

**Tiago Gonçalo da Rocha Ribeiro**

**SÍNDROME DE BURNOUT NOS ENFERMEIROS**

**Universidade Fernando Pessoa**

**Faculdade Ciências da Saúde**

**Porto, 2009**



**Tiago Gonçalo da Rocha Ribeiro**

**SÍNDROME DE BURNOUT NOS ENFERMEIROS**

**Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade Ciências da Saúde  
Porto, 2009**

**Tiago Gonçalo da Rocha Ribeiro**

**SÍNDROME DE BURNOUT NOS ENFERMEIROS**

**Assinatura do aluno:**

---

**Monografia apresentada à universidade  
Fernando Pessoa como parte dos  
requisitos para obtenção do grau de  
Licenciatura em Ciências de  
Enfermagem.**

**Porto, 2009**

## **ABSTRACT**

The present research work is part of the curriculum of the 4th. Year of the NURSING DEGREE- University Fernando Pessoa.

The theme of our study is: "SYMDROME OF BURNOUT IN NURSES".

Therefore, we made a descriptive and quantitative study using as instrument of data gathering the "QUESTIONNAIRE".

The survey consists of two parts:

In part one, we have made the characterization of the sample through open questions and in part two, we have used MASLACH BURNOUT INVENCTORY ( MBI) scale.

This scale had the purpose to evaluate the dimensions associated to Burnout at the Nurses ´work in an Emergency Service.

Thus, the present study was based on a sample of a group of 34 male and female nurses, in a population of 113 nurses of the Emergency Service in a

Hospital of the North Region.As for"data treatment", we used the statistics analysis programme data SPSS, version 17.0 for Windows and Microsoft Excel 2007.

As for the dimensions of Burnout( Emotional Exhaustion; Depersonalisation and Personal Fulfilment ), we could conclude that Nurses present Middle Levels in Emotional Exhaustion and High Levels in both Dimension Depersonalisation and Personal Fulfilment.

## SUMÁRIO

O presente trabalho de investigação insere-se no âmbito do plano curricular do 4º ano do curso de Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa. O tema do nosso estudo é: “Síndrome de Burnout nos enfermeiros”.

Por conseguinte, elaborou-se um estudo do tipo quantitativo e descritivo, utilizando como instrumento de recolha de dados o questionário. O questionário utilizado consiste em duas partes, na primeira procede-se à caracterização da amostra através de questões abertas e na segunda parte está patente a escala Maslach Burnout Inventory (MBI). Esta escala teve como intento avaliar as dimensões associadas ao Burnout no trabalho dos enfermeiros de um serviço de urgência.

Deste modo, o presente estudo foi efectuado com base numa amostra de 34 enfermeiros de ambos os sexos, numa população de 113 enfermeiros de um Serviço de Urgência de uma Instituição Hospitalar da Região Norte.

No tratamento de dados, utilizou se o programa de análise estatística de dados SPSS, versão 17.0 para o Windows e o Microsoft Excel 2007.

Quanto à análise das dimensões de Burnout (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal), permitiu-nos constatar que na dimensão Exaustão Emocional os enfermeiros apresentam níveis médios, na dimensão Despersonalização os enfermeiros apresentam níveis altos e por fim na dimensão Realização Pessoal os enfermeiros apresentam níveis altos.

## **Agradecimentos**

Quero agradecer a todos aqueles que, com a sua disponibilidade, simpatia e dedicação, contribuíram para o aperfeiçoamento e orientação deste trabalho:

À Enfermeira Mestre Manuela Guerra, pela sua disponibilidade e pela orientação na realização deste trabalho de investigação.

Aos meus pais, pelo apoio e que demonstraram desde sempre em todos os momentos da realização deste trabalho.

À Bárbara, por toda a compreensão durante os bons e maus momentos.

A todos os professores do curso de Enfermagem pelo empenho, dedicação, percepção e amizade com que se pautaram ao longo do curso.

A todos, o meu sincero muito obrigado. Bem hajam!

# Índice

	Pág.
<b>0 –INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>I – FASE CONCEPTUAL.....</b>	<b>15</b>
1.1 Enquadramento teórico.....	15
1.2 Stress/ Perspectiva histórica.....	15
1.3 Stress nos enfermeiros.....	18
1.4 Definição de Burnout.....	19
1.5 Origem do Burnout.....	23
1.6 Burnout nos Enfermeiros.....	27
1.7 Sinais/Sintomas de Burnout.....	29
1.8 Modelos explicativos de Burnout.....	34
1.9 Escala de avaliação de Burnout – M.B.I.....	41
<b>II – FASE METODOLÓGICA.....</b>	<b>43</b>
2.1 Princípios Éticos.....	43
2.2 Desenho de Investigação.....	44
2.3 Definição/Delimitação do tema.....	44
2.4 Questões de Investigação.....	45
2.5 Objectivos de investigação.....	45
2.6 Tipo de estudo.....	45
2.7 População.....	46
2.8 Amostra.....	46
2.9 Processo de Amostragem.....	47
2.10 Definição das variáveis.....	47
2.11 Instrumento de recolha de dados.....	48
2.11.1 Pré-teste.....	49
2.12 Previsão e tratamento de dados.....	49
2.13 Previsão de recursos materiais.....	50
2.14 Previsão de Recursos humanos.....	50
<b>III. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>51</b>
3.1 Caracterização da amostra.....	51
3.2 Índices de Burnout nos enfermeiros estudados.....	54
<b>IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>62</b>

**V. CONCLUSÃO.....64**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....65**

**ANEXOS**

**ANEXO I – Instrumento de recolha de dados – Questionário**

**ANEXO II- Cronograma**

## **Índice de Tabelas**

**Tabela nº 1** – Síndrome de exaustão: antecedentes e consequências

**Tabela nº 2** – Possíveis sintomas de Burnout; Sintomas a nível interpessoal

**Tabela nº 3** – Possíveis sintomas de Burnout; Sintomas a nível organizacional

**Tabela nº 4** - Previsão de Recursos Materiais

**Tabela nº 5** – Previsão de Recursos Humanos

**Tabela nº 6** – Distribuição dos enfermeiros segundo o sexo

**Tabela nº 7** – Distribuição dos enfermeiros segundo estado civil

**Tabela nº 8** – Distribuição dos enfermeiros segundo número de filhos

**Tabela nº 9** – Distribuição dos enfermeiros segundo habilitações literárias

**Tabela nº 10** – Distribuição dos enfermeiros segundo tempo de exercício profissional

**Tabela nº 11** – Distribuição dos enfermeiros segundo o tipo de horário

**Tabela nº 12** – Distribuição dos enfermeiros na subescala Exaustão Emocional

**Tabela nº 13** – Distribuição dos enfermeiros na subescala Despersonalização

**Tabela nº 14** – Distribuição dos enfermeiros na subescala Realização Pessoal

**Tabela nº 15** – Distribuição dos enfermeiros segundo o nível de Exaustão Emocional

**Tabela nº 16** – Distribuição dos enfermeiros segundo o nível de Despersonalização

**Tabela nº 17** – Distribuição dos enfermeiros segundo o nível de Realização pessoal

## **Índice de Figuras**

**Figura nº 1** – Modelo bi-dimensional do Burnout de Schaufeli e Van Dierendoflek

**Figura nº 2** – Fases de Burnout de Golembiewski

**Figura nº 3** – Sistema interactivo de Burnout

**Figura nº 4** – Modelo do processo de Burnout de Cherniss

**Figura nº 5** – Modelo de Burnout Profissional de Pines

**Figura nº 6** – Modelo explicativo da Exaustão no trabalho de Wisniewski e Gargiulo

## 0. Introdução

A presente monografia insere-se no âmbito curricular do 4º ano da licenciatura de enfermagem da Universidade Fernando Pessoa da Faculdade de Ciências da Saúde. Optando por uma área do meu interesse, decidimos realizar este trabalho subordinado ao tema: síndrome de Burnout nos enfermeiros.

A escolha do tema deve-se ao facto de a Enfermagem ser uma profissão muito stressante, sendo apontado por inúmeros autores como a quarta profissão mais stressante do sector público. Além disso, a síndrome de Burnout mostra ser um fenómeno de grande interesse, no âmbito do qual têm vindo a ser efectuados diversos estudos que sinalizam como sendo um dos grandes problemas psicossociais actuais, despertando, não apenas interesse na comunidade científica, mas também nas entidades governamentais, empresariais, sindicais do mundo ocidental (Estados Unidos e Europa) devido à severidade das suas manifestações a nível individual e organizacional.

A vida no trabalho constitui um dos principais factores que contribuem para um maior nível, ou menor nível de saúde nas pessoas, pelo que pode provocar um elevado nível de satisfação, ou, por outro lado, uma grande frustração, ou stress. Por isso, hoje em dia, falar de stress ou de Burnout é muito comum em várias profissões principalmente entre os profissionais de saúde, dado que são constantemente submetidos a situações indutoras de stress. Para que haja uma boa qualidade de prestação de cuidados e produtividade, nos diferentes serviços, são necessários profissionais motivados e com saúde.

A definição mais conhecida é a de Maslach e Jackson (1981) que considera o Burnout como “ *uma síndrome de cansaço emocional, despersonalização e redução da realização pessoal*” (cit. In Moreno Jimenez et tal. (2000), p.4). É o esgotamento emocional, implicando o desenvolvimento de uma imagem negativa de si, uma atitude negativa face ao trabalho, uma perda de sentimentos e interesse face aos doentes.

Para este trabalho de investigação, foi proposta a seguinte pergunta de partida:

Quais os níveis de Burnout nas várias dimensões, dos enfermeiros do serviço de urgência de um Centro Hospitalar da Região Norte?

Na realização deste trabalho de investigação, propusemo-nos a atingir o seguinte objectivo:

Identificar os níveis de Burnout nas suas várias dimensões, dos enfermeiros do serviço de urgência de um Centro Hospitalar da Região Norte.

A população do estudo é constituída pelos enfermeiros do serviço de urgência de um Centro Hospitalar da Região Norte (113 enfermeiros), no período de 2008/2009. O tipo de estudo deste trabalho de investigação será um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, a uma amostra de 30% da população, ou seja, 34 enfermeiros, do serviço de urgência de um Centro Hospitalar da Região Norte, no período de 2008/2009, e o processo de amostragem: não probabilística acidental.

O trabalho de investigação está estruturado em duas partes. Relativamente à primeira parte, esta é constituída pela fase conceptual, ou seja, o desenvolvimento da temática em questão, o tema a investigar, a delimitação do tema, a questão de investigação, os objectivos e a matriz teórica. Na segunda parte, apresenta-se a metodologia utilizada, onde serão referenciadas as questões éticas associadas à investigação, o tipo de estudo, amostra em estudo, o instrumento de colheita de dados, e o pré-teste.

## **I – FASE CONCEPTUAL**

### **1.1 Enquadramento teórico**

O enquadramento teórico desempenha um papel metodológico fulcral para a estruturação de teorias que servem de suporte a uma investigação, permitindo elucidar o investigador acerca dos conhecimentos existentes e directamente relacionados com o tema em estudo, possibilitando o estabelecimento de um quadro de referência. Este quadro, que visa a organização do processo de suporte, permite a definição e delimitação do tema em estudo.

Desta forma, Fortin (1999, p.93) define enquadramento teórico do seguinte modo:

“ (...) uma generalização abstracta que situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo, em função de apoio e de lógica em relação ao problema de investigação, fornece parâmetros para um estudo, no qual os conceitos importantes e as suas relações mutuas serão definidas”

Para desenvolver um trabalho de investigação torna-se necessário realizar uma pesquisa sobre alguns dos trabalhos realizados já anteriormente, revistas de importância científica e livros pertinentes e recentes relacionados com o tema escolhido para este trabalho.

Outro aspecto que torna a fundamentação teórica fundamental para o investigador é o facto desta se impor “ (...) em todo o processo de investigação, pois que (...) deve também recorrer a ela aquando da interpretação dos resultados” (Fortin 1999, p.74).

### **1.2 Stress/ Perspectiva histórica**

Stress é um vocábulo que se nomeia com alguma frequência, quer no dia-a-dia em conversas comuns quer nos meios de comunicação social. Em relação ao mundo da

investigação tem sido alvo de uma vastíssima investigação interdisciplinar que tem vindo a aumentar com a progressão geométrica (Vaz Serra, 2007).

Stress é uma palavra inglesa que significa “pressão”, “tensão” e cuja genealogia se iniciou com os termos latinos *stringere* (“esticar”, “deformar”) e *strictus* (“esticado”, “tenso”, restrito”, “apertado”) (Rosch *cit. in* Ramos 2001).

Diversos autores contribuíram para ajudar a estabelecer o conceito stress tal como hoje o entendemos.

O stress deve ser ponderado como uma resposta necessária e adaptativa. E pode ser presenciado em todas as espécies que têm cérebro; todas as culturas humanas; em todas as idades e, inclusive, em ambos os géneros. Estes mesmos autores enunciam que, se o stress não fosse adaptativo, não teria resistido ao teste de evolução que o faz persistir no tempo de geração em geração (Eriksen e Ursin *cit. in* Vaz Serra 2007).

Stress não tem em português uma tradução fácil, contudo, as pessoas sabem o que significa. O primeiro de todos os autores a estabelecer o conceito stress foi o Francês Claude Bernard, que viveu entre 1813-1818. A ideia-chave que este cientista legou às gerações futuras foi de que as ameaças físicas à integridade de um organismo evocam respostas da parte deste que dão uma resposta contrária à ameaça (Vaz Serra, 2007).

A preocupação com o stress é mundial, considerada por muitas associações como uma “epidemia global”, com diversos factores atenuativos ou diversos factores agravantes.

