Em primeiro lugar é realizada a análise das pontuações de cada dimensão.

Estadística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relações entre as Dimensões do MBI e faltar ao serviço no último ano

		12. No último ano faltou ao serviço?		Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	p
		N					
Exaustão Emocional	Nunca	63	11,57	8,420	659,0	0,356	
	Sim	24	9,38				
Despersonalização	Nunca	63	2,67	3,860	589,0	0,102	
	Sim	24	3,75				
Realização Pessoal	Nunca	63	41,21	5,475	712,5	0,677	
	Sim	24	41,54				

O valor de prova é superior a 5% para todas as dimensões do MBI, não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem faltou ou não ao serviço no último ano.

Na amostra, o valor médio da dimensão Exaustão Emocional é superior para quem nunca faltou ao serviço, o valor médio das dimensões Despersonalização e Realização Pessoal é superior para quem faltou ao serviço, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Portanto, o fator faltar ao serviço no último ano não está relacionado de forma estatisticamente significativa com os níveis de Burnout, não sendo determinado como origem do Burnout.

4.5.4.6 Intenção de sair e níveis de burnout

É realizada a análise das pontuações de cada dimensão.

Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relações entre as Dimensões do MBI e pretender deixar o hospital onde trabalha

14. Se pudesse deixaria hospital?		N	Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	p
Exaustão Emocional	Sim	22	13,09	9,675	594,0	0,237
	Não	65	10,25	7,241		
Despersonalização	Sim	23	2,91	4,252	697,0	0,699
	Não	64	2,98	3,718		
Realização Pessoal	Sim	22	40,18	7,116	668,0	0,644
	Não	65	41,68	4,969		

O valor de prova é superior a 5% para todas as dimensões do MBI, não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem pretende ou não deixar o hospital onde trabalha.

Na amostra, o valor médio da dimensão Exaustão Emocional é superior para quem pretende deixar o hospital, o valor médio da dimensão Realização Pessoal é superior para quem não pretende deixar o hospital, o valor médio da dimensão Despersonalização é semelhante para ambos os grupos, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Portanto, o fator pretender deixar o hospital onde trabalha não está relacionado de forma estatisticamente significativa com os níveis de Burnout, não sendo determinado como origem do Burnout.

4.5.4.7 Intenção de mudar de profissão e níveis de burnout

É realizada a análise das pontuações de cada dimensão.

Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relações entre as Dimensões do MBI e pretender mudar de profissão

15. Mudaria de profissão?		N	Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	p
Exaustão Emocional	Sim	6	12,67	7,174	193,5	0,406
	Não	81	10,84	8,046		
Despersonalização	Sim	7	2,57	4,541	227,5	0,398
	Não	80	3,00	3,805		
Realização Pessoal	Sim	6	39,67	8,140	226,5	0,781
	Não	81	41,42	5,399		

O valor de prova é superior a 5% para todas as dimensões do MBI, não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem pretende ou não mudar de profissão.

Na amostra, o valor médio da dimensão Exaustão Emocional é superior para quem pretende mudar de profissão, o valor médio das dimensões Despersonalização e Realização Pessoal é superior para quem não pretende mudar de profissão, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

De seguida, é realizada a análise das categorias de cada dimensão.

Portanto, o fator pretender mudar de profissão não está relacionado de forma estatisticamente significativa com os níveis de Burnout, não sendo determinado como origem do Burnout.

CAPÍTULO V: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Chegados a esta parte, faremos a discussão dos dados obtidos na investigação, anteriormente expostos, relativamente a nossa amostra em estudo, de modo a interpretá-los e discuti-los em relação ao nosso problema inicialmente levantado.

Tal propósito exige-nos um exercício retrospectivo na medida em que é necessário ter uma visão geral dos dados, mas também um exercício de consolidação final e central do estudo, que nos propõe pôr os dados em perspetiva, no estudo como um todo. Assim, a nossa discussão tem por objetivo expor e compreender as conclusões, salientar os resultados mais importantes e confrontar os resultados alcançados na nossa investigação com os resultados conseguidos por outros investigadores (Swales e Feak, 2004).

