UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE MEDICINA

BURNOUT E CONTROLO SOBRE O TRABALHO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

ESTUDO CORRELACIONAL

Luís Octávio de Sá

TESE APRESENTADA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL SOB A ORIENTAÇÃO DO PROFESSOR DOUTOR JOÃO BARRETO

2002

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE MEDICINA

BURNOUT E CONTROLO SOBRE O TRABALHO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

ESTUDO CORRELACIONAL

Luís Octávio de Sá

TESE APRESENTADA PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL SOB A ORIENTAÇÃO DO PROFESSOR DOUTOR JOÃO BARRETO

2002

À Céu, ao Zé e à Rita,

pelo apoio e compreensão

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor João Barreto, pela sua preciosa orientação, disponibilidade e apoio no desenvolvimento deste trabalho sem os quais não teria sido possível a sua realização.

Ao professor Doutor António Pacheco Palha, coordenador do Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, pelo saber transmitido.

À professora Doutora Marianne Lacomblez, pela sua colaboração.

Ao Mestre Henrique Pereira e à Mestre Raquel Esteves, pelo apoio e estímulo, em todas as fases do desenvolvimento deste trabalho.

À Dr.ª Carla Guerreiro, ao Sr. Carlos e à Nice pela ajuda nas traduções.

Ao conselho de administração do Instituto Português de Oncologia, agradeço a autorização para a realização deste estudo.

A todos os Enfermeiros do IPO, especialmente aos Enfermeiros chefes e responsáveis de serviço que comigo colaboraram.

A todos os colegas docentes da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, pela oportunidade dos espaços de discussão e reflexão.

SIGLAS E ABREVIATURAS

BDI	Beck Depression Inventory
BM	Burnout Measure
CF	Controlo sobre o futuro
CGT	Controlo sobre a gestão da tarefa
CP	Controlo sobre a planificação
CR	Controlo sobre os riscos
CRD	Controlo sobre os recursos disponíveis
CT	Controlo sobre o tempo
DCC	Doença cardíaca coronária
DCM	Demand-Control Model
DP	Despersonalização
EE	Exaustão emocional
EUA	Estados Unidos da América
EUROFEDOP	Federação Europeia do Pessoal dos Serviços Públicos
IACLID	Inventário de Avaliação Clínica da Depressão
ILO	International Labour Office
IPO	Instituto Português de Oncologia
LCS	Locus of Control de Levenson
MBI	Maslach Burnout Inventory
OMS	Organização Mundial de Saúde
PJC	Perceveid Job Control
RP	Realização pessoal
SGA	Síndroma Geral de Adaptação
SPEO	Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WOCCQ	Working Conditions and Control Questionnaire
cit.	Citado
Coef.	Coeficiente
Cont.	Continua
ed.	Edição
ex.	Exemplo
Fem.	Feminino
gl	Graus de liberdade
i. e.	Isto é
Mas.	Masculino
Regr.	Regressão

SINAIS CONVENCIONAIS

%	Percentagem
≤	Menor ou igual
≥	Maior ou igual
DP	Desvio padrão
N	População
n	População
Nº	Número

ABSTRACT

The principle goals of this study were to analyse the relationship between burnout and nurses work control; to identify other factors that can be in relation with de burnout syndrome levels at one hospital institution that care for oncology patients, and also to contribute for the validation of the used instruments.

The conceptual board was structured by theories defending that work's control is an important mediator in burnout procedure.

The burnout is defined as a multidimensional concept, characterized by a high emotional exhaustion, the development of apathy attitudes and emotional removing from people to whom cares are given and an inefficacy feeling. It is common between helper professionals and their genesis, as a process, it is in relation with an overloaded charge of chronic occupational stress.

The control work is defined as the control perception that the individual has about the relation established with his work, considering their capacities and tasks demands.

The data were collected through an instrument comprehending three parts: social-demographic and professional characterization; evaluation scale of the work control perception (Working Conditions and Control Questionnaire – WOCCQ) and an evaluation scale of burnout (Maslach Burnout Inventory – MBI).

The sample was composed by 273 nurses that accepted to cooperate in the study.

Two moments were considered at the information analysis. First, the psychometrical qualities appreciation of the MBI and WOCCQ questionnaires through the instrument internal consistency study. Six dimensions, shared in 80 items, compose the WOCCQ. After eliminating the items that not pleased the established criteria, there were only 68. The MBI has three dimensions with 22 items, from witch left 21.

The internal consistency analysis result of the different under scales indicates that MBI and WOCCQ are instruments with good metrical properties to evaluate burnout and control work.

At a second moment, we conducted an descriptive analyse of MBI and WOCCQ dimensions; social demographic and professional variables impact analyses of burnout

and work control; correlations dimensions of instruments analyse and, at last, an analyse of the simple linear regression to predict the burnout levels considering the punctuations at the evaluation scales of control work perceptions.

At the descriptive analyse, we realised that exist medium levels of burnout in the sample taking as reference levels the North American normative ones.

Nevertheless, the emotional exhaustion ranges higher levels comparing the others known studies. In paradox, the personal performance is also at higher medium levels.

It also appeared that concerning the contextual and personal varieties impact of burnout, just the variable "service where nurses work" interferes with the statistical meaning in two burnout dimensions (emotional exhaustion and depersonalisation). In some services, the nurses present medium emotional exhaustion values considered at the higher normative level.

The study of the correlations done reveals that between MBI dimensions, as predicted by the theory construction of the burnout syndrome concept, when there is a raising emotional exhaustion and depersonalisation we assist at a lowing personal performance. The WOCCQ dimensions correlates positively between them with significance. The dimensions to burnout (emotional exhaustion and depersonalisation) correlates negatively and the statistical meaning with the control work, and negatively and with significance with personal performance.

With the regression analyse we can affirm that nurses who perception a higher work control will have less probabilities of suffering burnout.

RESUMO

Este estudo teve como objectivos: analisar a relação entre *burnout* e controlo sobre o trabalho; identificar outros factores que poderão estar relacionados com a variação dos níveis desta síndroma nos enfermeiros de numa instituição hospitalar que presta serviços a doentes do foro oncológico. Pretendemos também contribuir para a validação dos instrumentos utilizados.

O quadro conceptual foi estruturado no âmbito das teorias que defendem que o controlo sobre o trabalho é um importante factor mediador no processo de *burnout*.

O *burnout* é definido como um conceito multidimensional, caracterizado por uma exaustão emocional elevada, desenvolvimento de atitudes de indiferença e afastamento emocional das pessoas a quem se prestam os serviços e um sentimento de ineficácia. É frequente entre os profissionais de ajuda e a sua génese, como processo, está relacionada com a exposição a uma carga excessiva de stresse ocupacional crónico.

O controlo sobre o trabalho é definido como a percepção de controlo que o indivíduo tem sobre a relação que estabelece com o seu trabalho, tendo em conta as suas capacidades e as exigências das tarefas que lhe são destinadas.

A amostra do estudo é constituída por 273 enfermeiros que aceitaram colaborar na sua realização.

O instrumento utilizado na colheita de dados é composto por três partes: caracterização sociodemográfica e profissional, escala de avaliação da percepção do controlo sobre o trabalho (Working Contitions and Control Questionaire - WOCCQ) e uma escala de avaliação do *burnout* (Maslach Burnout Inventory - MBI).

A análise da informação foi efectuada em dois momentos. Em primeiro lugar procedeu-se à apreciação das qualidades psicométricas dos questionários MBI e WOCCQ pelo estudo da sua consistência interna. O WOCCQ, composto por seis dimensões, que compreendia 80 itens ficou constituído por 68. O MBI de que fazem parte três dimensões com um total de 22 itens ficou no final composto por 21.

Os resultados da análise da consistência interna das diferentes subescalas indicam-nos que o MBI e o WOCCQ são instrumentos com boas propriedades métricas para a avaliação do *burnout* e do controlo sobre o trabalho.

No segundo momento, recorremos à análise descritiva das dimensões do MBI e do WOCCQ; análise do impacto das variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o *burnout* e sobre o controlo sobre o trabalho; análise das intercorrelações das dimensões dos instrumentos e por fim procedemos a uma análise de regressão linear simples com o objectivo de fazer predições dos níveis de *burnout* com base nas pontuações obtidas na escala de avaliação das percepções de controlo sobre o trabalho.

Relativamente à análise descritiva verificamos existirem níveis médios de *burnout* na nossa amostra tomando como valores de referência os do normativo norteamericano. No entanto a exaustão emocional atinge os níveis mais elevados comparativamente a todos os estudos consultados. Paradoxalmente também a realização pessoal se encontra entre os valores médios mais elevados.

Constatámos que relativamente ao impacto das variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o *burnout* apenas a variável "Serviço onde os enfermeiros trabalham" interfere com significado estatístico em duas dimensões do *burnout* (exaustão emocional e despersonalização). Em alguns serviços os enfermeiros apresentam valores médios de exaustão emocional considerados no nível mais elevado do normativo.

O estudo das correlações efectuadas revela-nos que: entre as dimensões do MBI, tal como se previa pela construção teórica do conceito da síndroma de *burnout*, a um aumento da exaustão emocional e da despersonalização corresponde uma diminuição da realização pessoal; as dimensões do WOCCQ correlacionam-se positivamente todas entre si com significância; as dimensões que concorrem para o *burnout* (exaustão emocional e despersonalização) correlacionam-se negativamente e com significado estatístico com o controlo sobre o trabalho, e negativamente e com significância com a realização pessoal.

A análise de regressão efectuada permite-nos dizer que os enfermeiros que percepcionam um maior controlo sobre o trabalho terão menos probabilidades de vir a sofrer de *burnout*.

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - "Controlo sobre os recursos disponíveis" (adaptado)..... 77

Quadro 2 - "Controlo sobre a gestão da tarefa" (adaptado)..... 78

Quadro 3 - "Controlo sobre os riscos" (adaptado)..... 79

Quadro 4 - "Controlo sobre a planificação" (adaptado)..... 80

Quadro 5 - "Controlo sobre a gestão do tempo" (adaptado)..... 81

Quadro 6 - "Controlo sobre o futuro" (adaptado)..... 82

Quadro 7 - Composição da escala WOCCQ após a depuração..... 82

Quadro 8 - "Exaustão emocional"..... 85

Quadro 9 - "Despersonalização" (adaptado)..... 85

Quadro 10 - "Realização pessoal"..... 86

Quadro 11 - Composição da escala MBI após a depuração..... 86

Quadro 12 - Pontuações médias das dimensões do MBI e do WOCCQ segundo o sexo dos sujeitos..... 90

Quadro 13 - Análise de variância das dimensões do MBI e WOCCQ segundo o sexo dos sujeitos..... 91

Quadro 14 - Pontuações médias das dimensões do MBI e do WOCCQ quanto ao estado civil dos sujeitos..... 92

Quadro 15 - Análise de variância das dimensões do MBI e do WOCCQ segundo o estado civil dos sujeitos..... 93

Quadro 16 - Pontuações médias das dimensões do MBI e do WOCCQ quanto às habilitações literárias dos sujeitos..... 94

Quadro 17 - Análise de variância das dimensões do MBI e do WOCCQ segundo as habilitações literárias..... 95

Quadro 18 - Pontuações médias das dimensões do MBI e WOCCQ quanto à área de especialização dos sujeitos..... 97

Quadro 19 - Análise de variância das dimensões do MBI e do WOCCQ quanto à área de especialização..... 98

Quadro 20 - Pontuações médias das dimensões do MBI e do WOCCQ quanto à categoria profissional dos sujeitos..... 100

Quadro 21 - Análise de variância das dimensões do MBI e do WOCCQ segundo a categoria profissional..... 101

Quadro 22 - Pontuações médias das dimensões do MBI e do WOCCQ segundo a natureza do vinculo à instituição..... 102

Quadro 23 - Análise de variância das dimensões do MBI e do WOCCQ segundo a natureza do vinculo à instituição (teste *t*)..... 103

Quadro 24 - Pontuações médias das dimensões do MBI e do WCCQ segundo o tipo de horário praticado pelos sujeitos..... 104

Quadro 25 - Análise de variância das dimensões do MBI e do WOCCQ quanto ao tipo de horário..... 105

Quadro 26 - Correlações das dimensões do MBI e do WOCCQ com a idade, o tempo de exercício na profissão, na instituição e no serviço..... 107

Quadro 27 - Pontuações médias das dimensões do MBI e do WOCCQ por serviço onde os sujeitos exercem funções..... 109

Quadro 28 - Análise de variância das dimensões do MBI e do WOCCQ por serviço..... 110

Quadro 29 - Resultados das intercorrelações entre as dimensões das escalas MBI e WOCCQ..... 111

Quadro 30 - Análise de regressão da variável "Exaustão emocional" com as dimensões de percepção de controlo sobre o trabalho..... 112

Quadro 31 - Análise de regressão da variável "Despersonalização" com as dimensões de percepção de controlo sobre o trabalho..... 113

Quadro 32 - Análise de regressão da variável "Realização pessoal" com as dimensões de percepção de controlo sobre o trabalho..... 114

Quadro 33 - Comparação dos valores de *Alpha* de Cronbach do MBI com outros estudos..... 116

Quadro 34 - Valores de *Alpha* encontrados para as dimensões do WOCCQ após depuração dos itens que não satisfizeram os critérios..... 118

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Correlações do *burnout* nos cuidados de saúde..... 26

Tabela 2 - Categorização dos valores de referência do MBI..... 71

Tabela 3 - Comparação dos valores médios e desvio padrão do MBI encontrados no nosso estudo com outros nacionais e internacionais com amostras de enfermeiros..... 119

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - O modelo multidimensional de *burnout* de Christina Maslach..... 35

Figura 2 - As seis áreas de ajuste/desasjuste entre a pessoa e o trabalho propostas por Maslach..... 37

Figura 3 - Relação entre trabalho, indivíduo e stresse..... 50

Figura 4 – Diagrama correlacional..... 141

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos sujeitos segundo o sexo..... 61

Gráfico 2 - Distribuição dos sujeitos segundo a idade..... 62

Gráfico 3 - Distribuição dos sujeitos segundo o estado civil..... 62

Gráfico 4 - Distribuição dos sujeitos segundo as habilitações académicas..... 63

Gráfico 5 - Distribuição dos sujeitos segundo a categoria profissional..... 63

Gráfico 6 - Distribuição dos sujeitos segundo a área de especialização..... 64

Gráfico 7 - Distribuição dos sujeitos segundo a natureza do vínculo à instituição..... 64

Gráfico 8 - Representação gráfica das médias do tempo de serviço na profissão, na instituição e no serviço..... 65

INDÍCE

INTRODUÇÃO

I PARTE - CONCEITOS, TEORIAS E RESULTADOS: UM BALANÇO ACTUAL

CAPÍTULO I - STRESSE E *BURNOUT* NOS ENFERMEIROS

1 - Stresse 7

1.1 - Perspectivas conceptuais do stresse 8

1.2 - Stresse ocupacional 11

1.3 - Stresse na profissão de enfermagem 12

1.4 - Causas e consequências do stresse nos enfermeiros 15

2 - *Burnout* 18

2.1 - Sintomas e avaliação 21

2.2 – *Burnout,* stresse e depressão 23

2.3 - *Burnout* nos profissionais de saúde 24

2.4 - Causas, correlações e consequências do *burnout* 26

2.5 - *Burnout* como sobrecarga emocional 31

2.6 - *Burnout* como falta de reciprocidade 32

2.7 - Abordagem multidimensional do *burnout* 33

2.7.1 - Desenvolvimentos teóricos propostos por Christina Maslach 36

2.8 - Estratégias de prevenção e tratamento do *burnout* 39

2.9 - Considerações gerais 45

CAPÍTULO II - CONTROLO SOBRE O TRABALHO

1 - Percepção de controlo 47

2 - Controlo sobre o trabalho e o *continuum* - stresse - *burnout* - depressão ... 48

3 - Considerações gerais 55

II PARTE - ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO III - OBJECTIVOS E HIPÓTESES

1 - Objectivos 57
2 - Hipóteses 58
3 - Desenho geral do estudo 59

CAPÍTULO IV - MATERIAL E MÉTODOS

1 - População e amostra 60
2 - Metodologia do estudo empírico 65
2.1 - Procedimentos 67
2.2 - O instrumento de recolha de dados 68
2.2.1 - O questionário de avaliação do *burnout* 69
2.2.2 - O questionário de avaliação do controlo sobre o de trabalho 72
2.3 - Ensaio preliminar do questionário 74
3 - Validação dos instrumentos de medida 75
3.1 - Fidelidade dos resultados obtidos na aplicação das escalas 75
3.1.1 - Análise da consistência interna do WOCCQ 76
3.1.2 - Análise da consistência interna do MBI 84
4 - Considerações gerais 87

CAPÍTULO V - RESULTADOS

1 - Variáveis sociodemográficas e profissionais 88
2 - O controlo sobre o trabalho como predictor de *burnout* 112

CAPÍTULO VI - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1 - A fidelidade dos instrumentos de medida 116
2 - Comparação dos valores médios de *burnout* com outros estudos 118
3 - Verificação das hipóteses formuladas 119
4 - Implicações do estudo para a prática 126
5 - Limitações e sugestões 127
6 - Conclusões 129

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 131

ANEXOS 140

Anexo I - Diagrama correlacional 141
Anexo II - Pedido de autorização para a realização do estudo 143
Anexo III - Instrumento de colheita de dados 145

INTRODUÇÃO

Este trabalho de investigação parte da hipótese, defendida por alguns autores, de que existe uma relação inversa entre o controlo sobre o trabalho e o desenvolvimento de stresse laboral. Consequentemente terá também fortes implicações na instalação de uma síndroma decorrente do stresse ocupacional crónico, a síndroma de *burnout* (Maslach, 2000; Hansez, 1999; Shaufeli, 1999; Spector, 2000).

