

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

**PROMOÇÃO DO *SAVORING* EM EQUIPAS DE
ENFERMAGEM: AUMENTO DO *ENGAGEMENT* E
PREVENÇÃO DO *BURNOUT***

PAULA CRISTINA DA COSTA ANDRADE

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2011

Paula Cristina da Costa Andrade

**PROMOÇÃO DO *SAVORING* EM EQUIPAS DE ENFERMAGEM:
AUMENTO DO *ENGAGEMENT* E PREVENÇÃO DO *BURNOUT***

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Doutor Luís Octávio Sá
Categoria – Professor Auxiliar Convidado
Afiliação – Instituto de Ciências da Saúde,
Universidade Católica Portuguesa

Dedicatória

Aos meus pais, que são os melhores do mundo.
Aos meus amigos, que são o reflexo daquilo que sou.
Ao meu namorado, pela paciência e dedicação.

Obrigado por tudo!
Por serem quem são,
Por serem como são,
E por fazerem parte da minha vida.

Agradecimentos

A todos os professores, e em especial ao Prof. Dr. Luís Octávio Sá
Pela compreensão e apoio demonstrado do longo desta jornada,
Pela confiança e responsabilidade que me transmitiram,
Pela exigência e pelo desempenho com que me instruíram,
Pelo acolhimento, companheirismo e disponibilidade que sempre
apresentaram,

Um Muito Obrigado!

Aqui fica esta simples mensagem de apreço e consideração para todos
aqueles que directa e indirectamente me proporcionaram este momento
de aprendizagem.

Pensamento

*“Por vezes ser enfermeiro significa ter o dom de estar calado e deixar
correr as lágrimas.”*

Patrícia Benner

Abreviaturas

Cad. – Caderno

Dp – Desvio padrão

F – Variância (ANOVA)

M – Média

N – Número

P. – Página

r – Coeficiente de Correlação de Pearson

t – Teste t de Student

Vol. – Volume

Siglas

GEPEB – Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Estresse e Síndrome de *Burnout*

HIP – Hospital Infante D. Pedro

MBI – Maslach *Burnout* Inventory

OLBI – Oldenburg *Burnout* Inventory

OMS – Organização Mundial de Saúde

S.P.S.S. – Statistical Psychology and Society Science

UWES – Utrecht *Workengagement* Scale

WOSC – Ways of *Savoring* Checklist

Resumo

O burnout é um processo de resposta ao stress laboral crónico, consensualmente definido por exaustão emocional elevada, despersonalização elevada e diminuição da realização pessoal. Acomete sobretudo profissionais que lidam diariamente e directamente com pessoas, e cujas consequências se reflectem negativamente a nível individual, familiar, social e profissional.

Por outro lado, adoptando como ponto de partida uma abordagem sustentada pela psicologia positiva, e numa tentativa de maximizar ao máximo os recursos individuais de cada um, surge o *engagement* na actividade profissional que aliado ao *savoring* torna-se uma possível direcção a seguir na promoção do bem-estar pessoal e profissional do indivíduo.

Abordar o *engagement* no trabalho dos enfermeiros é uma mais-valia, pois promove determinados benefícios a nível individual e organizacional, assim como o estudo do *savoring*, visto que o controlo das experiências positivas e o envolvimento activo na vida com prazer, desempenham um papel importante na promoção da saúde e bem-estar.

O presente estudo teve por objectivo analisar e conhecer a associação entre: *Burnout*, *engagement* e *Savoring*. Esta investigação foi desenhada segundo a lógica de um estudo de carácter transversal, quantitativo e correlacional.

A investigação foi suportada pelo recurso a 3 instrumentos – Maslach *Burnout* Inventory (MBI), Utrecht *Workengagement* Scale (UWES) e Ways of *Savoring* Checklist (WOSC), e um questionário de dados Sócio-demográficos – aplicados a uma amostra constituída por 84 enfermeiros de seis serviços do Hospital Infante D. Pedro, sendo que, 49 pertencem ao Serviço de Urgência (58,3%) e 35 pertencem ao Serviço de Medicina (41,7%).

Entre os resultados encontrados que nem sempre apresentaram significado estatístico, destacam-se as características psicométricas dos instrumentos utilizados na amostra, que se revelaram promissores na avaliação em enfermeiros; o *savoring* como potencial protector do *burnout* e o *engagement* como parcial protector do *burnout*; e as variáveis tempo de serviço, estado civil e tipo de serviço como determinantes no perfil da síndrome de *burnout*.

Palavras chave: *Burnout*, *Engagement*, *Savoring*, Enfermagem

Abstract

Burnout is the response to chronic work stress, consensually defined as high emotional exhaustion, high depersonalization and reduced personal accomplishment. It affects mostly professionals who deal with people daily and directly, and whose consequences are negatively reflected on an individual, family, social and professional level.

On the other hand, adopting as its starting point an approach supported by positive psychology, and in an attempt to maximize the most out of each individual, there is the *engagement* in professional activity, which coupled with *savoring* is a possible way forward to the promotion of personal and professional well-being

Approaching the *engagement* in the nurses' work is a most value since it promotes certain benefits to individual and organizational levels as well as the study of *savoring*, seeing that the control of positive experiences and pleasurable active involvement in life plays an important role in health promotion and wellness.

This study aimed to analyze and understand the association between *Burnout*, *Engagement* and *Savoring*. This investigation was designed according to the logic of a transversal, quantitative and correlational study.

The research was supported by three instruments - Maslach Burnout Inventory (MBI), Utrecht Work Engagement Scale (UWES) and Ways of Savoring Checklist (WOSC), and a questionnaire on socio-demographic data - applied to a sample of 84 nurses from six services of the Infante D. Pedro Hospital, of which, 24 belong to the general ER (28.6%), 12 belong to the Pediatric ER (14.3%), 13 belong to the Observational ER (15.5%), 15 belong to the Department of Medicine I (17.9%), 10 belong to the Department of Medicine II (11.9%), and 10 belong to the Department of Medicine III (11.9%).

Among the results presented which are not always statistically significant, the characteristics of psychometric instruments used in the sample are prominent, they proved promising for evaluating nurses; the *savoring* as a potential protector of the *burnout* and the *engagement* as a partial protector of the *burnout*; and the variables service time, marital status and type of service as determinants in the profile of the *burnout* syndrome.

Keywords: *Burnout*, *Engagement*, *Savoring*, Nursing

Índice:

1.	Introdução	14
2.	Enquadramento teórico	17
2.1.	Burnout.....	18
2.1.1.	O Conceito de Burnout	18
2.1.2.	Modelo Multidimensional de Maslach	20
2.1.3.	Factores indutores de Burnout.....	23
2.1.4.	Sintomas	25
2.1.5.	Estratégias de intervenção para o tratamento do burnout.....	27
2.1.6.	Burnout nos profissionais de saúde/enfermagem	30
2.2.	Engagement	33
2.2.1.	Conceito de engagement no trabalho	33
2.2.2.	Desenvolvimento do Utrecht Work Engagement Scale (UWES).....	35
2.2.3.	Enfermeiros Engaged	37
2.3.	Savoring	39
2.3.1.	O conceito de Savoring	39
2.3.2.	O Modelo de Savoring de Bryant e Veroff.....	40
2.3.2.1.	As experiencias de Savoring	40
2.3.2.2.	Os processos de Savoring.....	41
2.3.2.3.	As estratégias de Savoring	42
2.3.2.4.	Ways of Savoring Checklist (WOSC).....	44
2.3.3.	Relação entre estratégias de Savoring e o tipo de avaliação sobre o acontecimento	47
2.4.	Considerações gerais	49
3.	Metodologia	50
3.1.	Tipo de estudo.....	51
3.2.	Problema, Questão e Hipóteses de Investigação	52

3.3.	Seleccção e caracterização da amostra	53
3.4.	Instrumento de recolha de dados.....	54
3.5.	Procedimento ético-legais.....	58
3.6.	Tratamento dos dados.....	59
4.	Apresentação e discussão dos resultados	61
4.1.	Apresentação dos resultados	62
4.2.	Discussão dos resultados.....	79
5.	Reflexões Finais.....	88
5.1.	Conclusão	89
5.2.	Limitações do estudo/sugestões para futuros trabalhos	90
6.	Bibliografia	91

Anexos

Anexo I (caracterização da amostra)

Anexo II (questionário)

Anexo III (pedido de autorização HIP)

Anexo IV (consentimento informado)

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Casos de Burnout.....	62
Gráfico 2 – Casos em exaustão emocional.....	63
Gráfico 4 – Casos em baixa realização pessoal.....	64

Índice de quadros

Quadro 1 - Resumo esquemático das características facilitadoras e/ou desencadeadoras de burnout	24
Quadro 2 – Resumo esquemático da sintomatologia do Burnout.....	26
Quadro 3 – Padrão de pontuação para burnout.....	56

Índice de tabelas

Tabela 1 – Estatísticas descritivas: MBI.....	62
Tabela 2 – Estatísticas descritivas: MBI- Casos de burnout por dimensões.....	64
Tabela 3 – Distribuição dos casos de burnout por serviço	65
Tabela 4 – Teste t de Student para amostras independentes (Serviço versus Burnout) ..	66
Tabela 5 - Estatísticas descritivas: UWES	66
Tabela 6- Estatísticas descritivas: WOSC.....	66
Tabela 7 – Fidelidade estimada pelo α de Cronbach (adaptado de Peterson, 1994)	67
Tabela 8 – Consistência Interna: MBI.....	68
Tabela 9 – Consistência Interna: UWES	68
Tabela 10 – Consistência Interna: WOSC.....	68
Tabela 11 – Coeficientes de correlação de Pearson: UWES versus WOSC	70
Tabela 12 – Coeficientes de correlação de Pearson: MBI versus WOSC	70
Tabela 13 – Coeficientes de correlação de Pearson: MBI versus WOSC	71
Tabela 14 – Coeficientes de correlação de Pearson: MBI versus UWES.....	72
Tabela 15 – Coeficientes de correlação: MBI versus UWES.....	72
Tabela 16 – Teste t de Student para amostras independentes (tipo de contrato versus burnout)	73
Tabela 17 – Teste t de Student para amostras independentes	73
Tabela 18 – Anova (tempo de serviço versus burnout)	74
Tabela 19 – Teste de Tukey (realização pessoal versus antiguidade)	74
Tabela 20 – Anova (idade versus burnout)	75
Tabela 21 – Anova (estado cível versus burnout)	76
Tabela 22 – Teste de Tukey (realização pessoal versus estado civil)	76
Tabela 23 – Teste de Tukey (despersonalização versus estado civil).....	76
Tabela 24 – Teste de Tukey (Realização pessoal versus estado civil).....	77
Tabela 25 – Teste t de Student para amostras independentes (número de filhos Versus burnout)	77
Tabela 26 – Teste t de Student para amostras independentes (grau acadêmico versus burnout)	78

1. Introdução

O desenvolvimento tecnológico, sócio-cultural e as consequências da globalização produzem benefícios no mundo moderno, mas em contrapartida, provocam mudanças no comportamento bio-psico-social do ser humano interferindo directamente na sua qualidade de vida.

Este desenvolvimento tecnológico, introduzido no processo produtivo, possibilitou às empresas o aumento da produtividade e, conseqüentemente, dos lucros, e trouxeram impactos à saúde do trabalhador, com manifestações tanto a nível físico como psíquico.

Considerando que o ser humano é uma dualidade que funciona numa unidade, o corpo produz mudanças na mente e esta age sobre o corpo. Uma vida repleta de stresse, agitação e preocupações é fonte constante de perturbações e doenças psicossomáticas. Para alcançar o equilíbrio entre saúde e bem-estar, o ser humano utiliza recursos protectores. O uso constante de formas de defesas indesejáveis e a persistência do desequilíbrio saúde bem-estar resultam em distúrbios psicossociais. A organização e a dinâmica do trabalho exercem sobre o homem um impacto no aparelho psíquico que, em certas condições, levam ao aparecimento de tristezas relacionadas à sua história individual, portadora de projectos, de esperanças, de desejos e uma organização de trabalho que o ignora. Assim, novas enfermidades surgem decorrentes das mudanças introduzidas no mundo do trabalho (Jodas e Haddad, 2008).

Uma das consequências geradas no aparelho psíquico dos trabalhadores resulta na síndrome de *burnout*, expressa por meio de sentimentos de fracasso e exaustão, causados por um excessivo desgaste de energia e recursos individuais, e que acomete sobretudo os profissionais que trabalham directamente com pessoas.

A Síndrome de *burnout*, tornou-se uma doença frequente entre os profissionais da área da saúde e, nomeadamente, da relação de ajuda. Assim como outros profissionais, os

enfermeiros não se encontram imunes aos custos e às consequências do stresse no exercício da sua actividade profissional, apresentando implicações não só a nível de saúde física e mental mas também a nível da satisfação, rendimento, sucesso profissional e qualidade dos serviços prestados.

Por outro lado, o estudo do *engagement* apresenta-se como sendo muito importante em profissões que lidam directamente com o público. O *engagement* surge como a capacidade que o ser humano expõe em retirar situações positivas do seu trabalho. Este conceito é relativamente novo, está inserido na psicologia positiva, que tenta avaliar o lado positivo da componente humana, focalizando-se mais especialmente sobre as fortalezas humanas e não tanto sobre as suas debilidades e disfunções (Rodrigues & Barroso, 2008).

Este conceito aparece ainda como um dos indicadores de uma vida saudável, em relação ao trabalho, e como sendo o oposto em relação ao *burnout*. Vários estudos têm considerado o *engagement* profissional como uma vantagem competitiva para as organizações, além de ser altamente benéfico para o indivíduo (Leitão, 2010).

Para além do estudo do bem-estar, Bryant e Veroff (2007) salientam que a forma de verdadeiramente desfrutar a vida passa por, apreciar, aumentar e atender a experiências positivas e criam um modelo para estudar este processo designado *savoring*. Para os autores esta é, uma forma de controlo das experiências positivas e de envolvimento activo na vida com prazer, desempenhando um papel importante na promoção da saúde e bem-estar do indivíduo.

Segundo este modelo, um individuo adopta perante um estímulo ou experiência positiva, respostas ou estratégias de *savoring* que moderam o impacto dos acontecimentos positivos nas emoções positivas, ampliando ou diminuindo a sua intensidade, prolongando ou abreviando a duração dos sentimentos positivos.

O presente trabalho visa acima de tudo conhecer a associação entre: *Burnout*, *Engagement* e *Savoring*, e é realizado no âmbito do XVII Curso de Mestrado de Ciências de Enfermagem do Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, para obtenção do grau de Mestre em Ciências de enfermagem.

As motivações para o desenvolvimento deste estudo são académicas e profissionais: querer contribuir para o desenvolvimento de uma área específica (prevenção dos riscos psicossociais); e Sociais, pois o *burnout*, enquanto doença afecta os cuidadores, e a qualidade dos cuidados prestados aos clientes, devido ao aumento do absentismo, à diminuição do compromisso com a organização e a baixa produtividade.

A Síndrome de *burnout* pode ser evitada, para tal, basta existir abertura por parte da cultura organizacional, no sentido de serem implementadas estratégias preventivas para combater o stresse crónico, numa perspectiva de apurar quais os antecedentes presentes no quotidiano de quem cuida.

Este documento encontra-se dividido em cinco capítulos distintos. No primeiro capítulo está a introdução; o segundo capítulo faz menção ao enquadramento teórico, onde fazemos uma abordagem geral que contextualize os três conceitos em estudo: *burnout*, *engagement* e *savoring*; o terceiro capítulo é referente á metodologia utilizada, onde procuramos clarificar as opções metodológicas subjacentes ao estudo; o quarto capítulo é referente á apresentação e discussão dos resultados, onde apresentamos os resultados desta investigação segundo as questões definidas e fazemos uma discussão dos principais resultados obtidos; o quinto capítulo é referente à conclusão e limitações do estudo; e o quinto e último á bibliografia.

Em jeito de conclusão, o *burnout* sobrevém de um processo de stresse ocupacional, quando existe rompimento do equilíbrio psicofisiológico do individuo. Dependendo da intensidade e do tempo de duração deste estado, o sujeito pode vir a sofrer consequências graves tanto a nível físico como psicológico. Uma estratégia para ultrapassar este estado de desequilíbrio pode passar pelo reforço do *engagement*, por ser um indicador de bem-estar, e por ser o oposto do *burnout*, e pelo reforço do *savoring*, através de estratégias que amplificam experiencias positivas da nossa vida.

2. Enquadramento teórico

De acordo com Fortin (1999), a base da investigação, acaba por ser a fase conceptual, assim, para se conseguir uma investigação rigorosa e fidedigna, tem que se começar por uma fase conceptual bem definida e estruturada. Uma revisão exaustiva da literatura existente sobre o tema,

“ (...) fornecerá ao investigador uma compreensão dos textos existentes, situando através dela o seu domínio de investigação no contexto dos conhecimentos actuais. (...) permite igualmente delimitar um quadro conceptual ou teórico que forneça uma perspectiva ao estudo.”

Fortin, (1999, p.39)

A revisão bibliográfica a seguir apresentada faz referência aos conceitos envolvidos no estudo: *burnout*, *engagement*, e *savoring*.

2.1. Burnout

A seguir vamos descrever o conceito de *burnout*, o modelo multi dimensional de Maslach, os factores indutores de *burnout*, os sintomas, as intervenções e o *burnout* e o *burnout* nos profissionais de saúde/enfermagem.

2.1.1. O Conceito de Burnout

O termo “*Burnout*” foi inicialmente descrito por Schwartz e Will em 1953, numa publicação de um estudo de caso conhecido como “Miss Jones”, onde é descrita uma enfermeira da área de psiquiatria desiludida com o seu trabalho. Em 1960, Graham Greene publica “A burn Out Case” que relata o caso de um arquitecto que abandona a profissão devido a sentimentos de desilusão com a profissão (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Contudo, foi somente em meados dos anos 70 que o conceito chamou a atenção do público e de Freudenberger (1974 p.21), médico psiquiatra norte-americano que publicou um artigo no Journal of Social Issues, onde definiu o termo “burn-out” como “*um estado de fadiga ou de frustração surgido pela devoção por uma causa, por uma forma de vida ou por uma relação que fracassou no que respeita á recompensa esperada*”. Nesta altura e aparentemente sem alguma relação, surge Christina Maslach, investigadora da área da psicologia social, que inicia também estudos nesta área.

Com estes estudos, Maslach encontrou duas das três dimensões do conceito de *burnout* – exaustão emocional e despersonalização; a diminuição da realização pessoal surgiu posteriormente, quando a autora objectivou desenvolver uma definição mais precisa de *burnout* e uma forma estandardizada de o medir. Assim, Maslach em parceria com Jackson desenvolvem o Maslach *Burnout* Inventory (MBI), que avalia as três dimensões da síndrome (Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

Segundo Borges, Argolo, Pereira, Machado e Silva (2002), o *burnout* consiste numa síndrome multidimensional, caracterizada por três componentes: Exaustão emocional, que se refere a sentimentos de fadiga e redução dos recursos emocionais necessários para lidar com as situações geradoras de stresse; Despersonalização, que se expõe através de atitudes negativas como a despreocupação e insensibilidade face a outras pessoas; e Diminuição da realização pessoal, que se refere á percepção de deterioração

da auto-competência e falta de satisfação nas actividades praticadas e nos ganhos obtidos no trabalho.

Sá (2004) refere que, o *burnout* surgiu de um problema social, e não de uma construção empírica, pelo que existem duas abordagens distintas que se desenvolveram e que coabitam de forma mais ou menos autónoma. São elas, a abordagem clínica de Freudenberger e a vertente investigacional iniciada por Maslach.

Embora não exista uma definição única para o *burnout*, aquela que parece ser a mais aceite pertence a Maslach e Jackson (1986, como citado em Sá, 2004, pág.19), que definem o *burnout* como sendo:

"uma síndrome de cansaço físico e emocional que leva a uma falta de motivação para o trabalho, conduzindo a um progressivo sentimento de inadequação e fracasso. É devido essencialmente ao stresse crónico associado à falta de condições no trabalho e surge mais frequentemente nos profissionais de ajuda: médicos, enfermeiros, trabalhadores sociais, polícias e outros".

De maneira objectiva, o *burnout* é apreciado como uma resposta inadequada a um stresse emocional crónico.

Gisbert (2002), refere algumas características desta síndrome:

- Não desaparece com as férias;
- Não se identifica com a sobrecarga de trabalho nem com fadiga;
- Pode ser despoletado por um trabalho desmotivador;
- Apresenta um carácter insidioso, gerando-se lentamente;
- Afecta sobretudo os profissionais de educação e saúde;
- Deve-se a factores organizacionais decorrentes do trabalho;
- As características individuais são variáveis moduladoras;
- As características negativas (baixa auto-estima, falta de assertividade, e pouco envolvimento) tendem a gerar *burnout*. Paradoxalmente, pessoas entusiastas, idealistas e muito envolvidas no trabalho apresentam maior risco de *burnout*.

2.1.2. Modelo Multidimensional de Maslach

Diversos autores têm conceptualizado o processo da Síndrome de *Burnout*, ou a sequência de aparecimentos das três dimensões. Seguidamente será abordado aquele que é mais abrangente e que é mais referenciado na literatura.

A bibliografia recente identifica o *burnout* como um conceito multidimensional, composto por três componentes fundamentais que o caracterizam: elevada exaustão emocional, elevada despersonalização ou cinismo, e baixa realização pessoal. Enquanto que, alguns trabalhadores tenderão a desistir dos seus empregos ou a mudar de local de trabalho dentro da mesma instituição, outros tenderão a continuar, sem conseguirem a rentabilidade a nível pessoal, social e laboral que as suas capacidades lhe permitiriam normalmente. (Sá, 2008)

Para Maslach e Jackson (1981, p. 99),

“burnout é uma síndrome de exaustão emocional e cinismo que ocorre frequentemente em indivíduos que desenvolvem trabalho com pessoas, de algum tipo. Um aspecto-chave desta síndrome são sentimentos crescentes de exaustão emocional. À medida que os seus recursos emocionais vão sendo gastos, os trabalhadores sentem que não são capazes de se dar a um nível psicológico. Outro aspecto é o desenvolvimento de atitudes negativas e cínicas acerca dos clientes. Estas reacções negativas para com os clientes podem estar ligadas a experiências de exaustão emocional, isto é, estes dois aspectos do burnout parecem estar ligados de alguma forma. Um terceiro aspecto desta síndrome é a tendência para se avaliar a si próprio de maneira negativa particularmente no que diz respeito ao trabalho com os clientes. Os trabalhadores sentem-se tristes acerca de si próprios e insatisfeitos com as suas realizações no trabalho.”