A amostra desta investigação é composta por 89 enfermeiros do HBS, sendo que a maioria pertence ao sexo feminino, 82% o que corresponde a 73 dos enfermeiros, e os restantes 18% do sexo masculino, equivalente a 16 enfermeiros como se verifica no Gráfico 1. Nesta sequência, observa Rissardo e Gasparino (2013) que a predominância do sexo feminino em profissionais de enfermagem, o qual denominam de “feminização do cuidado”, está historicamente ligada tanto a atividade religiosa bem como a fatores culturais que projetaram o “cuidado” como sendo um ofício a ser desempenhado pelas mulheres. Concluindo Martino e Misko (2004) que não obstante a verificação de um aumento exponencial do número de homens que optam pela profissão de enfermagem, a sociedade em geral considera a enfermagem como uma profissão predominantemente feminina.

Relativamente a idade, em média, na nossa amostra os profissionais de saúde têm 44.6 anos com um desvio padrão de 8.35 anos, onde encontramos os valores mínimo e máximo de 24 e 60 anos. Pode observar-se no histograma 1, que ilustra a distribuição de valores das idades principalmente entre os 35 e 55 anos.

Ora, o stress enquanto uma resposta que se verifica a partir de comportamento do organismo humano ante a agressão que provocam desequilíbrios humanos à vários níveis, não pode nunca ser tido como semelhante da síndrome de burnout, na medida em que o Burnout constitui uma reação comportamental (físico e psicológico) numa fase mais avançada e crónica do stress laboral, que, neste caso em concreto do nosso estudo, afeta o enfermeiro, os utentes, a organização e o próprio serviço prestado (Jodas e Haddad, 2009).

No que se refere a análise da incidência do burnout por níveis etários, que constitui a nossa **primeira hipótese**, alguns autores como Rosa e Carlotto (2005) citados por Silva (2012) sustentam que jovens em início de carreira estão mais propensos à síndrome de *Burnout* na medida em que estes jovens criam altas expectativas profissionais e também em relação ao futuro, o que potencializa a frustração profissional associada a falta de realização profissional

quando deparam com a não concretização das expectativas iniciais, associado a fraco reconhecimento pela sua dedicação, desencadeando um processo que desenvolve um certo sentimento de injustiça. No entanto no que se refere a nossa amostra, mais uma vez deparamos com uma diferença estatisticamente não significativa.

Relativamente a nossa **segunda hipótese** da investigação, a literatura tem constantemente procurado argumentos para a incontestável predominância do género feminino em múltiplas investigações que constataram uma certa vulnerabilidade das mulheres relativamente à síndrome de *Burnout*, mais do eu nos homens. Neste sentido, a partir de Benevides-Pereira (2002) e Gil Monte (2002) elaboramos um conjunto de 3 argumentos que podem ajudar na compreensão desta predominância do género feminino: (1) - Atendendo ao papel das mulheres na sociedade, estas revelam-se mais premiáveis ao envolvimento emocional com os problemas alheios, de que quem prestam cuidados; (2) - As mulheres revelam-se mais propensas para enveredarem para profissões que implicam o contato direto com as pessoas. Neste tipo de profissões é mais provável que os profissionais experienciam o sofrimento das outras pessoas. Com o agravante de que as mulheres deparam com uma dupla tarefa, a do cuidado com a família lar e a prestação do serviço profissional como enfermeira; (3) - E por último, o fato de que as mulheres recorrerem com alguma frequência aos métodos defensivos, traduzidos em negação e repressão, tentando sempre extrapolar os seus limites em cada função que desempenham na sociedade.

No entanto, a nossa investigação constitui uma exceção à regra, na medida em que relativamente à esta hipótese de pesquisa, os dados recolhidos e analisados, nos mostram que não existem diferenças estatisticamente relevante entre os dois géneros na nossa amostra.