Sob o ponto de vista conceptual, esta pesquisa enquadra-se num tipo de abordagem quantitativa baseada na perspectiva teórica do positivismo, na medida em que constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objectivos no que concerne às variáveis em estudo (Polit, 1997).

Estabelecemos como objectivos gerais deste trabalho analisar as relações do controlo sobre o trabalho dos enfermeiros e o desenvolvimento da síndroma de *burnout* e identificar os factores sociodemográficos e profissionais que mais poderão interferir no seu processo de desenvolvimento.

A escolha desta temática para a realização do estudo prende-se com o facto de ser enfermeiro. Se por um lado consideramos o trabalho diário com doentes enriquecedor, por outro, constatámos ao longo do nosso exercício profissional, que o stresse nos profissionais de saúde, sobretudo nos enfermeiros que permanecem junto dos doentes por mais tempo, poderá traduzir-se em esgotamento.

Também o interesse suscitado pelo tema decorrente da sua apresentação nos conteúdos programáticos da unidade curricular do curso de mestrado em psiquiatria e saúde mental, no âmbito da psicooncologia, contribuiu grandemente para a nossa escolha.

A consulta de alguns estudos exploratórios realizados com enfermeiros das diversas áreas dos cuidados de saúde, orientou-nos para a necessidade de realizar um estudo direccionado a uma área específica descrita na bibliografia internacional como um importante factor para a génese do *burnout*, o controlo sobre o trabalho.

O trabalho parece ser fonte de tensões e frustrações constituindo não só a principal fonte de rendimento mas também fonte de problemas com consequências

nefastas para a saúde do indivíduo, ao nível físico, mental e social (Vaz Serra,1999). Os enfermeiros são considerados como uma das classes profissionais, da área da saúde, mais expostas a fontes contínuas de stresse ocupacional (Vaz Serra, 1999; Pines e Aronson, 1989; Garcia, 1990)

Em 1976, num estudo dedicado ao emprego, condições de vida e trabalho do pessoal de enfermagem em França, pelo Bureau International du Travail assinala: "É um pouco paradoxal constatar que os trabalhadores desta categoria, que pela própria natureza da profissão, contribuem para a protecção da vida e da saúde dos outros, ainda não conseguiram, em muitos casos, resolver convenientemente os problemas da sua própria protecção" (Sagehomme, 1997).

Este estudo visa assim contribuir para a análise e compreensão de um problema característico destes profissionais decorrente da sua actividade laboral. Na esperança de que os seus resultados venham a tornar-se úteis para a melhoria da qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros e, consequentemente, a melhoria dos cuidados prestados aos seus destinatários.

O controlo sobre o trabalho é definido como a percepção de controlo que o indivíduo tem sobre a relação que estabelece com o seu trabalho, tendo em conta as suas capacidades e as exigências das tarefas que lhe são destinadas (Aronson, 1989; Hansez, 1999).

Segundo Rodin (1986), citado por Bruchon-Sweitzer (2001), a percepção de controlo consiste no sentimento de que graças às nossa capacidades e às nossas acções podemos atingir os nossos objectivos e evitar os acontecimentos desagradáveis.

Os sentimentos de falta de controlo no pessoal de enfermagem parecem estar claramente ligados com sentimentos de esgotamento emocional (Marin, 1995).

"A perda de controlo sobre o trabalho é um indicador importante da dificuldade do trabalhador em se conciliar com o seu próprio trabalho. Os trabalhadores querem ter oportunidade de fazer escolhas e decidir, usar a sua capacidade para pensar e resolver problemas e ter alguma influência no atingir dos objectivos do trabalho. Sem controlo os trabalhadores não podem adequar os seus interesses aos da organização", (Maslach e Jackson 1997).

Desde os meados do século passado o *burnout* tem sido abordado por diversas disciplinas da área da saúde ocupacional, psicologia das organizações, psicologia social e psiquiatria.

A síndroma de *burnout* tem sido descrita por diversos investigadores nacionais e estrangeiros como um problema característico dos profissionais que lidam directa e intensamente com pessoas necessitando de ajuda, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros. (Queirós, 1997; Mendes, 1996; Leal, 1996; Shaufeli,1999; Pines e Aronson, 1989).

O trabalho dos enfermeiros inclui o desenvolvimento de actividades na área da promoção da saúde, tratamento nos processos de doença e cuidados na reintegração social dos sujeitos. Alguns autores enunciam cinco justificações que, no seu todo, fundamentam o "cuidar em enfermagem": "uma característica humana, um imperativo moral, um afecto, uma relação interpessoal e uma intervenção terapêutica" (Leddy e Pepper, 1993).

As vertentes da prática profissional são múltiplas, variando com a especialidade onde os enfermeiros exercem funções e a sua categoria profissional. À medida que os enfermeiros evoluem na carreira, às suas funções de prestação de cuidados, podem somar-se outras de gestão e assessoria técnica: gerir, orientar e avaliar outros profissionais de enfermagem e pessoal auxiliar, fazer a previsão de recursos materiais, divulgar informação técnico-profissional, emitir pareceres técnicos na área de enfermagem e desenvolver trabalhos que visem a adequação dos recursos de enfermagem às necessidades das populações.

Alguns autores analisam a relação dos profissionais com o seu trabalho e acentuam a importância do ajustamento entre o indivíduo e o seu meio laboral de forma a conseguir-se uma relação harmoniosa e de compromisso com o trabalho como a principal medida preventiva de *burnout* (Maslach, 2000). Uma das áreas de ajustamento desta relação refere-se ao controlo sobre o trabalho.

A multidimensionalidade do processo de desenvolvimento desta síndroma, e a dificuldade na avaliação de todos os factores que lhe estão associados, constituem factores decisivos para direccionarmos o nosso estudo para a análise da sua relação com o controlo sobre o trabalho, descrito como tendo um importante papel no amortecimento ou, por outro lado, no agravamento do stresse ocupacional e consequentemente do *burnout*.

A definição de *burnout* de Christina Maslach data de 1981, é de longe a mais referenciada e aceite pela comunidade científica. É definido como um conceito multidimensional caracterizado essencialmente por três aspectos: exaustão emocional elevada; desenvolvimento de atitudes e sentimentos de indiferença e afastamento psicológico dos destinatários dos serviços prestados (despersonalização); diminuição da realização pessoal ou desenvolvimento de sentimentos de ineficácia.

O nosso estudo analisa a relação do controlo sobre o trabalho com o *burnout* Realizou-se num hospital especializado no tratamento de doentes do foro oncológico. Para além da vertente assistencial está também vocacionado para o ensino e a investigação sobre a doença oncológica. Os procedimentos de amostragem adoptados foram de tipo de amostragem por conveniência ou acidental. Isto é são amostras escolhidas pelo investigador, ou que se escolhem a si próprias, uma vez que todos os indivíduos colaboram voluntariamente na investigação (Bryman e Cramer, 1992; Polit,1997).

Este trabalho enquadra-se num modelo de investigação correlacional por pretender examinar de forma sistemática a relação que existe entre duas ou mais variáveis de maneira a poder fornecer explicações (Fortin, 1996).

Utilizamos um instrumento de colheita de dados, na forma de questionário de auto-preenchimento. Para além de um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros utilizamos um questionário de avaliação das atitudes e sentimentos no trabalho, o Maslach Burnout Inventory (MBI) e o questionário de avaliação do controlo sobre o trabalho, o Working Conditions and Control Questionnaire (WOCCQ).

Dividimos este trabalho em duas partes compostas no total por seis capítulos. Na primeira parte fazemos a abordagem conceptual dos conceitos em análise, bem como um balanço actual da investigação nesta matéria, resultante da pesquisa bibliográfica efectuada. Na segunda apresentamos o relatório do estudo empírico.

No primeiro capítulo damos a conhecer as principais perspectivas conceptuais do stresse, abordamos o stresse ocupacional em enfermagem, as suas causas e as suas consequências. Descrevemos a problemática do *burnout* em todas as dimensão descritas. Começando pelo conceito, a sua prevalência nos enfermeiros, as causas, as principais correlações e as consequências. Descrevemos alguns dos recentes

desenvolvimentos teóricos e por último as estratégias descritas para a sua prevenção e tratamento.

Terminamos a primeira parte com o segundo capítulo onde focamos o controlo sobre o trabalho e a sua relação com o stresse, o *burnout* e a depressão.

A segunda parte é composta pelos capítulos terceiro, quarto, quinto e sexto que constituem o relatório do estudo efectuado para a avaliação das relações dos conceitos em análise.

No terceiro capítulo delineamos os objectivos e apresentamos as hipóteses formuladas. Apresentamos no capítulo seguinte os materiais e métodos utilizados, descrevemos a população e a amostra, os procedimentos adoptados e o instrumento de colheita de dados. Analisamos também a fidelidade dos instrumentos utilizados.

No capítulo quinto apresentamos os resultados do estudo; as análises descritivas da escala WOCCQ e MBI e os resultados da análise do impacto das variáveis pessoais e contextuais sobre o *burnout* e controlo sobre o trabalho. Procedemos a uma análise correlacional das variáveis numéricas (idade, tempo de serviço na profissão, no serviço e na instituição) com as dimensões dos dois instrumentos e também das intercorrelações entre as dimensões das escalas. Em segundo lugar apresentamos os resultados da análise de regressão do controlo sobre o trabalho como factor predictor de *burnout*.

O sexto e último capítulo contém a discussão dos resultados obtidos. Abordamos a fidelidade dos resultados, fazemos uma análise comparativa dos níveis médios de *burnout* do nosso estudo com outros nacionais e estrangeiros, analisamos as hipóteses formuladas, as limitações, as sugestões e as possíveis implicações desta pesquisa para a prática. No final, apresentamos as conclusões do estudo e exibimos o diagrama correlacional, em anexo, entre as dimensões do controlo sobre o trabalho e as dimensões da síndroma de *burnout*.

I - PARTE – CONCEITOS, RESULTADOS E TEORIAS: UM BALANÇO ACTUAL

CAPÍTULO I

STRESSE E *BURNOUT*

1 - Stresse

Como todos os seres vivos, profundamente complexos e abertos, o homem está em constante interacção com o seu meio tentando manter com ele um certo equilíbrio dinâmico e estável. É deste equilíbrio que provém no ser humano a sensação de bem estar físico, mental e social. O oposto a este equilibro pode ser significado de disfunção, doença.

È conhecido o papel que o stresse pode ter como factor desencadeador de doença. No entanto o stresse não deve ser considerado sempre como prejudicial. O que provoca dano ao homem é colocar-se num dos dois extremos: ter uma vida monótona, sem estímulos que a enriqueçam ou o contrário, uma vida com muitas exigências desgastantes e repetidas (Vaz Serra, 1999).

A exposição a situações de stresse não é então em si mesma prejudicial. A resposta de stresse é uma reacção adaptativa que permite ao indivíduo dispor de mais energia possibilitando em consequência um melhor desempenho do organismo.

Labrador (1994) refere que se a resposta de stresse é excessivamente intensa ou duradoura pode ter consequências negativas uma vez que obriga o organismo a manter uma actividade de resposta acima das suas possibilidades causando-lhe um desgaste excessivo com alteração ou deterioração no seu funcionamento.

Do contexto urbano em que vivemos emerge uma série de agentes stressores com os quais cada vez mais nos habituamos a lidar. A sociedade actual, no modo com está estruturada, obriga-nos, a cada dia que passa, aumentar a exigência para com nós próprios. Obcecados por dar uma resposta eficiente a todas as solicitações entramos em stresse. Também no dia a dia do nosso trabalho queremos dar o melhor e nos esgotamos.

Actualmente podemos considerar o stresse como um dos maiores males ou doenças que afligem a humanidade, principalmente a sociedade ocidental (Molina, 1996).

O termo stresse entrou já no nosso vocabulário diário e serve de bode expiatório de muito do mal estar que não podemos evitar.

1.1 - Perspectivas conceptuais do stresse

Definir o termo stresse não é tarefa fácil, dada a complexidade de factores que parecem estar associados ao seu desenvolvimento.

O termo stresse provém do verbo latino *stringere,* que significa apertar, comprimir, restringir e era já usado no século XII para descrever sofrimento ou aflição (Cooper, 1997).

A palavra stresse foi muito recentemente incluída no léxico Português e provém do termo anglosaxónico "stress" que significa tensão, pressão. No dicionário da Academia das Ciências de Lisboa é definido como "o conjunto de perturbações psíquicas e fisiológicas provocadas por factores agressivos externos e por emoções que exigem uma adaptação do organismo". É também considerado como a "pressão que é exercida sobre as pessoas".

Um dos modelos teóricos de stresse mais referenciado é o da Síndroma Geral de Adaptação (SGA). Desenvolvido por Selye, médico endocrinologista que dedicou grande parte da sua carreira ao estudo dos processos fisiológicos do stresse.

Em 1925 Selye, ainda estudante de medicina na universidade de Praga, junto com os seus colegas verificou que os doentes, independentemente da doença, apresentavam algo que era comum a todos, um certo estado de enfraquecimento. Concluiu que todos os doentes apresentavam um conjunto determinado de sintomas que designou por Syndrome of just beind sick (Leal, 1996).

Algumas das suas pesquisas efectuadas no departamento de bioquímica da universidade de McGill em Montreal pretendiam saber se esta síndroma teria uma origem hormonal.

Selye em 1956 descreve o SGA como o conjunto de reacções orgânicas aos agentes stressores do meio, isto é, a qualquer coisa que obrigue o organismo a mobilizar os seus recursos. Estes agentes tanto podem ser de ordem física como de ordem psicológica: calor, frio, dor ou por outro lado, por exemplo situações de luto.

Selye descreve três estádios na resposta individual a situações de stresse:

- *reacção de alarme*, considerada como a resposta inicial do organismo. Caracterizada por uma diminuição da resistência seguida de uma reacção de contra-choque durante a qual o indivíduo activa as suas defesas;

- *fase de adaptação ou resistência*, é a fase em que sendo as respostas adaptativas do indivíduo bem sucedidas ele regressa ao seu estado normal de equilíbrio. Se no entanto o agente stressor continuar a exercer pressão ou as defesas do indivíduo se tornarem insuficientes passa para o terceiro estádio da síndroma;

- *fase de exaustão*, ocorre quando os mecanismos de adaptação se esgotam.

No modelo de Selye o stresse é conceptualizado como uma resposta fisiológica não específica do organismo a qualquer exigência de adaptação. O ênfase é colocado na gravidade e duração do agente stressor.

Apesar dos contributos do modelo de Selye para a compreensão do stresse, os críticos acusam-no de ignorar alguns aspectos. O impacto psicológico do stresse no organismo, as capacidades individuais para o reconhecer e se adaptar alterando a situação ou adaptando-se a ela.

Teorias recentes enfatizam a interacção entre o indivíduo e o seu ambiente. Já Lazarus em 1976 sugere que a reacção individual de stresse depende da forma como o indivíduo interpreta ou avalia, de forma consciente ou inconsciente, o significado prejudicial, ameaçador ou estimulante do evento (Cooper,1997).

Os trabalhos de Lazarus entram em desacordo com os que vêm o stresse simplesmente como uma pressão de factores ambientais sobre o indivíduo. Em vez disso, considera que a experiência de stresse é determinada significativamente pela forma como a pessoa se sente para lidar com um identificado factor ameaçador. Se a pessoa está pouco segura das suas capacidades de "*coping*[1]" é provável que se sinta indefeso e esmagado (Cooper, 1997).

---

[1] Mecanismos de *coping* são mecanismos de "fazer face a ..." ou superar. Por se tratar de um estrangeirismo já bastante divulgado entre nós escrevemos a palavra *coping* em estilo itálico

Nesta perspectiva a pessoa é considerada como desempenhando um papel activo na ocorrência ou não de stresse. As capacidades individuais aparecem como uma parte do complexo sistema dialéctico da interacção entre o homem e o ambiente.

Na opinião de Lemos (1995) o stresse ocorre neste processo dialéctico: por um lado o paradigma da individualidade, em que intervêm factores biológicos, cognitivos, emocionais, comportamentais e traços da personalidade intrínsecos ao indivíduo; por outro o paradigma da relação sujeito-meio.

O stresse pode assim ser definido como um fenómeno perceptivo proveniente da comparação entre o que é pedido à pessoa e a sua capacidade de resposta.

A resposta individual ao stresse consiste na opinião de Labrador (1994) num importante aumento da actividade fisiológica e cognitiva assim como na preparação do organismo para uma intensa actividade motora. Estas respostas traduzem-se em melhorias na percepção da situação e das suas exigências, um processamento mais rápido e eficaz da informação disponível, possibilitando uma melhor busca de soluções e selecção dos comportamentos adequados para fazer frente às exigências da situação. A sobreactivação a estes três níveis, fisiológico, cognitivo e comportamental, é eficaz até um certo limite. Ultrapassado este limite têm um efeito desorganizador do comportamento.

Nos últimos anos têm sido desenvolvidos uma série de estudos sobre o stresse. A importância do estudo crescente nesta área deve-se, na opinião de alguns autores, ao facto de o stresse desempenhar um importante papel no desenvolvimento das doenças contemporâneas, nomeadamente as cardiovasculares (Cooper, 1997; Vaz Serra, 1999). As investigações mais recentes sugerem também que poderá ser um factor de risco no aparecimento do cancro.