Hans Selye foi o primeiro a introduzir o termo stress sistematizadamente, consignando-lhe quase cinquenta anos de estudo. O seu nome ficou eternamente ligado a esta área da investigação (Vaz Serra, 2007).

Hans Selye, estudante de medicina na universidade de Praga nos anos vinte, sentiu-se intrigado com o “síndrome geral doença”, que lhe dava a entender que era uma resposta não específica do organismo à doença (Stora, 1990).

De acordo com Cartwright et al. (*cit. in* Pinto 2008), foi em meados de 1976, que Hans Selye estudou o stress e mais tarde definiu-o como uma resposta do organismo a todo o estímulo, podendo este ser positivo e agradável (eustress) ou encarado com um desafio desagradável (distress) e negativo causador de ansiedade.

Selye (*cit. in* Ribeiro 2005) refere, que o stress é um processo inerente à vida de todos os organismos. Enuncia ainda que na ausência total de stress, ou seja, sem estimulação, um organismo faleceria. Este autor postula que o stress é um termo positivo e que o <<bom stress>> (eustress), aquele que suscita uma resposta adaptativa por parte dos organismos, é necessário, e que o <<mau stress>> (distress) é um estímulo tão forte que é capaz de provocar prejuízos irreversíveis no organismo. O que em linguagem comum se designa stress constitui uma degeneração do termo distress.

Neste sentido, Selye, citado por Vaz Serra (1999), refere que, quando o organismo é submetido a uma exigência que o obriga a uma adaptação, proporciona uma resposta típica, sempre a mesma, a qual designou síndrome geral de adaptação

Vários pesquisadores revelaram dois pontos muito importantes.

1- Há acontecimentos que têm uma maior probabilidade do que os outros de induzirem stress nos seres humanos.

2- Os acontecimentos penosos influenciam em larga escala o estado de saúde do indivíduo.

Seguidamente iremos apontar um pequeno resumo das principais perspectivas de investigação acerca do stress.

O stress tem sido investigado segundo três aspectos distintos que são preponderantes:

- 1- A resposta biológica (vai desde os aspectos do sistema nervoso central as suas repercussões vegetativas, emocional, imunitária, endócrina e comportamento em geral);
- 2- Os factores que o desencadeiam;
- 3- A relação que se estabelece entre meio ambiente e o indivíduo.

Há que ter em conta também o apoio social como factor atenuativo do impacto das situações que podem induzir o stress sobre o indivíduo (Vaz Serra, 2007).

Os enfermeiros são constantemente submetidos/expostos a um stress contínuo, logo é muito importante que o enfermeiro possua aptidões intelectuais, afectivas, emocionais e psicomotoras que lhe permitam um comportamento adequado ao doente, à família e à comunidade sem esquecer o seu próprio bem-estar quer a nível físico, quer psíquico (Horta, 2000).

### **1.3 Stress nos enfermeiros**

A profissão de enfermeiro está sujeita a um desgaste físico e psíquico muito grande. A este desgaste físico e psíquico vulgarmente damos o nome do stress.

A noção de stress ocupacional tem estabelecido, nas últimas décadas, pólo de interesse empresarial. Com efeito, o stress aparece intimamente ligado à doença, com conseqüente diminuição de produtividade, aumento de absentismo, acidentes de trabalho, erros de desempenho, invalidez e problemas familiares

A enfermagem é, por natureza, uma profissão com elevado nível de stress devido em parte à especificidade das suas tarefas e das pessoas que cuida, mas também devido à falta de autonomia profissional, à indefinição de tarefas, à constante pressão a que está sujeita e à falta de apoio por parte dos seus superiores, família, amigos, entre outros.

Falando em stress no trabalho, a prática profissional tanto pode ter aspectos positivos como negativos, ou seja, em relação ao ponto de vista económico, permite ao indivíduo

cortar elos de dependência em relação a terceiros, permite um acesso a mais conforto, actividades de lazer e cultura. É também muito importante que o indivíduo goste do que está a fazer, pois isso é uma fonte de satisfação, de motivação e de realização pessoal para ele. O trabalho, para além de ser uma fonte de rendimento para o indivíduo, liga-se também a aspectos psicológicos de importante relevância que ajudam a proporcionar uma grande auto-estima ao indivíduo. Por outro lado, o trabalho pode trazer consigo aspectos negativos, quer pelo facto de a pessoa não gostar do que faz, ou não é capaz de acompanhar as novas tecnologias, ou por ter colegas superiores hierárquicos subordinados que são uma constante fonte de conflito. Pode ser também pelo facto de terem de trabalhar em excesso. Em termos de conclusão podemos considerar que a prática profissional tanto pode ter vantagens como desvantagens para o indivíduo, podendo leva-lo a uma fonte de stress que gradualmente desgasta (Vaz Serra, 2007).

#### **1.4 Definição de Burnout**

Burnout é uma doença pouco conhecida e divulgada, que se reveste de muito interesse, particularmente para os profissionais de saúde, especialmente enfermeiros que passam diariamente a cuidar de doentes. O termo Burnout, pode ser considerado como Burn=queimor e out=exterior, ou seja, um queimado por fora, desgaste por fora, ou exaustão por gastos excessivos de energia (Queirós, 2005).

Ao estudar o conceito de Burnout no idioma de inglês, a expressão *to burn oneself out* é definida no dicionário como:

*“to exhaust oneself or to ruin one’s health, especially by working too hard”* (Oxford Advanced Learner’s Dictionary, 1989).

O pioneiro do Síndrome de Burnout foi um psiquiatra Norte-americano Freudenberg, identificando-o como resultado da relação que se estabelece entre o trabalho e indivíduo. Em 1974, Freudenberg, (*cit. in* Carvalho, 2002, p. 175-176) referiu que Burnout é caracterizado como sendo:

*“Um conjunto de sintomas médico-biológicos e psicossociais inespecíficos, produto de uma exigência excessiva de energia no trabalho e que ocorre particularmente nas profissões envolvidas numa relação de ajuda” e que resulta num “ estado de fadiga ou frustração resultante da dedicação a uma causa, estilo de vida, ou a uma relação que falhou na produção da expectativa esperada”.*

Nos anos 80, Maslach e Jackson (1981, *cit. In Didier, 2004, p. 17*) caracterizam o síndrome de Burnout como síndrome de cansaço emocional e Despersonalização e de redução do envolvimento emocional que surge quando os sujeitos estão profissionalmente investidos na prestação de ajuda a outros.

Maslach e Jackson (1981) encaram Burnout como resposta desajustada a um stress emocional crónico em que o indivíduo manifesta:

-Esgotamento físico e/ou psicológico, representado por um cansaço emocional, com a impressão de não conseguir dar mais de si próprio.

-Desenvolvimento de atitudes frias e despersonalizadas contra os clientes/utentes e os colegas de equipa, mostrando-se imorais, distanciados e culpando os outros pelos seus problemas.

- Sentimento de incompetência, inadequação pessoal e profissional, que surge ao verificar que as necessidades excedem as capacidades.

A CIPE (Classificação Internacional para a prática de Enfermagem) define o conceito de Burnout como:

*“(...) um tipo de resistência com as características específicas: depleção de energia devido a períodos longos de stress crónico e não avaliado, falta de suporte, falta de respeito nas relações, pressão externa, conflito entre realidades e as expectativas, acompanhados de doença física” (CIPE, 2002, P.52)*

A este propósito, Mashlash e Jackson (1981), diz-nos que às profissões de assistência pede-se que tenham um tempo notável de relação forte com as pessoas, que não poucas vezes se encontram em situações problemáticas, com as quais as relações são cheias de

sentimentos de frustração, desespero ou medo. Relações que podem levar a “dissecação emocional”, deixando os profissionais vazios e emocionalmente predispostos ao síndrome de Burnout.

A definição de Burnout mais citada é a de Maslach e Jackson (1982) que considera o Burnout como: “ (...) *Um síndrome de cansaço emocional, despersonalização e redução da realização pessoal (...)*” (cit. in Moreno Jimenez et al. (2000), p.4).

A popularidade da definição de Maslach deve-se sobretudo à divulgação do questionário de auto registo de Burnout, o “ Maslach Burnout Inventory” (MBI) que faz a avaliação das três dimensões incluídas nesta definição.

Efectivamente podemos considerar que, síndrome de Burnout:

*“Não é o mesmo que stress, depressão, tédio ou aborrecimento, da mesma forma que não se identifica com os acontecimentos de sua vida, nem com a insatisfação laboral ainda que esteja em relação íntima com esta última”* (Carvalho, 2002, p.178)

Pelo que temos vindo a descrever, Burnout não é um conceito simples podendo ser descrito com base em diferentes dimensões. Segundo o modelo multidimensional de Maslach e Jackson 1982, existem três dimensões essenciais no Burnout: Exaustão Emocional; Despersonalização e falta de Realização Pessoal. A Exaustão Emocional representa uma resposta basilar de stress, e manifesta-se por um estado de esgotamento emocional/psicológico e físico. Os indivíduos sentem-se cansados, exaustos, privados dos seus recursos emocionais e físicos, sem energia para encarar exigências do local de trabalho. As principais causas desta Exaustão são a sobrecarga de trabalho e conflitos pessoais no trabalho (Maslach, 2006).

A segunda dimensão é a Despersonalização que consiste numa atitude fria, excessivamente distante para com o trabalho e para com os clientes. Os indivíduos minimizam o seu envolvimento na profissão e abandonam os seus ideais (Maslach, 2006).

A terceira e última dimensão consiste na reduzida Realização Pessoal, que caracteriza a componente de auto-avaliação de Burnout. Consiste num sentimento crescente de ineficácia profissional, onde cada novo projecto ou tarefa é sentido como demasiado exigente (Maslach, 2006; Maslach e Leiter, 1997).

Este sentimento crescente de falta de eficácia é agravado pela ausência de recursos profissionais assim como pela falta de suporte social e de oportunidades de desenvolvimento profissional. Os indivíduos pensam “o que estou a fazer? Porque estou aqui? Talvez este não seja o trabalho certo para mim”. Estes sentimentos podem conduzir os indivíduos a terem uma imagem negativa sobre si próprios e dos outros (Maslach, 2006, p. 38).

Cherniss (1980, pp.1-11) definiu Burnout como “... *mudanças pessoais negativas que ocorrem em profissionais de ajuda trabalhando em empregos exigentes ou frustrantes...*”

As características específicas da exaustão são: a Exaustão Emocional, que pode ser física ou psíquica. Há uma fadiga emocional que não melhora com o repouso, pode levar a crises de nervos, fúria, dificuldades de concentração. A Exaustão pode assumir uma aparência de frieza e de distância com o doente. Pode ocorrer também desumanização da relação com o outro, que é a consequência do primeiro plano, é marcado por um desligamento parecido com cinismo. O doente é considerado um objecto, uma coisa, uma pessoa, um caso, um número de quarto. O sentimento de insucesso profissional pode também aparecer, consequência dos dois planos anteriores, pode expressar-se mediante o sentimento de não se ser capaz, não se fazer um bom trabalho. Assim, podemos, de uma modo geral, considerar que a exaustão profissional surge como um síndrome a três dimensões, em resposta ao stress emocional e frequente (Delbrouck, 2006, pp.48-51).

Apesar de não haver uma definição única de Burnout, existe o consenso de que se trata de uma resposta ao stress laboral crónico. Avaliando este conceito de uma forma geral, pode assumir-se que diferentes modelos de Burnout demonstraram a assumpção básica de que a discrepância entre as intenções de um profissional motivado e a realidade num

trabalho com condições desfavoráveis leva ao desenvolvimento de Burnout devido a formas de coping disfuncionais. O Burnout pode ser conceptualizado como uma crise na relação do próprio com o trabalho, o que leva a algumas dificuldades em distinguir Burnout e stress ocupacional. Poderíamos considerar o stress ocupacional como resultante de tensões e problemas advindos do exercício de uma profissão, enquanto que, por outro lado, o Burnout é o extremo deste processo de stress ocupacional, ou seja, ficar exausto, desgastar-se por motivos relacionados com o trabalho (Farber, 1983).

A crença de que os profissionais de saúde não são afectados pelo Burnout pelo facto de terem conhecimentos teóricos no campo da saúde encontra-se na base de muitas das nossas ideias em relação à capacidade de resistência destes profissionais. No entanto é do conhecimento geral que o conhecimento não substitui a necessidade de apoio, principalmente quando se trata de lidar com emoções, com sofrimento e inclusive com a morte (McIntyre, 1994; Smith, 1978).

### **1.5 Origem do Burnout.**

Segundo Maslach e Leiter (1997), o Burnout é considerado como uma crise da relação com o trabalho, não necessariamente uma crise com as pessoas no trabalho. Os mesmos autores consideram que os resultados de estudos longitudinais levam a pensar que o Burnout não é um problema das pessoas em si mesmas, mas do ambiente onde trabalham.

Marques-Teixeira (2002), resume no quadro abaixo as conclusões dos principais estudos efectuados, em relação a antecedentes e consequências da Exaustão Emocional.

#### **Tabela nº 1: Síndrome de exaustão: antecedentes e consequências**

<b>Antecedentes da Exaustão Emocional</b>	<b>Consequências da Exaustão Emocional</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflito de papéis</li> <li>• Sobrecarga de trabalho</li> <li>• Conflitos interpessoais</li> <li>• Falta de autonomia</li> <li>• Falta de recompensas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da satisfação no trabalho</li> <li>• Diminuição da auto-estima</li> <li>• Diminuição da adesão à instituição</li> <li>• Vontade de mudar de trabalho</li> </ul>

Fonte: Marques-Teixeira (2002)

No local de trabalho, são inventariados os seguintes aspectos susceptíveis de despertar stress: sobrecarga de trabalho; orientação e hierarquização a que está sujeito; isolamento social; objectivos da instituição; autonomia; tipo de liderança e supervisão; estimulação; contacto com os doentes (Cherniss, 1980).