Segundo o modelo multidimensional de Maslach, Jackson e Leiter (1996) o conceito de *burnout* foi definido como a experiência individual do stresse, inserida num contexto de relações sociais e envolvendo, a concepção que o indivíduo tem de si mesmo e dos outros, sendo caracterizado por três componentes essenciais:

- A exaustão emocional: tem a ver com os sentimentos de inadequação (de não conseguir corresponder às solicitações) e de esgotamento dos recursos emocionais e físicos do indivíduo. O trabalhador sente-se esgotado

emocionalmente, sem qualquer fonte onde se possa reabastecer, sem energia para ajudar os outros ou para enfrentar mais um dia. Esta componente representa a dimensão individual básica do *burnout*.

- A despersonalização: diz respeito à atitude negativa de reacção ao trabalho excessivamente indiferente ou hostil, muitas vezes com perda de idealismo. Inicialmente dá-se como uma resposta autodefensiva à sobrecarga operada pela exaustão emocional. Esta componente representa a dimensão interpessoal do *burnout*.
- A realização pessoal reduzida: relaciona-se com a descida dos sentimentos de competência e de produtividade no trabalho. O indivíduo experimenta um sentimento crescente de inadequação relativamente à sua capacidade de execução laboral, moral em baixo, afastamento e incapacidade de adaptação. Esta componente representa a dimensão de auto-avaliação do *burnout*.

A literatura revela que o *burnout* tem sido desde sempre relacionado com trabalho, quer se trate de relacionamento com colegas, superiores ou clientes. Estas relações, resultantes de correntes emocionais e de recompensa, podem estabelecer um recurso de adaptação ao stresse profissional e são, muitas vezes, afectadas pelos próprios efeitos negativos do *burnout*. Assim, o *burnout* deve ter sempre uma abordagem dentro do seu contexto e nunca limitada à componente da exaustão individual, pois pode levar à perda da totalidade do fenómeno (Santos, 2009).

Para avaliar esta síndrome Maslach e Jackson (1981) criaram o Maslach *Burnout* Inventory – MBI, que proporciona avaliações distintas de cada um dos três componentes do processo de *burnout*. Este inventário é constituído por 22 itens de avaliam as três dimensões fundamentais:

- Exaustão emocional: composto por 9 itens que descrevem sentimentos relacionados com exaustão emocional no trabalho:
 - Sinto-me emocionalmente esgotado(a) pelo meu trabalho.
 - Sinto-me cansado(a) no final do meu dia de trabalho.
 - Sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho.
 - Trabalhar todo o dia com doentes esgota-me bastante.
 - Sinto-me esgotado(a) pelo meu trabalho.
 - Sinto-me frustrado com o trabalho que realizo.
 - Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no meu emprego.
 - Trabalhar directamente com pessoas faz-me sentir demasiado em stresse.

- Sinto-me no limite das minhas forças.
- Despersonalização: composto por 5 itens que descrevem sentimentos negativos e atitudes impessoais para os outros:
 - Sinto que trato alguns doentes como se fossem "objectos" impessoais.
 - Desde que comecei este trabalho tornei-me mais insensível para com as pessoas.
 - Preocupa-me que este trabalho me endureça emocionalmente.
 - Não me importo grandemente com o que acontece aos meus doentes.
 - Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.
- Realização pessoal: composto por 8 itens que descrevem sentimentos de competência e realização com sucesso no contacto com os outros:
 - Compreendo facilmente como se sentem os meus doentes.
 - Lido de uma forma muito eficaz com os problemas dos meus doentes.
 - Sinto que influencio positivamente a vida dos outros com o meu trabalho.
 - Sinto-me cheio de energia.
 - Posso criar facilmente uma atmosfera relaxante com os meus doentes.
 - Sinto-me estimulado após trabalhar ao pé dos meus doentes.
 - Tenho realizado muitas coisas válidas no trabalho que desempenho.
 - No meu trabalho lido com problemas emocionais com muita calma.

Segundo Leiter e Maslach (1988), a exaustão emocional é a primeira a ocorrer uma vez que é a resposta imediata aos factores indutores de stresse emocional. Uma vez instalada a exaustão emocional, o indivíduo pode tentar lidar com ela afastando-se dos outros e conseqüentemente desenvolvendo uma atitude despersonalizada para com eles. Assim, pode-se considerar que a exaustão emocional é um preditor da despersonalização. Depois da despersonalização ocorrer o indivíduo sente-se menos realizado no emprego e avalia-se menos positivamente em termos de realização pessoal, assim a despersonalização é um preditor da realização pessoal. Em suma a exaustão emocional só leva à diminuição da realização pessoal se ocorrer a despersonalização como variável mediadora.

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

2.1.3. Factores indutores de *Burnout*

A causa que parece estar na origem do *burnout* é a existência de um stresse crónico continuado. Assim, o *burnout* consiste numa reacção prolongada aos elementos indutores de stresse (stressores) no trabalho.

Conhecer os factores de stresse associados à organização, potencialmente indutores de *burnout* é fundamental para que se possam planear intervenções eficazes. A relação problemática que se estabelece entre o individuo e a situação em que vive é inerente ao conceito de stresse. O *burnout* laboral constitui-se como mediador na ligação causal entre vários elementos indutores de stresse no trabalho e os resultados de stresse individual, assim os efeitos das características pessoais e do trabalho têm de ser consideradas em conjunto dentro do contexto organizacional (Santos, 2009).

As causas de *burnout* são também multifactoriais, tratando-se assim da junção de características pessoais, do tipo de actividade realizada e das variáveis resultantes da instituição onde se processa o trabalho. Este conjunto de factores poderá mediar ou facilitar o processo de stresse ocupacional que posteriormente dará lugar ao *burnout*. As variáveis associadas à personalidade, bem como a sociodemográficas, não são em si causadoras da síndrome, mas mediante uma instituição comprometida, podem facilitar o desenvolvimento da mesma.

Os facilitadores e/ou desencadeantes do *burnout* serão apresentados a seguir num quadro que refere as principais características referenciadas por diversos autores (Benevides-Pereira, 2022; Codo & Menezes, 1999; Gil-Monte & Peiró, 1997; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Schaufeli & Ezzmann, 1998) que apresentam estudos sobre a síndrome.

Quadro 1 - Resumo esquemático das características facilitadoras e/ou desencadeadoras de *burnout*

Características Pessoais	Características do Trabalho
Idade Sexo Nível educacional Filhos Personalidade: Nível de Resiliência Locus de Controlo Padrão de Personalidade tipo A Variáveis do "self" Estratégias de Enfrentamento Neuroticismo Perfeccionismo Tipo Emocional Optimismo X Pessimismo Sentido de Coerência Motivação Idealismo	Tipo de ocupação Tempo de Profissão Tempo na Instituição Trabalho por turnos ou nocturno Sobrecarga Relacionamento entre colegas de trabalho Assédio Moral Relação Profissional-Cliente Tipo de Cliente Conflito de papel Ambiguidade de papel Suporte Organizacional Satisfação Controle Responsabilidade Pressão Possibilidade de Progresso Percepção de iniquidade Conflito entre Valores Pessoais Falta de feedback
Características Organizacionais	
Ambiente Físico Mudanças Organizacionais Normas Institucionais Clima Burocracia Comunicação Autonomia Recompensa Segurança	Características Sociais
	Suporte Social Suporte Familiar Cultura Prestígio

(Adaptado de Benevides-Pereira, 2002, p.69.)

A forma como estas características se entrelaçam entre si, podem vir a retardar ou a facilitar o processo de *burnout*. Um indivíduo com alto nível de resiliência numa instituição com características predisponentes ao stresse ocupacional, pode vir a resistir mais tempo, quando comparado com outro colega de trabalho.

Contudo, através do tempo, ou consoante o aumento dos factores negativos na instituição, ou vindo a sofrer dificuldades a nível pessoal, este equilíbrio pode deixar de existir. Muitas vezes um agente stressor pode ser inofensivo para uma pessoa e extremamente ofensivo para outra. Ou ainda, o mesmo elemento causador de stresse

pode ser lesivo num dado momento e neutro noutro, dependendo dos processos de vida que estão a ser vivenciados.

2.1.4. Sintomas

A maioria dos autores que se dedica ao estudo do *burnout*, considera que este se manifesta pela exaustão psicológica e/ou fisiológica, respostas negativas face aos outros, a si próprio e às suas realizações pessoais. É também enfatizado quase em todas as definições, que é um estado de fadiga ou desgaste emocional, que surge nas pessoas no início da sua actividade profissional com altos ideais e empenhamento, sendo substituído gradualmente pela desilusão (Maslach, 2000).

A sintomatologia do *burnout* não se restringe a sintomas a nível individual, observam-se também sintomas de carácter interpessoal na relação com os receptores dos serviços prestados, bem como a nível organizacional.

A exaustão é a componente do *burnout* que se aproxima mais das variáveis ortodoxas do stresse, sendo a que melhor permite predizer resultados de saúde relacionados com o stresse. A exaustão mostra uma correlação com sintomas de stresse, como dores de cabeça, fadiga crónica, perturbações gastrointestinais, tensão muscular, hipertensão, episódios gripais e resfriados, e perturbações do sono (Santos, 2009).

Em relação à saúde mental, o *burnout* pode dar lugar a incapacidades mentais, sendo de certa forma demonstrável a associação entre um quadro forte de ansiedade, irritabilidade, insónias, aumento do consumo de álcool e drogas, problemas familiares e depressão. Por outro lado, tem-se argumentado que o próprio processo de *burnout* consistiria numa forma de doença mental, mais do que numa causa. Muitas das discussões têm-se centrado em saber até que ponto o *burnout* constitui um fenómeno distinto da depressão, mas a investigação tem demonstrado que as duas são diferentes: o processo de *burnout* encontra-se ligado a uma situação profissional, a um contexto específico, enquanto a depressão surge como um processo geral e independente de um contexto. (Santos, 2009)

Ao colocar-se a tónica nos sintomas organizacionais, Shaufeli (1999, como citado em Sá, 2008) considera que pode estar a confundir-se sintomas com correlações e de alguma forma negar o *burnout* como um processo. Em vez disso considera-o como um estado de espírito persistente e negativo associado ao trabalho em indivíduos considerados normais que se caracteriza principalmente pela exaustão emocional, acompanhada pela

depressão, diminuição da eficácia, menor motivação e o desenvolvimento de atitudes disfuncionais no trabalho. Esta definição tenta concentrar a sintomatologia associado ao *burnout* na exaustão emocional sentida pelo individuo, considerado o principal indicador de *burnout*.

Segundo a literatura, diversos são os sintomas atribuídos a síndrome de *burnout*. Segundo Benevides-Pereira (2002), estes podem ser agrupados em quatro categorias, físicos, comportamentais, psíquicos e defensivo

Quadro 2 – Resumo esquemático da sintomatologia do *Burnout*

Físicos	Comportamentais
Fadiga constante e progressiva Distúrbios de sono Dores Musculares ou osteo-musculares Cefaleias, enxaquecas Perturbações gastrointestinais Imunodeficiência Transtornos cardiovasculares Distúrbios do sistema respiratório Disfunções sexuais Alterações menstruais	Negligência ou excesso de escrúpulos Irritabilidade Incremento da agressividade Incapacidade para relaxar Dificuldade na aceitação de mudanças Perda de iniciativa Aumento do consumo de substâncias Comportamento de alto risco Suicídio
	Defensivos
Psíquicos	Tendência ao isolamento Sentido de onipotência Perda de interessa pelo trabalho (ou até lazer) Absenteísmo Ironia, Cinismo
Falta de atenção e concentração Alterações de memória Lentificação do pensamento Sentimento de alienação, de solidão e de insuficiência Impaciência Baixa auto-estima Labilidade emocional Dificuldade de auto-aceitação Astenia, desânimo, disforia, depressão Desconfiança, paranóia	

Adaptado de Benevides-Pereira (2002, p.44)

Os sintomas não são universais, dependendo das características da pessoa e das circunstâncias em que esta se encontra, o grau e as manifestações são diferentes. (Benevides-Pereira, 2001)

Assim, nem todos os que apresentam a síndrome apresentam todos estes sintomas, e estes podem-se expressar de maneira diferente em momentos diferentes na mesma pessoa.

A síndrome de *burnout* não traz consequências prejudiciais apenas para o indivíduo que a padece. Com a perda na qualidade do trabalho executado, as constantes faltas, as atitudes negativas para com os colegas, assim como outras características peculiares, acabam por atingir também os que dependem dos serviços deste profissional, os colegas de trabalho e a instituição.

2.1.5. Estratégias de intervenção para o tratamento do *burnout*

As preocupações com o stresse ocupacional têm sido alvo de preocupação crescente por parte dos profissionais de saúde, não só pelas suas consequências no processo de trabalho-saúde-doença, mas também pela qualidade de cuidados prestados ao cliente.

A literatura mostra que os investigadores se têm esforçado no sentido de dar respostas a esta problemática, contudo ainda não foi encontrada uma resposta concreta, a combinação de estratégias dirigidas aos indivíduos e à organização tem pautado a acção das investigações (Sá, 2004).

Segundo Maslach (2000), a melhor forma de prevenir o *Burnout* é promover o compromisso dos profissionais com a organização, assim o trabalhador aumenta a sua energia disponibilizando-a para a execução das suas tarefas com maior envolvimento e eficácia.

Segundo Gil-Monte (2003), as estratégias de intervenção podem ser agrupadas em três categorias:

- Estratégias individuais: dizem respeito á formação em resolução de problemas, no treinamento da assertividade, e gestão do tempo de forma eficaz.
- Estratégias grupais: consistem no apoio social no trabalho por parte dos colegas e supervisores. Assim, deste modo os indivíduos melhoram as suas capacidades, adquirem habilidades e informações novas, obtêm reforço e feedback na execução das tarefas, e obtêm apoio emocional ou outro tipo de ajuda.
- Estratégias organizacionais: consistem no desenvolvimento de medidas de prevenção para melhorar o clima organizacional, como a criação de programas de socialização de forma a prevenir o choque com a realidade, e implementação de

sistemas de avaliação que atribuam aos profissionais um papel activo e de participação nas decisões laborais. Estas são muito importantes pois a origem do problema está no contexto laboral.

É preciso ter em consideração que a prevenção e o tratamento do *burnout* sejam tratados como problemas colectivos e organizacionais e não como um problema individual.

Shaufeli (1995), num estudo que realizou e que envolveu 64 enfermeiros, recorreu às estratégias dirigidas aos indivíduos através de “*burnout workshops*”. Estes seminários eram realizados em equipas e eram compostos por uma série de sessões teóricas e práticas sobre a maneira de enfrentar o stresse no trabalho de forma eficaz, de forma a preveni-lo. Os enfermeiros realizaram exercícios de relaxamento, treinaram habilidades interpessoais, aprenderam a gerir o stresse de forma cognitiva e didáctica e aprenderam a valorizarem-se mais profissionalmente.

Programas direccionados para o indivíduo têm como objectivo a incrementação de recursos individuais de enfrentamento ao stresse. Os temas discutidos nas sessões podem ser de ordem técnica, objectivando a melhoria do espaço de trabalho e distribuição de funções; relacionados com o lado psicológico do trabalho, como o relacionamento interpessoal; e também a inclusão de exercícios de relaxamento (Segantin e Maia, 2007).

Marques-Teixeira (2002), refere que é possível intervir na organizações, para tal aconselha a variação das tarefas nas rotinas diárias, a flexibilização dos horários, o privilégio do trabalho em equipa, a promoção de locais de trabalho agradáveis, a livre circulação de informação, o encorajamento para os indivíduos falarem das suas dificuldades, o envolvimento das pessoas nas tomadas de decisão, o reconhecimento do trabalho efectuado, a criação de grupos de suporte e de fóruns de discussão de problemas institucionais.

Segundo Guido (2003), as medidas de intervenção podem ser agrupadas da seguinte forma:

- Quanto aos trabalhadores:
 - Procurar o lazer e a realização no trabalho, na vida pessoal e social, com consciência que tal procura é fundamental para o enfrentamento e superação do stresse;
 - Desenvolver actividade física regular, controlar a alimentação, fazer repouso e manter actividades sociais.

- Compreender que os seres humanos agem, pensam e sentem de forma distinta uns dos outros, e que as crises estimulam mudanças na vida das pessoas.
- Investir nas competências e capacidades individuais, levando ao fortalecimento físico, psíquico e social, de forma a obter uma melhor qualidade de vida.
- Quanto às equipas:
 - Realizar entrevistas com colaboradores com o objectivo de se conhecer as causas de satisfação e insatisfação no trabalho;
 - Criar espaços institucionais de apoio às equipas multidisciplinares, para promover a interacção entre as pessoas através da criação de grupos de discussões e actualização de referenciais que envolvam as relações interpessoais no ambiente de trabalho;
 - Estimular o relacionamento entre a chefia e os restantes elementos da equipa, entendendo-se que, quando o trabalhador é ouvido e respeitado, o seu trabalho é executado com maior envolvimento, responsabilidade e satisfação, e conseqüentemente menor desgaste físico e emocional.
- Quanto às organizações:
 - Contratação imediata de recursos humanos com o objectivo de diminuir a quantidade de serviço realizada por funcionário, assim o profissional desempenhará a sua função com mais tranquilidade e conseqüentemente a qualidade do serviço será superior;
 - Acompanhar e orientar os profissionais, clarificando os objectivos, a filosofia, a dinâmica e o funcionamento dos Centros de Saúde, Hospitais e demais locais de trabalho;
 - Desenvolver programas interdisciplinares de apoio e prevenção do stresse, a fim de melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores. Estes programas devem ser realizados preferencialmente em ambiente e horário de trabalho;
 - Implantar um programa de controlo de stresse, através de informação, treino e ensino, cujo enfoque seja no interagir com os eventos stressantes no trabalho e na vida pessoal;
 - Criar programas de educação contínua, visando a capacitação técnica e o desenvolvimento do pensamento crítico, ético, e político;
 - Consciencializar os trabalhadores quanto à importância do lazer e do suporte social no enfrentamento e na superação do stresse.

Algumas medidas dirigidas à organização poderão encontrar barreiras financeiras na sua implementação, que de certo modo condicionarão a sua aplicabilidade. Assim, a maneira adoptada para tratar ou prevenir o *burnout* deverá ter em conta o interesse da organização pela monitorização do fenómeno e dos aspectos que poderão estar na sua génese, na situação particular daquela organização e na singularidade dos profissionais que lá trabalham.

2.1.6. *Burnout* nos profissionais de saúde/enfermagem

A maioria dos autores que se dedicam ao estudo do *burnout*, consideram esta síndrome como sendo característica das profissões de ajuda: aquelas cujo núcleo central é prestar serviços humanos directos e de grande importância para quem está dependente deles. É característico dos indivíduos que trabalham com pessoas (Maslach et al., 1996; Freudenberg, 1974).

A enfermagem foi classificada pela Health Education Authority como sendo a quarta profissão mais stressante no sector público, que vem tentando profissionalmente afirmar-se para obter maior reconhecimento social. Além disso, encontra dificuldades em delimitar os diferentes papéis da profissão e conseqüentemente, a falta de reconhecimento, elevando a despersonalização do indivíduo em relação ao seu trabalho (Jodas & Haddad, 2009).

Também a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999) tem alertado as autoridades governamentais para a gravidade que constitui o *burnout* nos serviços de saúde. Num relatório de 1999 sobre a prevenção primária dos problemas mentais, neurológicos e psicossociais é referido que de forma geral, dentro das diferentes categorias profissionais que exercem na área de prestação de cuidados de saúde, os sintomas de esgotamento emocional apresentam a frequência máxima nos enfermeiros.

O relacionamento directo com a doença, a dependência, a morte e principalmente o sofrimento crónico é esgotante para o profissional, uma vez que este relacionamento com o doente é assimétrico. O profissional dá e o doente recebe. Este relacionamento desigual pode, de alguma forma, explicar o esgotamento emocional a que alguns enfermeiros estão expostos (Sá, 2008).

O problema do stresse ocupacional em profissionais de saúde, nomeadamente em enfermeiros, tem sido um tema contemporâneo de debate e investigação. Assim, diversos estudos têm evidenciado que a enfermagem é uma classe profissional

particularmente exposta a elevados níveis de stresse. A escolha desta classe é justificada pela natureza dos serviços que prestam, dado que a qualidade e eficácia do serviço pode comprometer a saúde dos pacientes, e, contrariamente a outras profissões a tomada de decisão é particularmente decisiva nesta profissão, pois a opção por um procedimento e/ou tratamento errado pode não só piorar o estado de saúde do doente, como num caso limite levar á sua morte. Adicionalmente, também são considerados os perigos para a própria saúde do profissional, uma vez que algumas das patologias dos doentes são de natureza infecciosa, colocando desafios constantes e pressão no exercício da profissão (Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009).

Pereira, Rodrigues e Cunha (2010), num estudo que realizaram com enfermeiros que trabalham em oncologia verificaram também que os profissionais de saúde são efectivamente susceptíveis ao stresse.

O trabalho dos profissionais de ajuda, entre eles os enfermeiros, pressupõe três características fundamentais: grande esforço mental e físico, contínuas interrupções e reorganizações das tarefas com agravamento do nível de carga e esforço mental e o relacionamento com pessoas em circunstâncias de extrema ansiedade e sofrimento (Sá, 2008).

Segundo Pitta (1994), existem alguns aspectos no trabalho de turnos, sobretudo no nocturno, que trazem desordens na esfera biológica, psicológica e social destes trabalhadores e familiares, com prejuízo dos ritmos circadianos e um descompasso entre sincronizadores individuais e sociais. Além disso, o regime de turnos possibilita o duplo emprego, o que é uma prática comum entre os profissionais de enfermagem.

O trabalho por turnos é uma característica do exercício da enfermagem, sendo obrigatório, dado que a assistência é prestada durante as 24 horas do dia, nos 7 dias da semana, ininterruptamente. Esta condição obriga a que o profissional abdique de certos prazeres, como o convívio social e familiar em função da profissão.

Trabalhar com dor e sofrimento pode trazer graves problemas emocionais, o sofrimento do doente directa ou indirectamente afecta também os profissionais. As expectativas acerca dos resultados positivos no trabalho são também determinantes na tensão emocional. O sentimento de êxito e fracasso decorrente do exercício da profissão pode modelar a atitude o profissional para com o doente, e por outro lado a atitude do doente face ao serviço que lhe foi prestado, pode interferir na postura do profissional. Assim, se o doente não proporciona um feedback positivo ao profissional, pode estar a contribuir para a desumanização do profissional.