De um modo geral considera-se que as respostas induzidas pelo stresse no organismo são concomitantes e influenciam-se mutuamente. Vaz Serra refere que a acção do stresse sobre o organismo tem repercussões a nível biológico, cognitivo, fisiológico, emocional e comportamental.

Os modelos conceptuais de análise do stresse tendem a considerar e a valorizar, na sua avaliação, os aspectos inerentes às características individuais bem como os ligados às condições ambientais.

1.2 - Stresse ocupacional

O meio ambiente é cada vez mais reconhecido pelas ciências da saúde como um dos factores determinantes da saúde dos indivíduos e dos grupos. O meio ambiente a que nos reportamos e iremos aqui abordar é o meio laboral, o trabalho.

Cada vez mais se reconhece que o stresse no trabalho tem consequências indesejáveis para a saúde dos trabalhadores, bem como das empresas em que trabalham.

O trabalho possibilita ao ser humano a transformação activa e criativa do mundo em que vive, ocupando-lhe mais de metade do tempo que vive acordado (Carvalho, 1988). Na sociedade actual a necessidade de trabalhar como fonte de equilíbrio económico-social transforma-se em necessidade do trabalho como um dos principais pilares nos quais baseamos a nossa saúde, em todas as suas vertentes, psíquica, física e social (Teixeira, 1991).

No relatório elaborado pelo International Labour Office (ILO) em 1996 são identificadas as principais áreas para investigação em matéria de stresse laboral:

- a gestão do stresse;
- a sua avaliação;
- a natureza fundamental do stresse.

Sendo que os esforços devem ser concentrados em acções de gestão do stresse a nível organizacional, em especial tendo em conta que muitas vezes foram adoptadas visões demasiado limitadas quanto ao que deve ser a gestão do stresse e, muitas vezes, as acções foram demasiado concentradas em tratar ou curar a pessoa (Cooper, 2000).

Além de constituir uma fonte de rendimento económico, o trabalho, liga-se também a aspectos psicológicos importantes e ajudam a enriquecer a auto-estima do indivíduo (Vaz Serra, 1999). O trabalho pode ser uma fonte de realização e alegria mesmo se acompanhado de algum suor. No entanto pode revestir-se de aspectos negativos. Ou porque a pessoa não gosta do que faz ou porque não é capaz de acompanhar o ritmo e a evolução das tecnologias associadas ao seu meio laboral.

Poderemos dizer que tanto pode ser uma actividade enriquecedora para o indivíduo como constituir uma fonte de stresse que gradualmente o desgasta.

O stresse no trabalho é "uma das causas que mais frequentemente determina mau humor no indivíduo o que, por sua vez, pode ter implicações negativas no ambiente

familiar e sobre terceiras pessoas que nada têm a ver com o meio profissional. Pode trazer um prejuízo tanto para a saúde física como psíquica do trabalhador. Igualmente pode ter efeitos negativos sobre o funcionamento da empresa e custos de produção".

Ross e Altmaier (1994) definem o stresse no trabalho como "a interacção das condições de trabalho com as características do trabalhador de tal modo que as exigências que lhe são criadas ultrapassam as suas capacidades em lidar com elas" (Vaz Serra, 1999).

Nesta inter-acção tarefa, pessoa e empresa, de que resulta um maior ou menor nível de stresse, algumas vezes o peso recai para um dos lados outras vezes para o outro.

Um aspecto particular desta inter-acção, sem pretender menosprezar a importância de outros aspectos envolvidos, é o controlo sobre o trabalho onde se enquadra a autonomia de decisão.

A autonomia de decisão sobre o trabalho refere-se à capacidade que a pessoa tem de poder tomar decisões pessoais relativas à rapidez com que o trabalho é executado, à sua natureza, esquematização e procedimentos utilizados para o realizar (Wells, 1985 cit. por Vaz Serra, 1999).

1.3 - Stresse na profissão de enfermagem

Nos últimos anos tem havido um crescente número de artigos publicados sobre o stresse na profissão de enfermagem. Embora este facto não signifique que tenha havido um aumento do stresse real, sugere uma tomada de consciência e um maior interesse pelo estudo desta problemática. A grande maioria dos estudos efectuados aborda tanto a causalidade do stresse em enfermagem como as repercussões ao nível das diversas esferas da vida do indivíduo.

Grande parte dos trabalhos de investigação se têm debruçado sobre o estudo do stresse vivenciado pelo doente e pela família. Sem querer negar a importância da questão. Considera-se que também a equipe de saúde, nomeadamente os enfermeiros se confrontam com problemas de stresse (McIntyre e Vila-Chã, 1995).

Os profissionais de saúde estão expostos a um stresse crónico elevado devido não só à especificidade do seu trabalho mas também aos riscos profissionais resultantes da exposição aos factores laborais (Loff, 1987; Vaz Serra, 1999; Uva, 1995).

A enfermagem é considerada uma profissão carregada de fortes emoções pelo confronto diário com situações de sofrimento e morte. Contribuem também para o desenvolvimento destas tensões factores relacionados com a organização do trabalho, o percurso do desenvolvimento profissional, entre outros. Os aspectos mais representativos parecem ser a sobrecarga de trabalho, o trabalho por turnos, a indefinição de tarefas, a complexidade do trabalho, os conflitos de papel, a escassa autonomia, a falta de apoio dos superiores hierárquicos e os conflitos entre os colegas e outros elementos da equipe multidisciplinar (Marin, 1995; Esteves, 1996; Martins, 1999).

Na opinião de Vaz Serra (1999), "este grupo de profissionais é afectado por transtornos psicopatológicos superiores aos da população em geral e, quando em *stress*, também se envolve no consumo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas ou psicofármacos".

Pines e Aronson (1989) consideram a enfermagem uma profissão de elevado grau de stresse devido em parte à especificidade das suas tarefas e das pessoas objecto do seu trabalho. Segundo estes "a orientação centrada no cliente define uma assimetria na relação terapêutica e pode tornar-se *stressante* para o profissional que presta ajuda".

A ajuda prestada a que se referem os autores implica, por parte dos enfermeiros, a disponibilidade de construir relações de caracter terapêutico com os doentes. Sabemos que a prestação de cuidados em enfermagem coloca, hoje, exigências mais elevadas aos enfermeiros.

Os métodos de trabalho adoptados com o objectivo da satisfação das necessidades humanas básicas dos doentes e necessidades decorrentes dos protocolos de tratamento obrigam estes profissionais ao cumprimento de um plano de trabalho.

Os planos de trabalho são elaborados pelo enfermeiro responsável de cada unidade de internamento. A distribuição e gestão do pessoal em função das necessidades dos doentes não é tarefa fácil. Algumas tarefas exigem dos profissionais capacidades de adaptação e de lidar com situações particularmente difíceis que devem ser consideradas na distribuição do trabalho.

É sabido que alguns enfermeiros, por questões de formação profissional e/ou de personalidade, dão melhor resposta do que outros a situações que obrigam a um envolvimento emocional intenso.

As dificuldades de adaptação às situações geradas no dia a dia do trabalho podem resultar quer de factores e condições ambientais e/ou organizacionais ou ainda de uma zona de interface entre estas duas vertentes. A qualidade de vida no trabalho, parece ser dependente da dificuldade/facilidade de adaptação e pode ser fortemente influenciada pela interacção dos aspectos individuais, sociais e organizacionais.

A preocupação crescente pelo estudo do stresse na profissão de enfermagem tem sido alargada ao longo das últimas décadas. Alguns estudos tentam já abordar o stresse durante a formação básica, teórica e prática, dos estudantes de enfermagem, onde as fontes de stresse serão provenientes do duplo ajustamento exigido quer pelo contacto clínico com doentes quer pelas pressões do contexto académico (Baldwin 1999).

Os estudos na área do stresse em enfermagem carecem, no entanto, de uma uniformidade na metodologia utilizada. É certo que a avaliação do stresse numa profissão com uma diversidade tão grande de papeis se torna difícil.

Aliado a uma cultura embrionária em matéria de investigação por parte dos profissionais da área, que têm construído conhecimento essencialmente com estudos de tipo exploratório transversais, dando-nos conta do fenómeno de stresse ocupacional nos diversos ambientes da prestação de cuidados de enfermagem.

De um modo geral o mesmo se passa na grande parte dos estudos realizados em outros países. As conclusões de uma grande parte destes estudos revelam que na profissão de enfermagem o stresse ocupacional emerge repetidamente da: importância do controlo sobre o trabalho; da exequível sobrecarga de trabalho; da comunicação e do suporte social. A pressão que exercem esses factores sobre os enfermeiros pode variar muito ao longo do tempo e dos diferentes ambientes da prestação de cuidados (Baldwin 1999).

Um outro problema metodológico encontrado parece estar na diversidade de formas de avaliação dos efeitos do stresse: satisfação profissional, absentismo laboral, *burnout*, fadiga, depressão, ou síndroma de stresse pós traumático.

Na prática seria importante identificar que variáveis concretas mais interferem no processo de stresse nos enfermeiros. A importância dos factores individuais

necessitaria, também, de pesquisas mais profundas. É sabido que existem variações na forma como as condições de trabalho interagem com a diferente personalidade e estilos de *coping* de cada um. Tais relações revelam-se, na maior parte das vezes, complexas e praticamente inexploradas.

1.4 - Causas e consequências do stresse nos enfermeiros

As fontes de stresse no trabalho dos enfermeiros podem ser múltiplas e variadas. Num estudo realizado por McIntyre e cols. (1999), com uma amostra de 62 enfermeiros de ambos os sexos, que cuidam de doentes crónicos num hospital urbano central da região norte, identificaram como fontes de stresse ocupacional com mais frequência, por ordem decrescente de importância, as seguintes: sobrecarga de trabalho; más condições físicas e técnicas; carência de recursos materiais, técnicos e humanos; excessivo numero de doentes por enfermeiro; e incapacidade de responder às exigências emocionais dos doentes.

As primeiras quatro fontes indicadas são de ordem organizacional. As fontes socio-emocionais foram todas classificadas abaixo da quinta posição.

As respostas ao stresse mais prevalentes nesta amostra de enfermeiros, ideação suicida, negação, mal estar físico, emocionalidade disfórica e culpa, estão de acordo, segundo McIntyre, com a cultura médica portuguesa que tende a favorecer expressões mais indirectas e internalizadas de stresse psicológico como a somatização e a depressão.

As estratégias que neste estudo foram consideradas pelos enfermeiros como mais úteis para lidar com o stresse são de ordem individual (tempo de lazer) e organizacional (grupos de discussão).

As conclusões de McIntyre, sugerem que "existe em Portugal a necessidade de uma intervenção a nível organizacional no sector da saúde para a minimização do stresse e dos seus efeitos sobre os enfermeiros com vista à prevenção das sequelas negativas referidas, aumentando-se assim a satisfação profissional e a qualidade dos cuidados".

Relativamente às fontes de stresse no trabalho, MacIntyre, considera que estas podem ser: "intrínsecas ao trabalho, como condições de trabalho pobres, ao indivíduo,

como o seu nível de ansiedade, ou recursos de *coping*, e extrínsecas ao trabalho, como problemas familiares ou financeiros".

No que diz respeito às consequências do stresse ocupacional MacIntyre, sugere que estas "podem ser subjectivas (estado emocional), comportamentais (acidentes de trabalho), cognitivas (dificuldades de concentração), fisiológicas (pressão arterial elevada) e organizacionais (conflitos laborais) entre outras" (MacIntyre, 1999).

Também Margarida Loff, enfermeira da área oncológica, se tem debruçado sobre o estudo do stresse nos enfermeiros em Portugal, particularmente na área da oncologia. Aos enfermeiros que trabalham nesta área, assim como os da área de psiquiatria, aplica-se o artigo 57º do Decreto Lei n.º 437/91. Nos benefícios consignados neste diploma legal (acréscimo de cinco dias de férias em cada ano e redução de uma hora em cada semana de trabalho por cada triénio de exercício efectivo) reconhece-se o exercício da enfermagem oncológica como "particularmente penoso". No entanto esta medida torna-se de alguma forma injusta, uma vez que só é aplicável, mesmo nos centros oncológicos, aos serviços de internamento e unicamente ao pessoal efectivo do quadro.

Num estudo sobre as implicações do risco e penosidade no exercício da enfermagem oncológica e as suas implicações na gestão dos recursos humanos, Loff dá-nos conta de que "o exercício da enfermagem em situações particularmente difíceis desgasta enormemente o pessoal, sendo muito complicado proceder à sua renovação se não houver incentivos" (Loff, 2000).

No entanto Wilkinson (1990), num estudo realizado em Inglaterra com enfermeiros de um centro oncológico, conclui que " as experiências stressantes são principalmente devidas a uma deficiente comunicação, à falta de preparação, à carência de pessoal e ao confronto com a morte. Situações com que todos os enfermeiros se debatem diariamente, o que sugere que, por si só, a prática de enfermagem oncológica não é causadora de stresse".

Relativamente à influência da associação doente e doença oncológica como um factor acrescido de stresse a maioria dos estudos revistos não são consensuais. Uns sugerem que os factores que mais contribuem para o desenvolvimento da síndroma de *burnout* em enfermagem oncológica estão relacionados com questões organizacionais e de contexto outros indicam estarem mais relacionados com o contacto com a doença e o sofrimento.

As actividade distintas de enfermagem em diferentes contextos que podem induzir stresse e *burnout* são também referidos por Vaz Serra. O autor encontrou, em diversos estudos dados reveladores de algumas áreas particularmente críticas. Unidades de cuidados intensivos e serviços de cirurgia (Gattolin *et. al.*, 1992), saúde comunitária (Walcott-McQuigg, 1992), unidades de cuidados paliativos (Seale, 1992), entre outros.

Vaz Serra dedica um capítulo da sua obra ao "stresse em técnicos de saúde". O autor, citando Heim (1992), refere que os "enfermeiros atravessam condições de stresse mais intensas do que os médicos". Considera ainda que "são provenientes, em grande parte, da atenção e dos cuidados que têm que prestar continuadamente aos doentes, seguidos de conflitos de equipe ou sobrecarga de trabalho, insegurança, falta de autonomia e conflitos de autoridade".

Em jeito de síntese, Vaz Serra, conclui que vários factores são susceptíveis de induzir stresse nos enfermeiros:

- Existência de sobrecarga de trabalho. Consistindo num número demasiado elevado de tarefas para serem desempenhadas ao mesmo tempo, que são muitas vezes a consequência da escassez de pessoal;
- Pressão do tempo: a rapidez é considerada necessária no que precisa de ser feito no momento;
- Percepção de não se ter controlo sobre as exigências da profissão;
- Fraca capacidade de se ser autónomo nas tomadas de decisão;
- Atitude passiva perante os problemas;
- Atenção continuada a cuidar de doentes graves ou difíceis;
- Falta de apoio social, por parte de superiores hierárquicos ou de familiares;
- Má comunicação com colegas, doentes, familiares de doentes ou supervisores;
- Insatisfação na forma como o técnico de saúde se sente tratado por superiores hierárquicos ou pela instituição;
- Dificuldade em conciliar as obrigações de trabalho com as familiares e domésticas.

Acresce a todos estes factores o facto de os enfermeiros passarem grande parte do seu tempo em contacto, intenso e extenso, com doentes e seus familiares. Esta relação interpessoal que hoje os profissionais de enfermagem entendem ser uma "arma

terapêutica" fundamental, e consideram um dos pilares das suas intervenções terapêuticas, frequentemente se apresenta carregada emocionalmente e acompanhada de sentimentos de tensão e ansiedade, medo ou inclusive hostilidade mascarada. De tal maneira que a relação interpessoal nestas condições constitui uma fonte quase constante de stresse, que, sendo prolongada no tempo, acaba conduzindo ao desenvolvimento de *burnout*.

2 - *Burnout*

Freudenberguer, médico psiquiatra norte americano, foi quem pela primeira vez se referiu ao *burnout* como uma síndroma que ele acreditava ser comum aos profissionais de saúde. Como psiquiatra registou que os profissionais que trabalhavam com viciados em drogas, experenciavam uma perda gradual de energia, de motivação e comprometimento, acompanhada por uma variedade de sintomas mentais e físicos. A este estado específico de exaustão Freudenberger atribuiu o termo "*burn-out*"[2].

Identificava-o como o resultado da relação que se estabelece entre o trabalho e o indivíduo. A desproporção entre os esforços realizados e os resultados obtidos, não satisfazendo as expectativas pessoais, estaria na origem da síndroma de *burnout*.

Em 1974, Freudenberger num artigo publicado no *Journal of Social Issues*, 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 à recompensa esperada".

Nessa época e aparentemente sem qualquer relação, Christina Maslach, uma investigadora da área da psicologia social, inicia também os seus estudos na área do *burnout*. O seu trabalho, no estado da Califórnia, EUA, baseava-se, nas formas através das quais os profissionais de saúde seriam cúmplices com o emergir de emoções no trabalho. Observou que muitos profissionais, emocionalmente exaustos, desenvolviam percepções negativas acerca dos seus doentes e experenciavam uma diminuição (falha) na sua competência profissional (Shaufeli, 1999)[3].

---

[2] O termo *burn-out* é escrito propositadamente com hífen tal como é enumerado por Freudenberguer no início da descrição da síndroma. A designação mais comum e actual é *burnout*.

[3] Wilmar B. Shaufeli é professor de psicologia clínica e organizacional no departamento de psicologia da Universidade de Utrecht na Holanda. É autor de diversas publicações em áreas relacionadas com o desemprego, o stresse laboral, o *burnout* e o absentismo.

O *burnout* tornou-se na altura um termo muito popular, primeiramente na imprensa e depois nos meios académicos. Shaufeli refere que existem mais de 5500 publicações sobre o tema e realizaram-se mais de 1000 estudos empíricos, predominantemente nos cuidados de saúde (34%) e no ensino (27%).