No que diz respeito ao indivíduo, o suporte social que recebe fora do serviço e a carreira profissional. O stress causado pela conjugação de elementos stressantes resulta em: problemas com utentes; burocracia; falta de incentivos; falta de participação no grupo; dúvidas sobre a competência (Cherniss, 1980).

Dos factores extrínsecos ao trabalho que causam stress com repercussão neste, os mais importantes são os factores ligados à família.

Maslach e Leiter (1997) identificam, seis principais fontes de Burnout culpáveis pela erosão do desenvolvimento:

- Carga excessiva no trabalho;
- Falta de controlo;
- Baixos salários;
- Falha na qualidade e justiça;
- Fragmentação das relações interpessoais (trabalha-se isoladamente);
- Fadiga;
- Conflito de valores.

Segundo Maslach et al. (2001), Burnout é uma experiência individual específica dos contextos de trabalho. Estes autores enunciam vários factores situacionais:

- As características do trabalho;
- As características das ocupações;
- As características organizacionais.

No que diz respeito aos factores individuais:

- Características demográfica como idade, sexo, estado civil;
- Características da personalidade;
- Atitudes para com o trabalho.

Género

No que diz respeito ao género, há uma grande diversidade de conclusões. Maslach (1981), nos testes de validação da MBI, faz menção, das diferenças entre sexos na apreciação das sub – escalas. As mulheres manifestam níveis mais altos do que os homens em Exaustão Emocional, e os homens níveis mais elevados em Despersonalização e Realização Pessoal.

Em relação ao estado civil, Garcia (1990) indicam que, indivíduos casados mostram níveis mais baixos de Burnout.

Maslach et al. (1981) mencionam também, que indivíduos com filhos apresentam níveis mais baixos nas componentes de Burnout.

Tipo de personalidade

Segundo Vaz Serra (1989), o tipo de personalidade A é aquela mais predisposta ao stress. Este tipo de personalidade é característica dos indivíduos muitíssimo activos, sempre com sentido de urgência no tempo, não tolerantes perante a lentidão, altamente

competitivos, com estabelecimento de objectivos pouco realistas, ousados e incapazes de descansar. Para Maslach et al. (2001), a dimensão Exaustão do Burnout aparece também associada ao comportamento tipo A.

#### Características do trabalho

A experiência de sobrecarga de trabalho e de pressão com o tempo depara-se, em grande número de estudos, com uma consciente e forte ligação ao Burnout, especialmente na dimensão da Exaustão Emocional (Maslach et al., 2001). A mesma autora refere a ambiguidade de tarefas e o conflito de tarefas com níveis moderados de correlação com Burnout. Outra característica é o suporte no trabalho, descoberto para prevenir ou diminuir o Burnout, é particularmente importante o suporte pelos supervisores. O controlo e a informação, segundo esta mesma autora, também se relacionaram bem com as três dimensões de Burnout, o que também ocorreu com a autonomia.

#### Atitudes para com o trabalho

Relativamente às atitudes para com o trabalho, Maslach et al. (2001), referem que, presumivelmente, altas expectativas no trabalho ligam-se à exaustão e casualmente ao cinismo, quando os esforços investidos não resultam no que era esperado.

#### As características das ocupações

Os primeiros estudos sobre Burnout decorreram em profissões como serviços humanos e educação, sendo identificado como causa o contacto excessivo com outras pessoas prestando cuidados ou ensinando. Mais tarde, o estudo começou a realizar-se em profissões com contacto com outros, mas não tão intenso, como o caso dos bancários. Depois, em profissões onde o contacto é esporádico, como programadores de computadores. Diferentes níveis e perfis de combinações das três dimensões encontraram-se em variadíssimos estudos, dependendo das profissões em análise, mas não só, dos contextos de desempenho, aparecendo ainda diferenciações em estudos de países para países (Maslach et al., 2001).

Freudenberg, já em meados de 1974, considerava como causas de Burnout entre as enfermeiras a baixa implicação laboral, a falta de socorro da supervisão e da direcção, a pressão do trabalho, a idade, e as características destinadas pelo local de trabalho, onde incluía a falta de suporte social, a identificação de tarefa, o escasso nível de autonomia no trabalho, a incomodidade física, as mudanças tecnológicas e a elevada pressão no trabalho.

## **1.6 Burnout nos enfermeiros**

Existe muitos estudos sobre Burnout, actualmente, onde são investigadas diferentes variáveis e apresentados resultados muito diferentes, o que demonstra a complexidade do fenómeno. No entanto, e de um modo geral, todos apontam que os enfermeiros são especialmente vulneráveis a esta síndrome.

A enfermagem é uma profissão tradicionalmente feminina, caracterizando-se ainda pela variabilidade na formação, e, por vezes, baixa remuneração económica, jornadas de trabalho extensas e muitas vezes com duplo trabalho, aumento das exigências dos pacientes, médicos, familiares e supervisores, falta de reconhecimento por parte dos outros membros da equipa de saúde, alta pressão competitiva que conduz a deterioração das relações interpessoais nos serviços onde desempenham suas funções. Num estudo com 70 enfermeiras mexicanas, em exercício profissional em diferentes serviços de saúde, verificou-se que os serviços de urgência são os que comportam níveis de Burnout mais elevados nas enfermeiras, ou seja, com altos níveis de Exaustão Emocional, altos níveis de Despersonalização e baixos níveis de Realização Pessoal, associados a factores como elevado número de pacientes e familiares, fracas condições físicas dos serviços (como por exemplo espaços reduzidos), idade superior a 36 anos, mais de três filhos, mais de 15 anos de exercício profissional, turnos de 40 horas semanais, atender cerca de 20 pacientes por turno (Rios Castilho et al., 2007).

Segundo Delbrouck (2006), as causas explicativas para ele como causas de exaustão do prestador de cuidados são: especificidade da profissão clínica, impacto e repetição de traumatismos encontrados nos pacientes e isolamento físico e psicoafectivo do prestador de cuidados. Da aplicação de dois inquéritos sobre stress no trabalho e abandono da

profissão de enfermagem, verificou-se que 38% dos inquiridos apresentavam Esgotamento Emocional elevado, 41% a nível médio, 17% encontravam-se stressados e 35% em risco de stress.

Nas profissões de saúde, as consequências psicológicas severas, como a toxicodependência, o alcoolismo e a ideação suicida são frequentemente encontradas em estudos realizados nos Estados Unidos, Finlândia, Inglaterra, País de Gales e Islândia, chegando a atingir níveis superiores aos de outras profissões e aos da população em geral (MCintyre, 1999).

Segundo estudos epidemiológicos Europeus, o Burnout afecta aproximadamente 25% da totalidade de enfermeiros. Esta elevada percentagem talvez resulte da enfermagem ser um dos sectores profissionais que tenta conquistar maior visibilidade social, tendo construído uma historicidade atravessada por problemáticas ligadas à produção da profissão e à construção das entidades dos profissionais, que uns interpretam como dinâmicas de crescimento e outros como debilidades do processo de construção identitária (Abreu, 1998).

Aiken (2002), aponta que, grande parte dos conflitos existentes entre enfermeiros e médicos poderia ser resolvida, se ao nível da tomada de decisão se reconhecessem as competências específicas da enfermagem e as suas responsabilidades particulares no processo de assistência ao doente.

Vários estudos remetem para factores explicativos de Burnout em enfermeiros, destacando o trabalho por turnos, o cansaço emocional, a falta de realização pessoal e o sentimento de incapacidade e de ausência de controlo face às decisões dos médicos. Várias conclusões apontam neste sentido, dado que das profissões assistenciais exige-se que despendam de um tempo considerável de forte relação com as pessoas que frequentemente se encontram em situações problemáticas e cuja relação está repleta de sentimentos de perturbação emocional, frustração, temor e desespero (Maslach e Jackson, 1981).

Jeff et al. (1999), considera a existência de três razões que se apresentam comumente na prática de enfermagem e que propiciam o aparecimento de problemas de stress nestes profissionais: os enfermeiros têm uma personalidade altruística, comprometida e desinteressada que os leva a responder a todas as solicitações dos utentes; costumam estar disponíveis para responder a todos os cuidados que os pacientes exigem; e, ao serem considerados infalíveis, incansáveis, com elevado espírito de sacrifício, com elevada tolerância ao fracasso, são vistos como estando em condições óptimas para responder face a qualquer enfermidade que apresentam os seus doentes.

Segundo Delbrouck (2006), são apontadas as seguintes causas explicativas da Exaustão específica do prestador de cuidados: especificidade da profissão clínica, impacto e repetição de traumatismos encontrados nos doentes e isolamento físico e psico-afectivo do prestador de cuidados. Da aplicação de dois inquéritos sobre stress no trabalho e abandono da profissão de enfermagem, verificou-se que 38% dos inquiridos apresentavam esgotamento emocional elevado, 41% um nível médio, 17% encontravam-se stressados e 35% em risco de stress.

Referente a estudos de Burnout em enfermeiros Portugueses, Nunes (1990), realizou um estudo em enfermeiros de hospitais centrais, distritais e centros de saúde e concluiu que anunciavam um nível médio de Burnout, sendo este mais elevado nos enfermeiros hospitalares.

Tal como os estudos citados demonstram, são em grande número os factores que podem ajudar ao surgimento e evolução desta síndrome, incluindo-se estes em domínios como o social, psicológico, individual, familiar, profissional, cultural e também do meio ambiente.

### **1.7 Sinais / Sintomas de Burnout**

Os problemas resultantes do Burnout podem ser de origem interpessoal (como problemas familiares e sociais), ou de origem pessoal, encontrando-se neste sector os problemas psicossomáticos, psicológicos como: ansiedade, depressão entre outros, e os

problemas de comportamento que afectam o rendimento no trabalho como, por exemplo, o absentismo a diminuição da qualidade do trabalho etc (Zamora et al., 2004).

Os indivíduos podem ter vários sintomas de maior ou menor gravidade, quando não lidam positivamente com os factores de stress (Queiroz, 2005).

O Burnout manifesta-se através de múltipla sintomatologia, sendo que a identificação de possíveis sinais e sintomas são agrupados de diferentes formas, por diversos autores, alguns de forma exaustiva, não querendo dizer no concreto e no plano individual, que as pessoas apresentem todos esses sintomas, mas, normalmente, apenas uma combinação de alguns.

Gil-Monte (2003), sintetiza em quatro categorias as principais consequências dos Burnout. Inicialmente, os indicadores emocionais como o uso de medicamentos, o uso de mecanismos, distanciamento emocional, sentimentos de solidão, de alienação, ansiedade, impotência na onnipotência. Posteriormente, os indicadores antitudinais como o desenvolvimento de atitudes negativas, cinismo, apatia e hostilidade. Em terceiro e último lugar, os indicadores comportamentais como agressividade, isolamento, mudanças bruscas de humor, irritabilidade. Por último, os indicadores somáticos, como alterações cardiovasculares (palpitações, hipertensão...), problemas respiratórios (crises de asma, falta de ar...), problemas a nível imunológico (alergias, maior frequência de infecções...), problemas digestivos (úlceras, náuseas, diarreia...), problemas sexuais, musculares (fadiga, dores de costas...) e alterações do sistema nervoso (insónias, enxaquecas...)

Segundo Neto (2003), os principais sintomas de Burnout são: a insatisfação prolongada e perda de motivação face ao trabalho; alteração do humor, e exaustão; alteração da concentração; elevada frequência de sintomas físicos associados a stress crónico; menor capacidade inter pessoal; irritabilidade, desumanização e a indiferença.

Para Alvarez et al. (1993), os sintomas de Burnout podem agrupar-se em quatro áreas: sintomas psicossomáticos que entre eles se situam queixas de fadiga crónica, cefaleias e

gastralgias, úlceras e perturbações gastrointestinais, perda de peso, hipertensão arterial, asma, dores musculares e amenorreia nas mulheres.

Na área do comportamento, os sintomas são basicamente: o absentismo laboral, aumento de comportamentos violentos, comportamentos de alto risco (condução imprudente, atitudes suicidas, incapacidade de relaxar, dependências de substâncias, e conflitos familiares e matrimoniais.

Entre os sinais emocionais, Alvarez et al. (1993), identifica o distanciamento afectivo, irritabilidade, dificuldades de concentração, raciocínios abstractos e de elaboração de juízos

Relativamente aos sinais defensivos, manifestam-se pela negação das emoções, supressão consciente da informação.

Ainda os mesmos autores referem no plano laboral os seguintes sintomas:

1. Falta de energia e entusiasmo; diminuição do interesse para com os clientes;
2. Percepção dos clientes como “frustrantes” e crónicos;
3. Alto absentismo e desejo de deixar esse trabalho por outra ocupação.

Segundo Delbrouck (2006 pp. 44-45), a exaustão profissional manifesta-se muitas vezes por sentimentos penosos. Surge normalmente uma perda de vitalidade e sensação de desalento, depois instala-se a indiferença e, quando esta permanece, surge o tédio, o cinismo e desorientação e a desconcentração emergem. Começa a haver um sentimento de impaciência relativamente aos doentes e estes passam a ser considerados como apenas uns simples “casos” e deixam de ser tratados como ser holísticos, pessoas.

Ainda os mesmos autores referem que os prestadores de cuidados em sofrimento podem manifestar vários tipos de sintomas quer a nível físico, mental ou emocional:

Possíveis sintomas físicos tais como insónias, falta de energia, hipertensão, perturbações digestivas, perda de apetite, úlceras, enxaquecas, náuseas, desequilíbrios hormonais e contracções musculares e dores de costas.