Segundo Benevides-Pereira (2002), além dos descritos, vários são os agentes stressores no trabalho de enfermagem, que podem ser agrupados relativamente:

- À organização no trabalho: conflito e ambiguidade de papéis, falta de participação nas decisões, trabalho nocturno, longas jornadas de trabalho, horários rotativos, número insuficiente de pessoal, recursos escassos, sobrecarga de trabalho, falta de treino e informação nas novas tecnologias, mudança constante de regras, excesso de burocracia, excesso de horas extras, clima tenso de trabalho;
- Ao convívio profissional: relacionamento muitas vezes conflituoso com a equipe médica, falta de apoio e/ou suporte social, falta de reconhecimento profissional, alta competitividade, pressão por maior produtividade, falta de confiança e companheirismo, pouco contacto com os demais integrantes da equipe;
- A agentes físicos: ambiente propício a riscos químicos (produto para desinfecção hospitalar, medicamentos, produtos de manutenção de equipamentos), biológicos (bactérias, fungos, vírus, etc.), físicos (ruídos, radiações, etc.), mecânicos (transporte e/ou movimentação e posicionamento de pacientes, acondicionamento e preparo de materiais e equipamentos), psicossociais (contacto com pacientes agitados, descontrolados, agressivos);
- À vida pessoal: turnos rotativos que dificultam a convivência social e familiar, dificuldade em conciliar o trabalho com actividades extra profissionais, inclusive de aperfeiçoamento e crescimento pessoal e profissional, conflito entre os valores pessoais e os laborais;
- À actividade profissional: interacção próxima com o paciente, atenção constante (quanto à administração de medicamentos, horário de procedimentos, etc.), contacto constante com o sofrimento, a dor e muitas vezes a morte, complexidade de alguns procedimentos, responsabilidade muitas vezes implicando manutenção da vida de outrem.

Independentemente da tipologia organizativa dos serviços ou das características dos doentes, estes agentes stressores são comuns à maior parte dos contextos da prestação de cuidados, contribuindo para a ocorrência de níveis elevados de *burnout*, colocando estes profissionais diante de uma situação contraditória: a possibilidade de adoecer enquanto cuidam da saúde dos outros.

2.2. Engagement

De seguida vamos descrever o conceito de *engagement* no trabalho, o desenvolvimento do Utrecht Work *Engagement* Scale (UWES), e os enfermeiros *engaged*.

2.2.1. Conceito de *engagement* no trabalho

Actualmente tem-se vindo a dar mais valor à psicologia positiva dentro do trabalho, ao ajuste e ao rendimento do ser humano no seu trabalho, do que propriamente às disfunções inerentes ao mesmo. Sendo o conceito de “*engagement*” o mais utilizado para definir uma forma de ver e avaliar os sucessos dos sujeitos, não se centralizando num objecto ou numa conduta, numa maneira de fazer. Refere-se, então, a um estado psicológico duradouro no tempo (Rodrigues e Barroso, 2008).

No seguimento da investigação sobre o *burnout*, surge o interesse no estudo de um fenómeno considerado como sendo o seu oposto. Surgindo assim duas escolas de pensamento distinto relativamente ao *engagement*:

- Maslach e Leiter (1997, como citado em Schaufeli &, Bakker 2006) atestam que *burnout* e *engagement* são pólos opostos de um contínuo, um negativo e um positivo respectivamente. Estas autoras definem o *burnout* em termos de exaustão, desumanização e reduzida eficácia profissional, e caracterizam o *engagement* por energia, envolvimento e eficácia. Por definição, estas três dimensões do *engagement* constituem o oposto das três correspondentes dimensões do *burnout*. Assim, baixos scores na escala de exaustão emocional e despersonalização e altos scores em realização pessoal é um indicativo de *engagement*.
- Schaufeli e Bakker (2009) definem *burnout* e *engagement* no trabalho como dois conceitos distintos que devem ser considerados de forma independente. Assim, *engagement* e *burnout* no trabalho aparecem como dois estados psicológicos opostos, onde um possui qualidades positivas e o outro qualidades negativas, e ambos necessitam ser considerados independentes um do outro. Isto significa que um individuo que não apresente *burnout* pode ter um score alto ou baixo de

engagement, e por outro lado, um individuo com *engagement* pode ter um score elevado ou baixo de *burnout*.

No ano de 2000, o conceito foi reforçado, passando a ser definido como uma construção motivadora positiva, relacionada com o trabalho (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró & Grau, 2000):

- Vigor, que corresponde à demonstração de altos níveis de energia, grande resistência mental e forte desejo de esforço e persistência face a realização das tarefas diárias.
- Dedicção, que é caracterizada pelo envolvimento no trabalho e implica elevados níveis de entusiasmo, inspiração, orgulho e desafio no trabalho.
- Absorção, que se caracteriza por uma elevada satisfação intrínseca, concentração e felicidade no trabalho, de tal forma que o trabalhador não se apercebe da passagem do tempo.

A dimensão dedicação acaba por ser muito próxima da motivação, ou do termo inglês “*Job involvement*”, que poderá ser traduzido, literalmente por “envolvimento no trabalho”. Refere-se especificamente à identificação do trabalhador com o trabalho que realiza, ao passo que a dedicação é algo mais, algo que passa a simples identificação (Kanungo, 1982; Lawler & Hall, 1970, como citado em Salanova et al., 2000).

A absorção é um conceito próximo do termo “*flow*”, que exhibe o estado de experiência óptima, caracterizado pela atenção focalizada, clareza mental, distorção do tempo, alegria e gozo na realização das tarefas (Csikszentmihalyi, 1990). No entanto este conceito de “*flow*” refere-se a uma experiência temporal e não tanto como um estado mais persistente no tempo.

Mais do que um estado específico e temporal, o *engagement* refere-se a um estado cognitivo-afectivo mais persistente no tempo, que não está focalizado sobre um objecto ou conduta específica. Caracteriza-se pelo emprego de altos níveis de energia quando se trabalha (Strumpfer, 2003, como citado em Rodrigues & Barroso, 2008).

O *engagement* no trabalho é definido como:

“um estado positivo da mente, realizador e relacionado ao trabalho que é caracterizado pelo vigor, dedicação e absorção. Mais do que um estado momentâneo e específico, o engagement refere-se a um estado mais

persistente e afetivo-cognitivo que não é focado em um objecto, evento, indivíduo ou comportamento específico. O vigor caracteriza-se pelos altos níveis de energia e resiliência mental enquanto trabalha, vontade de investir no trabalho, e persistência em situações de dificuldade. A dedicação refere-se a estar fortemente envolvido em seu trabalho e experienciar um senso de significância, entusiasmo inspiração, orgulho e desafio. Absorção é caracterizada como estar completamente concentrado e envolvido em seu trabalho, sendo que o tempo passa rapidamente e o indivíduo possui dificuldade em desapegar-se de seu trabalho.”

(Schaufeli, Salanova, González-Romá & Bakker, 2001 pág. 74)

Este conceito surge também como um dos indicadores de uma vida saudável, em relação ao trabalho. Os trabalhadores que obtêm resultados elevados nas escalas que avaliam o *engagement* têm uma energia muito positiva e estão perfeitamente integrados e motivados com a profissão que desempenham, sentindo-se competentes para resolverem problemas que podem surgir no âmbito do seu trabalho (Rodrigues & Barroso, 2008).

2.2.2. Desenvolvimento do Utrecht Work Engagement Scale (UWES)

Originalmente, o UWES era composto por 24 itens, dos quais 9 correspondiam ao vigor, e 8 correspondiam à dedicação e a sua maior parte consistia em frases do MBI reescritas de forma positiva. Após uma avaliação psicométrica em duas amostras diferentes de trabalhadores e estudantes, 7 itens revelaram-se inconsistentes e foram eliminados, sobrando 17 itens: 6 itens de vigor, 5 de dedicação e 6 de absorção (Schaufeli, Salanova, González-Romá & Bakker, 2002).

O UWES foi assim desenvolvido e inclui os três aspectos constituintes do *engagement* no trabalho (Schaufeli & Bakker, 2009):

- Vigor:
 - Em meu trabalho, sinto-me repleto (cheio) de energia.
 - No trabalho, sinto-me com força e vigor (vitalidade).
 - Quando me levanto pela manhã, tenho vontade de ir trabalhar.
 - Posso continuar trabalhando por longos períodos de tempo.
 - Em meu trabalho, sou uma pessoa mentalmente resiliente (versátil).
 - No trabalho, sou persistente mesmo quando as coisas não vão bem.

Indivíduos que apresentem valores elevados em vigor geralmente possuem muita energia quando trabalham, por outro lado, aqueles que apresentam baixos níveis em vigor possuem menos.

- Dedicção:
 - Eu acho que o trabalho que realizo é cheio de significado e propósito.
 - Estou entusiasmado com o meu trabalho.
 - Meu trabalho me inspira.
 - Estou orgulhoso com o trabalho que realizo.
 - Para mim meu trabalho é desafiador.

Aqueles que apresentam valores elevados na dedicação identificam-se fortemente com o seu trabalho porque a experiência é significativa, inspiradora e desafiadora. Além disso, geralmente sentem-se entusiasmados e orgulhosos em relação ao seu trabalho. Aqueles que apresentam baixos valores não se identificam com o seu trabalho porque eles não o experienciam como significativo, inspirador ou desafiador, e não sentem-se nem entusiasmados nem orgulhosos em relação ao trabalho.

- Absorção:
 - O “tempo voa” quando estou trabalhando.
 - Quando estou trabalhando, esqueço tudo o que se passa ao meu redor.
 - Sinto-me feliz quando trabalho intensamente.
 - Sinto-me envolvido com o trabalho que faço.
 - “Deixo-me levar” pelo meu trabalho.
 - É difícil desligar-me do trabalho.

Indivíduos que apresentam altos valores em absorção sentem que estão geralmente envolvidos e imersos no seu trabalho, e têm dificuldades em desapegar-se dele. Consequentemente, tudo ao redor é esquecido e o tempo parece voar. Aqueles que apresentam baixos scores de absorção não se sentem envolvidos ou imersos no trabalho, não apresentam dificuldades em desapegarem-se, nem de se esquecerem de tudo ao seu redor (Schaufeli & Bakker, 2003).

Resultados psicométricos confirmam a validade factorial do UWES, tal como esperado, o UWES consiste em três escalas que são altamente relacionadas. Além disso, este padrão de relacionamento é observado entre amostras de diferentes países, o que confirma a validade entre países no que se refere à estrutura de três factores, mostrando que o *engagement* é um constructo que consiste em três aspectos intimamente

relacionados que são medidos por três escalas internas consistentes (Schaufeli & Bakker, 2003).

2.2.3. Enfermeiros *Engaged*

O *engagement* é o resultado natural de emoções e atitudes positivas (Quick, Little & Nelson, 2009), os trabalhadores experimentam este estado ou sentimento quando estão totalmente envolvidos nas suas tarefas diárias, e sentem-se capazes de lidar de forma satisfatória com as exigências do seu trabalho (Lisbona, Francisco & Francisco, 2009).

Schaufeli e Salanova (2007) caracterizam os trabalhadores *engaged* por um senso de energia e eficácia associadas às suas actividades no trabalho, achando-se capazes de lidar com as exigências do trabalho. São agentes activos que tomam a iniciativa no trabalho, tentam olhar para novas mudanças no trabalho, e quando não sentem a mudança preferem mudar de trabalho, adaptando-se rapidamente a novas situações; são indivíduos cujo envolvimento no trabalho se traduz por um elevado nível de qualidade, o qual é normalmente provocado pelo feedback positivo dos supervisores e da organização através de promoções, salários atractivos, e satisfação profissional, e também pelos clientes; são indivíduos que utilizam estratégias de coping eficazes e que trabalham arduamente pois consideram o trabalho agradável, valorizam os aspectos interpessoais e intrínsecos do trabalho e os recursos do mesmo; são caracterizados por níveis elevados de neuroticismo em combinação com elevados níveis de extroversão; e, são indivíduos que apresentam uma boa saúde mental e psicossomática, exibindo também comportamentos proactivos e de motivação no trabalho (Salanova & Schaufeli, 2008).

Considerando todas estas características dos trabalhadores *engaged*, abordar este conceito no trabalho dos enfermeiros é uma mais-valia, já que o *engagement* no trabalho promove determinados benefícios (Schaufeli & Salanova, 2007):

- A nível individual: promove atitudes positivas relativas ao trabalho; tem demonstrado ter um papel importante para a saúde dos trabalhadores; proporciona emoções positivas; aumenta a motivação intrínseca e a aquisição de certos recursos do trabalho e pessoais, particularmente a auto-eficácia; leva a uma maior identificação do indivíduo com o seu trabalho; provoca comportamentos extra-papel positivos e um bom desempenho.

- A nível organizacional: permite compreender certos comportamentos organizacionais positivos; direcciona as políticas de gestão de recursos humanos; e, está também relacionado com determinados resultados positivos no trabalho que contribuem para o sucesso organizacional, como sejam, a elevada qualidade de desempenho, o baixo absentismo, o *commitment* organizacional (Bakker, Hakanen, Demerouti & Xanthopoulou, 2007), a satisfação e lealdade do cliente, a produtividade, o baixo turnover e segurança (Harter, Schmidt & Hayes, 2002).

2.3. *Savoring*

De seguida vamos proceder à descrição do conceito de *savoring*, do modelo de *savoring* de Bryant e Veroff, das experiências de *savoring*, dos processos de *savoring*, das estratégias de *savoring*, do Ways of *Savoring* Checklist (WOSC), e da relação entre estratégias de *savoring* e o tipo de avaliação sobre o acontecimento.

2.3.1. O conceito de *Savoring*

Com o intuito de compreender melhor a estrutura do modelo de *savoring*, e uma vez que não é fácil encontrar na língua portuguesa uma palavra que traduza na globalidade este conceito, vai-se defini-lo de acordo com o proposto por Bryant e Veroff (2007).

Deve-se a estes autores uma conceptualização mais aprofundada do conceito, a qual inclui esforços de operacionalização e estudos empíricos exploratórios, onde conceptualizaram o *savoring* como o equivalente positivo do coping.

Segundo estes autores o termo *savoring* vem do Latim “sapere”, que significa conhecer. Assim, o *savoring* é uma forma de conhecimento, mais concretamente o conhecimento que se adquire sobre os acontecimentos positivos da vida. Diz respeito ao processo através do qual as pessoas promovem, apreciam, valorizam e potenciam as experiências emocionais positivas. É um processo que engloba, também, a natureza dinâmica interactiva e transaccional das emoções positivas, bem como a interacção entre a pessoa e o seu ambiente.

Savoring é, assim, a capacidade para assistir, apreciar e valorizar experiências emocionais positivas, que envolvem o sentido de imediato, preocupações motivacionais, bem como atenção e consciência da experiência. Os autores chamam a estas capacidades, *savor* (capacidade de desfrutar), e ao processo subjacente às mesmas, *savoring* (Bryant e Veroff, 2007).

Existe uma grande variedade de situações em que as pessoas podem desfrutar, como por exemplo: comer e beber; amor e sexo; desportos e exercício. Algumas destas experiências detêm alguma espontaneidade, enquanto outras, podem ser planeadas (Bryant & Veroff, 2007).

A experiência envolve um padrão de estímulos sensoriais ou cognitivos, que por um lado, são suficientemente conscientes para estarmos atentos a eles e por outro, são suficientemente agradáveis para serem codificados como uma experiência positiva. De acordo com este parecer, os autores destacam três pré-requisitos para o *savoring*: o sentido do aqui e agora, o sentimento de liberdade em relação a necessidades, motivações sociais e de estima e a focalização da atenção na experiência positiva.

2.3.2. O Modelo de *Savoring* de Bryant e Veroff

O modelo conceptual do *savoring* de Bryant e Veroff (2007) equaciona três termos conceptuais, interrelacionados entre si, que são: as experiências de *savoring*, o processo de *savoring* e as respostas de *savoring*.

Num estado mais amplo, as experiências de *savoring* representam a totalidade das sensações, percepções, pensamentos, comportamentos e emoções da pessoa quando dedica atenção a estímulos, ou acontecimentos positivos, simultaneamente aos aspectos ambientais em que está rodeado. Num estado intermédio, o processo de *savoring* é uma sequência de operações mentais ou físicas que se prolongam ao longo do tempo e transformam um estímulo ou acontecimento positivo, em sentimentos positivos. Para finalizar, uma resposta de *savoring* é um pensamento ou comportamento específico, que a pessoa utiliza na reacção a um estímulo, resultado ou acontecimento positivo (Bryant & Veroff, 2007).

Os autores consideram que, a ocorrência dos processos de *savoring* assentam em três pressupostos fundamentais: (1) a existência de uma atenção consciente e centrada na experiência; (2) um sentido do imediato, de alguma coisa que acontece aqui e agora; (3) e, a libertação das necessidades sociais e de estima (como motivações e preocupações maiores).

2.3.2.1. As experiências de *Savoring*

Bryant e Veroff (2007) sugerem que, para além das experiências sensoriais que se podem vivenciar, pode-se desfrutar um estado psicológico, sem que haja ligação directa a um dos sentidos. Logo, podem existir várias associações cognitivas quando se experimenta um acontecimento sensorial. Por exemplo, uma pessoa ao apreciar a beleza

de um quadro pode fazê-lo devido a sentimentos invocados pelas imagens visuais da pintura, mas pode também fazê-lo recorrendo a outras associações cognitivas que o quadro desperte.

No entanto, também se pode apreciar algo sem nenhuma característica sensorial, como o prazer de ler um melodrama de suspense, ou as experiências simultâneas vivenciadas numa reunião familiar.

Os autores além da variedade de experiências que podem ser desfrutadas (sabor) referem certos aspectos que influenciam a intensidade com que é vivenciado o prazer de um acontecimento positivo, e a atenção em relação aos afectos positivos. Sendo esta intensidade influenciada pela duração da experiência, pela capacidade de minimizar o stress da experiência e pela sua complexidade. Por outro lado, a atenção em relação aos afectos positivos, podem ser influenciados: pelo peso referente a outras situações, pela atenção a novas situações, a situações desafiantes e incertas, pela personalidade, e pelas experiências doces/amargas.

A experiência de *savoring* pode ser sentida fora de nós mesmos (*savoring* centrado no mundo), mas também pode ser centrada em pensamentos, sentimentos ou sensações internas (*savoring* centrado no self).

2.3.2.2. Os processos de *Savoring*

Bryant e Veroff (2007) relativamente aos processos de *savoring* referem que é necessário a presença de um tipo específico de consciência, identificada a partir das capacidades individuais para contar a experiência positiva que foi desfrutada.

Nos processos de *savoring*, as pessoas centram a sua atenção na experiência subjectiva, permitindo que cada uma considere a sua experiência como sendo mais do que os seus sentimentos impulsivos e sensações.

Assim, os autores definiram quatro processos de *savoring*:

- Agradecimento (*thanksgiving*): experiência ou reconhecimento de gratidão por bênçãos, presentes ou favores;
- Admiração (*marveling*): ser afectado por uma surpresa de um estímulo externo, perdendo a noção do self e do tempo;
- Deleitamento (*basking*): receber um elogio ou congratulação do self ou dos outros;

- Encantamento (*luxuriating*): sentir-se satisfeito com os prazeres das sensações físicas.

Esta definição tem por base o tipo de reflexão que uma pessoa faz sobre a experiência positiva: reflexão cognitiva e a absorção experiencial. A estas duas, associam-se dois tipos de experiências de *savoring*, respectivamente aqueles que envolvem a elaboração mental e aqueles que se centram no comportamento sem reflexão cognitiva.

Os processos de *savoring* referentes ao agradecimento e ao deleitamento envolvem principalmente a reflexão cognitiva, enquanto os processos de admiração e encantamento envolvem a absorção experiencial. O centro da atenção é centrado no self para o agradecimento e para a admiração, e centrado no mundo para o deleitamento e para o encantamento. Associada a esta classificação, estão quatro sentimentos dominantes: gratidão, surpresa, orgulho e prazer físico.

Estes quatro processos de *savoring* diferem consoante a facilidade que detêm em se manter ao longo do tempo. Neste sentido, é mais fácil prolongar a reflexão cognitiva do que a absorção experiencial, devido à habituação física. Por outro lado, o tempo em que ocorre a experiência afectiva em relação aos estímulos positivos, também varia ao longo dos quatro processos de *savoring*. Assim, a admiração e o encantamento baseiam-se no presente e nos estímulos positivos, ou no momento da ocorrência de um acontecimento, enquanto o agradecimento e o deleitamento ocorrem após um acontecimento positivo.

Bryant e Veroff (2007) sugerem também, que cada um dos processos de *savoring* tem uma forma negativa, correspondente aos processos que regulam as experiências negativas. Quando um processo negativo domina o centro de atenção de uma pessoa, deixa-a com menos recursos para os processos de *savoring*. Assim, de forma a maximizar os processos de *savoring* deve-se desactivar os processos negativos para que os recursos da atenção sejam libertos e possam ser canalizados para os processos de *savoring*.

2.3.2.3. As estratégias de *Savoring*

Embora possam existir um número ilimitado de acontecimentos que podem ser desfrutados, Bryant e Veroff (2007), consideram que existe um número limitado de respostas de *savoring* envolvidas neste seguimento. Na maior parte das vezes, estas

estratégias são utilizadas automaticamente, só se toma consciência da sua existência quando já estão em uso, podendo ser utilizadas várias em simultâneo. As pessoas podem parar ou prolongar algo que estejam a fazer, podem andar mais calmamente, podem recordar algo que aconteceu ou podem-se obrigar a desempenhar tarefas mais devagar.

Os autores, identificaram um conjunto de pensamentos e comportamentos específicos em resposta a acontecimentos geradores de experiências emocionais positivas. Esse conjunto distribui-se por 10 dimensões:

- Partilha com os outros: procurar outras pessoas para partilhar a experiência positiva, enfatizando como é importante o momento;
- Construção de memória: identificação de características situacionais agradáveis no decorrer do acontecimento positivo, e guardar lembranças através de “fotografias mentais” que podem ser posteriormente recordadas;
- Auto congratulação: exaltação de elogios sobre si próprio, auto-satisfação na resposta aos acontecimentos positivos;
- Intensificação sensorial-perceptiva: intensificar o momento focando-se em determinados estímulos e bloqueando outros;
- Comparação: relacionar acontecimentos positivos ou outros passados de forma selectiva nas comparações descendentes, temporais e contra factuais;
- Absorção: fuga deliberada da reflexão cognitiva e da associação intelectual para focalização apenas na experiência do acontecimento positivo que está a decorrer;
- Comportamento manifesto: resposta puramente comportamental que inclui manifestações físicas de sentimentos;
- Consciência temporal: tomada de consciência da passagem do tempo, e desejo de que o momento dure para sempre;
- Percepção de benefícios: sentimento de gratidão sobre a fonte da experiência positiva;
- Pensamento desmancha prazer (Kill joy): pensamentos que diminuem a cognição e interfere negativamente na experiência de *savoring*.

Existem dois tipos de estratégias para acentuar o *savoring* que se encontram francamente relacionadas, nomeadamente bloquear a interferência de estímulos e focar a atenção no estímulo.

A construção de memória, a auto-congratulação, a intensificação sensorial-perceptiva, a comparação, a consciência temporal e a percepção de benefícios são estratégias de

savoring que parecem ser primariamente respostas cognitivas a acontecimentos positivos. Estas dimensões particulares de *savoring* envolvem o uso activo da própria mente para construir memórias, admirar o self, concentrar-se nos próprios sentidos, avaliar as diferenças comparativas, reflectir temporalmente ou identificar experiências positivas da própria vida. O pensamento desmancha prazer, é também uma estratégia cognitiva, contudo trata-se duma resposta negativa que interfere com o processo de *savoring*.