No que toca a nossa **terceira hipótese**, referente a existência de outros fatores socioprofissionais que podem influenciar o burnout. Analisemos primeiro a existência de uma relação entre antiguidade ou experiência profissional e níveis de burnout, que para o qual a literatura tem-se consideravelmente debruçado sobre esta questão no sentido de tentar apurar se os anos de trabalho/experiência influenciam ou não no aparecimento da síndrome de burnout. De acordo com as conclusões de um estudo feito na Unidade de Saúde de Coimbra - Fernão Mendes Pinto, realizado por Oliveira e Pereira (2012), “os enfermeiros com mais tempo de serviço apresentavam valores de exaustão emocional e de despersonalização mais elevados e inferiores de realização pessoal”. Conforme revela uma investigação realizada em 2003, “o burnout diminui com o aumento dos anos de experiência profissional” (Gillespie e Melby, citado por Oliveira e Pereira, 2012), o que pode explicar um nível baixo de burnout verificado na nossa amostra, na medida em que a media de anos de profissão é de 17.9 (Ver Histograma 2), o que consideramos um número de anos expressivo de exercício.

Ainda nesta mesma linha de pensamento, Trindade e Lautert (2010) sustentam que enfermeiros com mais tempo de trabalho, embora são sempre suscetíveis de serem alvos de esgotamentos, e cansaços, estes preservam a esperança numa melhor solução, vislumbrando pontos positivos nas experiências negativas que experienciam no desempenho do seu ofício. É de realçar, ainda, que uma investigação levada a cabo por Benevides-Pereira (2002) revela que

os enfermeiros com mais tempo de exercício e que se encontravam insatisfeitos e conseguiram uma chance de mudança, enveredaram-se por outros caminhos, lê-se, por outras profissões.

Em sentido contrário, e embora não se encontrou valores estatisticamente consideráveis ($p > 0,05$), o estudo de Oliveira e Pereira (2012) apurou-se a relação com o tempo de experiência profissional, do qual se constatou que os profissionais de enfermagem com um tempo de serviço superior, revelavam níveis de exaustão emocional e de despersonalização elevados quando comparados com aqueles que tinham um tempo inferior de exercício profissional. E nos enfermeiros com um tempo de experiência profissional inferior, encontrou-se valores superiores de ansiedade e inferiores de depressão quando comparados com os enfermeiros com um tempo superior de experiência profissional.

No que se refere a vida conjugal, conforme podemos observar no Gráfico 2, na amostra, 48% dos enfermeiros são casados, 40% são solteiros, 11% são divorciados e 1% (um elemento) é viúvo. Neste sentido, e atendendo ao fato de a nossa amostra ser predominantemente constituída pelo género feminino, cumpre-nos realçar ainda que segundo Rissardo e Gasparino (2013) as mulheres detentoras de um grau académico mais elevado tendem a dar prioridade a estabilidade económica e profissional em detrimento de uma vida conjugal. De realçar também que segundo Moreira et al (2009), indivíduos que experienciam uma vida conjugal (ou simplesmente um relacionamento com um companheiro(a)) fortalecem sensibilidades de comprometimento familiar, desenvolvendo habilidades para enfrentar problemas e desequilíbrios emocionais, que posteriormente revelam-se importantes na resistência ao burnout.

De acordo com as respostas obtidas no questionário no que respeita as horas trabalhadas por semana, a amostra apresenta um valor médio de 46,4 horas. Os valores mínimo e máximo são, respetivamente, 35 e 86 horas. A distribuição das horas de trabalho por semana verifica-se principalmente entre as 35 e 55 horas conforme podemos verificar no histograma 3.

No que se refere a questão número 10 podemos verificar que na amostra 81% dos enfermeiros trabalham por turnos, como se pode conferir no Gráfico 5. Ou seja, na nossa amostra, percebe-se que a esmagadora maioria trabalha por turnos, que embora não se observa na nossa amostra a existência da síndrome, este fator constitui um perigo, na medida em que, observa Estevão (2006) o trabalho por turnos (que inclui o trabalho noturno) provoca um perigoso descontrolo nos ritmos biológicos humanos, potencializando conflitos na adaptação da vida social e familiar do indivíduo, propiciando estados psicopatológicos que facilitam a síndrome de burnout.