Sinais psicológicos: irritabilidade, negação de insucessos, auto estima diminuída, perda de humor, indiferença, desinteresse, Despersonalização, insegurança, insatisfação, ansiedade flutuante, sentimento de impotência e de culpa, distracção, confusão, perda de memória, atitude negativa.

Seguidamente iremos mostrar um quadro com os possíveis sintomas de Burnout a nível interpessoal.

**Tabela nº 2: Possíveis sintomas de Burnout.**

**Sintomas a nível interpessoal**

<b>1. Afectivos</b>	<b>2. Cognitivos</b>	<b>3. Comportamentais</b>	<b>4. Motivacionais</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritabilidade</li> <li>• Existir por cima da sensibilidade</li> <li>• Frio e sem emoções</li> <li>• Não ter empatia emocional com os “recipientes</li> <li>• Desenvolver a irritação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínica e desumana percepção dos “recipientes”</li> <li>• Negativismo a respeito dos “recipientes”</li> <li>• Diminuição da empatia para com os “recipientes”</li> <li>• Pessimismo a respeito dos “recipientes”</li> <li>• Colocar etiquetas pejorativas nos “recipientes”</li> <li>• Culpabilizar aparência de grandiosidade</li> <li>• Aparência de rectidão”</li> <li>• Hostilidade</li> <li>• Suspeição</li> <li>• Projecção</li> <li>• Paranóia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Violentas explosões</li> <li>• Propensão para comportamentos violentos e explosivos, conflitos interpessoais familiares, - agressividade para com os “recipientes”</li> <li>• Isolamento e afastamento social</li> <li>• -indiferença no que respeita aos “recipientes”</li> <li>• Isolamento do resto dos colegas</li> <li>• Expressões de desespero, abandono e sem significado próximo dos “recipientes”</li> <li>• Usar o distanciamento</li> <li>• Ciúme</li> <li>• compartimentalização</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda de interesse</li> <li>• Desanimo</li> <li>• Indiferença face aos “recipientes”</li> <li>• Usar os “recipientes” para as suas necessidade pessoais e sociais</li> </ul>

Nota: o uso do termo “recipiente” manteve-se conforme aparece na literatura

Fonte: Schaufeli e Enzmann (1998)

## A nível organizacional

A nível organizacional, o Burnout deveria ser alvo de preocupação por parte das organizações, pois afecta a qualidade e a performance do trabalhador. Quando o indivíduo tem um desempenho menor, em vez de dar o seu melhor, tem a tendência de cometer mais erros, ter menos cuidado e tende a ser menos criativo na resolução de problemas (Maslach, 2006). Há indicadores que permitem verificar se os trabalhadores estão com Burnout nas organizações. Estes indicadores manifestam-se pela diminuição da qualidade assistencial, baixa satisfação laboral, absentismo laboral elevado, tendência para o abandono do posto de trabalho ou da própria organização, um menor interesse e esforço na realização das tarefas laborais, aumento dos conflitos interpessoais com colegas, utentes e supervisores e, por último, uma diminuição da qualidade de vida profissional dos trabalhadores (Gil-Monte, 2003).

**Tabela nº 3: Possíveis sintomas de Burnout**

### Sintomas a nível organizacional

1) Afectivos	2) Cognitivos	3) Comportamentais	4) Motivacionais
<ul style="list-style-type: none"><li>• Insatisfação no trabalho</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cinismo acerca de tarefas no trabalho</li><li>• Sentimentos de que não é apreciado</li><li>• Desconfiança na direcção, colegas e supervisores</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Redução de eficiência</li><li>• Baixo rendimento no trabalho</li><li>• Baixa produtividade</li><li>• Falta de pontualidade</li><li>• Absentismo</li><li>• Roubo</li><li>• Resistência a mudança</li><li>• Ser dependente de supervisores</li><li>• Ver frequentemente o relógio</li><li>• “Levar um livro”</li><li>• Aumentar os acidentes</li><li>• Pouco tempo de direcção</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Perda de motivação para trabalhar</li><li>• Resistência na ida para o trabalho</li><li>• Diminuir a iniciativa no trabalho</li><li>• Baixa moral</li></ul>

Fonte: Schaufeli e Enzmann (1998)

Schaufeli e Enzmann (1998), ao sintetizarem este conjunto de sintomas não pretenderam que eles fossem definidores de Burnout, no entanto, estes autores definem Burnout como sendo insistente, negativo, e um estado apegado ao trabalho em indivíduos normais que inicialmente é caracterizado por exaustão, o qual é acompanhado de distresse, sentimento de reduzida eficácia, acompanhado também por diminuição da motivação e desenvolvimento de disfuncionais posturas e comportamentos no trabalho.

## **1.8 Modelos explicativos de Burnout**

### **Teorias explicativas do constructo, modelos de Burnout**

Conforme a evolução da investigação, surgem modelos na procura de unidade, consistência do conceito e explicação do síndrome. Assim, podemos identificar como mais significativos os seguintes modelos:

Modelo bi-dimenssional do Burnout (Schaufeli e Van Dierendoflck, 1993)

Modelo de Gil-Monte, Peiró e VaIcárcel (1998).

Modelo de Golembiewski (1986; Golembiewski e Munzenrider, 1988)

Modelo de sistema interactivo de Burnout (Marques Teixeira, 2002)

Modelo do processo de Burnout de Cherniss (1980)

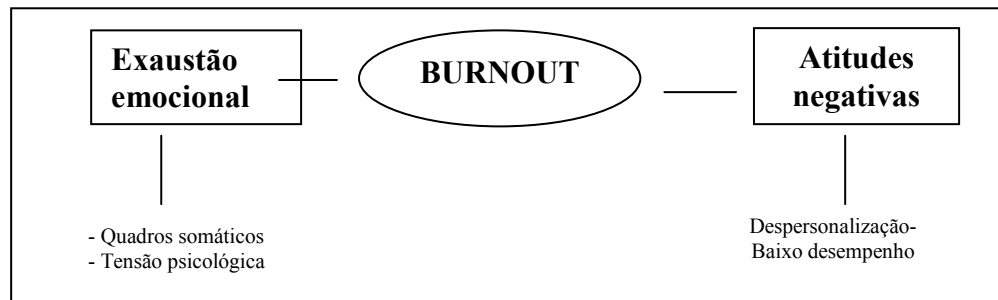
Modelo existencial de Pines (1993)

Modelo explicativo de Exaustão no trabalho (Wisniewski e Gargiulo, 1997)

Modelo progressivo de Edelwich e Brodsky (1980)

### **Modelo bi-diemnsional do Burnout (Schaufeli e Van Dierendoflck, 1993)**

Este modelo conceptualiza um constructo bi-dimensional com dois pólos. Um deles é a Exaustão Emocional e outro refere-se às atitudes negativas. A Exaustão Emocional relaciona se com as queixas somáticas e tensão psicológica, por outro lado as atitudes negativas são condicionadas pelo sentimento de Despersonalização e diminuição de desempenho pessoal (Pinto, 2008).



**Figura 1: Modelo bi-dimensional do Burnout (Schaufeli e Van Dierendoflck, 1993)**

Fonte: Marques-Teixeira, 2002.

### **Modelo de Gil-Monte, Peiró e Valcárcel (1998)**

O Burnout é conceptualizado como uma resposta ao stresse no trabalho, que ocorre após as estratégias de coping não conseguirem nenhum efeito. Este modelo considera que o Burnout progride de uma falta de realização pessoal até à Exaustão Emocional, da falta de realização pessoal até à Despersonalização e da Exaustão Emocional à Despersonalização. A falta de Realização Pessoal é vista como uma tensão, a Despersonalização aparece como uma estratégia de coping, quando o indivíduo não consegue lidar com os seus problemas no trabalho, originando sentimentos de baixa realização pessoal (Pinto, 2008).

### **Modelo de Golembiewski (1986); Golembiewski e Munzenrider (1988)**

O modelo foi desenvolvido através de resultados da MBI (Maslach Burnout Inventory). Este modelo é constituído por oito fases evolutivas onde os indivíduos são classificados com valores altos ou baixos nas três subescalas (Pinto, 2008).

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

---

Nota: B = Baixo A = Alto

**Figura 2: Fases de Burnout (Modelo de Golembiewski)**

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

Neste modelo, a primeira etapa é caracterizada pelo aumento da Despersonalização, a de menor virulência. Estes níveis altos de Despersonalização podem ter efeitos negativos na realização pessoal e o incremento dos sintomas anteriores pode desencadear níveis altos de esgotamento emocional (García, 1990).

A validade externa do modelo é confirmada em mais de doze amostras diferentes e as variáveis chave em estudo confirmam a robustez do modelo (García, 1990). No entanto, e segundo o mesmo autor, o modelo não é isento de críticas, sendo as mais consistentes as provenientes de Leiter, essencialmente contestando a linearidade do modelo, a dicotomização de escalas contínuas e de fases, o que reduz o número de relações possíveis entre Burnout e outras variáveis e levaria à perda de muita informação (García, 1990, p.16; Pereira, 1992, p. 24).

O próprio Golembiewski apontou algumas limitações ao modelo, a saber, segundo García (1990):

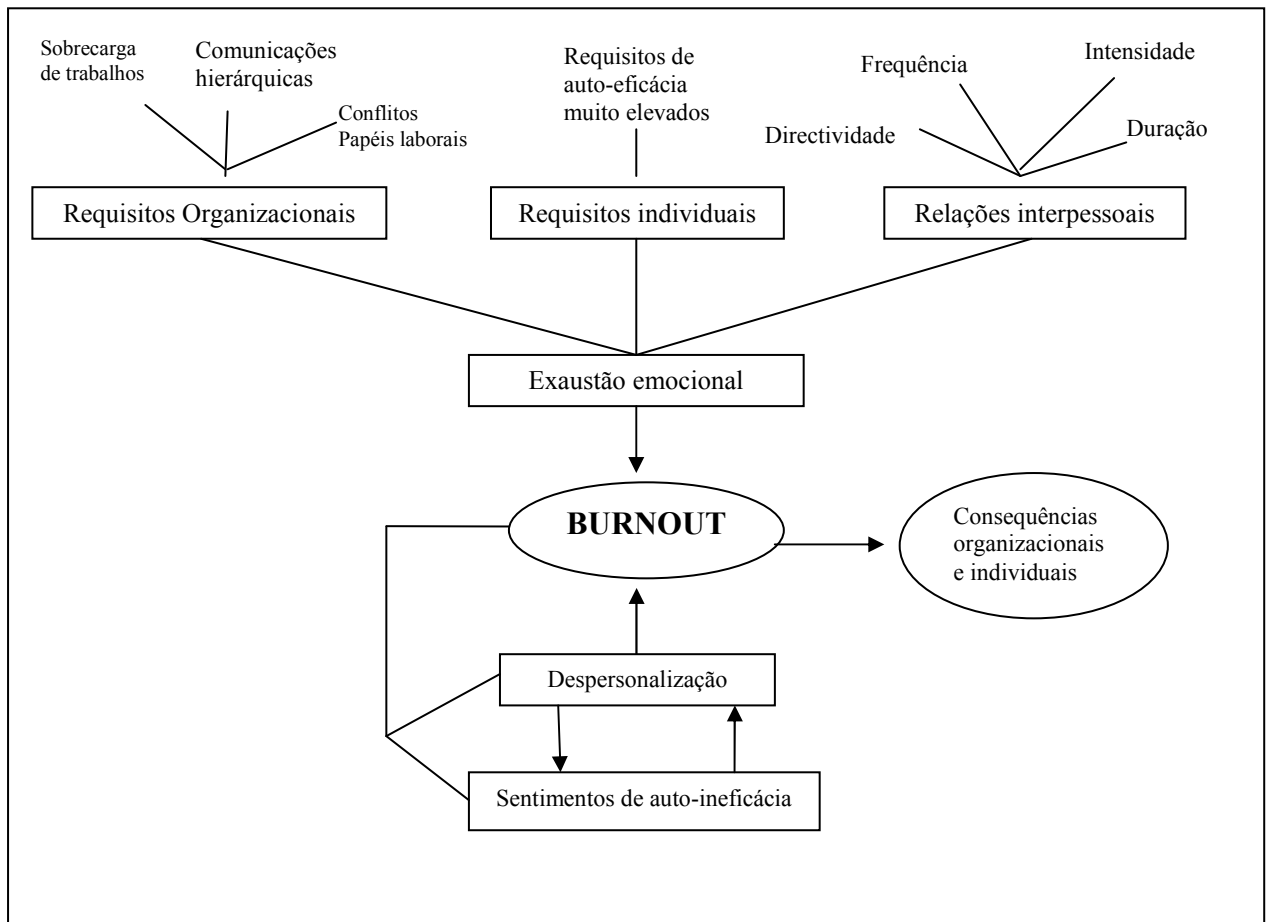
- 1- O modelo proposto indica unicamente que as fases são progressivas quanto aos níveis, mas um indivíduo pode não passar através de todas elas;
- 2- O modelo engloba duas formas de apresentação do Burnout: o primeiro é o ataque crónico, com uma progressão desde a primeira à oitava fase e o segundo o ataque

agudo, com vários saltos do indivíduo, pelas fases, por exemplo da fase 1 à 5 e desta à 8;

3- Por último, o modelo não explica como o indivíduo recupera desde a oitava fase.

### Modelo de sistema interactivo de Burnout (Marques-Teixeira, 2002)

Estes autores propõem um modelo de Burnout no qual a Exaustão Emocional é estabelecida pelas características organizacionais, pela sobrecarga de trabalho, pelos conflitos de papéis e pelas relações interpessoais. O profissional, quando se sente emocionalmente exausto, usa a Despersonalização dos clientes como uma estratégia de coping. Este mecanismo, quando se revela inadequado ou insuficiente para a resolução do problema, faz com que surtem sentimentos de auto-ineficácia. Neste quadro, a Despersonalização, ao aparecer como estratégia de coping (defensiva), assume-se como uma espécie de expediente alternativo para lidar com a Exaustão Emocional quando outros recursos não estão disponíveis (Marques- Teixeira, 2002).