Por outro lado, o comportamento manifesto, o partilhar com os outros e a absorção são dimensões essencialmente do foro comportamental que envolvem a expressão física ou interpessoal de sentimentos positivos (Bryant & Veroff, 2007).

Antecipar experiências de *savoring* futuras é outra maneira de reforçar os processos de *savoring* no presente, e por outro lado, pensar no passado no passado também pode potenciar o que se está a desfrutar no presente.

O *savoring* possui, então, três funções básicas:

- Prolongar a experiência, através da utilização de estratégias que alargam o impacto de eventos de curta duração na consciência das pessoas;
- Intensificar a experiência no momento em que está a ocorrer, recorrendo a dois tipos de estratégias para intensificar o *savoring*, nomeadamente, o bloqueio da interferência de estímulos e foco da atenção no estímulo;
- Promover o *savoring*, que diz respeito às estratégias utilizadas para promover o *savoring* quando as pessoas não experimentam sentimentos positivos, mas pretendem fazê-lo (Bryant & Veroff, 2007).

2.3.2.4. Ways of Savoring Checklist (WOSC)

Bryant e Veroff (2007) desenvolveram um instrumento designado por *Ways of Savoring Checklist (WOSC)* que avalia pensamentos e comportamentos específicos em resposta a acontecimentos geradores de experiências emocionais positivas. Neste questionário foram identificadas as 10 dimensões básicas de estratégias de *savoring*, nomeadamente:

- Partilha com os outros:
 - Pensei partilhar estas recordações mais tarde com outras pessoas.
 - Procurei outras pessoas para partilhar esta experiência/acontecimento com elas.

- Disse a outras pessoas presentes quanto valorizava esse momento (e o facto de estarem ali a partilhá-lo comigo).
- Procurei passar tempo com pessoas que sabem divertir-se.
- Expressei fisicamente os meus sentimentos aos outros (abraçando-os e tocando-lhes).
- Falei com outra pessoa sobre como me sentia bem.
- Construção de memória:
 - Tentei absorver todas as características sensoriais (imagens, sons, cheiros, etc.) da experiência/acontecimento.
 - Pensei para mim próprio(a) como iria recordar esta experiência/acontecimento mais tarde.
 - Reflecti intencionalmente sobre a experiência/acontecimento – dei atenção aos pormenores, tentei memorizá-los, fiz comparações.
 - Identifiquei aspectos específicos da situação – tentei perceber exactamente do que estava a gostar e dei atenção explicitamente a cada um desses aspectos.
 - Fiz fotografias mentais.
 - Tentei memorizar o que me rodeava.
 - Fotografei com uma máquina para capturar a experiência/acontecimento.
- Auto-congratulação:
 - Pensei: “há quanto tempo eu esperava que isto acontecesse.”
 - Pensei como esta experiência/acontecimento era um alívio para mim.
 - Disse para mim próprio(a) como estava orgulhoso(a).
 - Pensei para comigo como os outros deviam estar impressionados.
 - Pensei como esta experiência/acontecimento era um triunfo.
 - Disse para comigo por que razão merecia esta experiência/acontecimento positivo.
 - Pensei em como me estava a divertir.
- Comparação;
 - Pensei em acontecimentos passados que conduziram a esta experiência/acontecimento – numa altura em que ela ainda não tinha ocorrido e eu a desejava.
 - Pensei em várias maneiras disto ter corrido pior.
 - Concentrei-me no futuro – no momento em que esta experiência/acontecimento positivo já teria terminado.
 - Lembrei-me que os outros envolvidos no acontecimento/experiência também deviam estar a pensar e a sentir-se da mesma forma.

- Comparei-me com os outros (perguntei a mim mesmo(a) “Estou a gozar este momento tanto quanto eles?”).
- Relacionei este acontecimento com outros acontecimentos positivos passados e recordei-os.
- Pensei em como as coisas poderiam nunca mais voltar a ser tão boas.
- Intensificação sensorial-perceptiva:
 - Tentei concentrar-me especificamente em alguns aspectos sensoriais (imagens, sons, cheiros, etc.) -(provavelmente não prestando atenção a outros).
 - Abri bem os meus olhos e inspirei fundo – tentei ficar mais atento(a).
 - Tentei abrandar e andar mais devagar (numa tentativa de parar ou abrandar o tempo).
 - Concentrei-me e evitei as distrações; intensifiquei um sentido, bloqueando outros.
- Absorção:
 - Pensei apenas sobre o presente – fiquei absorvido(a) pelo momento.
 - Fechei os olhos, relaxei e aproveitei o momento.
 - Forcei-me a descontrair de forma a ficar mais absorvido(a) pela experiência/acontecimento.
 - Limitei-me a viver a experiência/acontecimento um momento de cada vez e tentei não antecipar muito o que viria a seguir.
- Comportamento manifesto:
 - Dei saltos, corri de um lado para o outro ou mostrei outras manifestações físicas de energia.
 - Ri ou sorri.
 - Tentei apressar-me e andar mais rapidamente.
 - Suspirei ou produzi outros sons de apreço para me ajudarem a saborear o momento (por exemplo, disse mmm, aahh, cantarolei, assobie).
 - Gritei ou produzi outras expressões verbais de entusiasmo.
 - Toquei em mim – esfreguei a barriga, bati palmas, etc.
- Consciência temporal:
 - Lembrei-me como esta experiência/acontecimento era passageiro – pensei que iria acabar.
 - Pensei em como gostaria que este momento durasse – lembrei-me que tinha de o gozar porque em breve acabaria.
 - Lembrei-me que em breve tudo estaria acabado.

- Lembrei-me que nada dura para sempre e portanto devia gozar aquele momento nessa altura.
- Pensei em como o tempo estava a passar tão depressa.
- Percepção de benefícios:
 - Pensei para mim próprio(a) como tinha sorte por me estar a acontecer esta experiência/acometimento positivo.
 - Pensei em como sou uma pessoa de sorte a quem aconteceram tantas coisas boas.
 - Rezei para agradecer a minha boa sorte.
- Pensamento desmancha prazer:
 - Disse a mim mesmo(a) por que razão não merecia que me acontecesse uma experiência/acometimento tão positivo.
 - Pensei em várias maneiras disto ter corrido melhor.
 - Contive-me e inibi os meus sentimentos [fiquei mais tenso(a)].
 - Disse para comigo que a experiência/acometimento não era tão positiva como eu tinha esperado.
 - Lembrei-me de outros lugares onde deveria estar ou de outras coisas que deveria estar a fazer.
 - Pensei sobre outras coisas por resolver, problemas e preocupações que ainda teria que enfrentar.
 - Pensei em coisas que me faziam sentir culpado(a).

2.3.3. Relação entre estratégias de *Savoring* e o tipo de avaliação sobre o acontecimento

Através de estudos realizados com diferentes amostras e diferentes experiências positivas, Bryant e Veroff (2007) encontraram relações entre o tipo de estratégias de *savoring* e a avaliação cognitiva que uma pessoa faz em relação a um acontecimento positivo:

- Quanto mais responsável a pessoa se sente pelo acontecimento positivo, mais recorre ao uso da auto-congratulação;
- Quanto mais a pessoa acredita que os outros são responsáveis pelo acontecimento positivo, mais ela recorre ao uso da partilha com os outros e ao comportamento manifesto;

- Quanto mais o acontecimento positivo é percebido como raro, mais a pessoa recorre ao uso da construção de memórias e à consciência temporal;
- Quanto mais tempo dura o acontecimento positivo, mais a pessoa recorre à absorção e à intensificação sensorial perceptiva;
- Quanto mais desejável é o acontecimento positivo e quanto mais as pessoas desejam que aconteça, mais recorrem ao uso da percepção de benefícios.

Um estudo realizado por Leitão (2010) que visou explorar a relação entre as estratégias de *savoring* e o *engagement* profissional em 120 trabalhadores temporários, operadores de call center na área de Lisboa, quando moderados pelos eventos positivos. Os resultados obtidos demonstraram que os eventos positivos relacionados com as práticas de recursos humanos moderam a associação entre as estratégias de *savoring*: comparação e auto-congratulação, e os níveis de *engagement*

Carvalho (2009), num estudo que realizou com 285 alunos do ensino secundário, cujo objectivo centrava-se em explorar as relações existentes entre as crenças e as estratégias de *savoring* e o nível de bem-estar nos adolescentes, encontrou nos resultados o efeito indirecto, positivo e significativo, da crença relativa à capacidade para desfrutar um acontecimento positivo no bem-estar através da estratégia de partilha com os outros.

2.4. Considerações gerais

A bibliografia consultada anteriormente é universal ao considerar a síndrome de *burnout* como um processo resultante da exposição prolongada a stresse ocupacional crónico, sendo fortemente associado a profissões de ajuda como é o caso da enfermagem.

Aparece consensualmente caracterizada como um processo definido por exaustão emocional elevada, despersonalização elevada e diminuição da realização pessoal dos profissionais acometidos.

Assim, estudar a manifestação do stresse ocupacional entre enfermeiros permite compreender e elucidar alguns problemas relacionados com a insatisfação profissional, a produtividade do trabalho, o absentéismo, os acidentes de trabalho e algumas doenças ocupacionais, além de permitir a proposição de intervenções e busca de soluções, que visam a preservação da saúde mental do indivíduo.

Uma estratégia de prevenção de *burnout* poderá passar pelo reforço do *engagement*, por ser um indicador de bem-estar, e por ser o oposto do *burnout*, e pelo reforço do *savoring*, através de estratégias que amplificam experiências positivas da nossa vida.

Abordar o *engagement* no trabalho dos enfermeiros é uma mais-valia, uma vez que promove determinados benefícios a nível individual e organizacional, bem como o estudo do *savoring* visto que o controlo das experiências positivas e o envolvimento activo na vida com prazer, desempenham um papel importante na promoção da saúde e bem-estar.

O nosso interesse no estudo centra-se em estudar como os conceitos se associam entre si, e de seguida apresentamos as opções metodológicas realizadas de forma a levar a investigação a bom porto.

3. Metodologia

Sendo a metodologia o “conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, 1999, p. 372), no decurso da investigação houve a necessidade de determinar métodos e técnicas a utilizar de forma a obter respostas coerentes com a inquietação. Neste ponto, procedemos à descrição e justificação das opções metodológicas, fazendo referência ao tipo de estudo, ao problema, questão e hipóteses de investigação, à caracterização da amostra, aos instrumentos de colheitas de dados, aos procedimentos ético-legais e ao tratamento estatístico dos dados.

3.1. Tipo de estudo

Durante o planeamento do processo de investigação, o investigador deve optar pelo tipo de estudo que melhor se adequa à elaboração da resposta à questão de investigação.

Citando Fortin (1999, p. 18), a investigação consiste “*em alargar o campo dos conhecimentos na disciplina a que diz respeito e a facilitar o desenvolvimento deste como ciência*”. Assim, e segundo a mesma, a investigação “*é um meio de demonstrar o campo de acção e de conhecimento de uma profissão*”.

Existem vários tipos de estudo que podem ser realizados de forma a levar a bom porto uma investigação. Segundo Fortin (1999, p. 133) “*O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade.*”

Nesta perspectiva, esta investigação foi desenhada segundo a lógica de um estudo de carácter transversal, quantitativo e correlacional. Estudamos uma realidade num dado momento e usamos medidas e análises numéricas com o objectivo de conhecer as relações entre conceitos. Estes estudos procuram verificar a existência de relação entre duas ou mais variáveis, não estabelecendo uma relação “causa-efeito” entre as mesmas (Tuckman, 2000). A escolha do método de investigação é sustentada pelos objectivos do presente estudo, ou seja, a análise do *burnout* sob influência do *engagement* e *savoring* em equipas de enfermagem. Assim, este estudo integra a análise da variação do *burnout* como variável dependente, supostamente influenciada pelas variáveis independente: o *engagement* e o *savoring*.

Analizamos também a associação da nossa variável dependente segundo os factores sociodemográficos e organizacionais como variáveis independentes.

Tentámos escolher as medidas de análise para o estudo de verificação das nossas hipóteses, tentando cumprir os pressupostos de cada análise estatística, de acordo com a distribuição dos dados analisados.

3.2. Problema, Questão e Hipóteses de Investigação

No seguimento da revisão bibliografia efectuada e descrita anteriormente concluímos que o cuidar de pessoas exige tensão emocional constante, atenção permanente, bem como grande sentido de responsabilidade em cada gesto no trabalho. Surgindo assim o *Burnout* como uma reacção a esta tensão emocional crónica (Costa, 2003), sendo frequentemente associado a consequências negativas para a organização laboral, tais como o aumento do absentismo, a diminuição do compromisso para com a organização e a baixa de produtividade (Polido, Vieira & Carvalho, 2010).

Por outro lado, adoptando como ponto de partida uma abordagem sustentada pela psicologia positiva, e numa tentativa de maximizar ao máximo os recursos individuais de cada um, surge o *engagement* na actividade profissional que aliado ao *savoring*, torna-se uma possível direcção a seguir na promoção do bem-estar pessoal e profissional. Assim o *engagement* é descrito como um importante indicador de bem-estar, e como o outro lado da medalha na abordagem ao *Burnout* (Polido *et al*, 2010).

Enquanto profissional, em contacto com o mundo do trabalho, sentimos interesse no aprofundamento do conhecimento sobre as implicações do exercício de enfermagem para o profissional e a forma como outros conceitos descritos na bibliografia internacional se lhe associam. Assim propusemo-nos desenvolver um estudo que visa acima de tudo conhecer a associação entre: *Burnout*, *Engagement* e *Savoring*.

A questão de investigação, é uma das partes fulcrais de um estudo, devendo ser “*enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa de conceitos-chave, especifica e população alvo e sugere uma investigação empírica.*” (Fortin, 1999, p. 51).

Este estudo foi conduzido por uma questão orientadora ou questão de investigação: “Será o *Savoring* uma forma de promoção do *engagement* e consequentemente protector do *Burnout*?”

Delineámos algumas hipóteses que podem ser entendidas como um “*enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis (...) combina o problema e o objectivo numa explicação ou predição clara dos resultados esperados no estudo*” (Fortin, 1999, p.102), é o enunciado das relações e/ou correlações que se pretendem testar durante a investigação.

Desta forma para responder à pergunta de investigação, traçaram-se as seguintes hipóteses:

- O *Savoring* promove o *engagement*;
- O *Savoring* protege do *burnout*;
- O *engagement* protege os profissionais do *burnout*.
 - O aumento do *engagement* está associado à diminuição da Exaustão emocional;
 - O aumento do *engagement* está associado à diminuição da Despersonalização;
 - O aumento do *engagement* está associado ao aumento da Realização Pessoal;
- As características Socio-demográficas e organizacionais estão associadas ao *burnout*
 - O *burnout* é mais frequente nos serviços de urgência.

3.3. Selecção e caracterização da amostra

A população ou universo é “o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação” (Fortin, 1999, p. 373). É o conjunto de seres animados ou inanimados que representam pelo menos uma característica comum, dependendo do assunto a ser estudado (Marconi & Lakatos, 1999). A população agrupa assim todos os elementos (pessoas, grupos, objectos) com características comuns e que são definidos pelos critérios estabelecidos para o estudo. Assim, foi escolhida como população para o estudo os enfermeiros dos serviços de urgência e medicina do Hospital Infante D. Pedro (HIP) – Aveiro.

A escolha deste hospital prende-se com o facto de ser o hospital da minha área de residência, e também por ser aquele que espero um dia vir a exercer funções.

A população particular ou alvo é aquela a que será submetida ao estudo, isto é, “a população para o qual serão generalizados os resultados de uma investigação obtidos a partir de uma amostra” (Fortin, 1999, p. 373).

Depois de definida a população procedeu-se à selecção dos participantes no estudo. O procedimento que conduz à selecção de uma parte ou subconjunto de uma dada população intitula-se de amostragem, podendo ser classificada como “uma réplica em

miniatura da população alvo (Fortin, 1999, p. 202). Neste estudo optámos por uma modalidade de amostragem por conveniência.

Nestes serviços trabalham 146 enfermeiros, e obtivemos uma taxa de resposta de 57,5%. No total, participaram no presente estudo 126 enfermeiros de 6 serviços do Hospital Infante D. Pedro. Dos 126 questionários recolhidos, foram eliminados 30, por se encontrarem muito incompletos ou pelo facto dos dados serem inconsistentes, e 12 por estarem em branco. Assim, a amostra do estudo é constituída por 84 sujeitos, cujas características sócio-demográficas se apresentam de seguida.

A amostra ficou assim constituída por 84 enfermeiros de seis serviços do HIP, sendo que, 24 pertencem ao Serviço de Urgência Geral (28,6%), 12 pertencem ao Serviço de Urgência Pediátrica (14,3%), 13 pertencem ao Serviço de Urgência de Observação (15,5%), 15 pertencem ao Serviço de Medicina I (17,9%), 10 pertencem ao Serviço de Medicina II (11,9%), e 10 pertencem ao Serviço de Medicina III (11,9%).

Da amostra considerada, 63 são do género feminino (75%), e 21 do género masculino (25%), com idades compreendidas entre 24 e 61 anos de idade ($M=33$; $DP=8,7$). Em termos de habilitações académicas, 56 enfermeiros possuem o bacharelato/licenciatura (69,1%), 9 enfermeiros possuem a pós-graduação (11,1%), 9 enfermeiros possuem a especialidade (11,1%), 6 enfermeiros possuem o mestrado, e 1 enfermeiro possui o doutoramento (1,2%). No que se refere ao estado civil, 41 enfermeiros são casados (51,0%), 30 enfermeiros são solteiros (37,0%) e 10 são divorciados (12,0%). Relativamente ao número de filhos, 47 dos enfermeiros não tem filhos (58,0%), 23 dos enfermeiros têm um filho (28,4%), 10 dos enfermeiros tem dois filhos (12,3%), e 1 enfermeiro tem três filhos (1,2%). Uma percentagem muito elevada dos enfermeiros tem um contrato de trabalho efectivo (92,6%) e apenas (7,4%) se encontram na situação de contratados a prazo. O tempo na instituição varia entre 1 ano e 35 anos de serviço ($M=9,2$; $DP=8,0$) (Anexo I).

3.4. Instrumento de recolha de dados

Neste tópico descrevemos a forma como elaborámos o instrumento que serviu de base à recolha de dados. Apresentamos também as propriedades psicométricas das escalas de avaliação dos conceitos.

O instrumento de recolha de informação é “o *utensílio utilizado pelo investigador para recolher a informação válida e pertinente à realização do trabalho de pesquisa*” (Gil, 1989, p. 91).

A colheita de dados pode ocorrer de diversas maneiras e, de acordo com Fortin (1999, p. 240) “*cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objectivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas*”.

Tendo em conta o tipo de estudo, bem como o campo em que o trabalho se iria desenvolver, os participantes, os recursos disponíveis, as metodologias utilizadas e, ponderando ainda a opinião de outros autores que dizem que, qualquer que seja a técnica de recolha, esta deve possibilitar uma compilação de dados tanto quanto “*possível em profundidade e em consonância com os objectivos e suporte teórico utilizado*” (Martins, 2002, p. 169).

Decidimos utilizar o questionário, uma vez que este é “*um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa*” (Fortin, 1999, p. 249), e permite “*colher informação junto dos participantes relativos aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes*” (Fortin, 1999, p. 245).

Este método de colheita de informação necessita de respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos participantes. O instrumento a seguir descrito foi construído especialmente para este estudo tendo em conta a revisão bibliográfica em que se basearam os capítulos precedentes. O questionário (Anexo II) construído comporta essencialmente duas partes. A primeira, composta por questões para a caracterização dos participantes e a segunda composta pelos instrumentos ou escalas de avaliação dos conceitos em estudo:

Dados Sócio-demográficos

Conjunto de questões para a caracterização sociodemográfica, profissional e organizacional dos participantes, nomeadamente a idade, o género, o estado civil, o número de filhos, o tempo na organização, o contrato de trabalho e o grau académico.

Maslach Burnout Inventory (MBI)

O MBI é um instrumento largamente usado em estudos similares em Portugal (Queirós, 2005; Sá, 2002 e 2008).

Esta escala de avaliação do *Burnout*, o Maslach *Burnout Inventory* (MBI) elaborada por Maslach & Jackson em 1981 é constituída por 22 itens em forma de auto-resposta com afirmações sobre os sentimentos e atitudes do profissional no seu trabalho e em relação aos utentes. Este instrumento foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Sá (2004). A escala avalia as três dimensões do *burnout*: Exaustão Emocional (9 itens), Despersonalização (5 itens) e Realização Pessoal (8 itens). Estes itens são pontuados numa escala de 0 (nunca) a 6 (diariamente).

As dimensões exaustão emocional e despersonalização concorrem para o *burnout* e a realização pessoal varia no sentido inverso. Assim o *burnout*, avaliado por este instrumento corresponde a valores altos de exaustão emocional e baixos de realização pessoal.

Para analisar a prevalência da síndrome, foram seguidos os critérios apresentados por Maslach (1996), a seguir descritos:

Quadro 3 – Padrão de pontuação para *burnout*

Dimensões	Padrão para pontuação		
	Alto	Médio	Baixo
Cansaço emocional	≥ 27	19-26	<19
Despersonalização	≥ 10	6-9	<6
Realização pessoal	≤ 33	34-39	≥ 40

- Qualidades psicométricas do MBI

No questionário usado nesta pesquisa através da análise de consistência interna, foram analisadas as três dimensões do *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal), com as quais se realizaram estudos de consistência interna através do coeficiente de alfa de Cronbach. Os resultados são satisfatórios: exaustão emocional (9 itens, $\alpha=0,896$), despersonalização (5 itens, $\alpha=0,638$) e realização pessoal (8 itens, $\alpha=0,796$).

Utrecht Work Engagement Scale (UWES)

Uma escala de avaliação do *engagement*, traduzida por Paulo C. Porto-Martins e Ana Maria T. Benevides-Pereira (2008), pertencentes ao Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Estresse e Síndrome de *Burnout*. A tradução foi feita a partir do *Utrecht Work Engagement Scale* (Schaufeli & Bakker, 2003). A Escala de *engagement* do trabalho Utrecht (UWES) original inclui 17 itens que medem três dimensões do *engagement*: o vigor (6 itens), a dedicação (5 itens) e a absorção (6 itens). Estes itens são respondidos pelos participantes, que dispõem de uma escala tipo Likert, que varia entre “0”, correspondente a “nenhuma vez” e “6”, que equivale a “todos os dias”

- Qualidades psicométricas do UWES

No questionário por nós usado, recorrendo à análise da consistência interna, foram analisadas as três dimensões do *engagement* (vigor, dedicação e absorção), com as quais se realizaram estudos de consistência interna através do coeficiente de alfa de Cronbach. Os resultados são bastante satisfatórios: vigor (6 itens, $\alpha = 0,850$), dedicação (5 itens, $\alpha = 0,897$) e absorção (6 itens, $\alpha = 0,757$).