Relativamente a questão número 11 que pretendia averiguar se na amostra houvessem elementos que trabalhassem em outra instituição ou não, concluímos que na referida amostra 83% dos enfermeiros não trabalham em outra instituição. Ora, a remuneração dos enfermeiros em Cabo Verde é relativamente baixa e insatisfatório, o que poderá representar uma motivação para a procura de um vínculo contratual extra, o que implica uma elevada sobrecarga de trabalho, tornando um indivíduo vulnerável a esgotamentos físicos e desequilíbrios psíquicos, que pode precipitar o aparecimento do burnout. No entanto, como se pode verificar no gráfico

6, a esmagadora maioria da nossa amostra não tem um vínculo contratual extra, sendo o HBS a única fonte de rendimento de 83% da nossa amostra.

No entanto, na presente investigação não se encontramos suporte estatístico que permitisse validar esta nossa terceira e última hipótese de investigação.

CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E FUTURAS LINHAS DE INVESTIGAÇÃO

Conclusões

Chegados nesta fase conclusiva, urge a necessidade de elaborar uma reflexão sintética, porém, crítica e analítica relativamente as especificidades e a importância dos nossos resultados face aos objetivos inicialmente traçados.

Como tem sido recorrente, as investigações relacionadas com a síndrome de Burnout nos enfermeiros enquanto profissionais de saúde, representa sempre o culminar de pesquisas relacionadas essencialmente com as emoções pessoais e as formas como estas são encaradas. A enfermagem é uma profissão de natureza complexa e exaustiva, no qual se evidencia uma grande carga de stress emocional, que resulta de uma sucessão de diversos fatores que consubstanciam todo um processo que origina um estado psíquico e físico debilitado.

Ora os enfermeiros estão entre os grupos de profissionais vulneráveis ao risco eminente no que se refere ao estresse ocupacional, que quando é prolongado e crónico torna-se conducente a síndrome de burnout (uma síndrome tridimensional - exaustão emocional, despersonalização e ausência ou baixa realização pessoal), enquanto uma das consequências do stress ocupacional, ou enquanto uma forma de tensão psicológica resultante do stress. O que nos permite concluir que burnout representa efetivamente uma resposta ao stress ocupacional, tratando-se de uma experiência humana abstrata de índole negativa, constituída por percepções e atitudes emocionais negativas no ambiente laboral, originados a partir do desgaste físico e emocional, da sobrecarga de trabalho, desequilíbrios biológicos humanos (essencialmente pelos trabalhos por turnos), do contacto direto com pessoas que experienciam o sofrimento, contato frequente e direto com a morte. Tal síndrome, rebentando os limites individuais dos enfermeiros, constitui uma séria ameaça ao próprio bom funcionamento da organização bem como a qualidade do serviço prestado, acarretando elevados custos a serem suportados pela organização, que pode pôr em causa a sua sustentabilidade. Pelo que, o próprio sistema organizacional, deve criar mecanismos capazes de desencadear um processo estratégico que evita ou reduz os impactos dos danos causados pela síndrome (tanto no profissional como na organização), desenvolvendo métodos e práticas preventivas que possam ser eficazes e eficientes. De forma a munir os enfermeiros de determinadas competências de carácter relacional e comunicacional de *coping*, de gerência inteligente e pragmática das expectativas criadas e de todo o processo que envolve o relacionamento profissional com os

pacientes, para que os enfermeiros reduzam as suas vulnerabilidades aos fatores causadores do stress, tendo em vista um melhor desempenho e qualidade de vida.

Tendo notado que as unidades de saúde de Cabo Verde constituem um terreno virgem relativamente a estudos qualitativos e quantitativos da síndrome de burnout, consideramos importante aplicar o MBI-HSS para avaliar o nível da síndrome nos enfermeiros do HBS e relaciona-lo tanto com as variáveis sociodemográficas e ao nível das suas três dimensões, presentes no MBI.

Então, esta investigação constitui um estudo pioneiro no sistema de saúde Cabo-verdiano relativamente a esta matéria, como também é uma análise que se pretende ser o primeiro passo para o desenvolvimento de futuras investigações em mais centros hospitalares do país, para apurar os níveis da síndrome de Burnout e definir procedimentos de atuação face às eventuais consequências nefastas desta síndrome nos profissionais de enfermagem em Cabo Verde.