**Figura 3: Sistema interactivo de Burnout**

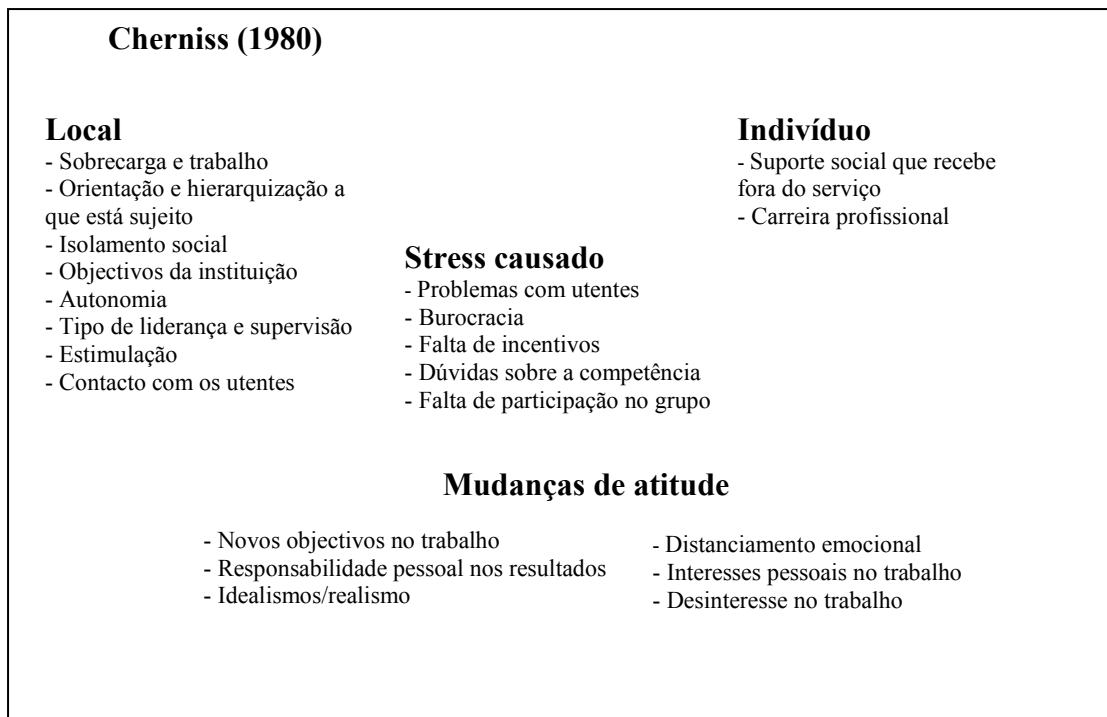
Fonte: Marques-Teixeira, 2002

## Modelo do processo de Burnout de Cherniss (1980)

O Modelo do Processo de Burnout de Cherniss (1980), considera o Burnout como um processo, caracterizado por diferentes estados que ocorrem num determinado período de tempo e representa uma forma de adaptação ou coping às causas de stress (Cherniss *cit. in* Pinto 2008).

Este modelo afirma que as características particulares do contexto de trabalho interagem com os indivíduos, assim como as suas expectativas e exigências quando estes se iniciam no mundo laboral.

São esses factores que resultam em focos de stresse. “*Os indivíduos lidam com o stresse de várias formas; alguns empregam técnicas estratégias que podem terminar com o problema activo enquanto outros lidam exibindo as mudanças negativas de atitude*” (Nunes, 1990, p. 27).

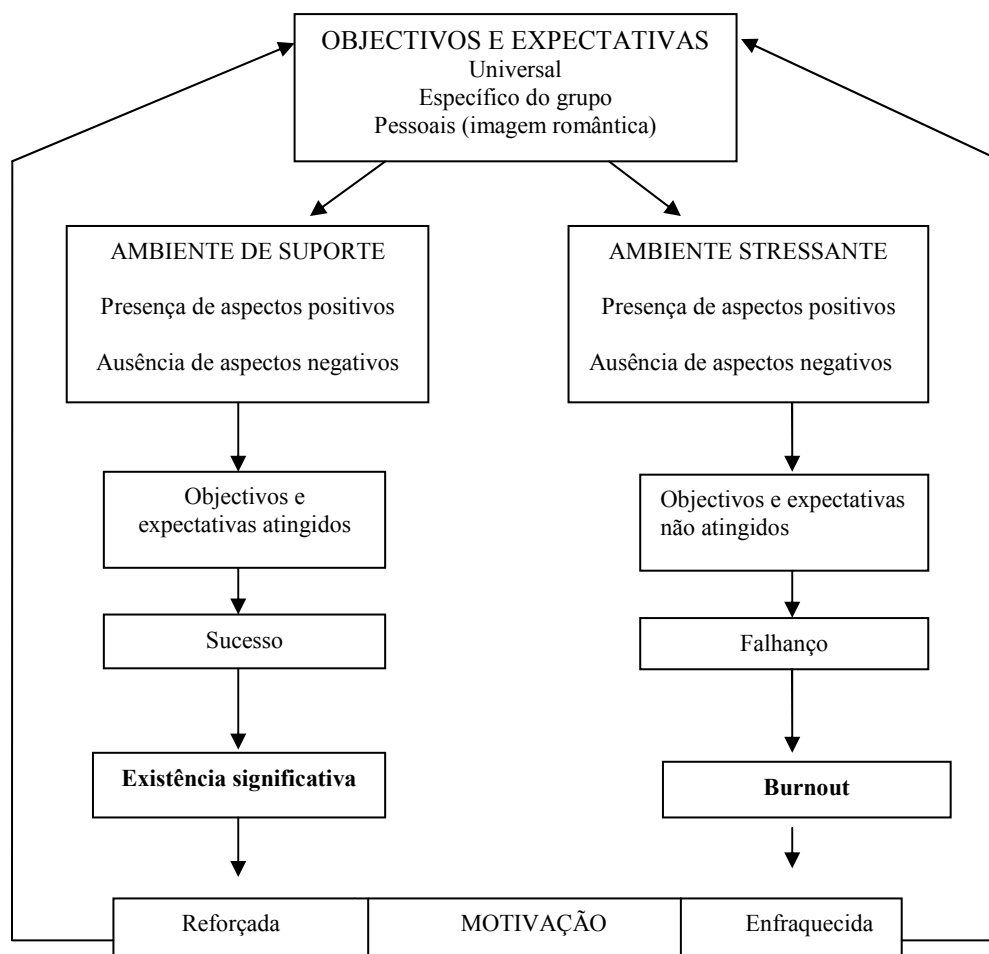


**Figura 4: Modelo do processo de Burnout de Cherniss**

Fonte: (Cherniss, 1980)

## Modelo existencial de Pines (1993)

O modelo do Burnout profissional de Pines (1993), tem como ponto de partida as expectativas, que, na opinião da autora, podem ser de três tipos: o primeiro de carácter universal, o segundo de natureza profissional específica do grupo e o terceiro tipo relaciona-se com as expectativas pessoais com grande idealismo e com base em imagens românticas do trabalho e das funções. Estes três tipos de expectativas combinadas com a motivação para o trabalho, a desenvolver-se em ambientes de suporte, reforçam a motivação e levam ao sucesso e à existência com significado, o que, por sua vez, leva a que a motivação seja reforçada. Pelo contrário, se o caminho é percorrido num ambiente de grande stress, os objectivos e as expectativas não são atingidos, ocorre o falhanço e surge o Burnout, logo a motivação sai enfraquecida (Pines, 1996).



**Figura 5: Modelo de Burnout Profissional (Pines, 1993)**

Fonte: Pines, 1996

## Modelo explicativo da exaustão no trabalho (Wisniewski e Gargiulo, 1997)

O Modelo explicativo da exaustão no trabalho (Wisniewski e Gargiulo, 1997) assenta no pressuposto de que entre os stressores situacionais e o desempenho do profissional, encontra-se uma variável mediadora — a tensão — aqui entendida como a que resulta de períodos prolongados e frequentes de tensão. A complexidade da tarefa está na génese da Exaustão Emocional. Assim, tem relevância nas profissões de ajuda a especificidade das tarefas, para a criação da “fadiga da compaixão”, condição de Exaustão Emocional. Esta é moderada por agentes stressores individuais e institucionais. Na especificidade da tarefa, encontra-se o trabalho significativo no contexto de uma relação de ajuda, a discrepância entre pedidos e os recursos, a problemática da morte e o grande número de insucessos. Nos stressores individuais são identificados as grandes expectativas individuais e institucionais, o envolvimento no trabalho, centros de interesse na vida e a idade. Quanto aos stressores institucionais, identificam-se a sobrecarga quantitativa de trabalho, conflito de papéis e interações interpessoais (Marques-Teixeira, 2002).

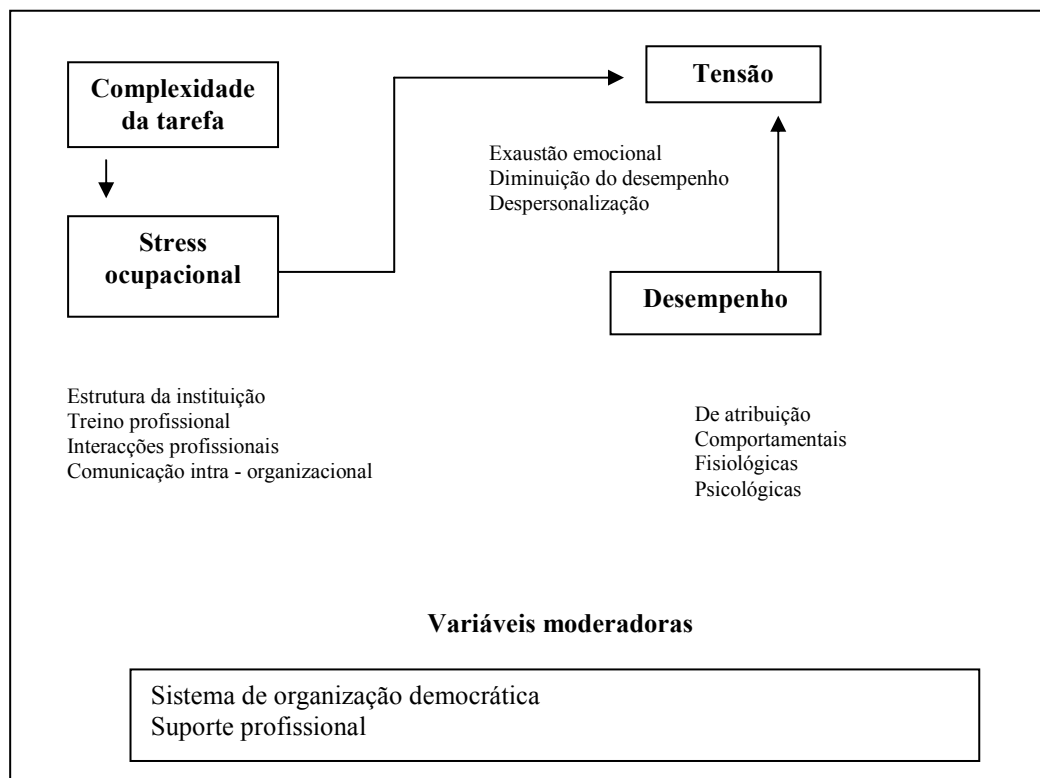


Figura 6: Modelo explicativo da exaustão no trabalho de Wisniewski e Gargiulo (1997)

### **Modelo progressivo de Edelwich e Brodsky, (1980)**

Edelwich e Brodsky (1980), estruturam um modelo que é constituído por quatro etapas diferentes, cuja progressão ao longo das etapas não se conseguiria fazer de forma linear, mas, antes, de uma forma cíclica, podendo repetir-se várias vezes no tempo, para que uma pessoa possa completar o ciclo em diferentes épocas e em diferentes trabalhos.

Essas etapas são as seguintes:

A primeira etapa é de idealismo e de entusiasmo, hiperactividade e sentimentos positivos, expectativas irreais acerca do que pode conseguir.

A segunda etapa é de estagnação (imobilismo), que é caracterizada pela perda do idealismo inicial e do entusiasmo, pode ocorrer fadiga intensa, queixas psicossomáticas e irritabilidade.

A terceira etapa é de frustração e constitui o núcleo central do Burnout, associado a culpabilidade e sentimento de desgaste.

A quarta etapa é de desmoralização, desinteresse e indiferença, acompanhado de sentimentos de vazio total (García, 1990; Gomes, 1995; Correia, 1997).

### **1.9 Escala de avaliação de Burnout - M.B.I.**

#### **MBI - Maslach Burnout Inventory — (Maslach, Jackson 1981)**

O MBI é um instrumento que foi construído por Cristina Maslach e Jackson em 1981, e que até aos nossos dias conheceu várias actualizações em versões diversas. A versão por nós utilizada é constituída por 22 itens que permitem avaliar três dimensões do constructo: a Exaustão Emocional, a Despersonalização e a realização pessoal.

Utilizamos a versão resultante da tradução de Mendes (1995).

O inventário é de auto-preenchimento onde os respondentes podem escolher numa escala de Likert entre sete pontos, cotados de 0 a 6, e que correspondem a uma escala de frequência entre o nunca e todos os dias. Em outras versões, a esta escala de frequência, pode-se juntar uma escala de intensidade com 8 pontos de 0 a 7 que vão desde o “nada” até “grande/muito forte”. A segunda escala de intensidade foi abandonada quando se descobriu que as correlações existentes entre a frequência e a intensidade, que eram grandes, ficaram muito maiores ao trabalhar-se com pontuações de escala ou factor nas duas, optando os autores pela frequência.