Ways of Savoring Checklist (WOSC)

Uma escala de avaliação do *savoring* na versão portuguesa de Menezes Santos, Carvalho e Marques Pinto, 2008 (Cepeda, 2009), a partir do *Ways of Savoring Checklist* (WOSC) (Bryant & Veroff, 2007). Esta escala encontra-se dividida em três partes.

A primeira parte contém duas questões de resposta aberta, onde os sujeitos descrevem um acontecimento positivo que tenha sido vivido recentemente. Seguem-se oito questões sobre a avaliação cognitiva face a esse acontecimento / experiência positiva específica. A resposta a estas oito questões da WOSC é dada através de uma escala tipo Likert que vai desde o 1 (nível mais baixo) até ao 10 (nível mais elevado), variando o conteúdo da escala para cada questão.

A segunda parte é constituída por 60 itens distribuídos em dez subescalas: partilha com os outros (6 itens), construção de memória (7 itens), auto-congratulação (7 itens), comparação (7 itens), intensificação sensorial-perceptiva (4 itens), absorção (4 itens), comportamento manifesto (6 itens), consciência temporal (5 itens), percepção de benefícios (3 itens), pensamento desmancha-prazeres (kill-joy) (7 itens). A resposta a esta segunda parte da WOSC é dada através de uma escala tipo Likert de sete pontos que vai desde do 1 (não se aplica) até ao 7 (aplica-se muitas vezes).

Os itens 57, 58, e 59 não foram cotados, por não fazerem parte de nenhuma das subescalas, e o item 60 é uma questão de resposta aberta que serve para os participantes acrescentarem uma resposta de *savoring* adicional

Os resultados são calculados por subescala através da soma dos seus itens e posterior divisão pelo número de itens que compõem cada subescala.

A terceira parte é composta por duas questões finais que objectivam avaliar como o sujeito apreciou o evento e como posteriormente continuou a apreciá-lo.

A primeira e a terceira parte do questionário não são pertinentes para esta investigação, pois não acrescentam informação adicional às hipóteses formuladas, contudo não foram retiradas uma vez que contêm informação útil para investigações e trabalho futuros.

- Qualidades psicométricas

No questionário por nós usado, através da análise da consistência interna, foram analisadas as dez dimensões do *savoring*, com as quais se realizaram estudos de consistência interna através do coeficiente de alfa de Cronbach. Os resultados são satisfatórios: partilha com os outros (6 itens, $\alpha = 0,838$), construção de memória (7 itens, $\alpha = 0,897$) e auto-congratulação (7 itens, $\alpha = 0,826$), comparação (7 itens, $\alpha = 0,741$), intensificação sensorial-perceptiva (4 itens, $\alpha = 0,691$), absorção (4 itens, $\alpha = 0,688$), comportamento manifesto (6 itens, $\alpha = 0,754$), consciência temporal (5 itens, $\alpha = 0,771$), percepção de benefícios (3 itens, $\alpha = 0,760$), pensamento desmancha-prazeres (*kill-joy*) (7 itens, $\alpha = 0,800$).

Nos estudos desenvolvidos por Bryant e Veroff (2007) esta escala apresentou boas qualidades psicométricas nomeadamente ao nível da sua consistência interna com um Alfa de Cronbach que varia entre 0.72 e 0.89 nas dez subescalas.

3.5. Procedimento ético-legais

As investigações realizadas com seres humanos envolvem sempre questões morais e éticas, que divergem de acordo com cada tipo de investigação: *“na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano”* (Fortin, 1999, p. 113).

Sendo a ética a *“ciência da moral e arte de dirigir a conduta (...) o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta (...) as acções e atitudes”*. (Fortin, 1999, p. 114).

Após a selecção dos instrumentos de medida para o estudo, solicitámos autorização aos autores originais ou das versões adaptadas à língua portuguesa para a sua utilização. MBI (Maslach & Jackson, 1981), UWES (Schaufeli & Bakker, 2003) e WOSC (Bryant & Veroff, 2007).

Obtivemos autorização para aplicação do MBI com o Professor Doutor Luís Octávio Sá, via *email*, para autorização do UWES e WOSC enviámos um *email* aos autores originais a solicitar autorização para aplicação das respectivas escalas.

Paralelamente foi entregue na Comissão de Ética do HIP, um requerimento solicitando a autorização oficial para a aplicação do instrumento de colheita de informação (Anexo III). Deste pedido, fez parte o tema do trabalho, o objectivo, a garantia de confidencialidade e anonimato das respostas, que apenas serão analisadas no seu conjunto.

No percurso metodológico foi garantido o respeito de todos os pressupostos deontológicos inerentes à ética da investigação. Assim, como a garantia da máxima confidencialidade nas fases, posteriores, de recolha e de tratamento de informação.

A aplicação e recolha dos questionários decorreu entre Março e Maio de 2011. Previamente foram realizadas reuniões com os enfermeiros chefes dos serviços em estudo, para que estes recebessem informações relativas aos objectivos do estudo, bem como instruções relativas ao preenchimento dos questionários. Neste encontro foram entregues os questionários e os respectivos envelopes, para que fossem distribuídos pela equipa. Posteriormente eram devolvidos aos respectivos chefes em envelope fechado, sendo o controlo de entregas feito por eles, através do consentimento informado que era entregue separadamente (Anexo IV).

3.6. Tratamento dos dados

Definido o método de colheita de dados importa referir como fizemos a análise dos dados recolhidos.

Este procedimento é um *“conjunto de métodos estatísticos que permitem visualizar, clarificar, descrever e interpretar os dados colhidos junto dos sujeitos”* (Fortin, 1999, p.

364). Assim nesta investigação as técnicas utilizadas, são baseadas na estatística descritiva e inferencial.

Os dados recolhidos, traduzem em dados numéricos e/ou percentuais os resultados obtidos, para que a percepção seja facilitada, para o maior e melhor actuação.

Desta feita, os dados recolhidos, foram alvo de tratamento estatístico efectuado com o apoio do programa informático, Statistical Psychology and Society Science (SPSS) 17.0. O processamento de texto para apresentação deste relatório, tal como a elaboração de tabelas e quadros, foi realizado através do programa Office 2010.

4. Apresentação e discussão dos resultados

A análise estatística dos resultados, deve idealmente fazer parte de qualquer projecto de pesquisa quantitativa desde o seu início. O seu papel principal é descrever a realidade encontrada e tentar estabelecer de forma objectiva se os resultados de associação encontrados têm significância estatística, de acordo com limites preestabelecidos.

Existem bastantes e diversos métodos estatísticos, que podem ser empregues de acordo com o tipo de variáveis em estudo, que dependem do tipo ou desenho de estudo, que por sua vez dependem da pergunta(s) da pesquisa (Iochida & Castro, 2001).

Neste capítulo são apresentados os resultados do estudo, tendo em vista a testagem das hipóteses formuladas no capítulo anterior. Primeiro apresentamos os resultados relativos à análise da consistência interna das escalas em uso (MBI, UWES e WOSC), e de seguida apresentamos os resultados estatísticos realizados com as variáveis em estudo.

4.1. Apresentação dos resultados

MBI - Resultados

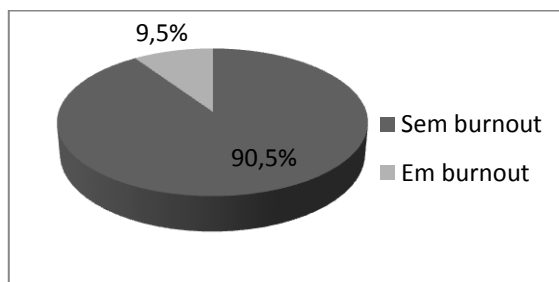
As estatísticas descritivas dos valores das dimensões do *burnout* nos enfermeiros (valores mínimos, médios, máximos e respectivos desvios-padrão) podem ser apreciadas na tabela nº 1. Na operacionalização do *burnout* utilizamos os valores de referência descritos na metodologia.

Depois de categorizados em função dos valores de referência propostos por Maslach (1996), 9,5% ($n=8$) dos enfermeiros podem ser considerados como estando numa situação de *Burnout*. Apresentam exaustão emocional e despersonalização acima do limiar, conjuntamente com realização pessoal abaixo do limite.

Tabela 1 – Estatísticas descritivas: MBI

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Exaustão Emocional	84	4	43	21,4	9,4
Despersonalização	84	0	18	6,2	3,9
Realização pessoal	84	14	45	30,2	6,5

Gráfico 1 – Casos de *Burnout*



A realização pessoal é a dimensão mais afectada pelo *burnout*, 57 casos (67,9%), seguindo-se a exaustão emocional (29,8%), e em último a despersonalização (16,7%).

Gráfico 2 – Casos em exaustão emocional

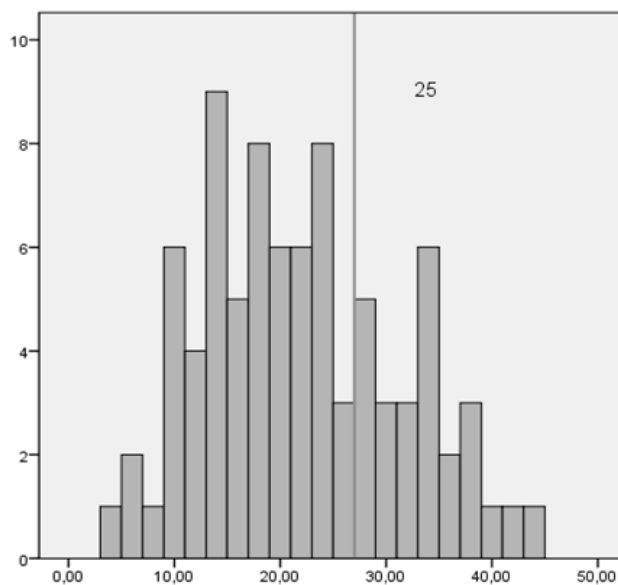


Gráfico 3 – Casos em despersonalização

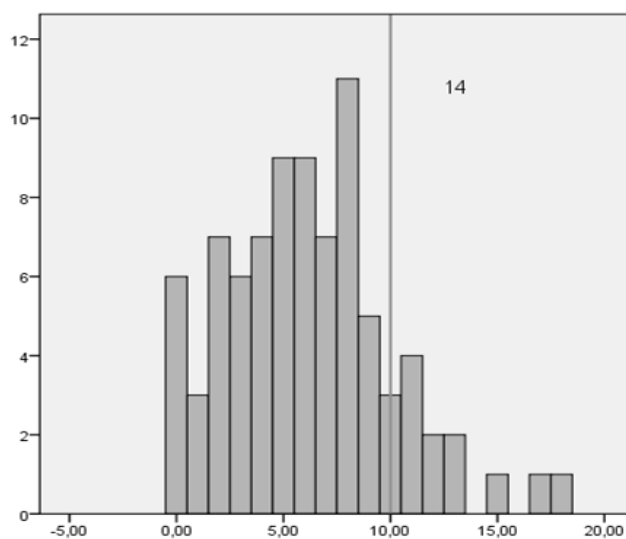


Gráfico 3 – Casos em baixa realização pessoal

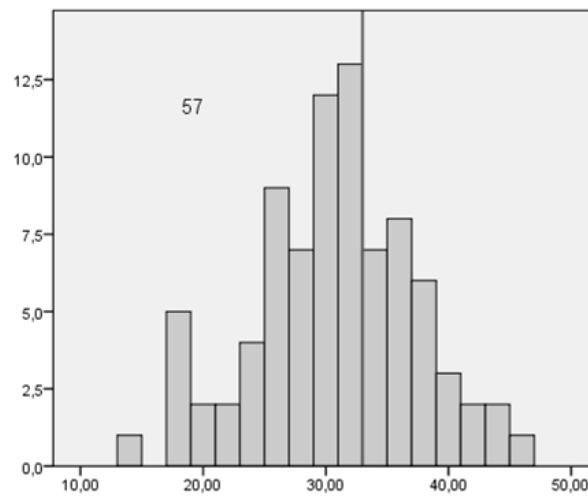


Tabela 2 – Estatísticas descritivas: MBI- Casos de burnout por dimensões

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Exaustão Emocional	25	29,8	29,8
Despersonalização	14	16,7	16,7
Realização pessoal	57	67,9	67,9

Apesar de, os dados nos revelarem que muitos enfermeiros se sentem exaustos do ponto de vista emocional (29,8%), muitos que referem ter comportamentos de despersonalização para como os seus utentes e colegas (16,7%) e de a maior parte se sentirem pouco realizados no seu trabalho (67,9%), apenas 9,5% dos enfermeiros reúnem simultaneamente os três critérios necessários para se considerarem em *burnout* elevado segundo os valores propostos por Maslach (1996).

O serviço de urgência geral apresenta a maior percentagem de casos de *Burnout* (16,7%), e por outro lado o serviço de Medicina II não apresenta nenhum caso.

Tabela 3 – Distribuição dos casos de *burnout* por serviço

Serviço		Casos de <i>burnout</i>		Total
		Sem <i>burnout</i>	Em <i>burnout</i>	
Urgência Geral	Frequência	20	4	24
	% Serviço	83,3%	16,7%	100,0%
Urgência pediátrica	Frequência	11	1	12
	% Serviço	91,7%	8,3%	100,0%
Serviço de observação	Frequência	12	1	13
	% Serviço	92,3%	7,7%	100,0%
Medicina I	Frequência	14	1	15
	% Serviço	93,3%	6,7%	100,0%
Medicina II	Frequência	10	0	10
	% Serviço	100,0%	,0%	100,0%
Medicina III	Frequência	9	1	10
	% Serviço	90,0%	10,0%	100,0%
Total		76	8	84
	% Serviço	90,5%	9,5%	100,0%

Quisemos conhecer se os enfermeiros que trabalham em serviços de urgência se sentem mais envolvidos no trabalho que os dos serviços de medicina. Para isso, procedemos à reunião de todos os que trabalham em serviços de Urgência e de Medicina.

Assim, verificámos, através da utilização do t-teste que os enfermeiros do Serviço de Urgência apresentam valores médios de despersonalização estatisticamente superiores, comparados com os dos restantes serviços (6,98 vs 5; $t=2,3$; $gl=84$; $p=0,022$), sendo as diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente à exaustão emocional, os enfermeiros do Serviço de Urgência obtêm valores mais elevados nesta subescala (22,2 vs 20,4; $t=0,8$; $gl=84$; $p=0,401$), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Os enfermeiros do Serviço de Urgência obtêm valores mais elevados na dimensão realização pessoal (30,3 vs 30,2; $t=0,5$; $gl=82$; $p=0,901$), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Tabela 4 – Teste *t* de Student para amostras independentes (Serviço versus Burnout)

	Urgência		Medicina		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Exaustão Emocional	22,2	9,4	20,4	9,4	0,401
Despersonalização	7	3,9	5,0	3,6	0,022*
Realização pessoal	30,3	6,8	30,2	6,2	0,901

* $p \leq 0,05$

UWES – Resultados

Os enfermeiros inquiridos obtêm valores mais elevados na subescala de Dedicção (M=4,0) e mais baixos na subescala de Absorção (M=3,5).

Tabela 5 - Estatísticas descritivas: UWES

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Vigor	84	1,0	6,0	3,6	1,0
Dedicação	84	1,0	6,0	4,0	1,1
Absorção	84	1,0	5,8	3,5	1
Engagement	84	1,0	5,9	3,7	1

WOSC – Resultados

Os enfermeiros inquiridos obtêm valores mais elevados na subescala de Partilha com os outros (M=3,58) e mais baixos na escala de Pensamento desmancha prazer (M=2,14).

Tabela 6- Estatísticas descritivas: WOSC

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Partilha com os outros	66	1,0	6,	3,6	1,5
Construção de memória	68	1,0	6,7	3,4	1,5
Auto-congratulação	68	1,0	6,0	3,1	1,4
Comparação	68	0,9	4,9	2,5	1,0
Intensificação sensorial-perceptiva	67	1,0	5,5	2,6	1,3
Absorção	68	1,0	6,2	3,5	1,4
Comportamento manifesto	68	1,0	5,7	2,6	1,1
Consciência temporal	68	1,0	6,2	3	1,4
Percepção de benefícios	68	1,0	7,0	3,2	1,6
Pensamento desmancha prazer (kill-joy)	66	1,0	5,3	2,1	1,0

Consistência interna dos instrumentos

A fidelidade é uma característica essencial na determinação da qualidade em qualquer instrumento de medida. Designa a precisão e a constância dos resultados fornecidos pelos instrumentos de medida. Uma escala de medida é fiel se em situações semelhantes apresenta resultados idênticos (Fortin, 1999). Segundo a mesma autora a consistência interna é um dos meios pelo qual se pode estimar a fidelidade de uma escala.

A consistência interna diz respeito á homogeneidade dos enunciados dos instrumentos de medida, quanto mais os enunciados estão correlacionados maior é a consistência interna do instrumento.

Para a avaliação da consistência interna foi utilizado o Coeficiente de Alfa de Cronbach (α). Esta técnica, permite estimar até que ponto cada enunciado da escala mede o mesmo conceito de forma equivalente. O valor do Coeficiente de Alfa de Cronbach varia ente 0,00 e 1,00, sendo que um valor mais elevado corresponde a uma maior consistência interna (Referência).

Tabela 7 – Fidelidade estimada pelo α de Cronbach (adaptado de Peterson, 1994)

Autor	Condição	Valor de α
Murphy & Davidsholder, 1988, p. 89	Fidelidade inaceitável	<0.6
	Fidelidade baixa	0.7
	Fidelidade moderada a elevada	0.8-0.9
	Fidelidade Elevada	> 0.9

A tabela anterior apresenta os níveis de fiabilidade recomendados por Murphy & Davidsholder (Peterson, 1994), que devem servir como base de partida e não como critério definitivo de classificação. Por outro lado, um valor de Alfa muito baixo pode estar associado a uma codificação errada de itens ou a uma mistura de itens de dimensões diferentes (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

No presente estudo foi testada a consistência interna de cada uma das dimensões das escalas utilizadas, utilizando para o efeito o Coeficiente do Alpha de Cronbach.

Os valores de consistência interna da escala MBI variam entre um mínimo de 0,638 (baixa) na subescala de Despersonalização e um máximo de 0,896 (elevada) na subescala de Exaustão emocional.

Tabela 8 – Consistência Interna: MBI

Escala/dimensões	N	Alpha de Cronbach	Nº de itens
Exaustão Emocional	84	0,896	9
Despersonalização	84	0,638	5
Realização Pessoal	84	0,796	8

Os valores de consistência interna da escala UWES variam entre um mínimo de 0,757 (baixa) na subescala de Absorção e um máximo de 0,897 (elevada) na subescala de Dedicção.

Tabela 9 – Consistência Interna: UWES

Escala/dimensões	N	Alpha de Cronbach	Nº de itens
Vigor	84	0,850	6
Dedicção	84	0,897	5
Absorção	84	0,757	6

Os valores de consistência interna da escala WOSC variam entre um mínimo de 0,688 (baixa) na subescala de Absorção e um máximo de 0,864 (elevada) na subescala de Construção de memória.

Tabela 10 – Consistência Interna: WOSC

Escala/dimensões	N	Alpha de Cronbach	Nº de itens
Partilha com os outros	66	0,838	6
Construção de Memória	68	0,864	7
Auto-congratulação	68	0,826	7
Comparação	68	0,741	7
Intensificação sensorial-perceptiva	67	0,691	4
Absorção	68	0,688	4
Comportamento Manifesto	68	0,754	6
Consistência Temporal	68	0,771	5
Percepção de benefícios	68	0,760	3
Pensamento desmancha-prazeres (kill-joy)	66	0,800	7

Assim, considerando os valores obtidos para os instrumentos utilizados no presente estudo consideramos que os mesmos apresentam genericamente bons valores de fiabilidade, contribuindo para o reforço da validade das escalas.

Hipóteses

Para testar as hipóteses que de seguida se formulam vamos utilizar como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula um nível de significância $p \leq 0,05$. Como as nossas variáveis dependentes são de tipo quantitativo utilizaremos os testes paramétricos. Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov.

Nas amostras com dimensão superior a 30 aceitou-se, de acordo com o teorema do limite central, que os valores das variáveis tinham distribuição normal. O teorema do limite central permite dizer que a soma de variáveis independentes e identicamente distribuídas tem distribuição que se aproxima da normal à medida que aumenta o número de termos da soma (Hall, Neves & Pereira, 2011).

Nos casos em que estes pressupostos não se encontravam satisfeitos foram substituídos pelos testes não-paramétricos alternativos, designadamente o teste de Mann-Whitney.

Na hipótese nº 1 (o *savoring* promove o *engagement*), nº 2 (o *savoring* protege do *burnout*) e nº 3 (o *engagement* protege os profissionais do *burnout*) utilizamos o coeficiente de correlação de Pearson.

Para testar a hipóteses nº 4 (as características Socio-demográficas e organizacionais estão associadas ao *burnout*) utilizamos o teste t de Student para amostras independentes nos casos em que estamos a comparar duas amostras, e o teste Anova One-Way nos casos onde estamos a comparar três amostras independentes.

Hipótese 1 – O *Savoring* promove o *engagement*;

Não confirmamos a hipótese enunciada pois todos os valores dos coeficientes de correlação são não significativos e muito fracos.

Tabela 11 – Coeficientes de correlação de Pearson: UWES versus WOSC

	Vigor	Dedicação	Absorção
Partilha com os outros	,03	,07	,06
Construção de Memória	,06	,01	-,03
Auto-congratulação	-,05	-,11	-,15
Comparação	-,01	,01	-,06
Intensificação sensorial-perceptiva	-,06	-,06	-,11
Absorção	,05	,06	,03
Comportamento Manifesto	-,11	-,18	-,19
Consistência Temporal	-,03	-,10	-,09
Percepção de benefícios	,01	,01	-,01
Pensamento desmancha-prazeres (kill-joy)	,13	,09	,02

Hipótese 2 - O *Savoring* protege do *burnout*

- Enfermeiros sem *Burnout*

Não confirmamos a hipótese enunciado pois todos os valores dos coeficientes de correlação são não significativos e muito fracos.