Também a Encyclopedia of Psychology de 1984 define o *burnout* como uma situação específica entre profissionais resultante de solicitações excessivas de energia, força ou recursos. Apesar de não existir uma definição clara e concisa, o *burnout* é caracterizado pela incapacidade de estar suficientemente preocupado e envolvido com os que recebem os seus serviços. Os sintomas entre os trabalhadores afectados incluem moral baixa, desempenho profissional baixo, mudança frequente de local de trabalho *(turnover)*, aumento do consumo de álcool e drogas, aumento do número de casos de doença mental, conflitos maritais e familiares frequentes e o desenvolvimento de atitudes impessoais e "desumanizadas" no trabalho.

Até 1980 foram descobertas apenas 50 referências num estudo de revisão de literatura relacionada com o stresse (Encyclopedia of Psychology, 1984).

Durante a década de 80 o interesse pela síndroma de *burnout* cresceu vertiginosamente, centrando-se a atenção dos investigadores principalmente nas "profissões de ajuda", psiquiatras, psicoterapeutas, professores e enfermeiros. Nestas profissões 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).

O termo *burnout* é, segundo Shaufeli (1999), "uma metáfora que descreve um estado de esgotamento, semelhante ao esmorecer de uma fogueira ou ao extinguir de uma vela".

Pode dizer-se que o *burnout* emergiu de um problema social e não como uma construção empírica. Existem duas abordagens distintas que se desenvolveram e que coexistem de forma mais ou menos independente. A abordagem clínica de Freudenberger e a vertente investigacional iniciada por Maslach.

A definição mais referenciada parece ser a de Maslach e Jackson (1996), definem o *burnout* como "uma síndroma 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, policias e outros". Objectivamente é considerado como uma resposta inadequada a um stresse emocional crónico.

McIntyre (1994) refere que se usa o termo *burnout*, (esgotamento) para descrever de forma sistemática uma reacção adversa ao *stress* ocupacional com componentes psicofisiológicos, psicológicos e comportamentais.

Segundo Garcia (1990), "o *burnout* pode ser interpretado como um síndroma resultante de um período prolongado de *stress*, caracterizado por um esgotamento emocional, físico e de atitudes".

Tal como se entende pela definição de Freudenberger também Pines e Aronson (1989) e Vaz Serra (1999) salientam que o *burnout* só pode ser experimentado por aqueles indivíduos que entram para as suas carreiras com ideais elevados, motivação e investimento pessoal que depois se sentem defraudados nos seus objectivos. "Profissionais cheios de idealismo e de boas intenções, esperançosos e dedicados; gradualmente com o passar do tempo, comprovam que não são apreciados, perdendo significado aquilo que executam. Esta vivência faz-lhes desenvolver um sentimento de fracasso em relação a um objectivo que prezavam".

As considerações feitas pelos diversos autores sobre o *burnout* parecem indicar-nos, na generalidade, que resulta de uma exposição prolongada a um stresse ocupacional crónico exagerado. Acrescem a falta de realização das expectativas geradas pelos profissionais e factores de natureza pessoal

Como principais factores directamente envolvidos na génese do *burnout* a bibliografia divide-os, fundamentalmente em dois grandes grupos. Factores de natureza pessoal e factores de natureza situacional. Antes de nos referirmos especificamente às suas causas, vejamos a sintomatologia predominante e a forma como tem sido avaliada a problemática do *burnout* pela comunidade científica.

2.1 - Sintomas e avaliação

A maioria dos autores considera que o *burnout* se manifesta pela exaustão psicológica e/ou fisiológica, respostas negativas face aos outros, face a si próprio e face às suas realizações pessoais, sendo o *burnout* a resposta a tensões emocionais dos profissionais que trabalham com pessoas. É também salientado, em quase todas as definições que é um estado de fadiga ou desgaste emocional, que surge nas pessoas em inicio da sua actividade profissional com altos ideais e empenhamento, sendo substituído gradualmente, na falta de um *feedbak*[4] positivo, pela desilusão.

Foram identificados vários sintomas de *burnout*, especialmente na fase da abordagem clínica iniciada por Freudenberger em 1974. Recentemente Shaufeli e Enzmann (1992), cit. por Shaufeli (1999), enumeram cerca de 130 sintomas possíveis que foram associados ao *burnout*, variando entre a ansiedade e a falta de zelo. São distinguidos cinco grupos de sintomas: afectivo (ex.: mau humor, exaustão emocional); cognitivo (ex.: dificuldade de concentração); físico (ex.: cefaleias, problemas gástricos); comportamental (ex.: baixo nível de desempenho); motivacional (ex.: perda de ideais). Estes sintomas à excepção do aspecto motivacional são, em muito, idênticos à sintomatologia de stresse.

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 (ex.: irritabilidade, desumanização e indiferença), bem como sintomas ao nível da organização (ex.: insatisfação com o emprego, mudança constante de posto de trabalho e absentismo).

Ao colocar-se a tónica nos sintomas organizacionais, Shaufeli 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, uma diminuição da eficácia, menor motivação e o desenvolvimento de atitudes e comportamentos disfuncionais no emprego.

---

[4] "*feedback*" é um anglicismo utilizado entre nós para designar a resposta, repercussão.

Esta definição tenta concentrar a sintomatologia associada ao *burnout* na exaustão emocional sentida pelo indivíduo, considerada o principal indicador de *burnout*. Shaufeli, associa este a outros quatro sintomas genéricos: depressão, sensação de menor eficácia, menor motivação e atitudes e sentimentos disfuncionais no trabalho.

As intenções frustadas e as estratégias inadequadas de cooperação no trabalho parecem desempenhar um papel determinante no desenvolvimento da síndroma. O processo considera-se auto-perpetuante apesar de poder não se reconhecer de início. Por fim o domínio é específico: os sintomas relacionam-se com o trabalho e o *burnout* ocorre em indivíduos normais que não sofrem de psicopatologia.

A definição de Shaufeli parece ser mais compreensiva que a definição provavelmente mais citada, a de Maslach (1996), que o define como "uma síndroma de exaustão emocional, despersonalização e menor realização pessoal que ocorre em indivíduos que trabalham com pessoas".

A popularidade da definição de Maslach deve-se sobretudo à divulgação do questionário de auto registo de *burnout*, o "Maslach *burnout* inventory" (MBI) que faz a avaliação das três dimensões incluídas nesta definição.

A **exaustão emocional** refere-se à perda ou desgaste de recursos emocionais e ao sentimento de que nada se tem para oferecer aos outros. É a componente fundamental e mais importante do *burnout* e pode ter manifestações físicas e psíquicas.

A **despersonalização** indica o desenvolvimento de atitudes negativas e insensíveis para com os destinatários ou receptores dos serviços que se prestam. O termo despersonalização pode aparentemente causar alguma confusão. Em psiquiatria, o termo denota uma alienação de si e do mundo. A despersonalização a que Maslach se refere é, no entanto, a percepção de uma atitude impessoal, de indiferença, desumanizante e de distanciamento emocional dos sujeitos a quem são prestados os serviços (alunos, doentes, etc.).

A **falta de realização pessoal** é a percepção da impossibilidade de realização pessoal no trabalho, o que provoca uma diminuição das expectativas pessoais, implicando uma auto-avaliação negativa, onde se inclui a não aceitação de si próprio, assim como sentimentos de fracasso e baixa de auto-estima (Maslach, 1996).

Considerando-se que o MBI é o instrumento que mede o *burnout*, a sua definição, em parte, tornou-se equivalente à forma como é medida. Poderia dizer-se que

burnout é o que o MBI mede. É evidente que desta forma poderemos estar a comprometer a investigação sobre esta problemática. Uma vez que, como se viu em outras definições de *burnout*; poderá haver aspectos da síndroma não incluídos na definição de Maslach e que ficarão assim por avaliar. Se bem que, por outro lado, ao usar-se esta forma padrão de avaliação, poderão as comparações estabelecidas entre os diversos estudos que vão sendo efectuadas, tornar-se mais fiáveis.

2.2 - *Burnout*, stresse e depressão

O *burnout* tem sido comparado por alguns autores a depressão e stresse (Mendes,1996; Queirós 1997). O stresse é considerado um termo genérico que se refere aos processos temporários de adaptação, acompanhado por sintomas mentais e físicos. Por outro lado o *burnout* pode ser entendido como um estado final de falha na adaptação que resulta do desequilibro, a longo prazo, de um stresse laboral intenso. Incluindo ainda o desenvolvimento de atitudes e comportamentos disfuncionais para com os receptores dos serviços ou cuidados, o emprego e a organização. O stresse não é obrigatoriamente acompanhado por tais atitudes e comportamentos.

Relativamente à depressão, foram efectuados alguns estudos que apontam para a existência de correlações significativas entre os dois conceitos (Mendes, 1996; Glass e McKnight, 1995; Queiroz, 1997).

Os indivíduos com elevados níveis de *burnout* terão tendência a desenvolver sintomatologia depressiva. Pode ainda afirmar-se que tem repercussões negativas a nível socio-familiar (Freudenberger, 1974; Pines e Aronson, 1989; Maslach, 2000).

Contudo outros consideram que a sintomatologia difere. Os doentes depressivos são geralmente oprimidos por letargia e apatia e assaltados por sentimentos de culpa, enquanto as vítimas de *burnout* apresentam as suas queixas com muito mais vigor; sentem-se desapontados e agredidos. Também contrariamente à depressão, o *burnout* tende a relacionar-se com a profissão e a situações específicas, alterando todas as esferas da vida do indivíduo (Shaufeli, 1999).

Glass e McKnight (1995) analisaram a relação entre percepção de controlo, *burnout* e sintomatologia depressiva e concluíram que os índices de *burnout* e de sintomatologia depressiva mostram uma associação significativa na ordem dos três para

cinco. No entanto, apesar deste dado, pela baixa associação encontrada entre depressão, despersonalização e realização pessoal, não deve considerar-se que o *burnout* seja uma forma simples de depressão relacionada com o trabalho.

Não devemos portanto considerar depressão, stresse laboral e *burnout* como três conceitos sinónimos. Embora a exaustão emocional denote uma sobreposição com a depressão, a realização pessoal e a despersonalização não se encontram incluídas na sua sintomatologia típica.

2.3 - *Burnout* nos profissionais de saúde

A maioria dos autores considera o *burnout* uma síndroma característica das profissões de ajuda: aquelas cujo núcleo central do trabalho é prestar serviços humanos directos e de grande relevância para os que os recebem. É característico dos indivíduos que trabalham com pessoas (Maslach,1996; Pines e Aronson, 1989; Freudenberger, 1974; Garcia, 1990).

O relacionamento directo com a doença, a dependência, a morte, e sobretudo o sofrimento crónico é esgotante dado que o relacionamento enfermeiro doente se torna, na maioria das vezes, assimétrico. Falamos dos que ajudam e dos que recebem. O enfermeiro dá e o doente recebe. Este relacionamento desigual pode, de alguma forma, explicar o esgotamento emocional a que os enfermeiros estão expostos. É como se a pessoa que presta ajuda fosse "esvaziada" por dar mais do que recebe.

Garcia (1990) considera profissões de especial risco aquelas que lidam intensa e intimamente com pessoas que sofrem de graves problemas físicos, mentais e sociais (profissões que implicam uma relação interpessoal de ajuda, de ensino, conselho e repressão).

O trabalho dos profissionais de ajuda, nomeadamente de enfermagem, pressupões também três características fundamentais: grande esforço mental e físico, contínuas interrupções e reorganização das tarefas com agravamento do nível de carga e esforço mental e o relacionamento com pessoas em circunstâncias de extrema ansiedade e sofrimento.

Trabalhar com dor e sofrimento pode trazer graves problemas emocionais. O sofrimento do doente, de alguma forma, afecta também os profissionais. As

expectativas sobre o resultado positivo do trabalho são igualmente determinantes na tensão emocional. O sentimento de êxito ou fracasso pode modelar a atitude do profissional na relação que estabelece com o doente, bem como a atitude do doente perante o serviço que lhe foi prestado pode interferir na postura do profissional. Se o doente deprecia o trabalho do profissional, não lhe proporcionando um *feedback* positivo, pode estar a contribuir para a desumanização do profissional.

Na opinião de Garcia, os factores que no exercício de enfermagem poderão estar relacionados com o *burnout* são:

- uma incongruência entre os ideais profissionais e a realidade;
- falta de controlo no posto de trabalho;
- ambiguidade sobre quem é que define a conduta laboral apropriada;
- falta de *feedback* acerca do valor do próprio esforço;
- consequência de uma relação directa, contínua e intensa com as pessoas.

Num estudo efectuado por Cronin-Stubs (1985), com uma amostra de enfermeiros, salienta-se que os profissionais que apresentam de forma mais acentuada manifestações de *burnout* têm tendência a usar psicofármacos para acalmar os doentes e a passar menos tempo em contacto directo com eles (Vaz Serra, 1999).

A organização mundial de saúde (OMS) tem alertado as autoridades governativas dos países europeus para a gravidade do problema que constitui o *burnout* no pessoal dos serviços de saúde. Num relatório de 1999 sobre a prevenção primária dos problemas mentais, neurológicos e psicossociais é referido que, de uma forma geral, dentro das diferentes categorias profissionais que exercem a sua actividade na área da prestação de cuidados, os sintomas de esgotamento emocional (*burnout*) apresentam frequência máxima no pessoal de enfermagem.

Também num estudo comparativo entre médicos generalistas, enfermeiros, e farmacêuticos, os níveis mais elevados de *burnout* registaram-se no pessoal de enfermagem. Encontrava-se relacionado sobretudo com a carga de trabalho, o não reconhecimento dos problemas e conflitos profissionais (OMS,1999).

O *burnout* nos enfermeiros apresenta-se como um problema decorrente da exposição a um stresse crónico elevado em que estão implicados diversos factores. A

sobrecarga de trabalho, a falta de controlo sobre o trabalho, e a falta de reciprocidade parecem ser alguns dos que mais contribuem para a sua génese.

Seguidamente fazemos uma abordagem a alguns conceitos que têm sido objecto de estudo na forma como se associam ao *burnout*

2.4 - Causas, correlações e consequências do *burnout*

A revisão bibliográfica mostrou-nos que não existe uma uniformidade nos resultados dos estudos sobre os factores predictores de *burnout* e as suas consequências.

A esse respeito Spector (2000) refere que "apesar da quantidade impressionável de publicações empíricas sobre *burnout*, a sua validade é frequentemente questionável". Assim, os resultados devem ser interpretados com precaução.

A tabela seguinte apresenta-nos uma análise sumária, efectuada por este autor sobre as correlações mais importantes do *burnout* registadas nos cuidados de saúde.

Tabela 1 - Correlações do *burnout* nos cuidados de saúde

Características biográficas	Idade mais baixa Pouca experiência profissional
Personalidade	Personalidades menos dominantes "*Locus* de controlo" externo Baixa auto-estima Estilos de "*coping*" passivos Neuroticismo Personalidade do "tipo emotivo"
Atitudes relacionadas com o trabalho	Expectativas altas (irrealistas) Insatisfação laboral Compromisso organizacional fraco Intenção de desistir
Factores laborais de desgaste (de carácter geral)	Sobrecarga de trabalho Pressão do tempo Conflitos e ambiguidades de papel Falta de apoio social Falta de "*feedback*" Falta de participação nas tomadas de decisão Falta de autonomia

(cont.)

(cont.)	Contacto demasiado directo com o doente
Factores laborais de desgaste específico	Gravidade da doença
Saúde individual	Depressão Queixas psicossomáticas Doenças frequentes
Comportamento organizacional	Absentismo laboral Mudança frequente de trabalho (*turnover*) Desempenho deficiente

Fonte: Shaufeli, W. (1999) *in Stress in Health Professionals*

Características biográficas - O *burnout* é mais frequente entre os trabalhadores jovens do que nas idades de 30 a 40 anos. A maior incidência de *burnout* entre os mais jovens e com menos experiência pode ser provocada pelo "choque da realidade" ou por uma crise de identidade devida a uma socialização ocupacional mal sucedida.

Chubin (1978) cit. por Garcia (1990), refere que o casamento pode proporcionar apoio suficiente capaz de anular a tendência para vir a sofrer de *burnout*.

Nos estudos efectuados por Maslach, nos testes de validação do MBI as mulheres apresentavam valores médios desta síndroma mais elevados do que os homens (Maslach,1996).

Por outro lado Cahoon e Rowney (1984) cit. por Garcia (1990), encontraram níveis de *burnout* mais elevados no grupo dos homens num estudo utilizando o MBI numa amostra de indivíduos com cargos de gestão.

Alguns factores individuais devem ser considerados na sua avaliação. A idade, o sexo e o estado civil são sugeridos como factores que o podem desencadear em menor ou maior intensidade (Maslach, 2000; Garcia, 1990).

Personalidade - O *burnout* é menos comum entre os indivíduos com uma "personalidade forte" que se caracterizam pelo envolvimento nas actividades diárias, uma sensação de controlo sobre a situação e abertura para a mudança. Por outro lado é mais comum ente aqueles com um *locus* de controlo externo que atribuem os acontecimentos a outros de dimensão superior, comparados com os que têm um *locus* de controlo interno que atribuem eventos e resultados à sua capacidade de esforço, ou vontade de arriscar (Shaufeli, 1999).

Mendes (1996) num estudo efectuado com enfermeiros de psiquiatria, sugere que "o ponto principal da pesquisa se deve centrar no indivíduo e não no ambiente". Encontrou no seu estudo fortes correlações com *locus* de controlo e *burnout*. Na sua opinião, os indivíduos com um *locus* de controlo externo são menos capazes de realização e motivação com vista ao êxito e portanto mais vulneráveis ao *burnout*.