Existem ainda versões com uma quarta dimensão opcional, “envolvimento”, para a qual o instrumento contaria com mais três perguntas ficando com um total de 25 itens, e quatro dimensões.

Assim nas três subescalas que avaliam possíveis manifestações de Burnout, a “Exaustão Emocional” contaria com o contributo de 9 itens (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20); a “Despersonalização” com 5 itens para a qual contribuem o 5, 10, 11, 15 e 22; e a “Realização Pessoal” com o contributo dos itens 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21 (total de 8).

Estes três aspectos correspondem a dimensões distintas mas relacionadas de Burnout, sendo que a realização pessoal está inversamente correlacionada com o síndrome. As três dimensões tem pontuações máximas, para a Exaustão Emocional 54 pontos, para a Despersonalização 30 pontos, e para a Realização Pessoal 48 pontos.

O manual de Maslach e Jackson (1997) das edições TEA apresentam os seguintes valores de referência:

Exaustão emocional: Baixo: <19; Médio: 19-26; Alto:> 26

Despersonalização: Baixo: <6; Médio: 6-9; Alto:> 9

Realização pessoal: Baixo:> 39; Médio: 34-39; Alto: <34

## II – FASE METODOLÓGICA

### 2.1 Princípios éticos

Para se realizar uma qualquer investigação em que se envolvem seres humanos, é necessário ter em consideração aspectos éticos e morais relativos aos sujeitos.

Fortin (1999, p. 114.) define ética como sendo “ (...) a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta.” Após a II Guerra Mundial, os aspectos éticos passaram a ter maior relevância, surgindo códigos de ética que proporcionam orientações precisas sobre experiências no ser humano e o respeito pela sua dignidade.

Segundo Fortin (1999), os princípios éticos são:

O direito ao tratamento justo e Equitativo: direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, para a qual é solicitada a participação da pessoa.

O direito à intimidade: faz referência à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação, e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas.

O direito ao anonimato e à Confidencialidade: os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes no estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor do relatório de investigação.

O direito à auto-determinação: baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino.

O direito à protecção contra o desconforto e prejuízo: corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou prejudicarem. Não estarão previstos quaisquer riscos desta ordem no trabalho em causa.

## 2.2 Desenho da investigação

Esta etapa consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho. Este plano, na expressão de Fortin (1999, p. 131) “ (...) constitui a espinha dorsal sobre a qual virão enxertar-se os resultados da investigação”.

Os elementos constituintes de um plano ou desenho de investigação: o tipo de estudo, a população e a amostra, as variáveis, o método e instrumento de colheita de dados com o respectivo pré-teste, os aspectos éticos que orientam o estudo e por último a previsão do tratamento e análise dos dados.

## 2.3 Definição do tema/Delimitação

Para se começar qualquer investigação, o ponto inicial e crucial surge numa qualquer inquietação, que causa mau estar e que, por isso, exige uma explicação para melhor se entender o fenómeno (Fortin, 1999).

*“Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, causadora de um mal-estar, uma irritação, uma inquietação e que por consequência exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado” (Fortin, 1999 p. 48).*

Assim sendo, surge um problema de investigação que é, segundo Adebo (1974, *cit. In* Fortin, 1999, p. 48). “ (...) *uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação (...)*”. Então, o problema para este trabalho de investigação o síndrome de Burnout nos Enfermeiros. A escolha deste tema prende-se, sobretudo, com a motivação pessoal por ser uma área com a qual há contacto directo nos estágios e também por ser a doença do século. Cada vez mais profissionais de saúde se vêm confrontados com esta doença. É ainda importante salientar que o problema de investigação foi formulado após pesquisa e informação sobre o tema a desenvolver pois, como refere Fortin (1999, p. 39.)

*“ (...) a formulação de um problema de investigação consiste em desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de factos relativos ao estudo que se deseja empreender.”*

## **2.4 Questões de investigação**

As questões de investigação são definidas por Fortin (1999, p. 51.) como sendo *“ (...) uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações.”*

Assim, foi produzida a seguinte questão à qual tentaremos responder posteriormente:

Quais os níveis de Burnout nas suas várias dimensões, nos enfermeiros do serviço de urgência de um Centro Hospitalar da Região Norte.

## **2.5 Objectivos da Investigação**

Os objectivos de estudo indicam o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa de orientação de investigação segundo nível de conhecimento estabelecido no domínio da questão (Fortin, 1999 p. 100). O objectivo pretendido nesta investigação é: Identificar os níveis de Burnout nas suas várias dimensões, nos enfermeiros do serviço de urgência de um Centro Hospitalar da Região Norte.

## **2.6 Tipo de estudo**

Para dar resposta aos objectivos do nosso estudo, optámos por realizar um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa.

A abordagem quantitativa porque se pretende a quantificação das variáveis independentes, é baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos que existem independentemente do investigador, tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação de conhecimentos (Fortin, 1999).

A abordagem ao estudo descritivo segundo Fortin (1999), consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da população ou de uma amostra.

## **2.7 População**

Para o processo de investigação se desenvolver é necessário procedermos à delimitação do universo no qual se irá desenrolar a acção.

Fortin (1999, p. 202) define população como “ (...) *uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios.*” Relativamente à população alvo, a mesma autora define-a como sendo uma constituição de “ (...) *elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.*”

A população do estudo é constituída pelos enfermeiros (113 enfermeiros), do serviço de urgência de um Centro Hospitalar da Região Norte, no período de 2008/2009.

## **2.8 Amostra**

Após a selecção da população alvo e da população acessível, é necessário definir a amostra que, para Fortin (1999, p. 202.) É:

*“ (...) um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população (...) uma réplica em miniatura da população alvo (...). Deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada.”*

Neste contexto, a amostra deste estudo é constituída por 30% dos enfermeiros (34 enfermeiros) do serviço de urgência de um Centro Hospitalar da Região Norte, no período de 2008/2009.

## **2.9 Processo de amostragem**

A amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, e de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada (Fortin, 1999).

Neste estudo optou-se por uma amostragem não probabilística acidental, (...)

*“é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra (...); amostra acidental é formada por sujeitos que são facilmente asseríveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso, como, por exemplo. As pessoas hospitalizadas. Os sujeitos são incluídos no estudo a medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado” (Fortin, 1999, p. 208).*

## **2.10 Definição das variáveis**

As variáveis podem ser consideradas como uma classificação ou medida, uma quantidade que varia, um conceito operacional que contém ou apresenta valores, discernível num objecto de estudo e passível de mensuração (Fortin, 1999).

### **Variável de estudo:**

Os níveis de Burnout nas suas várias dimensões, nos enfermeiros do serviço de urgência de um Centro Hospitalar da Região Norte. Este nível será avaliado segundo a escala de Maslach Burnout Inventory (MBI).

### **Variáveis atributo:**

Idade, Género, estado civil, número de filhos, habilitações literárias, tempo de exercício profissional, tipo de horário.

## 2.11 Instrumento de recolha de dados

Neste estudo, como instrumento de colheita de dados, foi escolhido um questionário, o qual está estruturado em questões abertas e fechadas, divididas em duas partes. Este tipo de instrumento permite ser utilizado em várias pessoas, podendo estas sentir-se mais seguras relativamente à questão do anonimato, podendo exprimir mais livremente as suas opiniões pessoais (Fortin, 1999). Este método de colheita de dados é particularmente adequado pois, segundo Fortin (1999, p. 249) *“ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.”*

Os questionários devem ser elaborados de forma compreensível para todos os sujeitos, independentemente da capacidade de leitura de cada um; as palavras de duplo sentido devem ser evitadas, bem como expressões negativas ou tendenciosas, o que pode levar os inquiridos a não responderem aos questionários (Fortin, 1999). Relativamente ao número de folhas que um questionário deve apresentar, este deve ser o mínimo indispensável para evitar, em primeiro lugar gastos desnecessários e também para evitar a desmotivação por parte dos inquiridos.

O instrumento de colheita de dados é composto por duas partes:

Primeira parte consta um conjunto de 7 questões que visam a caracterização sócio-demográfica e profissional dos enfermeiros.

A 2ª parte versa uma escala adaptada da avaliação do Burnout – Maslach Burnout Inventory (MBI). O MBI é um instrumento que foi construído por Cristina Maslach e Jackson em 1981, e que até aos nossos dias conheceu várias actualizações em versões diversas. A versão por nós utilizada é constituída por 22 itens que permitem avaliar três dimensões do constructo: a Exaustão Emocional, a Despersonalização e a Realização Pessoal. Utilizamos a versão resultante da tradução de Mendes (1995).

### **2.11.1 Pré-teste**

O pré-teste, segundo Fortin (1999, p. 253.) “ (...) *tem por objecto principal avaliar a eficácia e a pertinência do questionário (...)*”, sendo passível de ser corrigido ou modificado se necessário. Assim, a realização do pré-teste teve como objectivos:

Averiguar se as respostas colhidas correspondiam às informações procuradas;

Apurar se os inquiridos não encaravam o questionário como sendo complicado, longo e maçador.

Após a elaboração do instrumento de recolha de dados e antes de procedemos à sua distribuição e aplicação na minha amostra, efectuamos o pré-teste, tendo sido aplicado o questionário a um conjunto de 10 enfermeiros do serviço de urgência de uma instituição hospitalar do Norte no ano lectivo de 2008/2009. Estes enfermeiros não fizeram parte da amostra do estudo. O questionário não necessitou de rectificações.

### **2.12 Previsão de Tratamento de Dados**

Segundo Fortin, a fase de tratamento de dados (1999, p. 306) é:

*“uma fase do processo indutivo de investigação (...) não é separada das outras fases de investigação (...) permite guiar o investigador (...) e dá-lhes pistas sobre o que resta descobrir sobre o fenómeno em estudo. ”*

Por ser um estudo de abordagem quantitativa, o tratamento de dados será feito recorrendo à criação duma base de dados utilizando para isso um programa informático o: SPSS (Statistical Package for the Social Science) versão 17.0 para o ambiente Windows e Microsoft Excel versão 2007. A apresentação dos resultados será feita através da narração de quadros e gráficos. O objectivo final, sendo um estudo descritivo, será um retrato global da amostra.

A utilização de tabelas permite colocar em evidência as várias espécies de comparações e de relações entre os dados. Os gráficos fornecem uma imagem global do conjunto dos resultados encontrados (Fortin, 1999).

### 2.13 Previsão de Recursos Materiais

**Tabela nº 4 - Previsão de Recursos Materiais**

Material	Custos
Fotocópias	70 €
Deslocações	120 €
Material de escritório	70 €
Material bibliográfico	100 €
<b>TOTAL</b>	<b>330 €</b>

### 2.14 Previsão de Recursos Materiais

**Tabela nº 5 - Previsão de Recursos Humanos**

Docentes	2
Orientador	1
Enfermeiros	34

## II. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após o tratamento de informação obtida, esta fase de trabalho visa a apresentação dos resultados obtidos.

Segundo Fortin (1999, p. 329): “ *apresentar os resultados consiste em acompanhar o texto narrativo de quadros e figuras que ilustram os resultados obtidos com as diferentes análises utilizadas*”.

Os dados recolhidos foram estudados estatisticamente de forma informática, e serão expostos em tabelas ou gráficos e a sua análise será feita em simultâneo. Tendo em conta a forma como o presente capítulo vai ser abordado, achou-se mais consentâneo e de mais fácil leitura a abreviação de algumas medidas: M=Média; DP= Desvio Padrão; Mi=Mínimo; Ma=Máximo; n=frequência de indivíduos.

### 3.1 Caracterização da Amostra

A amostra do presente estudo é constituída por n=34 enfermeiros. A média de idades é de 34 anos, sendo que o mais novo tem 21 e o mais velho 59. Existe, assim, um desvio padrão de 9,48. Relativamente ao sexo (tabela 6), 12 são do sexo masculino e 22 do sexo feminino, o que representa em termos percentuais, respectivamente, 35,3% e 64,7%.

**Tabela nº 6: Distribuição dos indivíduos segundo o sexo**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Masculino</b>	12	35,3
<b>Feminino</b>	22	64,7
<b>Total</b>	34	100,0

No que se refere ao estado civil (tabela 7), a maioria é casado (52,9%). Porém, uma percentagem ainda significativa é solteira (41,2%).

**Tabela nº 7: Distribuição dos indivíduos segundo estado civil**

<b>Estado civil</b>	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Solteiro(a)</b>	14	41,2
<b>Casado(a)</b>	18	52,9
<b>Divorciado(a)</b>	2	5,9
<b>Total</b>	34	100,0

Em relação ao número de filhos, a média é de 1,85. Existem 13 enfermeiros (38,2%) que não possuem filhos, ao passo que restantes têm entre 1 e 4 filhos.

**Tabela nº 8: Distribuição dos indivíduos segundo número de filhos**

<b>N.º filhos</b>	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>0</b>	13	39,4
<b>1</b>	7	21,2
<b>2</b>	10	30,3
<b>3</b>	2	6,1
<b>4</b>	1	3,0
<b>Total</b>	33	100,0

No que diz respeito às habilitações literárias dos profissionais analisados, como é possível verificar na tabela 9, a maioria tem uma licenciatura (82,4%). Existe, ainda, cerca de 18% de enfermeiros que possui uma pós-graduação e/ou especialização.

**Tabela nº 9: Distribuição dos indivíduos segundo habilitações literárias**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Licenciatura</b>	28	82,4
<b>Pós-graduação ou especialização</b>	6	17,6
<b>Total</b>	34	100,0

Em relação ao tempo de exercício profissional (tabela 10) a média em anos é de 10,9, com uma mediana de 8, uma moda de 3, e um desvio padrão de 8,604. Relativamente aos mínimos e máximos, existe um caso de 0,16 (...) anos (que equivale a 2 meses de serviço) e um caso de 34 anos.