Tabela 12 – Coeficientes de correlação de Pearson: MBI versus WOSC

	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização pessoal
Partilha com os outros	-,10	,1	-,04
Construção de Memória	-,07	-,01	,03
Auto-congratulação	,04	,18	-,09
Comparação	-,11	,003	,09
Intensificação sensorial-perceptiva	,10	,01	-,01
Absorção	,09	,06	,009
Comportamento Manifesto	,03	,09	-,13
Consistência Temporal	,04	,16	-,04
Percepção de benefícios	-,002	,05	-,12
Pensamento desmancha-prazeres (kill-joy)	-,20	,04	,2

- Enfermeiros em *Burnout*

Embora não significativos os valores dos coeficientes de correlação entre a escala de WOSC e o *Burnout* já são mais elevados. Assim, na escala de exaustão emocional encontrou-se valores negativos e moderados com a construção de memória (-0,49) e positivos e moderados com a escala de consistência temporal (0,47). Na escala de despersonalização, obtêm-se valores moderados e negativos com a partilha com os outros (-0,49), construção de memória (-0,59) e intensificação sensorial-perceptiva (-0,44). Na escala de Realização, obtêm-se valores moderados e negativos com a consistência temporal (-0,54) e percepção de benefícios (-0,52) e positivos e moderados com a construção de memória (0,49).

Tabela 13 – Coeficientes de correlação de Pearson: MBI versus WOSC

	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização pessoal
Partilha com os outros	-,13	-,49	-,11
Construção de Memória	-,49	-,59	,49
Auto-congratulação	-,07	-,25	-,2
Comparação	-,07	-,29	-,24
Intensificação sensorial-perceptiva	-,27	-,44	,30
Absorção	-,14	,18	,18
Comportamento Manifesto	-,13	-,38	,35
Consistência Temporal	,47	-,22	-,54
Percepção de benefícios	,36	-,09	-,52
Pensamento desmancha-prazeres (kill-joy)	,26	,04	,04

Hipótese 3 – *Oengagement* protege os profissionais do *burnout*

- Enfermeiros sem *burnout*

Confirma-se a hipótese enunciada pois todos os valores de correlação entre a Exaustão emocional e a Despersonalização e as subescalas de *engagement* no trabalho são estatisticamente significativos e negativos. Os valores variam entre um mínimo de $r = -$

0,20 (muito fraco) entre a despersonalização e a dedicação e um máximo de $r = -0,40$ (moderado) entre a exaustão emocional e o vigor.

De forma idêntica confirma-se o enunciado para as relações entre a Realização pessoal e as dimensões do *engagement* já que todos os valores são positivos e significativos. O valor mais elevado ocorre com o Vigor ($r=0,73$) e pode ser considerado como correlação elevada.

Tabela 14 – Coeficientes de correlação de Pearson: MBI versus UWES

	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização pessoal
Vigor	-,40**	-,21	,73**
Dedicação	-,31**	-,20	,73**
Absorção	-,27**	-,22	,63**

* Coeficiente significativo para um nível $\leq 0,05$

** Coeficiente significativo para um nível $\leq 0,01$

- Com *Burnout*

Os valores variam entre um mínimo de $r = -0,15$ (muito fraco) entre a despersonalização e a dedicação e um máximo de $r = -0,88$ (elevado) entre a exaustão emocional e a dedicação. De forma idêntica confirma-se o enunciado para as relações entre a Realização pessoal e o *engagement* já que todos os valores são positivos e significativos. O valor mais elevado ocorre com a absorção ($r=0,84$) e pode ser considerado como correlação elevada.

Tabela 15 – Coeficientes de correlação de Pearson: MBI versus UWES

	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização pessoal
Vigor	-,65	,24	,73*
Dedicação	-,88**	-,15	,71*
Absorção	-,45	,31	,84**

* Coeficiente significativo para um nível $\leq 0,05$

** Coeficiente significativo para um nível $\leq 0,01$

Hipótese 4 - As características Socio-demográficas e organizacionais estão associadas ao *burnout*

- O tipo de contrato laboral influencia os níveis de *Burnout* dos enfermeiros.

Não encontramos diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 16 – Teste *t* de Student para amostras independentes (tipo de contrato versus *burnout*)

	A prazo		Efectivo		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Exaustão Emocional	18,0	10,2	21,6	9,4	0,259 a)
Despersonalização	6,8	4,1	6,2	3,9	0,727
Realização pessoal	28,2	5,4	30,3	6,6	0,434

a) Significância do teste de Mann-Whitney

Os enfermeiros com contrato de trabalho efectivo obtêm valores mais elevados em exaustão emocional (21,6 vs 18,0; $t=-0,9$; $gl=79$; $p=0,259$), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Os enfermeiros com contrato de trabalho a prazo obtêm valores mais elevados em despersonalização (6,8 vs 6,2; $t= 0,3$; $gl=79$ $p=0,727$), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Os enfermeiros com contrato de trabalho efectivo obtêm valores mais elevados em realização pessoal (30,3 vs 28,2; $t = -0,8$; $gl=79$; $p=0,434$), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

- O género influencia os níveis de *Burnout* dos enfermeiros.

Não encontramos diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 17 – Teste *t* de Student para amostras independentes

	Feminino		Masculino		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Exaustão Emocional	21,9	9,2	19,6	10,0	0,336
Despersonalização	6,3	3,9	6,3	3,9	0,944
Realização pessoal	29,7	6,3	31,7	6,9	0,218

Os enfermeiros do sexo feminino obtêm valores mais elevados em exaustão emocional (21,9 vs 19,6; $t= 0,97$; $gl=79$; $p=0,336$), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Os enfermeiros do sexo masculino obtêm valores mais elevados em despersonalização (6,3 vs 6,3; $t=-0,1$; $gl=79$; $p=0,944$), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Os enfermeiros do sexo masculino obtêm valores mais elevados em realização pessoal (31,7 vs 29,7; $t=-1,242$; $gl=79$ $p=0,218$), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

- *O tempo de serviço influencia os níveis de Burnout dos enfermeiros.*

Encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 18 – Anova (tempo de serviço versus burnout)

	Até 5 anos		6 – 10anos		> 10anos		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	
Exaustão Emocional	21,6	8,3	21,5	10,0	20,9	11,0	0,961
Despersonalização	7,3	3,9	5,2	3,6	5,8	4,0	0,100
Realização pessoal	27,8	5,7	31,1	7,3	32,9	5,8	0,012*

* $p \leq 0,05$

Em termos de realização pessoal, o teste de comparação múltipla a posteriori indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os enfermeiros com menos tempo de antiguidade e os com mais tempo de antiguidade, sendo que estes obtêm valores mais elevados nesta subescala (32,9 vs 27,8; $F(2) = 4,7$; $p=0,012$).

Tabela 19 – Teste de Tukey (realização pessoal versus antiguidade)

Antiguidade	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
Até 5 anos	34	27,82	
6-10 anos	24	31,17	31,17
> 15 anos	22		32,86
Sig.		,141	,596

Os enfermeiros com menos tempo de serviço obtêm valores mais elevados em exaustão emocional e os com mais tempo de serviço valores mais baixos (21,6 vs 20,9; $F(2) = 0,04$, $p=0,961$), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Os enfermeiros com menos tempo de serviço obtêm valores mais elevados em despersonalização e os com 10-15 anos de serviço valores mais baixos (7,3 vs 5,2; $F(2) = 2,4$; $p=0,100$), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas,.

- *A idade influencia os níveis de Burnout dos enfermeiros.*

Não encontrámos diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 20 – Anova (idade versus burnout)

	< 30 anos		30-39 anos		> 40 anos		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	
Exaustão Emocional	21,0	8,2	23,3	9,9	18,8	10,6	0,278
Despersonalização	6,5	3,5	6,1	4,1	5,5	4,3	0,683
Realização pessoal	29,6	5,5	29,9	7,6	32,4	6,2	0,336

Os enfermeiros com idade compreendida entre os 30-39 anos obtêm valores mais elevados em exaustão emocional (23,3; $F(2) = 1,3$; $p=0,278$), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Os enfermeiros mais novos são os que obtêm valores mais elevados em despersonalização (6,5; $F(2) = 0,4$; $p=0,683$), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Os enfermeiros mais velhos, obtêm valores mais elevados em realização pessoal (32,4; $F(2) = -1,106$, $p=0,336$), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas,.

- O estado civil influencia os níveis de *Burnout* dos enfermeiros.

Encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 21 – Anova (estado cível versus *burnout*)

	Solteiro		Casado		Divorciado		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	
Exaustão Emocional	21,0	7,8	23,1	10,2	15,5	8,6	0,068 *
Despersonalização	6,9	3,7	6,8	3,9	2,5	2,4	0,003 **
Realização	29,3	5,6	29,8	6,6	34,3	7,7	0,097 *

* $p \leq 0,10$ ** $p \leq 0,05$

Relativamente à exaustão emocional, $F(2,8) = 2,8$ $p=0,068$, o teste de comparação múltipla a posteriori indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os enfermeiros divorciados e os casados, sendo que estes obtêm valores mais elevados nesta subescala (23,1 vs 15,5).

Tabela 22 – Teste de Tukey (realização pessoal versus estado civil)

Estado Civil	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
Divorciado/Separado	10	15,50	
Solteiro	30	20,97	20,97
Casado/União de facto	41		23,10
Sig.		,166	,756

Na despersonalização $F(2,8) = 6,1$ $p=0,003$, o teste de comparação múltipla a posteriori indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os enfermeiros divorciados e os casados e solteiros, sendo que estes obtêm valores mais elevados nesta subescala (6,9 e 6,8 vs 2,5).

Tabela 23 – Teste de Tukey (despersonalização versus estado civil)

Estado Civil	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
Divorciado/Separado	10	2,50	
Casado/União de facto	41		6,80
Solteiro	30		6,87
Sig.		1,000	,999

Na realização pessoal $F(2,8) = 2,4$ $p=0,097$, o teste de comparação múltipla a posteriori indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os enfermeiros solteiros e os divorciados, sendo que estes obtêm valores mais elevados nesta subescala (34,3 vs 29,33).

Tabela 24 – Teste de Tukey (*Realização pessoal versus estado civil*)

Estado Civil	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
Solteiro	30	29,33	
Casado/União de facto	41	29,80	29,80
Divorciado/Separado	10		34,30
Sig.		,972	,084

- O número de filhos influencia os níveis de *Burnout* dos enfermeiros.

Não encontramos diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 25 – Teste *t* de Student para amostras independentes (*número de filhos Versus burnout*)

	Sem filhos		Com filhos		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Exaustão Emocional	21,4	8,7	21,3	10,5	0,932
Despersonalização	6,5	3,9	6,0	3,9	0,602
Realização pessoal	29,4	5,8	31,3	7,3	0,194

Os enfermeiros que não têm filhos obtêm valores mais elevados em exaustão emocional (21,4 vs 21,3; $t=-0,08$; $gl=79$; $p=0,932$), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas. Também estes enfermeiros, apresentam valores mais elevados em despersonalização (6,5 vs 6,0; $t=-0,5$; $gl=79$; $p=0,602$), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Os enfermeiros com filhos, obtêm valores mais elevados em realização pessoal (31,3 vs 29,4; $t=1,4$; $gl=79$; $p=0,194$), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

- *O grau académico influencia os níveis de Burnout dos enfermeiros.*

Não encontrámos diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 26 – Teste t de Student para amostras independentes (grau académico versus burnout)

	Bach.Licenciatura		> Licenciatura		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Exaustão Emocional	21,3	10,1	21,6	7,8	0,884
Despersonalização	6,4	3,7	6,1	4,3	0,787
Realização pessoal	30,6	6,1	29,2	7,4	0,366

Os enfermeiros com mais habilitações académicas obtêm valores mais elevados em exaustão emocional (21,6 vs 21,3; $t= 0,1$; $gl=79$; $p=0,884$), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Os enfermeiros com menos habilitações académicas, apresentam valores mais elevados em despersonalização (6,4 vs 6,1; $t= -0,3$; $gl=79$; $p=0,787$), e em realização pessoal (30,6 vs 29,2; $t= -0,9$; $gl=79$; $p=0,366$) embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

4.2. Discussão dos resultados

Os objectivos gerais deste estudo centraram-se, por um lado, no estudo de algumas características psicométricas, nomeadamente a consistência interna dos instrumentos utilizados e por outro, na compreensão das relações entre o *burnout* e as estratégias de *savoring* e o *engagement*, e também relacionar a influência dos factores sociodemográficos e organizacionais com o *burnout*.

Tendo em consideração os resultados apresentados no capítulo anterior, e com base nas hipóteses definidas para este estudo, apresentamos de seguida a discussão dos principais resultados.

Após a apresentação dos resultados constatámos que, relativamente às características da amostra, esta confirma a tendência da história da enfermagem relativamente ao género feminino (75%), que segundo Gil-Monte (2002) justifica-se pelo facto de que os cuidados outrora estavam associados à actividade caritativa religiosa (feminização do cuidado). No entanto, nos últimos anos observou-se um aumento no número de homens na profissão, esta mudança de perfil pode estar associada à acessibilidade e oferta de emprego.

Quanto à idade, temos uma população jovem, com uma média de idades de 33 anos, sendo que 44,0% do total de inquiridos pertencem ao escalão etário mais representado (<30 anos). Esta análise vai de encontro às características do universo populacional dos enfermeiros portugueses, tendo em conta as altas taxas de reforma na profissão de enfermagem na última década, fruto de medidas facilitadoras e incentivadoras das reformas, enquadradas no âmbito de políticas macro de redução de funcionários públicos. Como consequência, aumentou o número de estudantes dos cursos de base, e o número de saídas para o mercado de trabalho, que se inundou de profissionais jovens (Queirós, 2005). Como se trata de uma população jovem, é natural que nas habilitações académicas o Curso Superior de Enfermagem (bacharelato ou licenciatura, 69,1% da população da nossa amostra) represente a maior parte da amostra.

Estando os sujeitos a trabalhar em serviços muito particulares e abrangentes, como são os serviços de urgência e medicina, apenas 10,7% possui pós graduação ou especialidade, este facto vai de encontro às características do universo populacional da

enfermagem, que revela a existência de uma baixa percentagem de enfermeiros especialistas.

Na amostra, a maior parte dos enfermeiros pertence ao quadro da instituição, apenas 7,4% apresentam um vínculo precário.

Relativamente às qualidades psicométricas das escalas utilizadas, todas elas revelaram resultados satisfatórios ao nível da sua consistência interna.

O MBI apresenta um alfa de Cronbach que varia entre um mínimo de 0,638 (baixa) na despersonalização e um máximo de 0,896 (elevada) em exaustão emocional. O coeficiente de Alfa de Cronbach para a dimensão despersonalização é mais baixo, no entanto estes resultados são consistentes com os dados referidos na literatura por Schaufeli e Bakker (2004).

Estes resultados eram esperados, visto que, as pesquisas sobre o *burnout* cresceram em complexidade à medida que se aprofundaram na identificação e avaliação das suas causas e determinantes. O MBI, desde a sua criação por Christina Maslach e Susan Jackson (1978), é o meio mais usado para avaliar o *burnout*, no entanto, ao longo dos anos foi sofrendo alterações. No actual estado da arte do *burnout*, o MBI apresenta-se como uma escala fidedigna e válida, independentemente de onde a síndrome seja estudada (Moreira, Magnago, Sakae & Magajewski, 2009).

Ainda assim, novos instrumentos estão a ser desenvolvidos, sobretudo na Europa e conjecturam um novo conceito da síndrome, como é o caso do Oldenburg *Burnout* Inventory (OLBI), que inclui só duas dimensões (exaustão emocional e despersonalização), e o Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo (Espanha) (Jiménez, Herrero, Hernández & Adán, 2006).

O UWES apresenta um alfa de Cronbach que varia entre um mínimo de 0,757 (baixa) na dimensão absorção e um máximo de 0,897 (elevada) na dimensão de dedicação. Estes valores vão de encontro aos encontrados por Schaufeli, Martínez, Pinto, Salanova, e Bakker (2002), 0.79 para o vigor, 0.89 para a dedicação e 0.73 para a absorção.

O WOSC também apresentou boas qualidades psicométricas, os valores de consistência interna variam entre um mínimo de 0,688 (baixa) na dimensão absorção e um máximo de 0,864 (elevada) na dimensão construção de memória. Nos estudos desenvolvidos por Bryant e Veroff (2007) esta escala apresentou boas qualidades psicométricas ao nível da sua consistência interna com um alfa de Cronbach que varia entre 0.72 e 0.89 nas dez subescalas.

Em relação ao perfil de *burnout* da amostra cabe salientar que 29,8% dos enfermeiros do nosso estudo estão em exaustão emocional, 16,7% com despersonalização e 67,9% com baixa realização pessoal. Segundo Maslach e Goldenberg (1998) o processo avança de forma sequencial, onde a ocorrência de uma dimensão precipita a outra, assim a exaustão emocional é a primeira manifestação a surgir e sequencialmente conduz ao desenvolvimento da despersonalização. Segundo a literatura existente, a realização pessoal desenvolve-se separadamente (Moreira et al, 2009).

Este perfil de *burnout* coincidiu com os resultados encontrado noutro estudo (Moreira et al, 2009), onde foram utilizados os mesmos pontos de corte.

A interpretação do *burnout* como processo é consonante com as fases de *burnout* de Leiter e Maslach (1988), esta perspectiva está de acordo com Cortes e Dougherty (1993 como citado em Marques-Teixeira, 2002) ao considerar que a despersonalização assume-se como uma espécie de saída alternativa, ou seja surge como estratégia de coping (defensiva), para lidar com a exaustão emocional, quando outros recursos não estão disponíveis.

Dito por outras palavras, a possibilidade de esgotamento nos enfermeiros desta investigação está fundamentalmente associada a baixos níveis de realização pessoal e elevada exaustão emocional, contudo estes resultados não parecem condicionar os tipos de cuidados prestados, dado que ao analisarmos o *engagement* verificámos valores moderadamente elevados na dimensão dedicação ($M=4,03$). Isto é, apesar da elevada exaustão emocional e baixa realização pessoal, o trabalho dos enfermeiros é pautado por elevados níveis de significado atribuído ao trabalho, entusiasmo, dedicação, inspiração e orgulho no serviço e na tarefa que se está a realizar. Neste sentido, é provável que os scores mais elevados evidenciados nestas dimensões decorram da maior facilidade em admitir sentimentos de stresse e de desgaste, do que em aceitar a adopção de atitudes de indiferença e distanciamento para com os pacientes. Este facto pode ser compatível com a identidade social da própria profissão, que enfatiza o seu carácter missionário e a dedicação necessária para cuidar de pacientes que, em razão da sua condição clínica, necessitam de atenção e assistência permanentes (Tamayo, 2008).

Os enfermeiros por serem os profissionais da área da saúde que mais tempo passam com os paciente e seus familiares dentro do ambiente de trabalho, constituem um grupo com grande predisposição ao desenvolvimento da síndrome. Este facto acarreta algumas consequências como a alta frequência de faltas ao trabalho, pedidos de licença, abandono do emprego e deterioração da qualidade dos serviços prestados (Moreira et al, 2009).

Shaufeli e Bakker (2004) defendem que o *burnout* é influenciado pela vivência de acontecimentos stressantes assim, verificamos que os enfermeiros que desempenham funções no serviço de urgência apresentam valores mais elevados em todas as dimensões do *burnout*, quando comparados aos do serviço medicina, sendo que em despersonalização os resultados são estatisticamente significativos.

Estes resultados devem-se possivelmente ao modelo assistencial adoptado em serviços de urgência, gerando sobrecarga de movimento, demandas laborais e tensão ocupacional, considerando que a necessidade de tomar decisões imediatas e eficazes é constante, podendo provocar na equipa de enfermagem a sensação de que o trabalho não é compensador. Por outro lado, o agir sobre “vidas em risco” requer do profissional o controlo das suas acções para obter segurança nelas em conjugação com os seus conhecimentos teóricos, e sentir-se fundamental para a equipa. Além disso, a superlotação destes serviços é frequente.

Os resultados obtidos na primeira hipótese (o *savoring* promove o *engagement*) não nos permitem afirmar que o *savoring* promove o *engagement* pois todos os valores dos coeficientes de correlação de todas as dimensões são não significativos e muito fracos.

Um estudo realizado por Leitão (2010), que visou explorar a relação entre as estratégias de *savoring* e o *engagement* profissional em 120 trabalhadores temporários da área de Lisboa, quando moderados pelos eventos positivos. Os resultados obtidos demonstraram que os eventos positivos relacionados com as práticas de recursos humanos moderam a associação entre as estratégias de *savoring*: comparação e auto-congratulação, e os níveis de *engagement*.

De acordo com o Modelo Holístico do Stress Ocupacional, o *engagement* como indicador de *eustress*, e as estratégias de *savoring* desempenham um papel fundamental na estimulação da saúde, evidenciando os pontos fortes do individuo, e encarando a saúde como algo positivo, e não como a ausência do negativo (Leitão, 2010).

Os resultados da segunda hipótese (o *savoring* protege do *burnout*) revelam correlações não significativas e muito fracas em enfermeiros sem a síndrome de *burnout*, e coeficientes de correlação mais elevados em enfermeiros em *burnout*.

Na exaustão emocional encontraram-se valores negativos e moderados com a construção de memória (-0,49) e positivos e moderados com a consistência temporal (0,47). Na despersonalização, obtiveram-se valores moderados e negativos na partilha com os outros (-0,49), construção de memória (-0,59) e intensificação sensorial-perceptiva (-0,44). Na dimensão de realização pessoal, obtiveram-se valores moderados

e negativos com a consistência temporal (-0,54) e percepção de benefícios (-0,54) e positivos e moderados com a construção de memória (0,49). Tais resultados sugerem que os enfermeiros em *burnout* recorrem com mais frequência a estratégias de *savoring* de forma a desfrutarem mais intensamente os acontecimentos positivos do dia-a-dia.

Relativamente à terceira hipótese (o *engagement* protege os profissionais do *burnout*), os valores de *burnout* corroboram os valores de *engagement*, na medida em que um é o oposto do outro. Como seria de esperar todos os valores são estatisticamente significativos e negativos em exaustão emocional e despersonalização e positivos em realização pessoal nas três dimensões do *engagement* nos enfermeiros que não estão em *burnout*. Já aqueles que estão em *burnout* apresentam resultados estatisticamente significativos e negativos em exaustão emocional e positivos em realização pessoal quando comparados com as três dimensões do *engagement*.

Embora a literatura apresente indicadores de que o *engagement* constitui uma dimensão positiva, caracterizado por um estado de vigor, dedicação e eficácia, que se opõem às três dimensões negativas do *burnout*, exaustão, despersonalização e baixa realização pessoal (Maslach e Leiter, 1997), esta tese nem sempre se verifica.

Pereira, Rodrigues e Cunha (2010), num estudo que realizaram com enfermeiros que trabalham em oncologia verificaram que os profissionais de saúde são efectivamente susceptíveis ao stresse, embora haja evidências significativas de que, aqueles que estão na especialidade de oncologia se encontram numa situação mais preocupante, na medida em que um factor que à partida seria protector, o *engagement*, é apresentado como um factor desencadeante de stresse, prejudicando-os, ao diminuir a sua capacidade e vontade de arriscar e evoluir no seu local de trabalho. Este facto pode ser interpretado pelo envolvimento emocional que estes profissionais estabelecem com os doentes, devido ao contexto que estão inseridos, incrementando reacções adversas e provocando uma maior vulnerabilidade ao stresse e consequentemente a quadros de *burnout*.