Esta síndroma relaciona-se ainda a uma auto-estima deficiente e a um estilo de *coping* sem confrontos. Parece, também, estar particularmente relacionado com neuroticismo. Sendo característica destes indivíduos uma emocionalidade instável e com tendência para a angustia O neuroticismo pode actuar como um factor de vulnerabilidade que predispõe os profissionais à experiência de *burnout*.

Por fim, comparando ao "tipo pensador", o "tipo emotivo" parece ser mais vulneráve, nomeadamente à despersonalização (Garden, 1991 cit. por Shaufeli, 1999).

Shaufeli refere ainda que num estudo efectuado por Garden (1988), onde se concluiu que o esgotamento é mais frequente entre as pessoas de "tipo emotivo" do que entre as pessoas de "tipo racional". As primeiras têm grandes preocupações sociais, concentrando os seus pensamentos nas necessidades dos outros, ao passo que as últimas são mais pragmáticas, concentrando-se primordialmente nas suas próprias carreiras. É também interessante verificar que as pessoas de "tipo emotivo" se encontram mais frequentemente entre os enfermeiros e as pessoas de "tipo racional" entre os gestores. Pode concluir-se que o sector dos cuidados de saúde atrai os indivíduos que em termos de personalidade, serão mais vulneráveis ao *burnout*.

Atitudes relacionadas com o trabalho - Nem sempre é claro se as expectativas irrealistas se referem à organização, ao progresso dos doentes ou à eficácia pessoal.

A insatisfação laboral, o compromisso assumido de forma deficiente com o trabalho e com a organização, e a intenção de desistir, todos indicadores de afastamento psicológico, partilham quantidades consideráveis de variância com o *burnout*: 5 a 25% dependendo da dimensão envolvida (Shaufeli e Enzman 1998, cit. por Shaufeli, 1999).

Na opinião de Vaz Serra (1999), os indivíduos que entram para as suas carreiras com ideais elevados, motivação e investimento pessoal e que depois se sentem defraudados tendem a desenvolver *burnout*.

Factores laborais de desgaste (de carácter geral) - O excesso de trabalho e a falta de tempo explicam cerca de 25 a 50% da variância do *burnout*, especialmente a

exaustão emocional (Lee e Ashforth, 1996 cit. por Shaufeli, 1999). A relação é mais fraca com as outras duas dimensões do MBI. A grande correlação com o excesso de trabalho deve ser considerada porque este factor é, por vezes, operacionalizado em termos de esforço experienciado que ultrapassa consideravelmente o conteúdo existente na exaustão emocional. O uso de aparelhos sofisticados tecnologicamente nas unidades de cuidados intensivos foi também substancialmente relacionado com os níveis desta síndroma nos enfermeiros.

Os conflitos de papeis (i. e. exigências contraditórias no local de trabalho) e a ambiguidade das tarefas a serem executadas (i. e. não existir informação adequada e disponível para o correcto desempenho das mesmas) parecem ser moderada a altamente correlacionadas com o *burnout*. O conflito de papeis partilha cerca de 24% da variância com a exaustão emocional, 13% com a despersonalização e apenas 2% com a realização pessoal; as percentagens da ambiguidade da tarefa são de 14.8 e 10% respectivamente.

Shaufeli e Enzman (1998) cit. por Shaufeli (1999) defendem uma clara evidência da relação positiva entre a falta de apoio dos supervisores e *burnout*. Em média a falta de apoio dos supervisores explica 14% da variância da exaustão emocional, 6% da despersonalização e 2% da realização pessoal.

O autor apresenta-nos por fim três factores determinantes na regulação das actividades laborais relacionada com a síndroma: a falta de *feedback*, participação mínima na tomada de decisões e a falta de autonomia no local de trabalho.

Christina Maslach e Jackson (1997) parecem não ter dúvidas em afirmar que as suas causas se encontram mais relacionadas com as características laborais do que com factores pessoais.

"A perda de controlo sobre o trabalho é um indicador importante da dificuldade do trabalhador se conciliar com o seu próprio trabalho. Os trabalhadores querem ter oportunidade de fazer escolhas e decidir, usar a sua capacidade para pensar e resolver problemas e ter alguma influência no atingir dos objectivos do trabalho. Sem controlo os trabalhadores não podem adequar os seus interesses aos da organização".

Factores laborais de desgaste específico – Shaufeli e Enzman (1998) compararam os resultados de 16 estudos e descobriram que, em geral, ao contrário das expectativas, os factores desgastantes comuns relacionados com o trabalho tais como o excesso de trabalho, falta de tempo ou conflitos emergentes das funções dos profissionais correlacionam-se mais com o *burnout* que os factores relacionados com o

doente, como a inter-acção com doentes difíceis, com doentes crónicos em fase terminal ou o contacto com a morte. Em vez disso, a falta de pessoal e a insuficiência de pessoal qualificado foram considerados os aspectos mais desgastantes do trabalho. Pode concluir-se que o confronto com a morte não será o aspecto mais perturbante do trabalho dos enfermeiros.

No entanto as conclusões do estudo efectuado por Parreira e Sousa (2000), não corroboram a ideia defendida por Shaufeli. Estes encontraram valores elevados de *burnout* que parecem dever-se ao contacto mais directo com a doença terminal e a morte num estudo comparativo com três grupos de enfermeiros em oncologia.

Saúde individual - As correlações significativas com medidas de auto-registo de depressão e angústia são frequentes. O auto-registo de frequência de várias doenças efectuado por Corrigam e cols. (1995), cit por Shaufeli, registaram, entre o pessoal de um hospital psiquiátrico, uma variância partilhada com a exaustão emocional e a despersonalização de 18%.

Também Landsbergis (1988) registou uma relação positiva significativa entre auto-registos (de enfermeiros) de sintomas de doença coronária e exaustão emocional (3% da variância partilhada) e despersonalização (4%); a relação com menor realização pessoal não foi significativa (2%) (Shaufeli, 1999).

Uma maior vulnerabilidade à doença física e psíquica parece estar associada a elevados níveis de *burnout* (Freudenberger, 1974; Pines e Aronson, 1989; Maslach, 2000; Vaz Serra, 1999).

Comportamento organizacional - Apesar do consenso de que o *burnout* provoca absentismo, o seu efeito é menor. Em média cerca de 2% da variância é partilhada com registo de absentismo. As relações com a redução da realização pessoal são marginais mas significativas. Os níveis de despersonalização permitem predizer uma mudança do actual trabalho do enfermeiro em dois anos, enquanto os níveis de exaustão emocional indicam uma mudança em cinco anos. Em termos de variância partilhada, os efeitos significativos são baixos, variando entre 1 a 5%. O facto de a sua relação com as intenções de mudança ser mais forte que com a mudança real sugere que uma grande percentagem de profissionais com *burnout* permaneça nos seus serviços com relutância (Shaufeli e Enzman, 1998, cit. por Shaufeli, 1999).

Sintetizando poderemos dizer que foram encontradas várias associações entre *burnout* e vários factores nos profissionais de saúde. As relações mais consistentes e fortes, particularmente com a exaustão emocional, encontram-se nos factores de desgaste de carácter geral no trabalho tais como o excesso de trabalho, falta de tempo para a execução das tarefas, problemas na clarificação de papeis e funções e falta de apoio social. As relações com factores laborais de desgaste específico são, de alguma maneira, menos fortes. Pertencem a aspectos relacionados com inter-acções com doentes, assim como com factores de personalidade, e com efeitos negativos tais como a saúde individual, saída da organização e fraca realização pessoal.

A este respeito, uma das sugestões de Queirós (1997) parece traduzir bem a dificuldade sentida na avaliação de factores causais implicados na génese do *burnout*. Sugere na sua pesquisa, efectuada com enfermeiros de diversas áreas da prestação de cuidados, que se considere o cruzamento alargado de variáveis pessoais e situacionais relacionadas com o trabalho para o estudo desta síndroma.

Os resultados encontrados nos diversos estudos nacionais e internacionais, muitos deles utilizando o mesmo instrumento de medida, o MBI, parecem conclusivos. São unânimes ao afirmar que os factores que mais interferem no desenvolvimento da síndroma de *burnout* estão relacionados com o trabalho. No entanto os factores de carácter pessoal deverão também ser contabilizados.

2.5 - *Burnout* como sobrecarga emocional

De acordo com Maslach e Jackson (1997), as exigências interpessoais resultantes da relação com o doente consideram-se as principais responsáveis pelo *burnout* nos profissionais de saúde. Argumentam os autores que o contacto com os doentes está emocionalmente carregado porque os profissionais de saúde lidam com situações problemáticas decorrentes das necessidades dos doentes. De forma a lidar com as exigências emocionais, e serem eficientes, os profissionais podem adoptar técnicas de distanciamento. Quando os doentes são tratados de forma mais objectiva e distante, torna-se mais fácil aos profissionais cumprirem as suas funções sem ficarem sujeitos a um forte sofrimento e desconforto psicológico. Uma das formas de tornar isto possível é desenvolver uma atitude de preocupação distante. A esta forma disfuncional de

compaixão emocional Maslach denomina-a de despersonalização. No sentido de, para a autora, ser uma percepção dos doentes persistentemente indiferente, insensível e cínica.

Como resultado da despersonalização, a qualidade dos cuidados tende a deteriorar-se porque o principal instrumento para o sucesso, compaixão com preocupação pelos outros, foi menosprezado na tentativa de proteger a integridade psicológica. O sucesso tende a diminuir, desgasta-se a sensação do cumprimento profissional e desenvolvem-se sentimentos de inadequação.

2.6 - *Burnout* como falta de reciprocidade

Por natureza a relação dos profissionais de saúde com o doente é complementar, o que está semanticamente bem ilustrado pelos termos "prestador de cuidados" e "receptor dos cuidados". Ao primeiro supõe-se prestar cuidados, assistência, conselhos e outros. Ao segundo supões-se que os receba. No entanto, os profissionais esperam receber alguma recompensa pelos seus esforços. Esperam que lhes mostrem gratidão, que melhorem ou pelo menos se esforcem por melhorar.

Na prática, se por qualquer razão estas expectativas não são satisfeitas, provavelmente, os profissionais sentem que investem continuamente na relação com os seus doentes e que pouco recebem. Esta relação desequilibrada, em que um dá e o outro recebe, esgota os recursos emocionais do profissional e eventualmente conduz à exaustão emocional. Isto leva a uma diminuição do investimento pessoal na relação com o doente. Tornando-se esta relação de alguma forma estereotipada e despersonalizada em vez de demonstrar uma preocupação empática e genuína.

Para além de uma relação desequilibrada a nível interpessoal, Shaufeli (1999) sugere que a falta de reciprocidade pode também ter origem em factores organizacionais. Os profissionais esperam reconhecimento não apenas por parte dos seus doentes mas também por parte dos seus superiores hierárquicos e da organização que representam. As expectativas criadas dizem respeito a temas concretos tais como a estima e a dignidade no trabalho e o apoio dos supervisores e colegas. Os ganhos ou resultados dentro da organização, quando não condizentes com a expectativa, podem levar ao afastamento cognitivo e comportamental da organização (menor compromisso organizacional, *turnover*, ou absentismo).

Jansen (1996) num estudo efectuado com uma amostra de enfermeiros e de auxiliares de enfermagem, conclui que o *feedback* recebido dos supervisores no trabalho se revelou um factor importante no aumento da satisfação laboral e diminuição do *burnout*.

A falta de reciprocidade parece ser um conceito chave para compreender o conceito de *burnout* entre os profissionais de saúde. O equilíbrio entre investimentos e resultados parece ser crucial no seu desenvolvimento. Não só em termos do investimento na relação profissional-doente mas também no que diz respeito à relação do profissional com os seus superiores hierárquicos, colegas e com a organização.

2.7 - Abordagem multidimensional do *burnout*

A bibliografia recente identifica-o como um conceito multidimensional, composto por três aspectos fundamentais que o caracterizam: *exaustão emocional elevada; despersonalização elevada e uma baixa realização pessoal.*

Enquanto alguns trabalhadores com elevados níveis de *burnout* tenderão a desistir dos seus empregos ou a mudar sucessivamente de local de trabalho dentro da organização, outros tenderão a continuar, sem no entanto conseguirem a rentabilidade a nível pessoal, social e laboral que as suas capacidades lhe permitiriam normalmente.

As consequências do *Burnout* manifestam-se, na opinião de Maslach (2000), a três níveis:

- ao nível **individual** caracterizado por um desgaste emocional excessivo, fadiga e afastamento psicológico com o consequente desinteresse e falta de satisfação pelo exercício da profissão;
- ao nível da **organização**, sendo os mais comuns o absentismo, a frequente mudança de serviço ou *turnover*, traduzido em elevados custos para a organização pelo aumento do número de horas extraordinárias e pelos períodos de trabalho improdutivo originado pelos sucessivos períodos de integração nos serviços.
- a nível **social** caracterizado por um fraco relacionamento social, familiar e recreativo.

Para Pines e Aronson (1989), o *burnout* detecta-se pela presença de manifestações que diferem na sua natureza:

- **física** - em que o indivíduo sente um estado de fadiga crónica, esgotado, com cefaleias e alterações frequentes do sono e do peso, distúrbios gastrointestinais e agravamento de doenças crónicas já existentes. É levado a assumir comportamentos aditivos (consumo excessivo de café, tabaco, bebidas alcoólicas, tranquilizantes ou drogas ilícitas) para combater o estado em que se sente;
- **emocional** - associada com sentimentos de fracasso, desilusão, falta de esperança e de significado no trabalho e o desenvolvimento de sentimentos depressivos;
- **atitudinal** - a pessoa passa a mostrar-se indiferente e com atitudes negativas e de afastamento em relação ao trabalho, a colegas, a supervisores e à própria instituição.

Exaustão emocional elevada, sentimentos e atitudes de indiferença e afastamento emocional (despersonalização) para com os clientes, colegas de trabalho e organização, aliados a uma baixa realização pessoal são as três dimensões que compõem a síndroma de *burnout* (Feudenberger 1974; Malach 1981; Shaufeli,1999; Pines e Aronson, 1989).

As pesquisas empíricas sobre os factores que poderão contribuir para a génese desta síndroma parecem concluir que as variáveis situacionais constituem factores predictivos mais consistentes que as variáveis pessoais. Em termos de antecedentes de *burnout* as exigências laborais e a falta de recursos pessoais para lidar com essas exigências parecem particularmente importantes. A sobrecarga de trabalho e os conflitos interpessoais parecem constituir dois dos mais importantes factores neste processo. No entanto a falta de recursos para lidar com situações adversas, o suporte social, autonomia e o envolvimento nas decisões parecem ser aspectos particularmente críticos e que devem ser considerados num modelo de atribuição causal (Maslach, 2000).

A relativa importância das três dimensões do *burnout* tem sido discutida nos últimos anos. Algumas das mais recentes pesquisas na área utilizando o MBI sugeriram que se tentassem transformar as pontuações das três dimensões num só valor. Esta questão tem sido abordada pelos autores do MBI mas não se revela fácil de solucionar. Dado que a sua multidimensionalidade, tal como é conhecido e aceite, seria desvirtuada.

Uma das maiores razões que tem levado alguns investigadores a sugerir a unidimensionalidade do *burnout*, assenta na dificuldade da interpretação dos resultados obtidos pelo MBI nas suas três dimensões.

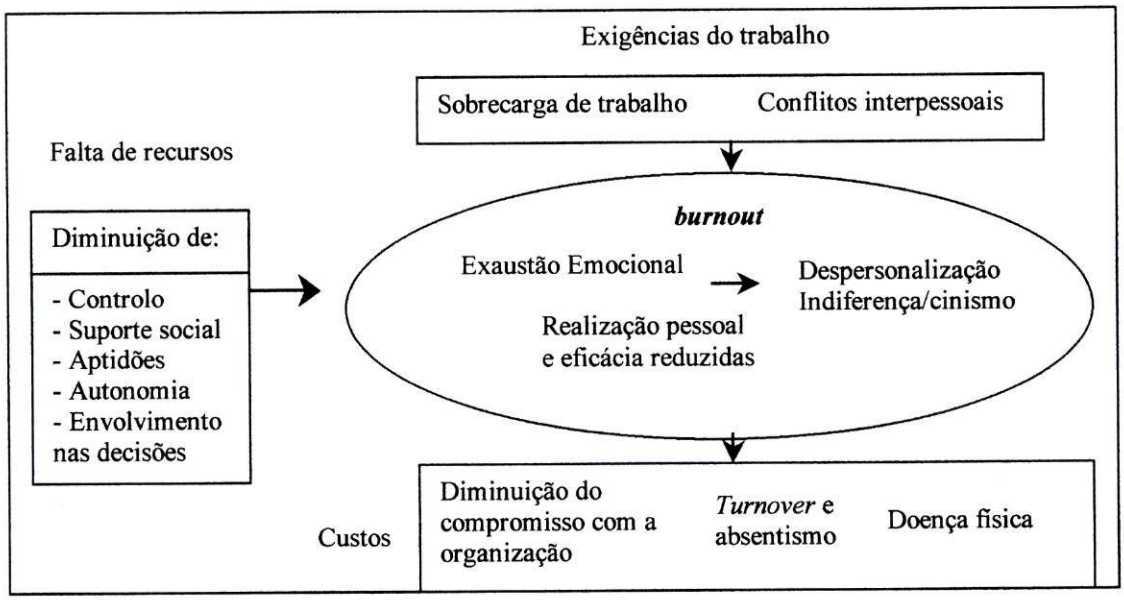
Alguns críticos têm tentado limitar a concepção multidimensional do burnout à exaustão emocional

Maslach considera que no modelo multidimensional de *burnout* a exaustão emocional é a qualidade central e a mais óbvia manifestação desta complexa síndroma. A noção de exaustão pressupõe um estado prévio de elevado desgaste e sobrecarga. Esta conceptualização, no entanto, contrasta com outras que o vêm como o resultado de um trabalho monótono, aborrecido e de tédio. Esta forte identificação com a exaustão emocional poderá também contribuir para a tentativa de o transformar num conceito unidimensional.