**Tabela nº 10: Distribuição dos indivíduos segundo tempo de exercício profissional**

<b>n</b>	<b>33</b>
<b>Média</b>	10,9
<b>Mediana</b>	8,0
<b>Moda</b>	3
<b>Desvio padrão</b>	8,6
<b>Mínimo</b>	0,2
<b>Máximo</b>	34

**Tabela nº 11: Distribuição dos enfermeiros segundo tipo de horário**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Turno</b>	34	100
<b>A tempo inteiro</b>	0	0

Por fim, e de acordo com o obtido, a totalidade – no que se refere ao tipo de horário - trabalha por turnos.

### 3.2 Índices de Burnout nos enfermeiros estudados

Como já foi relatado no capítulo anterior, esta escala (MBI) de 22 itens está dividida em subescalas, contudo camufladas, dado que as questões se apresentam mescladas, onde será possível avaliar cada uma dessas fracções.

Para melhor análise e compreensão, as seguintes tabelas já contemplarão as questões de forma separada relativamente a cada item, relativamente á subescala Exaustão Emocional.

**Tabela nº 12- Distribuição dos enfermeiros na subescala Exaustão Emocional**

	Item	n	M	DP	Mi	Ma
1	Sinto-me emocionalmente vazio(a) devido ao meu trabalho	34	1,65	1,252	0	4
2	Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho	34	2,88	1,297	1	5
3	Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho	33	3,12	1,556	1	5
6	Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço	33	3,64	1,782	0	6
8	Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho	34	1,88	1,320	0	5
13	Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho	33	1,85	1,564	0	5
14	Sinto que o meu trabalho é demasiado pesado	34	2,29	1,586	0	5
16	Trabalhar em contacto directo com o publico stressa-me demasiado	34	2,74	1,711	0	6
20	Sinto que esgotei todos os recursos	32	1,38	1,289	0	5

Relativamente à dimensão Exaustão Emocional, no item 1: “Sinto-me emocionalmente vazio(a) devido ao meu trabalho”, a média das respostas obtidas é de 1,65; e o desvio padrão DP=1,252. Os enfermeiros, assinalaram respostas mais perto de: “todos os meses”.

No item 2: “Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho”, a média adquire um ponto bastante intermédio (M=2,88; DP=1,297) evidenciando que algumas vezes por mês os profissionais de saúde sentem-se no limite das suas forças no final de um dia de trabalho.

No item 3 respeitante: “Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho”; mais uma vez, a média está próxima de um valor intermédio, (M=3,12; DP=1,556).

No item numero 6: “Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço”, obteve-se uma média de 3,64, em que os enfermeiros se situam próximos do valor 4, referindo esse sentimento cerca de “todas as semanas”.

No item oito: “Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho”. A média é claramente baixa com um valor de 1,88 (DP=1,320). Destaca-se neste item a referencia ao valor máximo “todos os meses”, o que significa que esporadicamente os enfermeiros sentem este tipo de sintoma.

No item 13: “Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho”, encontramos valores baixos com a media de 1,85.

No que diz respeito ao item 14 “Sinto que o meu trabalho é demasiado pesado”, obteve se uma média de 2,29 (“todos os meses”).

No item número 16: “Trabalhar em contacto directo com o publico stressa-me demasiado”, é possível verificar, a média de valores está bastante próxima do nível 3 (“algumas vezes por mês”) (M=2,74). Relativamente aos mínimos e máximos, mais uma vez existem referências de enfermeiros que seleccionaram 0 e 6.

Por fim, no último item 20: “Sinto que esgotei todos os recursos” os valores médios situam-se em “algumas vezes por ano” (M=1,38). O valor máximo referenciado pelos enfermeiros é o ponto número 5: “algumas vezes por semana”.

Foi efectuado um somatório e subsequente média aos 9 itens da escala de todos os respondentes para que se possa concluir qual o nível atingido relativamente à dimensão Exaustão Emocional. Como já explicado anteriormente, para este nível de Exaustão Emocional, caso a soma dos itens se situe abaixo de 19, esse grau é baixo; entre 19 e 26 é médio; e acima de 26 é considerado elevado. Efectuando o somatório da média dos 9 itens da Exaustão Emocional dos 34 enfermeiros, o grau adquirido é de 21.43. Isto define que, relativamente à amostra analisada, os enfermeiros apresentam níveis médios de Exaustão Emocional.

De seguida apresenta-se os resultados referentes à dimensão Despersonalização. Esta subescala é composta por 5 itens.

**Tabela nº 13 - Distribuição dos enfermeiros na subescala Despersonalização**

	Item	n	M	DP	Mi	Ma
5	Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objectos	34	1,53	1,581	0	5
10	Tornei-me mais insensível às pessoas desde que tenho este trabalho	34	1,79	1,493	0	5
11	Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro(a)	34	2,21	1,666	0	5
15	Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes	34	1,82	1,898	0	5
22	Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas	33	1,91	1,809	0	6

Em concordância com aquilo que se obteve (tabela 13), o primeiro item deste grupo “Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal”, de acordo com a média (M=1,53) o valor adquirido situa-se entre “algumas vezes por ano e o todos os meses”. O valor máximo referenciado neste item é o 5 “algumas vezes por semana”.

Já no que se refere ao item 10 “Tornei-me mais insensível às pessoas desde que tenho este trabalho, os resultados são bastante idênticos à questão anterior. A média está, uma vez mais, situada entre o 1 e o 2 (M=1,79).

Em relação ao item 11 “Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro (a)”, os resultados evidenciam que o valor médio aumenta um pouco (M=2,21) podendo, em algumas situações, ser considerado “algumas vezes por mês”. O mínimo e máximo são, respectivamente, 1 e 5.

No item número 15: “Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes”, o obtido demonstra que a média é baixa (M=1,82), próxima de “todos os meses”. O máximo referenciado pelos enfermeiros neste item corresponde ao valor 5 “algumas vezes por semana”.

Por fim, no último item número 22: “Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas” a média é de 1,91, próxima de “todos os meses”. Contudo, nesta questão, os mínimos e máximos são extremos, visto que os enfermeiros assinalaram valores 0 e 6 respectivamente.

Deste modo, para este item, caso os valores se situem abaixo de 6 ter-se-á grau baixo; entre 6 e 9 um grau médio; e, por fim, acima de 9 considerar-se-á grau elevado. Efectuando o somatório da média dos 5 itens da Despersonalização dos 34 enfermeiros, o grau adquirido é de 9,26. Isto define que, relativamente à amostra analisada, esta apresenta um nível alto de Despersonalização.

**Tabela nº 14 - Distribuição dos enfermeiros na subescala Realização Pessoal**

	Item	n	M	DP	Mi	Ma
4	Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem	34	3,44	1,655	1	6
7	Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes	34	4,29	1,697	1	6
9	Tenho a sensação de, através do meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas	34	3,68	1,788	1	6
12	Sinto-me cheio(a) de energia	33	3,64	1,410	1	6
17	Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes	33	3,70	1,630	1	6
18	Sinto-me rejuvenescido(a) quando consigo estabelecer uma relação próxima com os doentes no meu trabalho	34	3,97	1,425	1	6
19	Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho	33	4,30	1,262	2	6
21	No meu trabalho, resolvo problemas emocionais com muita calma	33	3,27	1,701	1	6

De acordo com os resultados respeitantes aos itens da realização pessoal (tabela 14), pode verificar-se que o valor médio ( $M=3,44$ ), para o item 4 “Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem” é de 3,44. O valor baliza-se entre o “algumas vezes por mês e o todas as semanas”. Em termos de mínimos e máximos, apenas de referir que o valor adquirido mais baixo situa-se no 1 (algumas vezes por ano).

Em relação ao item número 7: “Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes”, os valores estão consignados entre: “todas as semanas e o algumas vezes por semana” e uma média assinalada em 4,29.

Contudo, no item 9 “Tenho a sensação de, através do meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas”, os valores baixam um pouco. A média indica um valor intermédio (M=3,68) entre o “algumas vezes por mês e todas as semanas”. Os mínimos e máximos indicam, respectivamente, os valores 1 e 6.

Relativamente ao item 12 “Sinto-me cheio(a) de energia”, os resultados indicam um valor médio (M=3,64), mas com tendência para “todas as semanas”. Há, no entanto, um valor máximo de 6 “todos os dias”.

No que diz respeito ao item 17 “Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes criar um ambiente descontraído com os doentes”, os resultados apontam para valores próximos de “todas as semanas” (M=3,70).

No item 18: “Sinto-me rejuvenescido(a) quando consigo estabelecer uma relação próxima com os doentes no meu trabalho” os resultados demonstram valores médios de (M=3,97) “todas as semanas”.

Também no item 19: “Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho” a média tende a subir (M=4,30) apontando referências entre “todas as semanas e algumas vezes por semana”. O valor máximo neste item é o 6 “todos os dias”.

Por fim, no item 21: “No meu trabalho, resolvo problemas emocionais com muita calma” a média situa-se em valores intermédios (M=3,27) “algumas vezes por mês”.

Deste modo, para esta dimensão, caso os valores se situem acima de 39 ter-se-á um grau baixo; entre 34 e 39 um grau médio; e, por fim, abaixo de 34 considerar-se-á grau alto. Efectuando o somatório da média dos 8 itens da Realização Pessoal dos 34 enfermeiros, o grau adquirido é de 30,29. Deste modo, os enfermeiros apresentam níveis altos na dimensão Realização Pessoal.

### **Níveis de Exaustão Emocional**

Segundo a escala adoptada, considerando os níveis de Burnout de baixo; médio e alto das variáveis em relação ao nível do síndrome de Burnout, para a dimensão Exaustão Emocional podemos verificar que 29,4% dos enfermeiros são classificados com baixos níveis de Exaustão Emocional; 50% dos enfermeiros são classificados com níveis médios de Exaustão Emocional e por 20,6% dos enfermeiros são classificados com níveis altos de Exaustão Emocional.

**Tabela nº 15 - Distribuição dos enfermeiros segundo o nível de Exaustão Emocional**

<b>Exaustão emocional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Baixo &lt;19</b>	10	29,4%
<b>Médio 19-26</b>	17	50,0%
<b>Alto &gt; 26</b>	7	20,6%
<b>Total</b>	34	100%

### **Níveis de Despersonalização**

Na dimensão Despersonalização constatamos que 32,4% dos enfermeiros são classificados com níveis baixos de Despersonalização; 20,6% dos enfermeiros são classificados com níveis médios de Despersonalização e por fim 47% dos enfermeiros apresentam níveis altos de Despersonalização.

**Tabela nº 16 - Distribuição dos enfermeiros segundo o nível Despersonalização**

<b>Despersonalização</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Baixo &lt;6</b>	11	32,4%
<b>Médio 6-9</b>	7	20,6%
<b>Alto &gt; 9</b>	16	47%
<b>Total</b>	34	100%

#### **Níveis de Realização Pessoal**

No que diz respeito á dimensão Realização Pessoal verificamos que 67,6% dos enfermeiros são classificados com níveis altos de Realização Pessoal; 14,7% dos enfermeiros são classificados com níveis médios de Realização pessoal e 17,7% dos enfermeiros são classificados com níveis baixos de Realização Pessoal.

**Tabela nº 17 - Distribuição dos enfermeiros segundo o nível de Realização Pessoal**

<b>Realização Pessoal</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Baixo &gt; 39</b>	6	17,7%
<b>Médio 34-39</b>	5	14,7%
<b>Alto &lt;34</b>	23	67,6%
<b>Total</b>	34	100%

#### **IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Relativamente á caracterização da amostra, verificou-se que 35,3% dos inquiridos são do sexo masculino e 64,7% são do sexo feminino, tal como referem os autores, Rios – Castilho et al. (2007), a enfermagem é uma profissão tradicionalmente feminina.

No que diz respeito ao estado civil podemos verificar que 41,2% dos inquiridos são solteiros (as); 52,8% são casados (as), 5,9% são divorciados (as).

Verificamos que quantas às habilitações literárias 82,4% dos inquiridos possuem apenas a licenciatura em enfermagem, 17,6% possui uma pós-graduação ou especialização.

No que concerne ao tempo de exercício profissional verificou se que os inquiridos trabalham na maioria entre 3 e 4 anos.

Em relação á dimensão Exaustão Emocional, podemos verificar que cerca de metade da amostra (50%) se situa em níveis médios de Exaustão Emocional. Os resultados obtidos, vão de encontro, ao estudo efectuado á Cruz Vermelha e Branca do Brabante Valao aos enfermeiros, em que Exaustão Emocional foi avaliada segundo a escala de Maslach (MBI), e os resultados obtidos neste estudo foram que 41%, a maioria dos enfermeiros dos inquiridos apresentavam níveis médios de Esgotamento emocional (Exaustão Emocional) (Delbrouck, 2006).

Em relação á dimensão Despersonalização, consiste numa atitude fria, excessivamente distante para com o trabalho e para com os clientes (Maslach e Jackson, 1981). Os indivíduos minimizam o seu envolvimento na profissão e abandonam os seus ideais (Maslach e Leiter, 1997). Mediante análise dos resultados podemos verificar que a maioria dos enfermeiros inquiridos (47%) apresentam níveis altos de Despersonalização, o que vai de encontro ao estudo realizado por Rios-Castilho et al. (2007), que refere que no estudo de 70 enfermeiros mexicanos, os enfermeiros de urgência apresentam altos níveis de Despersonalização.