Concluímos a existência, a partida, de uma amostra não probabilística no nosso estudo, logo uma amostragem por conveniência, pelo que num universo de 118 enfermeiros da unidade hospitalar em estudo, a nossa amostra é constituída apenas por 89 enfermeiros. Recorrendo, portanto, a esse tipo de amostra devido a limitações com que deparamos no desenvolvimento do processo de recolha de dados, que não nos permitiu atingir os objetivos necessários para conseguir uma amostra com carácter probabilística. Logo, constitui uma primeira limitação da nossa investigação que ora se conclui.

Na nossa amostra a maioria pertence ao sexo feminino, 82% o que corresponde a 73 dos enfermeiros, e os restantes 18% do sexo masculino, equivalente a 16 enfermeiros; Em média, na nossa amostra os profissionais de saúde têm 44.6 anos com um desvio padrão de 8.35 anos; 48% dos enfermeiros são casados, 40% são solteiros, 11% são divorciados e 1% (um elemento) é viúvo, 77% dos enfermeiros têm licenciatura, 17% têm bacharelato e 6% têm pós-graduação; Apresenta um valor médio de 17,9 anos de profissão e as horas trabalhadas por semana, apresenta um valor médio de 46,4 horas; 2% dos enfermeiros não têm filhos, 27% têm um filho, 41% têm dois filhos, 22% têm três filhos, 6% têm quatro filhos e 2% têm cinco filhos; 81% dos enfermeiros trabalham por turnos; 83% dos enfermeiros não trabalham em outra instituição; a maioria nunca faltou ao serviço, representando assim 72% dos inquiridos, 22% faltaram raramente e 6% faltaram algumas vezes; a maioria responde negativamente, representando assim 74% dos inquiridos e 26% que afirmaram que deixariam o hospital se pudessem; e uma minoria afirma que mudaria sim de profissão representando apenas 8% da nossa amostra.

Assim, é pertinente realçar que não se verifica a existência de um número elevado de enfermeiros com altos níveis de stress, na medida em que a percentagem de enfermeiros com altos níveis de stress nas três dimensões do MBI é razoavelmente baixa. Assim verifica-se que na nossa amostra, 2,3% dos enfermeiros apresentam altos níveis de estresse na exaustão emocional (nível alto), 9,3% dos enfermeiros apresentam altos níveis de estresse na

despersonalização (nível alto) e 11,5% dos enfermeiros apresentam altos níveis de estresse na realização pessoal (nível baixo). Ao que facilmente se pode concluir que relativamente a esta primeira questão de investigação, não podemos afirmar que no hospital existe um número elevado de enfermeiros com altos níveis de estresse, pelo contrário, a percentagem de enfermeiros com altos níveis de estresse nas três dimensões do Inventário de Burnout de Maslach (MBI) é bastante baixa.

No que se refere a hipótese “há uma certa predominância de altos níveis do Burnout no sexo feminino” que constitui a nossa primeira hipótese da nossa investigação podemos verificar a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos, que nos permitiria outras conclusões. Apenas para a exaustão emocional, medida em categorias, conseguimos concluir que a alta e a baixa exaustão emocional, ou seja, as categorias extremas, são de facto superiores para o sexo masculino, não se verificando mais nenhuma outra diferença significativa entre os dois sexos, nem para as pontuações de cada dimensão nem para as dimensões despersonalização e realização pessoal medidas em categorias. Podemos também concluir que não se verifica a hipótese que lhe está associada “há uma certa predominância de altos níveis do Burnout no sexo feminino” pois não há predominância de altos níveis do Burnout no sexo feminino, como tem sido frequente em outros estudos realizados.

Relativamente a nossa segunda hipótese, a saber se “os níveis mais altos do Burnout se verificam nos enfermeiros com a idade mais avançada, não se notaram diferenças estatisticamente significativas entre as classes etárias. Não obstante o valor médio das dimensões Exaustão Emocional e Realização Pessoal é superior para idades até 40 anos e inferior para idades entre 41 e 50 anos, o valor médio da dimensão Despersonalização é superior para mais de 50 anos e inferior para idades entre 41 e 50 anos, no entanto são diferenças estatisticamente não significativas, nem para as pontuações de cada dimensão nem para as dimensões medidas em categoria. Pelo que se conclui que não se verifica tal hipótese pois os níveis mais altos do Burnout não se verificam nos enfermeiros com a idade mais avançada.