O facto de a exaustão emocional constituir um critério necessário para o *burnout*, não significa que seja suficiente.

O modelo multidimensional de Christina Maslach está representado na figura um, que descreve de forma esquemática as hipotéticas causas da síndroma, a identificação das suas características e os custos, bem como a relação entre as suas três dimensões.

Figura 1 - O modelo multidimensional de *burnout* de Maslach



Fonte: Maslach, C. (2000), "A multimensional Theory of Burnout" *in Theories of organizational stress.*

2.7.1 – Desenvolvimentos teóricos propostos por Christina Maslach

Trabalhos recentes dão-nos conta de alguns desenvolvimentos no estudo desta síndroma. Por um lado derivados de uma nova abordagem teórica do fenómeno, por outro provenientes de estudos empíricos.

Uma dessas áreas foca um estado de contraste ao *burnout* a que a autora dá o nome de "compromisso com o trabalho". O outro desenvolvimento envolve uma nova estrutura de conceptualização teórica dos factores causais chave na origem do processo (Maslach, 2000).

O compromisso com o trabalho é definido nos mesmos termos da definição de *burnout* de Maslach, mas pelo lado positivo. São considerados os extremos contrários às três dimensões que definem em seu entender a síndroma.

Consiste num estado de elevada energia (contrasta com o de exaustão), um forte envolvimento com o trabalho (ao contrário da indiferença) e um senso de grande eficácia (o oposto à falta de realização pessoal).

A análise desta continuidade *burnout*-compromisso com o trabalho pode tornar-se útil à compreensão da forma como o contexto organizacional do trabalho pode afectar o bem estar dos trabalhadores. Reconhece a variedade de reacções possíveis que os profissionais podem ter no ambiente laboral, desde o intenso envolvimento e satisfação do compromisso com o trabalho até à exaustão, distanciamento e estado de desencorajamento característicos do *burnout*.

Uma implicação importante deste *continuum* reside, no entender da autora, no facto de as estratégias de promoção do compromisso com o trabalho poderem ser tão importantes para a sua prevenção como as estratégias para reduzir os seus riscos.

A nova estrutura de conceptualização dos factores causais chave aborda, segundo Maslach, um aspecto, que apesar de não ser de todo novidade, nos fornece a ideia de que o problema pode muito bem centrar-se na inadaptação entre a pessoa e o seu trabalho. Alguns dos mais recentes modelos do stresse organizacional focam a sua atenção neste ajuste, continuando a destacar a importância de ambos os factores; individuais e contextuais.

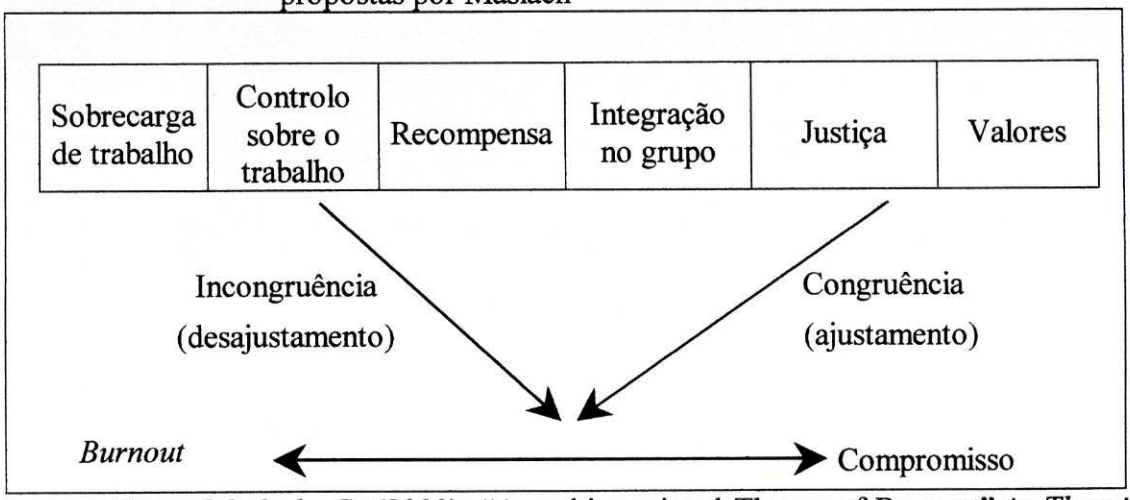
Esta aproximação parece ser relevante para a teoria do *burnout*, dado que algumas das recentes pesquisas mostram o fenómeno como um produto do contexto organizacional ainda que seja expresso ao nível individual.

Neste modelo a autora analisa o desajustamento ou a incongruência (traduzido de *mismatches*) da pessoa com o seu trabalho em seis áreas específicas. Em cada uma a natureza do trabalho, não está em harmonia com a natureza da pessoa, o resultado é um aumento da exaustão emocional, desenvolvimento de atitudes de indiferença e um sentimento de ineficácia. Por outro lado quando existe um adequado ajustamento ou congruência nessas áreas então o resultado é o envolvimento com o trabalho, estado oposto ao *burnout.*

As seis áreas em que podem ocorrer desajustamentos são: sobrecarga de trabalho; controlo sobre o trabalho, recompensa, integração no grupo, justiça e valores.

Maslach apresenta-nos de forma esquemática como elas se relacionam com o *burnout* e com o compromisso com o trabalho.

Figura 2 - As seis áreas de ajuste/desajuste entre a pessoa e o trabalho propostas por Maslach



Fonte: Maslach, C. (2000), "A multimensional Theory of Burnout" *in Theories of organizational stress.*

A autora propõe para cada uma destas áreas alguns conceitos que importa referir:

- **sobrecarga de trabalho** - ocorre quando as exigências do trabalho excedem os limites do indivíduo. Quando a sobrecarga é crónica e não apenas em situações esporádicas tem pouco tempo para descansar e se restabelecer. A sobrecarga de trabalho pode traduzir-se em níveis elevados de *burnout*;

- **falta de controlo** - ocorre quando o controlo sobre o seu trabalho diminui, seja porque existe uma política rígida e elevada vigilância ou porque o trabalho se tornou caótico. A falta de controlo limita as opções para a resolução dos problemas, limita a possibilidade de tomar decisões, assim como diminui o protagonismo no sucesso obtido pelos resultados do trabalho para o qual contribuiu. Concorrendo assim para o desenvolvimento da síndroma;

- **recompensa insuficiente** - a falta de recompensa pelo trabalho realizado pode contribuir para o *burnout*. Esta falta de reconhecimento desvaloriza tanto o trabalho como os trabalhadores. As recompensas mais importantes entre estas são externas (como o salário ou benefícios) mas a falta de recompensas internas (tais como orgulho por fazer algo de importante e fazê-lo bem) pode também ser um aspecto crítico;

- **quebra do sentimento de grupo** - ocorre quando a pessoa perde o sentido de uma relação positiva como os outros no local de trabalho. Alguns tipos de trabalho isolam as pessoas umas das outras ou tornam o contacto social impessoal. As atitude de indiferença e distanciamento para com os colegas de trabalho e para com os clientes, características do *burnout*, poderão ter a sua génese na quebra deste sentimento de grupo. No entanto o que se torna mais destrutivo são os conflitos por resolver com os outros no local de trabalho. Produzem sentimentos negativos constantes de frustração e hostilidade e diminuem o interesse e o gosto pelo apoio social no local de trabalho.

- **falta de justiça** - ocorre quando existe uma falha no sistema de justiça e procedimentos justos no de trabalho. A injustiça pode ocorrer quando existe uma desigualdade na carga de trabalho ou no pagamento. Ou ainda quando as avaliações e promoções são levadas a cabo de forma inapropriada. Se os procedimentos para a resolução da disputa originarem ressentimento ou não permitirem às partes ter voto na resolução do conflito, então esses procedimentos serão julgados como injustos. O sentimento de impotência para alterar as regras pode contribuir para o desgaste emocional do indivíduo.

- **conflitos de valores** - ocorre quando existe uma incongruência entre as exigências do trabalho e os princípios morais dos trabalhadores. A manter-se este conflito pode ajudar ao desenvolvimento do *burnout*. Em alguns casos

podem sentir-se constrangidos pelo trabalho. Ou por fazerem coisas que consideram anti-éticas ou contrárias aos seus próprios valores. Por exemplo podem ter que dizer uma mentira ou desenvolver uma atitude céptica ou distante em relação à verdade.

A autora considera estas seis áreas tipo de inadaptação da pessoa com o trabalho não totalmente independentes mas antes inter-relacionadas. Por exemplo alguns aspectos da sobrecarga de trabalho podem estar ligados à falta de controlo sobre o trabalho. Será também importante referir que em algumas áreas as incongruências ou desajustes poderão ser maiores do que noutras. Um dado novo fornecido parece estar relacionado com a inadaptação ao trabalho relacionada com os conflitos de valores.

Esta abordagem, no seu entender, enfatiza a vertente social da síndroma. Estarão possivelmente implicados neste modelo mais aspectos ligados ao contexto organizacional do que unicamente às características do indivíduo.

2.8 - Estratégias de prevenção e tratamento do *burnout*

A literatura indica que os investigadores se têm esforçado na tentativa de saber o que pode ser feito para prevenir o *burnout*. Não existe ainda uma resposta concreta a esta questão. A combinação de estratégias dirigidas ao indivíduo e dirigidas à organização tem pautado as orientações das investigações. A verdade é que mudar a organização laboral se pode tornar difícil e demora mais tempo do que organizar cursos de controlo do stresse para os trabalhadores. Também é verdade que a eficácia desses cursos se pode revelar pouco significativa.

Na opinião de Maslach, a melhor forma de o prevenir é promover o compromisso dos profissionais com a organização. Embora não se refira concretamente aos cuidados de saúde, este compromisso parece-nos poder adaptar-se a este contexto. Estas abordagens preventivas são, em seu entender, planeadas a longo prazo e implicam um investimento no presente que trará certamente muitos frutos no futuro. Por exemplo investindo na formação profissional agora prevenirá custos de produção e de fraca qualidade. Aumentando o número de trabalhadores poderá evitar-se que um trabalhador

execute o mesmo que dois com prejuízo na qualidade. Desenvolver procedimentos e formas de resolução de conflitos laborais evita tensões entre os trabalhadores. Mostrando reconhecimento e *feedback* positivo aos trabalhadores permitirá à organização enfrentar melhor possíveis situações de crise financeira com o apoio destes do que sem ele.

As estratégias para o aumento do compromisso com a organização significam um aumento da energia que o trabalhador disponibiliza para a execução das suas tarefas, um maior envolvimento e eficácia (Maslach, 2000).

Pines (1993), cit. por Vaz Serra (1999), sugere uma intervenção preventiva da síndroma a três níveis: organizacional, de grupo e no indivíduo.

No que respeita à **organização** devem ser instituídas condições de natureza física social e administrativa que não se tornem nocivas para o trabalhador e, ao mesmo tempo, haja a possibilidade de serem gratificados os aspectos positivos da actividade profissional.

Quanto ao **grupo** em que o indivíduo se insere é importante avaliar até que ponto são legitimas as exigências que lhe estabelecem. É necessário que aprenda a lidar com elas e a saber tirar partido daquelas pessoas que possam dar-lhe apoio efectivo, sob o ponto de vista técnico, emocional e todos os outros em que se sinta carente.

Na intervenção sobre o **indivíduo** deve fazer-se-lhe sentir que a crise que atravessa se pode tornar uma fonte de crescimento pessoal, desde que seja capaz de avaliar o que o descompensa e aprenda a lidar, até ultrapassar as dificuldades. Assim, o primeiro ponto passa por uma avaliação do que constitui para si um problema. A seguir a avaliação dos recursos que tem para lidar com ele. Finalmente o desenvolvimento de aptidões pessoais ou criação de apoio e suporte social que lhe permita mudar as condições de trabalho.

De entre as estratégias dirigidas aos indivíduos, Shaufeli (1992) refere que nos Estados Unidos são frequentes os "*burnout workshops*". Estes seminários são compostos por uma série de sessões teóricas e práticas sobre a maneira de enfrentar o stresse no trabalho de forma eficaz, tendo em vista identificar o *burnout* num estadio inicial e preveni-lo.

Os praticantes realizam exercícios de relaxamento, aprendem a interpretar situações problemáticas sob outros ângulos (restruturação cognitiva), recebem explicações sobre que factores mais interferem na génese do *burnout* (gestão didáctica do stresse), adquirem competências sociais e familiarizam-se com métodos de gestão eficaz do tempo.

São também encorajados a desenvolver estilos de vida saudáveis, com interesses e actividades fora do âmbito laboral. Finalmente são discutidas as expectativas e as carreiras individuais de cada um.

O autor refere que foi também desenvolvida uma estratégia curativa específica dirigida a pessoas em situação de baixa prolongada. Eeste programa, baseado nos princípios da terapia do comportamento cognitivo, consiste em três partes: a primeira tem em consideração os sintomas principais como a fadiga, ou a depressão; em seguida são examinadas as situações de trabalho em que se verificavam os problemas, sendo desenvolvidas competências sociais ou efectuadas alterações de acordo com a organização para melhorar a relação do trabalhador com as suas funções; a parte final consiste em discutir a importância que o trabalho ocupa na vida da pessoa e eventualmente analisadas alternativas de emprego. Estas estratégias, no entender do autor, têm sido bem sucedidas .

MacIntyre (1994) salienta também a importância da aprendizagem de métodos de identificação dos sintomas de stresse e *burnout*, tornando-os mais facilmente reconhecíveis e com possibilidade de actuação a partir do nível mais básico da sua manifestação.

Na opinião de Garcia (1990), as abordagens dirigidas ao indivíduo contemplam a possibilidade de usufruir de frequentes períodos de férias, manter uma opinião positiva de si mesmo, dos outros e do trabalho e tentar que este não interfira negativamente na vida pessoal do trabalhador.

O apoio social parece ser um recurso valioso no tratamento da síndroma. As pessoas que trabalham em ambientes com um fraco apoio social tendem a ter mais problemas de saúde e emocionais do que aquelas que trabalham em ambientes com um apoio social forte. A intensidade do stresse é atenuada em função do apoio social que o indivíduo recebe (Vaz Serra,1999).

Cornel (1993) refere que comunicar de forma aberta e honesta e saber ouvir atentamente são mecanismos que aliviam o stresse, a falta de reconhecimento pessoal e o *burnout*.

Tsai e Crocket (1993), conseguiram diminuir o stresse no trabalho em enfermeiros, ensinando-lhes a prática de relaxamento segundo o modelo preconizado por Smith em 1988.

Leidy (1992) pondera que saber rir e ter sentido de humor reduz o stresse e melhora o sistema imunitário. Experimentado em 150 elementos de enfermagem um jogo que evoca humor os resultados obtidos foram positivos, conclui que se a experiência de aprendizagem e a prática profissional se tornarem agradáveis é absorvido muito do stresse resultante das situações penosas por que a pessoa passa (Vaz Serra 1999).

As estratégias de prevenção do *burnout* poderão também ser dirigidas à organização, embora não se tenham demonstrado fáceis de implementar. Shaufeli (1992) assinala que a intervenção se dirija a oito áreas organizacionais com o objectivo de reduzir o risco do aparecimento da síndroma nos profissionais de saúde. Vejamos sumariamente cada uma (paralelamente apresentamos sugestões, propostas por outros autores, de acções a desenvolver a nível organizacional):

- **redução da pressão de trabalho** - alivia a sobrecarga que recai sobre os profissionais que é como vimos uma causa importante do *burnout*. A pressão do tempo pode igualmente ser reduzida pelo recrutamento de mais pessoal. Esta solução comporta porém custos elevados e torna-se por isso difícil de implementar. O recrutamento de pessoal não resolverá de todo o problema se não forem alterados a natureza stressante do trabalho e do ambiente laboral. As palavras chave neste contexto parecem ser a rotação do pessoal, o enriquecimento e o alargamento das tarefas apesar de melhoramentos deste género terem um espaço de manobra muito reduzido no sector dos cuidados de saúde;

- **carreira** - uma política de carreiras poderia incluir um sistema de apoio e acompanhamento para os novos profissionais, reuniões de trabalho periódicas em que é apresentado o *feedback* sobre o desempenho no trabalho e

aconselhamento activo relativamente à rotação do pessoal, à reorganização e à reforma.

Os programas de acompanhamento e desenvolvimento de carreira são na opinião de Cherniss (1980), cit. por Mouro (2000), relevantes para a redução da sobrecarga qualitativa do trabalho e para evitar o *burnout* em início de carreira.

- **formação** - a formação contínua ajuda a manter as qualificações actualizadas, ajudando desse modo os profissionais a enfrentar de forma mais eficaz as exigências do seu trabalho e, ao mesmo tempo, a evitar o stresse laboral. Como exemplos podem apontar-se a formação contínua, a reciclagem dos profissionais e medidas para fomentar a qualificação profissional.