Relativamente à quarta e última hipótese (as características socio-demográficas e organizacionais estão associadas ao *burnout*), não encontramos diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género, idade, número de filhos, grau académico, e tipo de contrato laboral.

Começando pelas diferenças de género, não encontramos diferenças estatisticamente significativas. No entanto deve ser destacado que as mulheres apresentam valores mais

elevados em exaustão emocional, mais baixos em realização pessoal e valores iguais aos homens em despersonalização.

Gil-Monte (2002) refere que a tendência geral dos resultados relativamente ao género consiste em obter diferenças significativas na dimensão despersonalização, no sentido de que os homens pontuam significativamente mais alto que mulheres. No presente estudo, não observamos esta associação, possivelmente devido à amostra ser formada predominantemente por mulheres, o processo de *burnout* pode estar mascarado.

Os resultados encontrados são semelhantes aos encontrados por Maslach e Jackson (1985, como citado em Santos, 2009) num estudo realizado, que envolveu uma grande variedade de ocupações e serviços na área da saúde, constatando que as mulheres obtinham resultados significativamente mais elevados em exaustão emocional, e mais baixos em realização pessoal. Ainda segundo as mesmas autoras, a única diferença consistente é referente a uma maior tendência masculina para pontuações mais elevadas em despersonalização.

Valores mais elevados no sexo feminino poderão estar associados à dupla jornada (responsabilidades do trabalho concomitantes com as do lar), e aos estereótipos referentes ao género, onde as mulheres são mais emotivas e os homens mais instrumentais (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Para Mendes (1995) a variável género terá maior ou menor importância no desenvolvimento de *burnout* consoante o papel social que pela comunidade em geral e pelos próprios intervenientes, é atribuído à mulher. Assim, se socialmente é valorizado prioritariamente os papéis da mulher relacionados com o apoio à família e ao lar, parece ser mais provável que os conflitos surgidos sejam mais evidentes no mundo do trabalho.

Com a idade agrupada, em três grupos etários, verificámos que os enfermeiros mais jovens (<30 anos) apresentam níveis de despersonalização mais elevados e mais baixos em realização pessoal, e os mais velhos apresentam valores mais elevados em realização pessoal, contudo não se podem assumir os resultados.

O facto de os enfermeiros mais novos mostrarem-se menos realizados, poderá ser explicado pelo facto de que, no começo da profissão os enfermeiros encontram-se num período de sensibilização e transição das expectativas idealistas para a prática quotidiana, que nem sempre corresponde ao esperado (Moreira et al, 2009).

Estes resultados vão ao encontro do trabalho realizado por Gomes, Cruz e Cabanelas (2009) que verificaram que são os enfermeiros mais novos que experienciam mais

problemas relacionados com a despersonalização, podendo este facto ser encarado como uma estratégia de gestão da inexperiência do profissional face aos seus pacientes, afastando-se emocionalmente dos problemas que apresentam. Por outro lado, os enfermeiros mais velhos foram aqueles obtiverem maiores resultados em realização pessoal, sugerindo a contribuição da estabilidade que alcançaram no final da carreira laboral.

Estes dados são corroborados pelo tempo de serviço, onde constatámos que os enfermeiros mais velhos são aqueles que se sentem mais realizados, tendo sido encontradas diferenças significativas. Por outro lado, os enfermeiros com menos tempo de serviço (até 5 anos) são aqueles que exprimem maiores sentimentos de exaustão emocional e despersonalização.

Os nossos dados aproximam-se das conclusões de Queirós (2005) que considera que os indivíduos com mais experiência têm níveis mais baixos de *burnout*. O mesmo autor admite que são jovens idealistas, generosos, empenhados e que ainda não terão aprendido a dosear as exigências excessivas das demandas do trabalho e que facilmente se exaustariam. Alguns destes, por estratégias adequadas resolveriam a sua exaustão, ultrapassando a situação de não poder dar mais de si.

O estado civil apresenta diferenças estatísticas significativas em todas as dimensões do *burnout*. Os enfermeiros casados apresentam valores mais elevados em exaustão emocional, os solteiros apresentam valores mais elevados em despersonalização e os divorciados em realização pessoal.

Tais resultados contrariam aqueles encontrados por Garcia (1990) que indicam que indivíduos casados apresentam níveis mais baixos de *burnout*. Pessoas casadas ou com companheiro estável experimentam sentimentos de responsabilidade familiar e maior resistência à síndrome.

De igual modo, complementando as variáveis associadas ao núcleo familiar, foram os enfermeiros sem filhos que evidenciaram valores mais elevado em exaustão emocional e despersonalização, e os que têm filhos apresentam mais realização pessoal, contudo estes resultados não apresentam diferenças estatisticamente significativas. Contudo, corroboram a literatura existente que descreve que a existência de filhos como um amortecedor de *burnout* (Maslach & Jackson, 1996)

Estes resultados vão de encontro aos encontrados por outros autores, que associam a maternidade/paternidade a uma maior responsabilidade, maturidade, estabilidade e expectativas mais realistas (Jodas & Haddad, 2009; Moreira et al, 2009).

Relativamente às habilitações literárias, não se encontraram diferenças significativas em relação a nenhuma das dimensões do *burnout*. Todavia, verificámos que são os profissionais com habilitações mais elevadas que reportam maiores níveis de exaustão emocional contrapondo com os profissionais que possuem apenas Bacharelato/Licenciatura que apresentam maior nível de despersonalização e realização pessoal. No entanto são resultados sem significado estatístico.

Este resultado vai parcialmente de encontro aos resultados de outros estudos realizados, segundo os quais os sujeitos com elevado nível de habilitações académicas referem maiores níveis de *Burnout* do que trabalhadores com níveis académicos mais baixos (Jodas & Haddad, 2009; Maslach et al., 2001).

Vara (2007) sugere que tal possa dever-se ao facto de os indivíduos com maiores habilitações académicas terem trabalhos com mais responsabilidade e maior stresse, ou por depositarem mais expectativas nos seus trabalhos, e conseqüentemente sentirem mais exaustão se as suas expectativas não forem concretizadas.

Em relação ao tipo de contrato, as diferenças verificadas entre os enfermeiros que estão a prazo e os que são efectivos, não são significativas para nenhuma das dimensões do *burnout*. Ainda assim, os que tem estabilidade no emprego são os que apresentam níveis mais elevados de exaustão emocional, mais baixo de despersonalização e mais elevado de realização pessoal.

Resultados semelhantes foram encontrados por Santos (2009). Tal facto pode estar relacionado com o mencionado por Loureiro, Pereira, Oliveira e Pessoa (2008), que supõe que a menor estabilidade de emprego poderá gerar insegurança e preocupação a nível individual e familiar devido a uma possível falta de perspectiva de um futuro estável. Também Maslach, et al. (2001) referem que presumivelmente altas expectativas no trabalho ligam-se a exaustão, o que poderá justificar o facto de serem os elementos que se encontram a progredir na carreira que apresentem mais stresse.

Na discussão sobre o processo saúde-doença, o *Burnout*, torna-se bastante pertinente, dada a sua importância para as ciências sociais e humanas, e para a Enfermagem enquanto ciência humana, sobretudo pelas suas repercussões nos seus clientes, classe profissional e famílias.

Nas profissões consideradas de ajuda como a enfermagem, as grandes tensões mantidas durante um longo período de tempo conduzem ao esgotamento ou desgaste (*burnout*) fazendo com que o organismo perca as suas capacidades para lhes fazer face (Garcia, 1990 como citado em Sá, 2004, p. 21).

Em todos os Estados-Membros da União Europeia, está em vigor um conjunto de directivas comuns que têm por objectivo prevenir os riscos de saúde e segurança no trabalho. Através destas directivas, os empregadores são responsáveis por garantir que os empregados não são prejudicados pelo trabalho, incluindo pela exposição a riscos psicossociais no trabalho. Calcula-se que o stresse e o *burnout* no trabalho custa aos Estados-Membros pelo menos 20 biliões de euros anuais. Este custo não deve ser considerado apenas em termos monetários, nomeadamente quantos euros as organizações perdem. Os custos socioeconómicos são consideráveis; os riscos psicossociais prejudicam a sociedade e cada indivíduo (Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho, 2002).

5. Reflexões Finais

5.1. Conclusão

A experiência humana torna-se útil sempre que haja a capacidade de a reverter a favor do Homem, com a futura aplicação deste trabalho, os resultados não terão um contributo directo mas poderão ser um potencial no desenvolvimento de estratégias preventivas de *burnout*, senão por mais, pelo reconhecimento das lacunas que poderão ser encontradas e que não poderão ficar limitadas a esta investigação.

Tendo em conta os resultados obtidos, podemos concluir com base no estudo psicométrico do MBI, da UWES e da WOSC que, estes instrumentos mostraram-se promissores na avaliação dos conceitos na amostra.

Relativamente às hipóteses formuladas, apesar dos resultados não apresentarem significado estatístico, concluímos que o *savoring* não potencia o *engagement*, mas protege parcialmente do *burnout*. Por outro lado, o *engagement* protege parcialmente os enfermeiros do *burnout*. Verificámos também que o tempo de serviço, o estado civil e tipo de serviço está directamente relacionados com o nível de *burnout*.

Tendo em conta o padrão de *burnout* da amostra, importa referir que esta é uma área de extrema importância para se investir, pois o *burnout* afecta fortemente a vida pessoal e profissional dos cuidadores. Neste sentido, e no término deste trabalho, destaca-se a importância da prevenção do *burnout*, não apenas por constituir uma doença que afecta os cuidadores, mas também porque afecta a qualidade dos cuidados prestados aos clientes. A Síndrome de *burnout* pode ser evitada, para tal, basta existir abertura por parte da cultura organizacional, no sentido de serem implementadas estratégias preventivas para combater o stresse crónico, numa perspectiva de apurar quais os antecedentes presentes no quotidiano de quem cuida.

Existe ainda a constatação da inquietação ser demasiada vasta e ambiciosa para o âmbito deste trabalho, aliada às inerentes dificuldades temporais, acrescidas dos deveres laborais dos quais não se pode desligar. Contudo, esta experiência foi bastante enriquecedora e aliciante, constituindo um importante momento de aprendizagem. Permitindo desenvolver conhecimentos necessários para a elaboração de um trabalho desta natureza, permitindo aprofundar conhecimentos a vários níveis.

5.2. Limitações do estudo/sugestões para futuros trabalhos

Terminamos este trabalho com algumas limitações do estudo assumindo que estas poderão ser também algumas sugestões para trabalhos futuros apesar da preocupação crescente com o rigor metodológico e científico na realização da investigação.

Inicialmente tinha-mos proposto desenvolver um trabalho com um desenho de investigação diferente. Pretendíamos, num primeiro momento, realizar a avaliação dos níveis de *burnout* e *engagement*. Nas equipas em que se justificasse a intervenção (níveis elevados de *burnout* e baixo compromisso com o trabalho - *engagement*), pretendia-mos promover uma atitude positiva, através da implementação de *savoring*. Após essa intervenção, nos sujeitos que aderissem, pretendíamos realizar nova avaliação, no sentido de verificar a diminuição do *burnout* e o aumento do *engagement*. Contudo, devido a questões temporais e institucionais não nos foi possível concretizar este tipo de estudo (investigação-acção).

Os dados que constituíram a nossa base de dados assentam somente numa amostra de trabalhadores que desempenham funções em dois serviços particulares, urgência e medicina. Seria interessante obter uma amostra que contivesse os deferentes serviços hospitalares, e em vários pontos do país. Por outro lado, a amostra é pequena (n=84), tornando-se pouco representativa para a população portuguesa, salientando o restrito poder de generalização.

Sendo o *savoring* um conceito recente e ainda pouco investigado empiricamente devem ser realizados mais estudos de forma a contribuírem para a sua melhor compreensão. Foi a primeira vez em Portugal que se realizaram estudos com o MBI, WOSC e UWES, seria interessante no futuro a realização de outros estudos que permitissem a validação destes instrumentos para outras amostras de enfermeiros.

Relativamente ao WOSC, verificamos que foi aquele que teve menos adesão pelos enfermeiros, possivelmente por ser a última escala do questionário a ser avaliada e por ser muito extenso.

Esperamos no entanto que o estudo contribua para aumentar o conhecimento sobre os conceitos estudados no âmbito da profissão da enfermagem.

6. Bibliografia

Ayres, M.; Ayres Junior, M.; Ayres, D.; Santos, A. (2007) BioEstat: aplicações estatísticas nas áreas das ciências biomédicas. Belém: Sociedade Civil Mamirauá.

Bakker, A., Schaufeli, W., Demerouti, E. & Euwema, M. (2006) An organizational and social psychological perspective on *burnout* and *workengagement*. In M. Hewstone, H. Schut, J. de Wit, K. Van den Bos & M. Stroebe (Eds.), *The Scope of Social Psychology: Theory and applications* (pp 229-252). Andover, UK: Psychology Press.

Bakker, A., Hakanen, J., Demerouti, E., Xanthopoulou, D. (2007). Job Resources boost *workengagement*, particularly when job demands are high. *Job Educational Psychology*, Vol.99, No.2, 274-284

Benevides-Pereira, A. (2001). A saúde mental de profissionais de saúde mental: uma investigação da personalidade de psicólogos. EDUEM.

Benevides-Pereira, A. (2002). *Burnout*: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. S.Paulo:Casa do Psicólogo

Benevides-Pereira, A. (2003) - O Estado da Arte do *Burnout* no Brasil. *Revista Eletrônica InterAção Psy*. Ano 1, nº 1, p. 4-11

Borges, L., Argolo, J., Pereira, A., Machado, E. & Silva, W. (2008) A síndrome de *Burnout* e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia e reflexão crítica*. Vol.15, nº. 1, p.189-200

Cardoso, T. (2009) “Engagement nos enfermeiros: O Papel do Suporte Social no Bem-Estar dos Enfermeiros”. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Carlotto, M., Camara, S. (2008) Análise da produção científica sobre a Síndrome de *Burnout* no Brasil. *PSICO, Porto Alegre, PUCRS*, Vol. 39, nº. 2, p. 152-158.

Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). Metodologia da Investigação. Lisboa: Universidade Aberta.

Carvalho, J. (2009) *Savoring*: uma forma de promover o bem-estar? A relação entre as crenças, as estratégias de *savoring* e o bem-estar pessoal nos adolescentes. Um estudo exploratório. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Cepeda, F. (2009) “Os processos de coping e de *savoring* e a agressividade na adaptação académica e social dos adolescentes à escola. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação;

Csikszentmihalyi, M. (1990) *Flow. The psychology of optimal experience*. New York (NY): Harper

Codo, W & Menezes, I. (1999) O que é *burnout*? In: Codo (coord.) *Educação e carinho*. São Paulo: Vozes, CNTE e UNB

Costa, A. (2003) - Auto-Eficácia e *Burnout*. *Revista Eletrônica InterAção Psy* – Ano 1, nº 1- Ago. p. 34-67

Fortin, M. (1999) - “O processo de investigação: da concepção à realização”. 2ª Edição. Loures: Lusociência.

Freudenberger, H. J. (1974) - Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*.30, (1), 159-165

Gil, A. (1989) - Como elaborar projectos de pesquisa. 2ª Edição. São Paulo: Editora Atlas S. A.

Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1997) *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madri: Síntesis.

Gil-Monte, P. (2002) Influencia del género sobre el processo de desarrollo del síndrome quemarse por el trabajo (*burnout*) en profesionales de enfermería. *Psicol Estud*; 7:3-10.

Gil-Monte, P. (2003) - El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Síndrome de *Burnout*) en Enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*. Ano 1, nº 1,19-33. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/artigo3.pdf>. Acesso em 13 de Julho de 2011

Gisbert, M. (2002) Estrés laboral en el personal sanitario. *Fisioterapia*, 33-42. Disponível em: <http://www.elsevier.es/es/revistas/fisioterapia-146/estres-laboral-personal-sanitario-13031834-articulos-2002>.

Golembiewski, R. – *Handbook of Organizational Behaviour*. Copyright 1993 by Marcel Decker, Inc. New York;

Gómez, M., Dodino, C., Aponte, C., Caycedo, C., Riveros, M., Martínez, M. (2005) Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Revista Universitas Psychologica*, 4:63-75

Gomes, R., Cruz, J., Cabanelas, S. (2009) - Estress Ocupacional em Profissionais de Saúde: Um Estudo com Enfermeiros Portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 25, nº.3, p. 307-318. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/9921>.

Guido, L. (2003) - Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica. Tese de Doutoramento em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, Brasil. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-22122003-160217/pt-br.php>.

Hall, A., Neves, C. & Pereira, A. (2011) Grande Maratona de Estatística no SPSS. Escolar Editora;

Harter, J., Schmidt, F. & Hayes, T. (2002) Business-Unit-Level relationship between employee satisfaction, employee *engagement*, and business outcomes: A meta-analysis. *Journal of Applied psychology*, Vol.87, No. 2, 268-279

Ioichida, L. & Castro, A. (2001) Projeto de pesquisa (Parte VIII – método estatístico /análise estatística). In: Castro AA. Planejamento da Pesquisa. São Paulo

Jiménez, B., Herrer, M., Hernández, E., Adán, J. (2009) Nuevos planteamientos en la evaluación del *burnout*: la evaluación específica del desgaste profesional médico. *Aten Primaria*: 38:544-9. Disponível em: <http://www.elsevier.es/en/node/2050212>. Acesso em: 15 de Agosto de 2011

Jodas, D., Haddad, M. (2009) Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paul Enferm*, 22 (2): 192-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a12v22n2.pdf>.

Leitão, V. (2010) *Savoring e engagement* profissional: o papel moderador do tipo de eventos positivos na relação entre estratégias de *savoring e engagement* nos trabalhadores temporários. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.

Leiter, P., Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on *burnout* and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308

Lisbona, A., Francisco, M., Francisco, J. (2009). Elengagement como resultado de la socialización organizacional. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9 (1), 89-100.

Loureiro, H., Pereira, A., Oliveira, A., Pessoa, A. (2008) *Burnout* no trabalho. *Revista Referência*. Série 2, nº 7, pp. 33-41

Luna, J. (2002) Síndrome de “burn out” El médico de urgencias incansable? *Revista Mexicana de Medicina de Urgencias*; 1:48-56.

Marconi, M., Lakatos, E. (1999) Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. Atlas Editora. 4ª Edição. São Paulo.

Marques-Teixeira, J. (2002). *Burnout* ou Síndrome de Exaustão. *Saúde Mental*, IV (2), 8-19.

Maroco, J., Garcia-Marques, T. (2006) Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4(1): 65-90

Martins, C. (2002) Seremos educadores para a saúde? Nr:40, Sinais Vitais: Coimbra

Maslach, C. & Goldberg, J. (1998) Prevention of *burnout*: new perspectives. *Appl Prev Psycho*; 7:63-74.

Maslach, C., Jackson, S. (1981) The measurement of experienced *burnout*. *Journal of Organizational Behavior*, 2: 99–113. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/pdf>.

Maslach, C., Jackson, S. (1986). Maslach *Burnout* Inventory, Manual. Palo Alto, University of California. Consulting Psychologists.

Maslach, C., Jackson, S., Leiter, M. (1996) Maslach *Burnout* Inventory Manual. Palo Alto, C.A: Consulting Psychologist Pres.

Maslach, C. (2000) A multidimensional theory of *burnout*. In C. L. Cooper (Ed.), Theories of organizational stress (pp. 68-85). Norfolk, UK: Oxford University Press

Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001) Job *burnout*. *Annual Review of Psychology*. 52, 397-422

Mendes, A. (1995): Síndrome de Burn-Out em enfermeiros de psiquiatria. Coimbra: Faculdade de Medicina. (Tese de mestrado)

Moreira, D., Magnago, R., Sakae, T. & Magajewski, F. (2009) Prevalência da síndrome de *burnout* em trabalhadoras de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Publica, Rio de Janeiro*, 25 (7): 1559-1558.

Murcho, N., Jesus, S., Pacheco, J. (2009) A Relação entre a Depressão em Contexto Laboral e o *Burnout*: Um Estudo Empírico com Enfermeiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (1), 57-68.

Normando, A., Tjäderhane, L., Quintão, C. (2010) A Escolha do Teste Estatístico- Um Tutorial em forma de apresentação em PowerPoint . *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, v.15, p.107-112. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2176-94512010000100012&script=sci_arttext. Acesso em 1 de Agosto de 2011.

OMS (1999) Organização Mundial de Saúde: Prévention primaire des troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux.

Pereira, J., Rodrigues, J., Cunha, M. (2010) Stress, *Burnout* e Desordens Emocionais em Profissionais de Saúde de Oncologia. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho, Portugal, 4 a 6 de Fevereiro de 2010

Pestana, M. e Gageiro, J. (2005), *Análise de Dados para Ciências Sociais – a Complementaridade do SPSS*, Edições Sílabo.

Peterson, R. (1994) A meta-analysis of Cronbach's coefficient alpha. *Journal of Consumer Research*, 21(2), 381-391, UChicago. Disponível em: <http://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/209405>. Acesso em 1 de Agosto de 2011

Pitta, A. (1994) *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec

Polido, A., Vieira, C., Carvalho, L. (2010) *Burnout e engagement*: Ligar com o Stress na Saúde: Relatório de um Seminário. Cidade Solidária.

Queirós, P. (2005) *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. 1ª Edição. Coimbra: Edições Sinais Vitais.

Quick, J., Little, L. & Nelson, D. (2009) Positive emotions, attitudes, and health. Motivated, engaged, focused. In S. Cartwright, & C. Cooper, *The Oxford Handbook of Organizational Well-being* (pp. 214-235). New York: Oxford University Press.

Rodrigues, F., Barroso, A. (2008) Avaliação do *engagement* nos Docentes da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. *Bioanálise* / Ano V, N.º 1, Jan/Jun;

Sá, L. (2002) – *Burnout* e controlo sobre o Trabalho em Enfermagem Oncológica: Estudo Correlacional. Tese apresentada para obtenção do grau de mestre em psiquiatria e saúde mental. Universidade do Porto: Faculdade de Medicina;

Sá, L. (2004) Do Stresse ao *Burnout* em Enfermagem Oncológica. *Enfermagem Oncológica*, 31, 14-37;

Sá, L. (2008) O Assédio Moral e o *Burnout* na saúde mental dos enfermeiros. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto;

Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., Martínez, I. & Schaufeli, W. (2003) Perceived collective efficacy, subjective well-being, and task performance among electronic work groups: An experimental study. *Small Group Research* , 34, 43-73;

Salanova, M., Schaufeli, W., Llorens, S., Peiró, J. & Grau R. (2000) Desde el “*burnout*” al “*engagement*”: Una nueva perspectiva?. *Rev Psicol Trabajo Organiz*, 16:117-34. Disponível em: <http://www.fss.uu.nl/sop/Schaufeli/152.pdf>.