No que se refere à terceira hipótese, analisamos a existência de outros fatores socioprofissionais que podem influenciar o burnout, começando pela análise da existência ou não de uma relação entre antiguidade ou experiência profissional e níveis de burnout, passando pela análise da influência da vida conjugal ou não nos níveis de burnout, onde se observa que 48% dos enfermeiros são casados, 40% são solteiros, 11% são divorciados e 1% é viúvo, o que nos permite concluir que, atendendo ao fato de na nossa amostra verificar-se uma clara predominância feminina, estes desenvolvem mecanismos de compromisso familiar, dando origem a capacidades que as permitam enfrentar problemas e desequilíbrios emocionais, importantes na resistência à síndrome. De seguida analisamos a influência do trabalho por turnos, que é uma realidade da maioria parte da nossa amostra (81% dos enfermeiros trabalham por turnos), que é suscetível de provocar desequilíbrios no normal funcionamento do organismo humano. Por fim analisamos a existência de enfermeiros que trabalhassem em outra instituição ou não, que pode ser motivada pela baixa remuneração, no sentido de acumular rendimentos.

Porém, e como se verificou em todas as nossas hipóteses, não se encontram suporte estatístico que permitisse validar esta nossa terceira e última hipótese de investigação.

Posto isto, mediante a vertente analítica seguida até esta parte, podemos concluir que no HBS verifica-se um nível muito baixo da síndrome de burnout, o que represente uma conclusão positiva para esta unidade hospital, de tamanha importância na região norte de Cabo Verde.

Limitações e futuras linhas de investigação

A limitação mais evidente da presente investigação científica prende-se, fundamentalmente, com as dificuldades levantadas pela distância, na medida em que a investigação teve o seu início em Portugal e coleta dos dados teria de ser feita em Cabo Verde, implicando a existência de um esforço prévio exigente, no sentido de se preparar a deslocação para a efetivação da recolha dos dados para prosseguir com a investigação.

Uma segunda limitação tem que ver com o fato de a nossa amostra ser não probabilística, na medida em que não possível englobar todo o universo dos enfermeiros da unidade hospitalar em estudo, devido a muitos fatores, nomeadamente a recuso de determinados enfermeiros em responder o questionário proposto, por alegada falta de tempo, ou por não reconhecer importância no preenchimento do mesmo. Não obstante, a isto, alia-se, a falta de celeridade das entidades competentes em Cabo verde em fornecer dados estatísticos, fundamentais para caracterizar o nosso de estudo da nossa investigação.

Como não poderia deixar de ser, a terceira limitação prende-se com o fato de a presente investigação constituir um estudo pioneiro na avaliação da síndrome de Burnout em Cabo Verde, não podendo contar com elementos básicos que permitissem uma comparação em determinadas etapas da investigação, ou que pudessem servir de ponto de partida da nossa investigação.