Para além da formação mais técnica é necessário concentrar igualmente a atenção no desenvolvimento das competências sociais dos trabalhadores, por forma a ajudá-los a melhorar as interacções com os colegas de equipe, doentes e familiares.

- **melhoria da comunicação, do processo de tomada de decisões e da resolução de conflitos** - as tarefas, as responsabilidades e as áreas de competência devem ser claramente definidas por forma a evitar conflitos decorrentes de difícil clarificação de funções. O mesmo será aplicado aos processos de resolução de divergências e conflitos. Uma boa comunicação ajuda a evitar mal-entendidos e conflitos. O primeiro passo nesta direcção consiste em criar um bom sistema de informação que seja transparente e uma definição clara das funções.

Em segundo lugar, a participação no processo de tomada de decisão parece ser um aspecto relevante na prevenção do *burnout* (Marin, 1995; Shaufeli, 1999; Maslach, 2000).

A este respeito Mouro (2000) refere que uma maior autonomia na tomada de decisões permite aos profissionais maior realização pessoal, pois reconhece-lhe valorização pessoal e competência contribuindo assim para a prevenção do *burnout*.

- **direcção e formação para a gestão** - sublinha-se a importância de uma gestão humanizada que tenda a tratar os profissionais não apenas como trabalhadores mas acima de tudo como seres humanos.

- **redução do tempo de trabalho** - apesar dos custos da redução do tempo de trabalho a curto prazo estes serão provavelmente compensados no tempo por uma maior produtividade, um absentismo mais baixo e menor rotação do pessoal;

- **apoio social** - a importância do bom funcionamento de uma equipe e a necessidade de uma política que encoraje o apoio mútuo e a solidariedade são factores reconhecidos na prevenção do *burnout*;

- **rastreio e aconselhamento individual** - a condição base para este rastreio é que a direcção da organização considere claramente o *burnout* como um problema mais da organização do individuo. Os serviços de medicina no trabalho devem ter aqui uma acção preponderante no diagnóstico precoce e no acompanhamento dos profissionais no início das manifestações da síndroma.

Destas medidas, a maioria são algumas das referidas por Shaufeli no relatório do seminário da Federação Europeia do Pessoal dos Serviços Públicos (EUROFEDOP) realizado em 1992 no Luxemburgo. Ainda que pouco específicas, podem ser tomadas pela organização para combater o *burnout*. Servem não só o bem estar do indivíduo como o bem estar da organização.

É certo que algumas medidas dirigidas à organização, poderão encontrar dificuldades financeiras para a sua implementação que de algum modo condicionarão a sua aplicabilidade. Convém ainda salientar que toda e qualquer intervenção de carácter preventivo ou curativo passará certamente por uma avaliação longitudinal e sistematizada do problema e não apenas por uma análise parcial limitada no tempo.

Qualquer conclusão acerca do modo como tratar ou prevenir a síndroma de *burnout* deverá ter em conta o interesse da organização pela monitorização do fenómeno e dos aspectos que poderão estar implicados na sua génese, na situação particular daquela organização, com as particularidades dos profissionais que ali trabalham.

2.9 - Considerações gerais

A bibliografia é unânime em considerar a síndroma de *burnout* como um processo resultante da exposição prolongada no tempo a uma carga elevada de stresse ocupacional crónico. Parece ser uma síndroma característica dos profissionais que lidam directa e diariamente com pessoas necessitando de ajuda.

Os profissionais de saúde e particularmente os enfermeiros serão possivelmente um dos grupos profissionais de maior risco, pelo seu envolvimento directo e constante com pessoas em sofrimento.

É consensualmente definida como um processo caracterizado por uma exaustão emocional elevada, sentimentos e atitudes de indiferença e desumanização dos serviços prestados e uma diminuição da realização pessoal dos profissionais envolvidos.

A sintomatologia do *burnout* pode manifestar-se a nível individual, relacional e organizacional. Descrevem-se sintomas como depressão, sensação de menor eficácia, menor motivação e atitudes e sentimentos disfuncionais no trabalho.

A exaustão emocional parece ser a sua principal característica. Alguns autores comparam a síndroma a depressão e stresse, no entanto, e apesar de existirem, em estudos efectuados, correlações positivas entre estes constructos, e sobreposição de alguma sintomatologia, outros dos sintomas desta síndroma não são característica nem de depressão nem de stresse. No entanto convém reforçar que o stresse está na origem do *burnout*.

A sua avaliação tem sido maioritáriamente efectuada com recurso ao MBI. Uma escala de avaliação de atitudes e sentimentos relacionados com o trabalho. É composta por três dimensões que coincidem com as carcterísticas fornecidas pela definição mais consensual de *burnout*.

A causalidade do processo tem sido explorada por estudos de diversas áreas. Sugere-se um conjunto de factores pessoais e organizacionais.

Alguns dos trabalhos mais recentes revelam novos dados na abordagem do conceito. Dão-nos a conhecer um estado oposto ao *burnout* (o compromisso com o

trabalho) numa análise multidimensional do processo, colocando a tónica na incongruência ou inadaptação da pessoa ao seu trabalho em seis áreas que poderão estar inter-relacionadas: sobrecarga de trabalho; controlo sobre o trabalho, recompensa, integração no grupo, justiça e valores.

Esta visão do problema fornece-nos uma perspectiva de prevenção ao enfatizar a importância do compromisso com o trabalho.

A maioria dos autores consideram que as estratégias preventivas deverão dirigir-se ao indivíduo e à organização. No entanto deverá ser tomado em conta uma avaliação longitudinal e sistematizada do problema.

CAPÍTULO II

CONTROLO SOBRE O TRABALHO

1 - Percepção de controlo

A percepção de controlo é um conceito muito geral e interdisciplinar. Tentaremos abordá-lo pela sua importância no processo de avaliação dos acontecimentos e agentes stressores.

Apresentamos uma definição de percepção que se enquadra numa perspectiva de representação do real, segundo a qual o nosso cérebro não "vê" as coisas directamente. Representa-as a si mesmo através de um processo complexo de categorização, sendo efectuada em função de estruturas e estratégias mentais que determinam a coerência da percepção.

Ter percepção do meio ambiente é também interagir. O nosso organismo altera-se para melhor captar os sinais emitidos pelo exterior e de modo a melhorar a nossa acção sobre o ambiente.

A maioria das interacções deve-se, na opinião de Damásio (1995), ao facto de o nosso organismo necessitar que elas ocorram a fim de manter a homeostase, ou seja um estado de equilíbrio funcional. Assim, ter a percepção do meio ambiente, é tanto representá-lo como actuar sobre ele.

Segundo Rodin (1986), cit. por Bruchon-Sweitzer (2001), a percepção de controlo consiste no sentimento de que, graças às nossa capacidades e acções podemos atingir os nossos objectivos e evitar os acontecimentos desagradáveis.

O controlo sobre o trabalho é definido como a percepção de controlo que o indivíduo tem sobre a relação que estabelece com o seu trabalho, tendo em conta as suas capacidades e as exigências das tarefas que lhe são destinadas (Pines e Aronson, 1989; Hansez, 1999).

A percepção de controlo resulta na opinião de Vaz Serra da avaliação secundária e da reavaliação final que o indivíduo faz dos acontecimentos. Ter ou não controlo sobre uma situação potencialmente aversiva tem uma enorme importância psicológica, pois influencia as atitudes perante as fontes de stresse, a percepção do risco e a predictibilidade dos resultados que podem vir a ser obtidos.

A percepção de controlo é, assim, crucial para ajudar a compreender a reacção do indivíduo perante dado acontecimento e igualmente para ajudar a implementar uma intervenção terapêutica. Sublinha ainda que se quisermos libertar alguém do stresse induzido por uma determinada situação, o primeiro passo a dar é ensinar à pessoa uma técnica que lhe dê controlo sobre essa situação (Vaz Serra, 1999).

A crença de que podemos controlar o nosso destino é confortante. A propensão em acreditar que os acontecimentos são controláveis é aparentemente tão forte que bastarão alguns resultados positivos e rápidos para provocar a ilusão de controlo.

A percepção de controlo sobre o meio ambiente parece surgir da avaliação que o indivíduo faz das circunstâncias, tendo em conta os seus recursos e as suas capacidades. Pode revelar-se como uma importante área de intervenção na prevenção do stresse.

2 - Controlo sobre o trabalho e o *continuum* stresse - *burnout* - depressão

A percepção de controlo sobre as situações indutoras de stresse tem sido descrita como um importante factor a considerar no seu processo de avaliação. O controlo pode, de uma maneira geral, ser definido como a capacidade que a pessoa tem de dominar o que pretende fazer ou aquilo que deseja que os outros lhe façam. O controlo é, na opinião de Vaz Serra, um importante factor mediador do stresse.

Genericamente pode ser entendido em várias vertentes. Controlo pessoal, controlo social, controlo político e outros. A complexidade do conceito é largamente reconhecida e discutida. Não é nosso propósito efectuarmos uma análise extensiva em todas as suas vertentes. No entanto descrevemos alguns aspectos, que pela importância que lhe é conferida pela bibliografia, se torna necessário apresentar. Focaremos especificamente o controlo sobre o trabalho.

As características do trabalho e o seu potencial de stresse têm a ver, na opinião de Marin (1995), com a oportunidade que o profissional tem de controlar o seu próprio

trabalho nas vertentes de planificação, procedimentos a utilizar e outros, e com a oportunidade de controlar ou influenciar os aspectos correspondentes ao ambiente laboral, como salário, honorários e benefícios sociais, entre outros. A noção de controlo sobre o trabalho pode incluir a possibilidade que o profissional tem de controlar ou predizer os resultados do seu trabalho.

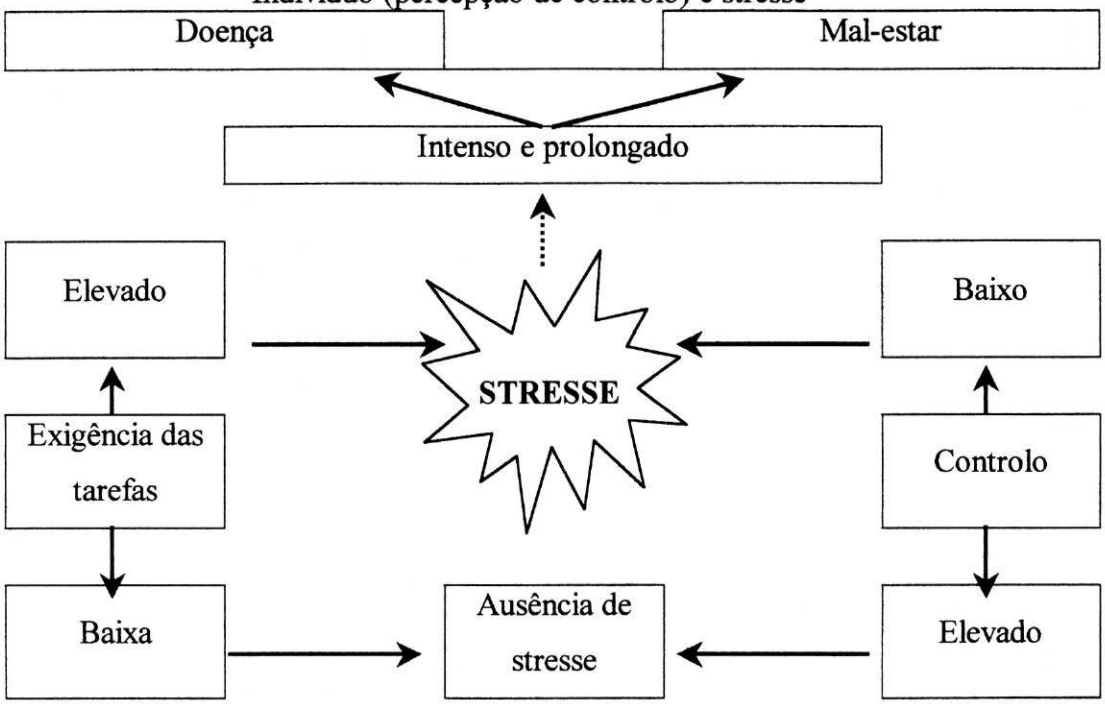
Outro tipo de incapacidade de controlo referida por Marin é o que se produz, particularmente no contexto dos cuidados de enfermagem, pela submissão a que estes profissionais estão sujeitos a diferentes linhas de autoridade. Por um lado a conduta dos médicos responsáveis pelo planeamento do modelo de tratamento e por outro as directrizes da chefia de enfermagem, que podem por vezes revelar-se incongruentes com o anterior. Os sentimentos de falta de controlo no pessoal de enfermagem parecem estar claramente ligados com sentimentos de esgotamento emocional. Este esgotamento torna-se mais elevado nos profissionais que têm menos capacidade de decisão, os que estão mais submetidos a problemas burocráticos e também aqueles que têm menos capacidades criativas no seu posto de trabalho.

Esta noção de controlo está bem definida por Aronson (1989). Sustém que na relação com o ambiente de trabalho, o indivíduo percebe uma relação entre as exigências do mundo exterior e as suas capacidades e anseios. O indivíduo será capaz de usar o controlo como um meio para regular essa relação.

Nesta relação, o controlo sobre as tarefas que lhe estão destinadas envolve aspectos quer da sua avaliação pessoal sobre a situação bem como de aspectos específicos do trabalho.

Vaz Serra analisa-a de forma esquemática que entendemos demonstrar bem a importância do controlo sobre o trabalho no processo de stresse.

Figura 3 - Relação entre trabalho (representado pela exigência das tarefas), Indivíduo (percepção de controlo) e stresse



Fonte: Vaz Serra, (1999)

Algumas das pesquisas na área do stresse ocupacional dão-nos a conhecer um modelo de stresse ocupacional que enfatiza o papel do controlo sobre o trabalho como um importante factor mediador no processo de stresse e doença.

Karasek, Theorel e cols. (1981), cit. por Vaz Serra (1999), "efectuaram estudos de natureza prospectiva que revelaram que a combinação de condições de *grande exigência de trabalho* associadas a *fracas oportunidades de controlo de decisão* predispõem a um aumento de doença cardíaca coronária" (DCC).

No campo da psicologia das organizações foram desenvolvidos, nas últimas décadas, alguns estudos na área do controlo sobre o trabalho. De entre algumas teorias referenciadas salienta-se o modelo de Karasek (1979), o Demand-Control Model (DCM).

O DCM foi desenvolvido a partir da latitude de decisão sobre o trabalho e da destreza do trabalhador para o realizar. O desenvolvimento do modelo efectuado por Karasek foi influenciado por uma tradição de pesquisa sueca sobre a organização do trabalho e o stresse. Outra fonte foi a pesquisa de Konh e Schooler sobre as características do trabalho, como a complexidade, "rotinização", e a proximidade da supervisão e os seus efeitos no funcionamento psicológico.

O modelo de Karasek propõe que o stresse não resulta de um único aspecto do ambiente de trabalho, mas de um conjunto de aspectos situados nas exigências da situação de trabalho e na amplitude do poder de decisão disponível para o trabalhador. Especificamente, dois aspectos do ambiente de trabalho são considerados:

1 - As tarefas de trabalho atribuídas ao trabalhador;

2 - A discrição permitida ao trabalhador para lidar com as tarefas; controlo sobre o trabalho.

O DCM pode ser encarado como um modelo sócio psicológico, a partir do momento em que enfatiza a interacção entre a pessoa e o seu ambiente de trabalho imediato. Porém, também assume uma causalidade sociológica, uma vez que a organização do trabalho supõe a determinação do grau de exigência psicológica e latitude de decisão. O DMC faz a mudança da organização do trabalho, saliente-se, não a mudança do comportamento individual (Spector, 2000).

Apesar de este modelo aparentemente salientar os aspectos organizacionais, é necessário não descurar a importância do filtro que constitui a personalidade de cada um. Spector assinala que o controlo sobre o trabalho envolve ambos os aspectos, do trabalho e da pessoa. Considera que a percepção de controlo advém, por um lado, do controlo que o indivíduo exerce sobre o ambiente e, por outro, da relação entre *locus* de controlo e *auto-eficácia.*

O *locus* de controlo é considerado como um aspecto particular da personalidade. Engloba a complexidade da pessoa e do seu comportamento, dada a importância das expectativas de controlo do reforço e do valor do mesmo reforço para o comportamento, considerando sempre o contexto.

Reuter (1996) considerado o pai deste constructo, descreve deste modo o *locus* de controlo interno e externo: " Quando o reforço é percebido pelo sujeito como seguindo-se a uma acção sua, mas não estando completamente dependente dessa acção, então, na nossa cultura é tipicamente percebido como resultado da sorte, do acaso, do destino ou sob o controlo de outros poderosos, ou imprevisível, dada a grande complexidade de forças que o rodeiam. Quando ao acontecimento é interpretado deste modo por um indivíduo, designamos isto como uma crença no controlo externo.

Se a pessoa percebe que o acontecimento depende do seu próprio comportamento ou das suas características relativamente permanentes, apelidamos isto de uma crença no controlo interno"(Neto, 1998).

Bruchon-Sweitzer (2001) sintetiza desta forma o conceito: *locus* de controlo é a crença generalizada que cada um tem de que os eventos, e os resultados que daí advêm, são provenientes de outros acontecimentos ocorridos a um nível superior (*locus* de controlo externo), ou então a causalidade é dirigida às capacidades e vontades individuais (*locus* de controlo interno).

Pode concluir-se, da literatura, que os indivíduos com um *locus* de controlo externo serão mais vulneráveis ao stresse e ao *burnout* que aqueles com um *locus* de controlo interno (Bruchon-Sweitzer, 2001; Mendes, 1996).