Salanova, M. & Schaufeli, W. (2008) A cross-national study of work *engagement* as a mediator between job resources and proactive behaviour: *The International Journal of Human Resource Management*, 19, 116-131.

Santos, A. (2009) *Burnout* nos enfermeiros dos serviços de psiquiatria de doentes agudos: um contributo para a gestão. Tese de Mestrado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa - ISCTE, Lisboa, Portugal. Disponível em: <http://repositorio-iul.iscte.pt/handle/10071/1812>.

Schaufeli, W., Maslach, C., & Marek, T. (1993) Professional *burnout*. Recent developments in theory and research. New York: Taylor & Francis

Schaufeli, W. (1995) The evaluation of a *burnout* workshop for community nurses. *JHHSA Summer*, 18(1):11-30. Disponível em: <http://www.fss.uu.nl/sop/Schaufeli/073.pdf>. Acesso em 13 de Julho de 2011.

Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1998) The *burnout* companion to study & practice: a critical analysis. *Issues in occupational health*. Padstow, U.K.: Taylor & Francis.

Schaufeli, W. & Bakker, A. (2001) *Werk en welbevinden: Naar een positieve benadering in de Arbeidsen Gezondheidspsychologie* [Work and well-being: Toward a positive approach in Occupational Health].

Schaufeli, W., Salanova, M., Gonzalez-Roma, V. & Bakker, A. (2002) The measurement of *engagement* and *burnout* and: A confirmative analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92

Schaufeli, W., Martínez, I., Pinto, A., Salanova, M. & Bakker, A. (2002) *Burnout and engagement in university students : A cross-national study. Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33, 464-481. Disponível em: http://www.beanmanaged.eu/pdf/articles/arnoldbakker/article_arnold_bakker_78.pdf. Acesso em: 12 de Julho de 2011.

Schaufeli, W., & Bakker, A. (2004) Job demands, job resources, and their relationship with *burnout* and *engagement*. A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25 (3), 293-315

Schaufeli, W. & Salanova, M. (2007) *Work engagement: An emerging psychological concept and its implications for organizations. Managing Social and Ethical Issues in Organizations*, 135-177

Schaufeli, W. & Bakker, A. (2009) UWES – Utrecht *Work engagement Scale* Preliminary Manual (R. Angst, A. Benevides-Pereira & P. Martins, Trad.) Occupational Health Psychology Unit: Utrecht University (Obra original publicada em 2003)

Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000) Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14

Segantin, B. & Maia, E. (2007) Estresse vivenciado pelos profissionais que trabalham na saúde. Monografia, Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL, Londrina, Paraná, Brasil. Disponível em: http://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arg-idvol_5_1247866839.pdf.

Silva, M., Gomes, A. (2009) Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14 (3), 239-248.

Silvério, J. (1995) *Burnout no desporto: estudo comparativo em atletas do triatlo, natação, ciclismo e atletismo*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Desportiva) – Universidade do Minho, Braga

Tamayo, M. (2008) *Burnout*: Implicações das Fontes Organizacionais de Desajuste Indivíduo-Trabalho em Profissionais da Enfermagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 474-482.

Tuckman, B. (2000). Manual de Investigação em Educação. 2ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Universidade de Aveiro Serviços de Biblioteca, informação documental e museologia (2010) Referências bibliográficas, normas e estilos. Manual estilo APA. Bibliotecas da Universidade de Aveiro.

Vara, N. (2007) *Burnout* e satisfação no trabalho em bombeiros que trabalham na área da emergência pré-hospitalar. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Porto: F.P.C.E.U.P.

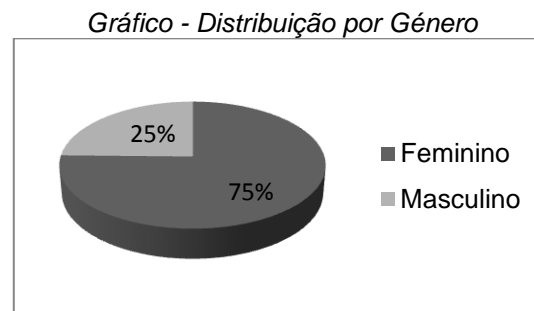
Vidal, P. (2005), Estatística Prática para as Ciências da Saúde, Lidel – Edições Técnicas.

Anexos

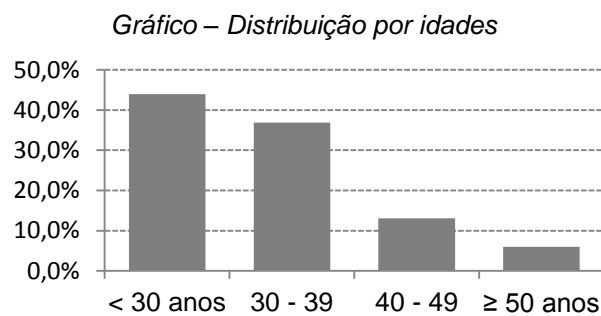
Anexo I

(Caracterização da amostra)

Colaboraram no estudo 84 enfermeiros, 75,0% dos quais afectos ao género feminino e 25,0% ao género masculino, conforme se pode comprovar pela observação do gráfico nº1.



A média de idades é de 33 anos (DP=8,7 anos), o enfermeiro mais novo tem 24 anos e o mais velho 61 anos. O escalão etário mais representado é o escalão <30 anos que compreende 44,0% do total de inquiridos.



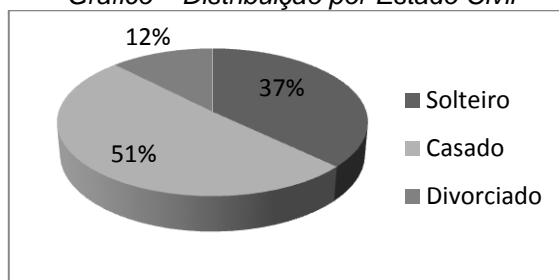
Em termos de habilitações académicas, predominam os enfermeiros com bacharelato/licenciatura (69,1%), seguindo-se os enfermeiros com pós-graduação ou especialização (11,1%). Os doutoramentos representam apenas 1,2%.

Tabela – Distribuição por Grau acadêmico

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Bacharelato/Licenciatura	56	66,7	69,1	69,1
Pós-graduação	9	10,7	11,1	80,2
Especialidade	9	10,7	11,1	91,4
Mestrado	6	7,1	7,4	98,8
Doutoramento	1	1,2	1,2	100,0
Total	81	96,4	100,0	
Omissos	3	3,6		
Total	84	100,0		

No que se refere ao estado civil, os enfermeiros casados representam mais de metade da amostra (51,0%). Seguem-se depois os enfermeiros solteiros (37,0%) e os divorciados (12,0%). Mais de metade (58,0%) dos enfermeiros não têm filhos, 28,4% dos enfermeiros têm um filho e 12,3% dos enfermeiros têm dois filhos.

Gráfico – Distribuição por Estado Civil



A afectação dos inquiridos pelos serviços hospitalares pode ser apreciada na tabela nº 2. O serviço de urgência geral é o mais representado (28,6%), seguindo-se o Serviço de Medicina I (17,9%), os menos representados são os Serviços de Medicina I e II (11,9%).

Tabela – Distribuição por Serviços HIP

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Urgência Geral	24	28,6	28,6	28,6
Urgência pediátrica	12	14,3	14,3	42,9
Serviço de observação	13	15,5	15,5	58,3
Medicina I	15	17,9	17,9	76,2
Medicina II	10	11,9	11,9	88,1
Medicina III	10	11,9	11,9	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Uma percentagem muito elevada dos enfermeiros têm um contrato de trabalho efectivo (92,6%) e apenas 7,4% se encontram na situação de contratados a prazo.

Tabela - Distribuição por Tipo de contrato de trabalho

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
A prazo	6	7,1	7,4	7,4
Efectivo	75	89,3	92,6	100,0
Total	81	96,4	100,0	
System	3	3,6		
Total	84	100,0		

A antiguidade média no serviço é de 9,2 anos (D=8,0 anos) variando a antiguidade entre 1 ano e 35 anos de serviço.

Tabela – Distribuição por Antiguidade

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
0		1	1,2	1,3
1		3	3,6	5,0
2		8	9,5	15,0
3		6	7,1	22,5
4		5	6,0	28,8
5		11	13,1	42,5
6		4	4,8	47,5
7		5	6,0	53,8
8		9	10,7	65,8
9		1	1,2	66,3
10		5	6,0	72,5
11		5	6,0	78,8
12		1	1,2	80,0
14		1	1,2	81,3
17		2	2,4	83,8
20		3	3,6	87,5
21		3	3,6	91,3
23		1	1,2	92,3
25		1	1,2	93,5
27		1	1,2	93,8
28		1	1,2	96,3
32		1	1,2	97,5
33		1	1,2	98,8
35		1	1,2	100,0
Total	80	95,2	100,0	
Omissos	4	4,8		
Total	84	100,0		

Anexo II
(Questionário)

Caro enfermeiro/a,

Sou uma estudante do 2º Ano do Curso de Mestrado em Ciências Enfermagem do Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar e estou a levar a cabo um trabalho de investigação cujo tema é “Prevenção do *Burnout* e Promoção do *engagement*, através da potenciação do *Savoring* pelas Chefias do HIP-Aveiro”.

Para a sua concretização, vem-se solicitar a sua colaboração, imprescindível.

Instruções para o preenchimento do questionário:

- ⇒ Leia todas as perguntas antes de responder;
- ⇒ Não deixe de responder a nenhuma questão;
- ⇒ O preenchimento é individual;
- ⇒ Responda a cada questão com toda a sinceridade;
- ⇒ Este questionário é absolutamente confidencial e anónimo.

Muito obrigado pela disponibilidade e agradeço desde já a colaboração.

(Paula Cristina da Costa Andrade)

PARTE I – INFORMAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Idade: ____ anos
2. Género:
 - Feminino
 - Masculino
3. Estado Civil:
 - Solteiro
 - Casado
 - Outra. Qual? _____
4. Número de filhos
 - 0
 - 1
 - 2
 - 3 ou mais
5. Tempo na organização? ____ anos e ____ meses
6. Contrato de trabalho?
 - Contrato a prazo
 - Contrato efectivo
 - Recibos Verdes
7. Grau Académico
 - Bacharelato
 - Licenciatura
 - Pós Graduação
 - Especialidade
 - Mestrado
 - Doutoramento

PARTE II – MASLACH *BURNOUT* INVENTORY (MBI)

As seguintes perguntas referem-se a sentimentos em relação ao trabalho. Por favor, leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda se já experimentou o que é relatado, em relação a seu trabalho. Caso nunca tenha tido tal sentimento, responda “0” (zero) na coluna ao lado. Em caso afirmativo, indique a frequência (de 1 a 6) que descreveria melhor seus sentimentos, conforme a descrição abaixo.

Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Quase sempre	Sempre
0	1	2	3	4	5	6
Nenhuma vez	Algumas vezes por ano	Uma vez ou menos por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias

1. ____ Sinto-me emocionalmente esgotado(a) pelo meu trabalho.
2. ____ Sinto-me cansado(a) no final do meu dia de trabalho.
3. ____ Sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho.
4. ____ Compreendo facilmente como se sentem os meus doentes.
5. ____ Sinto que trato alguns doentes como se fossem "objectos" impessoais.
6. ____ Trabalhar todo o dia com doentes esgota-me bastante.
7. ____ Lido de uma forma muito eficaz com os problemas dos meus doentes.
8. ____ Sinto-me esgotado(a) pelo meu trabalho.
9. ____ Sinto que influencio positivamente a vida dos outros com o meu trabalho.
10. ____ Desde que comecei este trabalho tornei-me mais insensível para com as pessoas.
11. ____ Preocupa-me que este trabalho me endureça emocionalmente.
12. ____ Sinto-me cheio de energia.
13. ____ Sinto-me frustrado com o trabalho que realizo.
14. ____ Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no meu emprego.
15. ____ Não me importo grandemente com o que acontece aos meus doentes.
16. ____ Trabalhar directamente com pessoas faz-me sentir demasiado em stress.
17. ____ Posso criar facilmente uma atmosfera relaxante com os meus doentes.
18. ____ Sinto-me estimulado após trabalhar ao pé dos meus doentes.
19. ____ Tenho realizado muitas coisas válidas no trabalho que desempenho.
20. ____ Sinto-me no limite das minhas forças.
21. ____ No meu trabalho lido com problemas emocionais com muita calma.
22. ____ Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.

PARTE III – QUESTIONÁRIO DE BEM-ESTAR E TRABALHO (UWES)

As seguintes perguntas referem-se a sentimentos em relação ao trabalho. Por favor, leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda se já experimentou o que é relatado, em relação a seu trabalho. Caso nunca tenha tido tal sentimento, responda “0” (zero) na coluna ao lado. Em caso afirmativo, indique a frequência (de 1 a 6) que descreveria melhor seus sentimentos, conforme a descrição abaixo.

Nunca 0 Nenhuma vez	Quase Nunca 1 Algumas vezes por ano	Às vezes 2 Uma vez ou menos por mês	Regularmente 3 Algumas vezes por mês	Frequentemente 4 Uma vez por semana	Quase sempre 5 Algumas vezes por semana	Sempre 6 Todos os dias
------------------------------	--	---	---	--	--	---------------------------------

1. ____ Em meu trabalho, sinto-me repleto (cheio) de energia.
2. ____ Eu acho que o trabalho que realizo é cheio de significado e propósito.
3. ____ O “tempo voa” quando estou trabalhando.
4. ____ No trabalho, sinto-me com força e vigor (vitalidade).
5. ____ Estou entusiasmado com meu trabalho.
6. ____ Quando estou trabalhando, esqueço tudo o que se passa ao meu redor.
7. ____ Meu trabalho me inspira.
8. ____ Quando me levanto pela manhã, tenho vontade de ir trabalhar.
9. ____ Sinto-me feliz quando trabalho intensamente.
10. ____ Estou orgulhoso com o trabalho que realizo.
11. ____ Sinto-me envolvido com o trabalho que faço.
12. ____ Posso continuar trabalhando durante longos períodos de tempo.
13. ____ Para mim meu trabalho é desafiador.
14. ____ “Deixo-me levar” pelo meu trabalho.
15. ____ Em meu trabalho, sou uma pessoa mentalmente resiliente (versátil).
16. ____ É difícil desligar-me do trabalho.
17. ____ No trabalho, sou persistente mesmo quando as coisas não vão bem.

© Schaufeli & Bakker (2003). A utilização do Questionário do Bem-estar e Trabalho (UWES) esta autorizada para pesquisas científicas sem fins comerciais. O uso comercial e/ou não científico está proibido, a não ser que haja uma permissão prévia e escrita dos autores.

10. Disse a mim mesmo(a) por que razão não merecia que me acontecesse uma experiência/acontecimento tão positivo.	1	2	3	4	5	6	7
11. Procurei outras pessoas para partilhar esta experiência/acontecimento com elas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Pensei para mim próprio(a) como iria recordar esta experiência/acontecimento mais tarde.	1	2	3	4	5	6	7
13. Pensei como esta experiência/acontecimento era um alívio para mim.	1	2	3	4	5	6	7
14. Pensei em como gostaria que este momento durasse – lembrei-me que tinha de o gozar porque em breve acabaria.	1	2	3	4	5	6	7
15. Ri ou sorri.	1	2	3	4	5	6	7
16. Pensei em várias maneiras disto ter corrido pior.	1	2	3	4	5	6	7
17. Abri bem os meus olhos e inspirei fundo – tentei ficar mais atento(a).	1	2	3	4	5	6	7
18. Fechei os olhos, relaxei e aproveitei o momento.	1	2	3	4	5	6	7
19. Pensei em como sou uma pessoa de sorte a quem aconteceram tantas coisas boas.	1	2	3	4	5	6	7
20. Pensei em várias maneiras disto ter corrido melhor.	1	2	3	4	5	6	7
21. Disse a outras pessoas presentes quanto valorizava esse momento (e o facto de estarem ali a partilhá-lo comigo).	1	2	3	4	5	6	7
22. Reflecti intencionalmente sobre a experiência/acontecimento – dei atenção aos pormenores, tentei memorizá-los, fiz comparações.	1	2	3	4	5	6	7
23. Disse para mim próprio(a) como estava orgulhoso(a).	1	2	3	4	5	6	7
24. Lembrei-me que em breve tudo estaria acabado.	1	2	3	4	5	6	7
25. Tentei apressar-me e andar mais rapidamente.	1	2	3	4	5	6	7
26. Concentrei-me no futuro – no momento em que esta experiência/acontecimento positivo já teria terminado.	1	2	3	4	5	6	7
27. Tentei abrandar e andar mais devagar (numa tentativa de parar ou abrandar o tempo).	1	2	3	4	5	6	7
28. Forcei-me a descontraír de forma a ficar mais absorvido(a) pela experiência/acontecimento.	1	2	3	4	5	6	7
29. Rezei para agradecer a minha boa sorte.	1	2	3	4	5	6	7
30. Contive-me e inibi os meus sentimentos [fiquei mais tenso(a)].	1	2	3	4	5	6	7
31. Procurei passar tempo com pessoas que sabem divertir-se.	1	2	3	4	5	6	7

32. Identifiquei aspectos específicos da situação – tentei perceber exactamente do que estava a gostar e dei atenção explicitamente a cada um desses aspectos.	1	2	3	4	5	6	7
33. Pensei para comigo como os outros deviam estar impressionados.	1	2	3	4	5	6	7
34. Lembrei-me que nada dura para sempre e portanto devia gozar aquele momento nessa altura.	1	2	3	4	5	6	7
35. Suspirei ou produzi outros sons de apreço para me ajudarem a saborear o momento (por exemplo, disse mmm, aahh, cantarolei, assobie).)	1	2	3	4	5	6	7
36. Lembrei-me que os outros envolvidos no acontecimento/experiência também deviam estar a pensar e a sentir-se da mesma forma.	1	2	3	4	5	6	7
37. Concentrei-me e evitei as distrações; intensifiquei um sentido, bloqueando outros.	1	2	3	4	5	6	7
38. Limitei-me a viver a experiência/acontecimento um momento de cada vez e tentei não antecipar muito o que viria a seguir.	1	2	3	4	5	6	7
39. Disse para comigo que a experiência/acontecimento não era tão positiva como eu tinha esperado.	1	2	3	4	5	6	7
40. Expressei fisicamente os meus sentimentos aos outros (abraçando-os e tocando-lhes).	1	2	3	4	5	6	7
41. Fiz fotografias mentais.	1	2	3	4	5	6	7
42. Pensei como esta experiência/acontecimento era um triunfo.	1	2	3	4	5	6	7
43. Pensei em como o tempo estava a passar tão depressa.	1	2	3	4	5	6	7
44. Gritei ou produzi outras expressões verbais de entusiasmo.	1	2	3	4	5	6	7
45. Comparei-me com os outros (perguntei a mim mesmo(a) “Estou a gozar este momento tanto quanto eles?”).	1	2	3	4	5	6	7
46. Lembrei-me de outros lugares onde deveria estar ou de outras coisas que deveria estar a fazer.	1	2	3	4	5	6	7
47. Falei com outra pessoa sobre como me sentia bem.	1	2	3	4	5	6	7
48. Tentei memorizar o que me rodeava.	1	2	3	4	5	6	7
49. Disse para comigo por que razão merecia esta experiência/acontecimento positivo.	1	2	3	4	5	6	7
50. Toquei em mim – esfreguei a barriga, bati palmas, etc.	1	2	3	4	5	6	7
51. Relacionei este acontecimento com outros acontecimentos positivos passados e recordei-os.	1	2	3	4	5	6	7

52. Pensei sobre outras coisas por resolver, problemas e preocupações que ainda teria que enfrentar.	1	2	3	4	5	6	7
53. Fotografei com uma máquina para capturar a experiência/acontecimento.	1	2	3	4	5	6	7
54. Pensei em como me estava a divertir.	1	2	3	4	5	6	7
55. Pensei em como as coisas poderiam nunca mais voltar a ser tão boas.	1	2	3	4	5	6	7
56. Pensei em coisas que me faziam sentir culpado(a).	1	2	3	4	5	6	7
57. Consumi drogas ou álcool para gozar melhor o momento.	1	2	3	4	5	6	7
58. Imaginei toda uma série de experiências/acontecimentos positivos que poderiam vir a acontecer como consequência desta experiência/acontecimento.	1	2	3	4	5	6	7
59. Tentei não pensar muito – apenas relaxar e aproveitar o momento.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo III
(Pedido de autorização: Hospital)

Exmo. Senhor(a)
Presidente da Comissão de ética do HIP-Aveiro

Assunto: Pedido de Autorização para Aplicação do Questionário

Aveiro, 10 de Agosto de 2010

Exmo. Senhor(a),

Eu, Paula Cristina da Costa Andrade, aluna do 2º Ano do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem pelo Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, venho junto de Vossa Excelência solicitar autorização para a aplicação de um questionário aos enfermeiros deste hospital, e colaboração com os enfermeiros chefes dos serviços.

A temática do estudo a desenvolver prende-se com a influência que *savoring* causa no *engagement* e no *burnout*, enquanto agente promotor de um e preventivo de outro, e tem como objectivo geral:

- Implementar uma estratégia de apreciação e amplificação das experiências positivas da vida (*savoring*) como forma de promoção do *engagement* e prevenção do *burnout*.

Os questionários serão anónimos e as informações recolhidas serão apenas para fins estatísticos.

O pedido individual de autorização para a participação no estudo, será dirigido ao próprio. Antecipadamente grata pela colaboração que venha a ser prestada e com o compromisso de cumprimento das normas éticas que presidem a este tipo de trabalho, envio em anexo o questionário e coloco-me à disposição de Vossa Excelência para o esclarecimento de qualquer dúvida.

Sem outro assunto e aguardando uma resposta o mais breve possível.

Com os melhores cumprimentos,

(Paula Cristina da Costa Andrade)

Anexo IV
(Consentimento Informado)

Aveiro, 10 de Setembro de 2010

Assunto: Consentimento informado

Eu, Paula Cristina da Costa Andrade, aluna do 2º Ano do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem, do Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, venho junto de Vossa Excelência solicitar autorização para a aplicação de um questionário.

A temática do estudo a desenvolver prende-se com a influência que *savoring* causa no *engagement* e no *burnout*, enquanto agente promotor de um e preventivo de outro, e tem como objectivo geral:

- Conhecer a associação entre o *burnout*, o *engagement* e o *savoring*

Estes questionários serão anónimos e as informações recolhidas serão apenas para fins estatísticos.

Antecipadamente grata pela colaboração que venha a ser prestada e com o compromisso de cumprimento das normas éticas que presidem a este tipo de trabalho e coloco-me à disposição de Vossa Excelência para o esclarecimento de qualquer dúvida.

Data: ___/___/2011