Não obstante o presente estudo ser pioneiro na avaliação dos níveis da síndrome de burnout no sistema de saúde cabo-verdiano e os nossos resultados terem fornecidos diferenças estatisticamente não significativas relativamente as hipóteses de investigação inicialmente delineadas, relativamente ao HBS, consideramos que urge a necessidade de efetivação de mais estudos semelhantes em outras unidades de saúde do país, no sentido de apurar a sua existência, e para que possa permitir a tutela ter análises cientificamente validades para empreender medidas de prevenção e de redução do impacto negativo da síndrome tanto nas organizações bem como na qualidade de vida dos profissionais, caso ela exista no país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akroyd, D., Caison, A., & Adams, R. D. (2002). *Burnout in radiation therapists: the predictive value of selected stressors*. International Journal of Radiation Oncology. vol.52. n3. p.816-821.
- Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios
- Anastasi, A. (1990). *Psychological testing*. New York: McMillan.
- Babatunde, A. (2013). *Occupational Stress: A Review on Conceptualisations, Causes and Cure*. Economic Insights - Trends and Challenges Vol. II, No. 3/2013, pp. 73 - 80.
- Barret L., & Yates P. (2002). *Oncology/haematology nurses: a study of job satisfaction, burnout and intention to leave the specialty*. Aust. Health Rev., 25(3): 109-21.
- Benevides-Pereira, A.M.T. (2002). *As atividades de enfermagem em hospital: um fator de vulnerabilidade ao burnout*. In.: BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. (Org.). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benevides-Pereira, A.M.T. (2002). *O processo de adoecer pelo trabalho*. In.: BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. (Org.). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benavides-Pereira, A. M. T. & Moreno-Jiménez, B. (2003). *O Burnout e o profissional de Psicologia*. Revista Eletrônica InterAção Psy, 1-1, 68-75.
- 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.
- Carlotto, M., (2001). *Síndrome de Burnout: um tipo de estresse ocupacional*. ULBRARS: Caderno Universitário.
- Carlotto, M. S., Dias, S. R. S., Batista, J. B. V., & Diehl, L. (2015). *O papel mediador da autoeficácia na relação entre a sobrecarga de trabalho e as dimensões de Burnout em professores*. Psico-USF, Bragança Paulista, v. 20, n. 1, p. 13-23.
- Castro, F. G., (2013). *Burnout e complexidade histórica*. Revista Psicologia: Organizações e Trabalho, 13(1), jan-abr 2013, pp . 49-60.
- Chacon R.M., & Grau A. J. (1997). *Burnout en enfermeros que brindan atencion a pacientes oncológicos*. Rer. Cuba. Oncol, , jul,13(2):118-25.

- Cherniss, C. (1980). *Human service programs as work organizations: Using organizational design to improve staff motivation and effectiveness*. In R. H. Price & P. E. Politser (Eds.), *Evaluation and action in the social environment*. New York: Academic Press, 125-153.
- Cooper, C. L., & Marshall, J. (1978). *Understanding Executive Stress*. London: Macmillan.
- Cooper, C. L., e Marshall, J. (1982). *Fontes ocupacionais de stress: uma revisão da literatura relacionada com doenças coronárias e com saúde mental*. *Análise Psicológica*, 2(2-3), 153-170.
- Cooper, C. L., Rout U., & Faragher B. (1989). *Mental health, job satisfaction and job stress among general practitioners*. *BMJ* 298: 366-70.
- Cooper, C. L (1996). *Handbook of stress, medicine, and health*. CRC Press, Boca Raton.
- Cronbach, L.J. (1951). *Coefficient alpha and the internal structure of tests*. *Psychometrika*. 16, 297-334.
- DeVellis, R.F. (1991). *Scale Development. Theory and applications*. London: Sage Publications.
- Del Rio, G (1990). *Stress e lavoro nei servizi. Sintomi, cause e rimedi del burnout*, Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W. B. (2001). *The job demands-resources model of burnout*. *Journal of Applied Psychology* 86, 499-512.
- Dias, S., Queirós, C. & Carlotto, M. (2010). *Síndrome de burnout e factores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal*. *Aletheia*, 32, 4-21.
- Dollard, M (2003). *Introduction: context, theories and intervention*. In: Dollard MF, Winefield AH, Winefield HR, editors. *Occupational Stress in the Service Professions*. London, New York: Taylor & Francis;, pp. 1-42.
- Estevão, C. (2006): *Enfermagem: profissão de stress*. *Nursing*. Ano 16, nº215, p.34-39
- Farber, B. A. (1983). *Dysfunctional aspects of the psychotherapeutic role*. In B. Farber (Org.). *Stress and burnout in the human service professions* (pp. 1-22). New York: Pergamon Press.
- Freudenberger, H (1974). *Staff burnout*. *Journal of Social Issues*, 30 (1), p. 159-65
- Gilles, D. (1992). *A gestão dos serviços públicos de saúde: Características e exigências*. *Revista da Administração Pública*, Rio de Janeiro, 26 (2):8-19, Abril/Junho
- Gil-Monte, P. R. e Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 1999. Volume 15, N.º 2. 315-317.
- 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*. *Psicologia em Estudo*, 7 (1) 3-10.