Na dimensão Realização Pessoal que segundo Maslach e Jackson (1981), quando um indivíduo apresenta baixos níveis de Realização Pessoal este, reflecte um sentimento de incompetência, inadequação pessoal e profissional, que surge ao verificar que as necessidades excedem as capacidades. Segundo Delbrouch (2006), estes indivíduos apresentam também auto-desvalorização, culpabilidade e desmotivação. Após análise dos resultados podemos verificar que a distribuição dos enfermeiros estudados, nesta dimensão situa-se em níveis altos de Realização Pessoal, o que não vai de encontro referido pelos autores anteriormente referidos, na medida em que os enfermeiros inquiridos, possuem níveis altos de Realização Pessoal, o que significa que os enfermeiros da amostra estudada não apresentam sentimentos de impotência, inadequação pessoal e profissional, e também de auto-desvalorização, culpabilidade e desmotivação.

Em resposta á questão de investigação: qual o nível de Burnout nas suas várias dimensões, nos enfermeiros do serviço de urgência do um Centro Hospitalar da Região Norte, sabendo que o síndrome de Burnout é um conceito tridimensional constituído pelas dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal (Maslach e Jackson, 1986), classificadas pelos diferentes níveis, baixo, médio e alto, concluímos que em relação á dimensão, Exaustão Emocional, relativamente à nossa amostra, 50% dos enfermeiros apresentam níveis médios de Exaustão Emocional; 20,6% dos enfermeiros têm altos níveis de Exaustão Emocional e 29,4% dos Enfermeiros são têm níveis baixos de Exaustão Emocional.

Em relação a dimensão Despersonalização, a nossa amostra, expressa um nível médio de Despersonalização (26,6%); 47%; dos enfermeiros têm níveis altos de Despersonalização e 32,4% dos enfermeiros são classificados com níveis baixos de Despersonalização.

No que diz respeito á Realização Pessoal, 67,6% dos enfermeiros apresentam níveis altos de Realização Pessoal; 14,7% dos enfermeiros apresentam níveis médios de Realização Pessoal e 17,7% dos enfermeiros apresentam níveis baixos. Deste modo, o nível de Realização pessoal é alto na nossa amostra.

## V. CONCLUSÃO

No campo estritamente didáctico, este trabalho de investigação teve um grande contributo a nível da formação profissional. Apesar de ter sido um trabalho longo e árduo, e de pesquisa intensa, associado à vontade de se querer saber mais.

Este trabalho permitiu-nos abordar uma problemática sentida pelos enfermeiros. Segundo a bibliográfica consultada, o Síndrome de Burnout é um processo resultante da exposição prolongada ao stress ocupacional crónico. Este síndrome é característico dos profissionais que cuidam das pessoas. Desta forma, os enfermeiros são um grupo de risco, pelo seu contacto directo com as pessoas com variadas patologias, sofrimentos, medos e que necessitam de ajuda.

Como objectivo proposto para este estudo identificar os níveis de Burnout nas suas várias dimensões, dos enfermeiros do serviço de urgência de um Centro Hospitalar da Região Norte, no período 2008/2009, podemos concluir que os enfermeiros inquiridos apresentam níveis médios de Exaustão Emocional, níveis altos de Despersonalização e altos níveis de Realização Pessoal.

As várias dificuldades que surgiram durante a realização deste estudo têm a ver com a inexperiência na área de investigação.

Esperamos que a realização deste trabalho seja um contributo para a melhoria da qualidade de vida dos enfermeiros e, indirectamente relacionado, uma melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes.

Convicto da importância da investigação em Enfermagem este trabalho de investigação foi executado com empenho e entusiasmo e esperando servir como ponto de partida para outros e como fonte de motivação para que novos trabalhos sejam produzidos.

## VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (1998). *Identities, formation and work: from formality to configuration of the identity of nurses: a multi-case study*. Tese de doutoramento em Ciências da Educação. Lisboa: F.P.C.E.U.L

Aiken, L.H. et al. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse Burnout, and job dissatisfaction. *The journal of the American Medical Association*, 16 (288), pp. 1987-1993.

Alvarez, C. et al. (1993): Revision teórica del Burnout o desgaste profesional en trabajadores de la docencia. Caesura. *Revista critica das ciências sociais e humanas*, 2, pp. 47-65

Carvalho, F.; Rosário, et al. (2002). Síndrome de Burnout, *Servir*, vol. 50, nº 4, Julho/Agosto, pp. 175-180.

CHERNISS, C. (1980). *Professional Burnout in the Human Service Organizations*. New York, Praeger

CHERNISS, C. (1992): Long term consequences of Burnout: an exploratory study, *Journal of organizational behavior*, 13, pp. 1-11.

CHERNISS, C. (1995): *Beyond Burnout – Helping teachers, nurses, therapists and lawyers recover from stress and disillusionment*, New York and London, Routledge.

*Classificação Internacional para Prática de Enfermagem*. (2002). Versão beta 2. Lisboa, gráfica 2000

Cordes, C.; Dougherty, T. (1993): A review and an integration of research on Job Burnout, *Academy of Management Review*. nº 18, pp. 621-657

Correia, A. (1997). *O Burnout nos profissionais dos Centros de Atendimento de Toxicodependentes: causas e consequências*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada (dissertação para obtenção parcial do grau de mestre)

Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: De Boeck Université.

Didier T. (2004). *Épuisement professionnel et Burnout: concepts, modèles, interventions*. Paris: Dunod.

Farber, B.A. (1983). *Stress and Burnout in the human services professions*. New York: Praeger.

Fortin, Marie-Fabienne. (1999). *O Processo de investigação – da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Freudenberger, H.J. (1974): Staff Burn-Out, *Journal of social issues*. 30 (1), pp. 159-165.

Garcia, M. (1990): Burnout professional en organizaciones, *Boletín de Psicología*. 29: 7-27.

Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería, *Revista electrónica Interacción Psy*, nº 1, Pp: 19-33.

Gomes, I. (1995). *Burnout – uma abordagem empírica*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Monografia de fim de curso).

Horta, Adelaide; Durães, Fátima; Aguiar, José Manuel. (2000). Stress na enfermagem: uma realidade, *Informar*, Porto. Ano 6, nº. 22-23, Julho/Dezembro, pp. 30-32.

Jeff, W. Butterworth, T., Carlson, J., With, E. & Clements, A. (1999). Stress, coping, Burnout and job satisfaction in British nurses: findings from the clinical Supervision Evaluation Project. *Stress Med*, 15 (2). Pp. 27-33.

Leiter, M; Maslach, C. (1998). Burnout. *Encyclopedia of mental health*, vol. 1. pp. 347-357.

Marques-Teixeira, J. (2002). Burnout ou a síndrome de Exaustão. *Saúde mental*, 5 (2), pp. 8-19.

Maslach, C.; Jackson, S. (1981). The measurement of experimental Burnout. *Journal of occupational behavior*, 2, pp. 99-111.

Maslach, C., Jackson, S. E. (1997). *MBI Inventário - "Burnout" de Maslach. Síndrome del "queimado" por etrés laboral assistencial*. Madrid: TEA Publicações de Psicologia Aplicada.

Maslach, C., Leiter, M.P. (1997). *The truth about Burnout. How organizations Cause Personal stress and What to do About It*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Maslach, C. (2006) Understanding Job burnout. *Cit in* A.M. Rossi, P. L. Perrewe & s. L. Sauter (Eds.), *stress and quality of working life: current perspectives in Occupational Health* pp. 37-51. Greenwich behaviour, 2, pp. 99-113

Maslach, C.; Schaufeli, W.; Leiter, M. (2001): Job Burnout. *Annual Review of Psychol.*, 52, pp. 397-422.

McIntyre, T. (1994): stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise psicológica*, 2-3 (12), pp.193-200.

McIntyre, T., S. & Silvério, J., (1999) Respostas de stress e recursos de coping em enfermeiros. *Análise Psicológica*, 12, pp. 2-3.

Moreno-Jiménez, Bernardo et tal. (2000). La evaluación del Burnout. Problemas del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y las organizaciones*, Vol. 13 N° 2 (s.d.), pp. 4-16.

Neto, I (2003). Burnout mito ou realidade? *Oxigénio*, ano X, n° 36, Julho/Setembro, Pp 28-29.

Nunes, R. (1990). *As alterações psicológicas induzidas pelo stress profissional nos enfermeiros*. Lisboa: instituto superior de psicologia aplicada (monografia de fim de curso).

Oxford Advanced Learner's Dictionary. (1989). Oxford, Oxford University Press,.

Pereira, J. (1992): *Síndrome de Burnout: Impacto em fisioterapeutas hospitalares*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Monografia de fim de curso de pós-graduação em reabilitação).

Pines, A. (1996). *Couple Burnout. Causes and Cures*. New York and London: Routledge.

Pinto, A. (2008). Burnout versus stress – Investigação em profissionais, *Nursing*, n° 240, Dezembro.

Queiroz, P. (2005). *Burnout no trabalho conjugal em enfermeiros Portugueses*. Coimbra, 1ª Ed.; Edições Sinais Vitais.

Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio. Prevenção do stress no trabalho*. Lisboa: RH.

Ribeiro, J. (2005). *Introdução a psicologia da saúde*. Coimbra, Quartelo.

Rios-Castilho, J. Ávila-Rojas, T., Barrios-Santiago, P. & Ocampo-Mnacilha, M. (2007), Desgaste profesional en personal de enfermaria. *Revista Medica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 45 (5), pp. 493-502.

Rosch, P. J. (1998). Reniniscenses of Hans Selye and the Birtyh of “Stress”- “*Stress Medicine*”, 14 (1), pp. 1-6.

Schaufeli, W; Enzmann, D. (1998). *The Burnout companion to study and pratice: a cirtical analysis*. London: taylor & francis.

Vaz Serra, A. (1989). *Stress*. Coimbra Médica, 10 (131), pp. 131-141.

Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do autor.

Vaz Serra, A. (2007). *O stress na vida de todos os dias*. 3ª Edição. Coimbra: gráfica de Coimbra.

Zamora, G., Castejón, E & Fernández, I. (2004). Estar quemado. (Burnout) y su relación el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 2, pp. 323.336.

## **ANEXOS**

**ANEXO I – Instrumento de recolha de dados – Questionário**

EXMO. (A) SENHOR (A) ENFERMEIRO (A):

Tiago Gonçalo Da Rocha Ribeiro, aluno do 4º ano, curso de Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa - Porto, encontra-se a realizar a Monografia subordinada ao tema “Síndrome de Burnout nos Enfermeiros”, cujos objectivos são: identificar os níveis de Burnout nas suas várias dimensões, nos enfermeiros do serviço de urgência de um Centro Hospitalar da Região Norte. Para a sua realização, solicitamos a sua colaboração no preenchimento do questionário, que é composto por duas escalas de opinião.

Para responder às perguntas deve marcar uma cruz na quadrícula que melhor corresponde à sua opinião.

Deve responder de forma espontânea. Não há respostas consideradas correctas ou erradas, o que nos interessa é a sua opinião. Solicitamos, no entanto, que responda a todas as questões. Este questionário é anónimo, confidencial, e destinado apenas a esta investigação científica, pelo que não deverá escrever nenhuma informação que o identifique em nenhuma das partes.

Antecipadamente agradecemos a sua preciosa colaboração.

O aluno

---

(Tiago Gonçalo Da Rocha Ribeiro)

**Esta parte do questionário consiste na caracterização da amostra:**

**1- Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**2- Género:**

Masculino

Feminino

**3- Estado civil**

Solteiro(a)

Casado(a)

Divorciado(a)

Viúvo(a)

Outros: \_\_\_\_\_

**4- Filhos:**

Sim  \_\_\_\_\_ (número)

Não

**5- Habilitações Literárias**

Licenciatura em enfermagem

Pós-graduação ou Especialização

Mestrado

Outros: \_\_\_\_\_

**6-Tempo de exercício profissional** \_\_\_\_\_ (Anos)

**7- Tipo de horário:**

Por turno

Fixo

## **MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)**

### **-Teste de avaliação**

Esta escala de avaliação investiga 22 itens, a frequência com que cada sintoma é sentido e descrito numa escala de likert. Este teste MBI avalia o prestador de cuidados segundo dois parâmetros: a frequência e a intensidade. Para a frequência, atribua a cada item um valor de 0 a 6 segundo a seguinte escala: **0 nunca, 1 algumas vezes por anos, 2 todos os meses, 3 algumas vezes por mês, 4 todas as semanas, 5 algumas vezes por semana, 6 todos os dias**. A segunda escala de intensidade foi abandonada por opção dos autores do MBI.

**MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) – (Maslach, Jackson, 1981)**

<b>ITEM / VALOR NUMÉRICO</b>	0	1	2	3	4	5	6
1.Sinto-me emocionalmente vazio(a) devido ao meu trabalho.							
2.Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho.							
3.Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.							
4.Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem.							
5.Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objectos.							
6.Trabalhar com pessoas durante todo dia exige-me muito esforço.							
7.Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes.							
8.Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho.							
9.Tenho a sensação de, através do meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas.							

<b>ITEM / VALOR NUMÉRICO</b>	0	1	2	3	4	5	6
10. Tornei-me mais insensível às pessoas desde que tenho este trabalho.							
11. Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro.							
12. Sinto-me cheio(a) de energia.							
13. Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho.							
14. Sinto que o meu trabalho é demasiado pesado.							
15. Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes.							
16. Trabalhar em contacto directo com o público stressa-me demasiado.							
17. Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes.							
18. Sinto-me rejuvenescido(a) quando consigo estabelecer uma relação próxima com os doentes no meu trabalho.							

<b>ITEM / VALOR NUMÉRICO</b>	0	1	2	3	4	5	6
19. Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho.							
20. Sinto que esgotei todos os recursos.							
21. No meu trabalho, resolvo problemas emocionais com muita calma.							
22. Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas							

**Obrigada pela sua colaboração.**

## **ANEXO II- Cronograma**