- Gil-Monte, P. R. (2003). *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) em profissionais de enfermária*. Revista Eletrónica InterAção Psy, 1, 19-33.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Pirâmide, Madrid.
- Gil-Monte, P. R. (2008). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural*. Informació Psicológica, 91-92, 4-11.
- Gomes, A. R., Silva, M. J., Mourisco, S., Silva, S., Mota, A., & Montenegro, N (2006). *Problemas e desafios no exercício da actividade docente: um estudo sobre o stress, burnout, saúde física e satisfação profissional em professores do 3º ciclo e ensino secundário*. Revista Portuguesa de Educação, 19(1): 67 - 93.
- Guimarães, L. A. M., & Cardoso, W. L. C. D. (2004). *Atualizações sobre a síndrome de Burnout*. in: GUIMARAES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.) *Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Harrison, B. J. (1999). *Are you to burn out?* Fund Raising Management, 30(3), 25-28.
- Hasslerhorn, H.M., Van Dam, K., & Van Der Heijden, B.I.J.M (2009). *Intention to leave nursing: The importance of interpersonal work context, work-home interference, and job satisfaction beyond the effect of organizational commitment*. Career Development International, 14 (7), 616-635.
- Hespanhol, A. (2005). *Burnout e Stress ocupacional*. Revista Portuguesa de Psicossomática, 7, 153-162.
- Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário (2a ed.)*. Lisboa: Sílabo.
- Hombrados, M.I. (1997): *Estrés y Salud*. Valencia: Promolibro.
- Jackson, S. E. e Schuler, R. S. (1983). *Preventing Employee Burnout*. AMACOM Periodicals Division, American Management Associations. 58-68.
- Jodas, D. A., & Haddad, M. C. L. (2009) *Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário*. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 22, n. 2.7
- Khosa, M. G., Tiriyo, I., Ritacco, G., & Lowies, A. (2014). *Impact of Occupational Stress and Burnout on Employee Job Performance: A Study of Nurses in Rural Clinics of Bushbuckridge in Mpumalanga Province*. International journal of Innovative Research in Management, ISSN 2319 - 6912, issue volume 1.
- Kuremyr, D., Kihlgren M., Norberg, A., Aström, S., & Karlsson I. 1994. *Emotional experiences, empathy and burnout among staff caring for demented patients at a collective living unit and a nursing home*. Journal of Advanced Nursing, 19, p. 670-9.

- Laranjeira, C. A (2009). *O Contexto organizacional e a experiencia de estress. Uma perspectiva integrativa*. Revista Salud Pública, 11(1), 123-133.
- Lautert, L. (1995). *O desgaste profissional do enfermeiro [tese de mestrado]*. Salamanca (ESP): Universidade Pontificia de Salamanca.
- Leiter, M. P (1991). *Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns*. Journal of Organizational Behavior, 12, 123-144.
- Leiter, M. P (1992). *Burnout as a crisis in professional rolestructures: Measurement and conceptual issues*. Anxiety, Stress, and Coping, 5(1), 79-93.
- Leiter, M. P. (1993). *Burnout as a developmental process: Consideration of models*. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research (pp. 237-250). Washington DC: Taylor & Francis.
- Lipp, M. N. (Org.) (2001). *Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco*. Campinas: Papyrus.
- Lima, C. F., Oliveira, J. A., Silva, E. S., & Emérito, A. P. (2009). *Avaliação Psicométrica do Maslach Burnout Inventory em Profissionais de Enfermagem*. II Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho. Curitiba/PR -15 a 17 de Novembro de 2009
- Loff, A.M. (1996). *Co-Dependencia nos Enfermeiros*. Coimbra: Formação e Saúde Lda.
- Mark G., & Smith A. P. (2011). *Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses*. British Journal of Health Psychology, The British Psychological Society.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The costs of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Maslach, C. (2009). *Entendendo o burnout (Understanding burnout)*. In: Ciência e Trabajo. Ano 11. N.º 32. p. 37-43.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *The measurement of experienced burnout*. Journal of Occupational Behavior, 2, 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). *Burnout in organizational settings*. Applied Social Psychology Annual, 5, 133-153.
- Maslach, C., & Jackson, S. E (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual, 2nd ed*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, Ca.
- Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). *Historical and conceptual development of burnout*. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research (1-16). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Maslach, C., Jackson, S. E & Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory: Test manual (3rd ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.