A outra componente que interfere significativamente no controlo que o indivíduo exerce sobre o meio ambiente advém na opinião de Spector da *auto- eficácia.* Este constructo foi largamente estudado por Bandura. Refere-se a uma confiança do próprio na realização de um comportamento em particular. O controlo está implícito neste conceito (Spector, 2000).

A percepção de controlo e o sentido de *auto-eficácia* são conceitos inter-ligados mas não são equivalentes. Quando o indivíduo melhora as suas aptidões e recursos, tal facto ajuda-o a criar a percepção de controlo sobre os acontecimentos. Quando se torna capaz de os aplicar, e ao fazê-lo atenua os efeitos do stresse, então está a melhorar o seu sentido de *auto-eficácia* (Vaz Serra, 1999).

Entendemos o controlo sobre o trabalho como uma área em que poderão estar envolvidas condicionantes particulares da personalidade (*locus* de controlo interno e externo, sentido de *auto-eficácia*, recursos pessoais e outras componentes da personalidade de cada um), assim como factores que envolvem aspectos particulares do trabalho como a autonomia de decisão, a possibilidade de escolher e influenciar os resultados da sua actividade.

A relação entre o controlo sobre o trabalho e o stresse parece ser consensual. Está também descrita a associação entre controlo e doença física. Poderemos dizer, com base na bibliografia, que stresse e doença variam no sentido inverso do controlo sobre o trabalho.

Também em relação ao *burnout* e à depressão foram efectuados alguns estudos que suportam a hipótese de que uma diminuição do controlo sobre o trabalho poderá contribuir para a génese de uma e outra.

Smitz e cols. (2000) demonstraram, numa população de enfermeiros, que altos níveis de *burnout* estão associados com elevados níveis de stresse laboral e com a falta de controlo sobre os acontecimentos. Concluíram que aqueles que acreditavam possuir pouco controlo sobre os acontecimentos da sua vida se tornariam mais vulneráveis ao *burnout* quando comparados com os que acreditavam ser capazes de controlar os acontecimentos. E que um controlo limitado e pouca participação nas decisões têm fortes implicações na satisfação laboral.

Utilizaram para a avaliação do *burnout* o MBI. O controlo foi avaliado através do LCS (Locus of Control de Levenson, 1973). Foi também avaliado o stresse através de 50 itens do Nursing Stress Questionaire de Widmer (1988). A falta de autonomia no trabalho foi uma das dimensões avaliadas por alguns dos 50 itens.

A relação entre percepção de controlo, depressão e *burnout* foi demonstrada num estudo longitudinal com enfermeiros efectuado por Glass e McKnight (1995). Foi também analisada a sobreposição de sintomatologia depressiva com a síndroma de *burnout*. De entre as conclusões, é referido que a percepção de falta de controlo no trabalho está directamente associada com depressão, exaustão emocional e falta de realização pessoal.

A avaliação do controlo, neste estudo, foi efectuada com uma escala de avaliação na forma de questionário composta por 13 itens referentes às características do trabalho, o PJC, (Perceveid Job Control). Para a avaliação do *burnout* foi utilizado o MBI. A depressão foi avaliada utilizando o BDI, (Beck Depression Inventory).

Glass e cols. (1993) demonstraram ainda existirem fortes relações entre a falta de controlo e exaustão emocional.

Também McDermott (1995) analisa o *burnout* e a relação com as características do trabalho, satisfação e controlo. A amostra foi constituída por indivíduos de várias profissões (professores, profissionais de saúde, pessoal administrativo e outros). Demonstrou haver indícios de que o grau de controlo sentido por cada indivíduo sobre o ambiente e as suas próprias acções contribui para a sua susceptibilidade ao *burnout*

A falta de controlo sobre o trabalho é também referido por Garcia (1990), como uma das vertentes ligadas ao contexto laboral que pode estar relacionada com o *burnout*.

Como foi descrito no capítulo I, o controlo sobre o trabalho parece interferir significativamente no ajustamento que o indivíduo pode desenvolver no sentido de assumir um compromisso com o seu trabalho. O controlo sobre o trabalho é uma das áreas que Maslach acredita ter fortes implicações no processo de génese da síndroma. A incongruência ou a inadaptação gerada pela falta de controlo parece estar relacionada com uma política rígida e elevada vigilância no local de trabalho, o escasso contributo no processo de tomada de decisões ou porque o trabalho se tornou caótico e incontrolável.

"A perda de controlo sobre o trabalho é um indicador importante da dificuldade do trabalhador se conciliar com o seu próprio trabalho. Os trabalhadores querem ter oportunidade de fazer escolhas e decidir, usar a sua capacidade para pensar e resolver problemas e ter alguma influência no atingir dos objectivos do trabalho. Sem controlo os trabalhadores não podem adequar os seus interesses aos da organização" (Maslach e Leiter, 1997).

I. Hansez (1999) salienta a importância da especificação do controlo sobre o trabalho nos diferentes aspectos que o constituem. O modelo de análise do controlo que propõe distribui-se por seis áreas: os recursos disponíveis, as exigências ligadas à gestão da tarefa, os riscos para os outros ou para o próprio trabalhador, a planificação do trabalho, as contrariedades temporais e o controlo sobre o futuro.

A capacidade de os profissionais estabelecerem prioridades no seu trabalho, de seleccionar os modos de actuação adequados à situação e tomar decisões sobre o uso de recursos parece ser um aspecto central do sentido de ser um bom profissional. Quando as pessoas não têm controlo sobre facetas importantes do seu trabalho, sentir-se-ão inibidas de intervir sobre os problemas que identificaram. Sem controlo, os trabalhadores perdem o interesse se não sentirem que podem fazer as coisas acontecer.

3 - Considerações gerais

A percepção de controlo é considerada crucial para ajudar a compreender a reacção do indivíduo perante dado acontecimento e igualmente para ajudar a implementar uma intervenção terapêutica. Se quisermos libertar alguém do stresse induzido por uma determinada situação, o primeiro passo a dar é ensinar à pessoa uma técnica que lhe dê controlo sobre essa situação.

Ainda que a percepção de controlo implique fortemente o recurso a uma análise de conceitos específicos da percepção, como uma componente da personalidade, é também certo que alguns aspectos do trabalho, como a falta de autonomia de decisão, a possibilidade de estabelecer prioridades e ter um papel activo sobre facetas importante trabalho, são importantes no conceito de controlo.

Alguns dos mais recentes desenvolvimentos protagonizados pela investigação científica na área do stresse laboral, do *burnout,* depressão e do controlo sobre o trabalho demonstraram que a um maior controlo correspondem níveis inferiores de stresse laboral, de *burnout* e de depressão.

A estratégia de prevenção do stresse e do *burnout* passa pela implementação de medidas dirigidas ao indivíduo e ao contexto laboral.

Uma intervenção com o objectivo de prevenção do *burnout* decorrerá, portanto, de uma intervenção dirigida aos recursos cognitivos e também dirigida ao redimensionamento das tarefas e dos procedimentos no local de trabalho, com o objectivo de, por um lado de possibilitar ao indivíduo um melhor controlo sobre o seu trabalho e, por outro, dotá-lo de capacidades e habilidades que lhe permitam controlar internamente, amortecendo o efeito das situações potencialmente aversivas.

II - PARTE - ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO III

OBJECTIVOS E HIPÓTESES

1 - Objectivos

A revisão bibliográfica permite-nos formular uma visão teórica defensora da ideia que a percepção de um *elevado controlo sobre o trabalho* constitui um factor atenuante do stresse ocupacional e do *burnout*.

O objectivo fundamental deste estudo é tentar corroborar a teoria que afirma que **a um aumento do controlo sobre o trabalho corresponde uma diminuição dos níveis de *burnout*.**

Consideramos também importante analisar a influência sobre o *burnout* de alguns factores de natureza sociodemográfica e profissional, tais como: idade, sexo, estado civil, habilitações, área de especialização, categoria profissional, natureza do vínculo à instituição, tipo de horário praticado, tempo de exercício na instituição, no serviço e na profissão.

Pretendemos ainda **contribuir para a validação dos instrumentos utilizados.**

Para a sua concretização efectuaremos a análise da relação entre os dois constructos, *controlo sobre o trabalho* e *burnout*. Analisaremos a associação de alguns factores sociodemográficos e profissionais com o *burnout*.

A contribuição para a validação dos instrumentos, resulta da análise da consistência interna das escalas, pelo comando "reliability" do programa SPSS-*Win* versão 10 e pela comparação dos resultados com os de outros estudos.

Definidos os objectivos da investigação, apresentamos de seguida as hipóteses que pretendemos verificar.

2 - Hipóteses

Neste estudo assume-se como variável dependente o *burnout* e como principal variável independente a percepção de controlo sobre o trabalho nos enfermeiros.

Neste sentido formulamos as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 - Os enfermeiros que percepcionam um maior controlo sobre o trabalho têm menos probabilidades de vir a sofrer de *burnout*.

Subsidiariamente a esta hipótese, indo de encontro à multimensionalidade do conceito de *burnout,* pretendemos avaliar a influência do controlo sobre o trabalho sobre as suas dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

a) - Os enfermeiros que percepcionam um maior controlo sobre o trabalho sentem-se menos esgotados emocionalmente do que aqueles que percepcionam um menor controlo.

b) - Os enfermeiros que percepcionam um maior controlo sobre o trabalho desenvolvem menos atitudes e sentimentos de indiferença (menos despersonalização) para com os seus doentes do que aqueles que percepcionam um menor controlo.

c) - Os enfermeiros que percepcionam um maior controlo sobre o trabalho sentem-se mais realizados pessoalmente do que aqueles que percepcionam um menor controlo.

Complementarmente pretendemos avaliar ainda até que ponto as variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam o *burnout*. Para esta análise partimos da seguinte hipótese:

Hipótese 2 - Os factores de natureza profissional exercem maior influência sobre o *burnout* do que os de natureza sociodemográfica.

3 - Desenho geral da investigação

Realizámos o nosso estudo com numa amostra de 273 enfermeiros de uma unidade hospitalar que presta serviços a doentes do foro oncológico, o Instituto Português de Oncologia-centro regional do Porto (IPO). O tipo de amostragem utilizado foi de tipo de amostragem de conveniência ou acidental.

É um estudo de tipo transversal que pretende analisar as relações entre variáveis. Assumimos como variável dependente o *burnout* e como principal variável independente, o controlo sobre o trabalho dos enfermeiros. Analisamos também a relação da síndroma com outras variáveis independentes, de natureza sociodemográfica e profissional.

O *burnout* é avaliado através do **Maslach Burnout Inventory (MBI)** e o controlo sobre o trabalho pelo **Working Conditions and Control Questionnaire (WOCCQ)**.

Os dados foram analisados com recurso ao programa SPSS-*Win* versão 10. Efectuámos primeiramente a apreciação das qualidades psicométricas das escalas. Em segundo lugar procedemos à análise descritiva da escala WOCCQ e MBI. E para o estudo das possíveis relações entre os conceitos e variáveis de natureza sociodemográfica e profissional, procedemos a uma análise de variância através da utilização do teste *t* e do teste de F.

A análise das relações entre os conceitos é efectuada pela utilização das correlações de Pearson entre as dimensões das escalas. Por último, no sentido de analisar a variabilidade do *burnout* em função da variabilidade do controlo sobre o trabalho efectuamos uma análise de regressão linear simples entre o MBI e o WOCCQ.

CAPÍTULO IV

MATERIAL E MÉTODOS

Segue-se a descrição das técnicas de amostragem utilizadas e a composição da amostra. Damos a conhecer os procedimentos utilizados e efectuamos uma abordagem geral da metodologia, procurando justificar as opções metodológicas tomadas ao longo do seu desenvolvimento. Em seguida, apresentamos os instrumentos utilizados na avaliação das variáveis em estudo e de forma pormenorizada os resultados da análise das características métricas das diferentes subescalas que compõem os instrumentos.

1 - População e amostra

Foram incluídos no estudo todos os departamentos do hospital com excepção daqueles em que não há prestação directa de cuidados de enfermagem. Limitações de tempo e de meios condicionaram a constituição de uma amostra probabilística, pelo que optámos por inquirir o maior número de sujeitos num determinado período de tempo (Junho de 2001). Bryman e Cramer (1992) referem que os erros amostrais, em termos de diferenças entre a amostra e a população considerada, podem ser reduzidos aumentando a dimensão da amostra. O universo deste estudo é composto por uma população de 463 enfermeiros. A amostra é constituída por 273 sujeitos.

Os procedimentos de amostragem adoptados foram de tipo de amostragem por conveniência ou acidental. Isto é, são amostras escolhidas pelo investigador, ou que se escolhem a si próprias, uma vez que todos os indivíduos colaboram voluntariamente na investigação (Bryman e Cramer, 1992; Polit e Hungler,1997). Numa revisão de 126 artigos dedicados a estudos organizacionais utilizando o método correlacional, Mitchel (1985), cit. por Bryman e Cramer (1992), verificou que só vinte e um se tinham debruçado sobre a escolha de amostras probabilísticas. Os outros usavam amostras de conveniência ou acidental.

De referir que na recolha da informação deparámo-nos com algumas dificuldades que passamos a referir:

- a falta de motivação para participar voluntáriamente em estudos desta natureza;

- a dificuldade, manifestada por alguns enfermeiros, em classificar os seus sentimentos e atitudes numa escala;

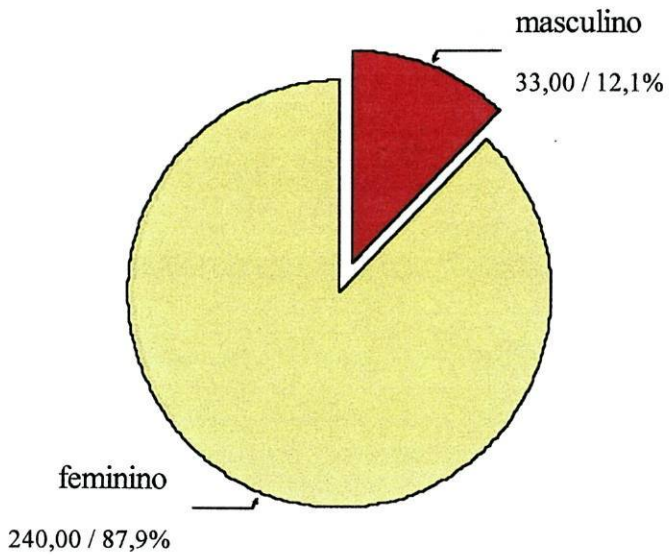
- o facto de o mês em que foi efectuada a colheita de dados, Junho de 2001, fazer parte dos períodos preferidos para as férias dos enfermeiros;

- as ausências dos enfermeiros por licença de maternidade e atestado médico.

Seguidamente descrevem-se as características da amostra de acordo com as variáveis de natureza pessoal e socioprofissional seleccionadas para o estudo.

A amostra é constituída por 273 enfermeiros que responderam ao questionário. Destes, 87.9% (240) são do sexo feminino e 12.1% (33) do sexo masculino.

Gráfico 1 – Distribuição dos sujeitos segundo o sexo

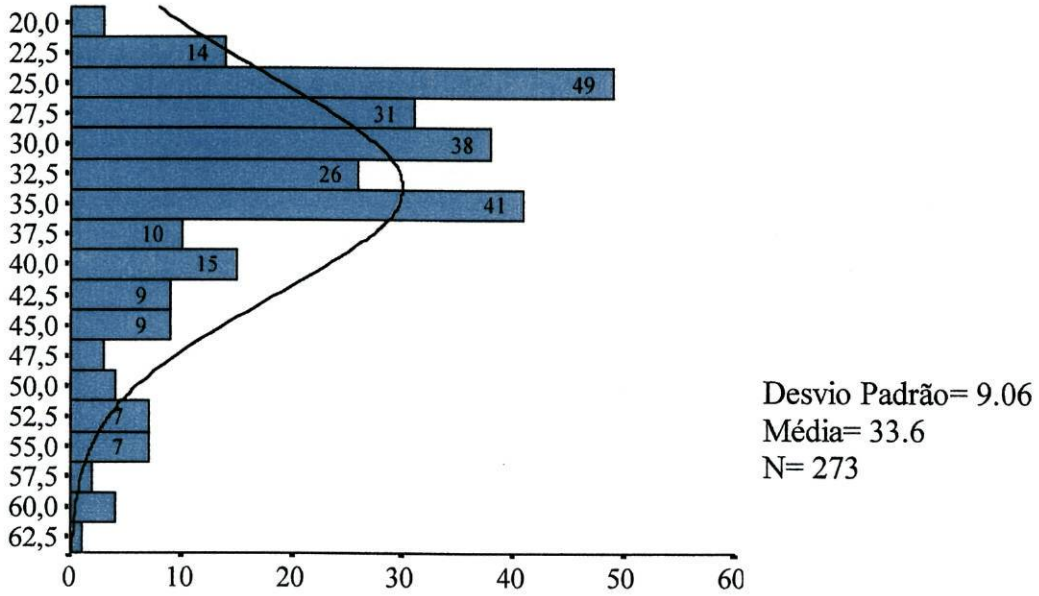


Embora a evolução socioprofissional da enfermagem tenha permitido, nos últimos anos, uma maior procura e ingresso de indivíduos do sexo masculino, os dados revelam que continua a ser uma profissão maioritariamente feminina (Esteves, 1996; Carapinheiro,1997).

A idade dos inquiridos apresenta uma amplitude de 41 anos (idade máxima de 62 anos e mínima de 22 anos), o grupo etário mais representado situa-se na faixa dos 25-29 anos, 28.2% (77), seguindo-se com 23.8% (65) o dos 30-34 anos; 16.8% no dos

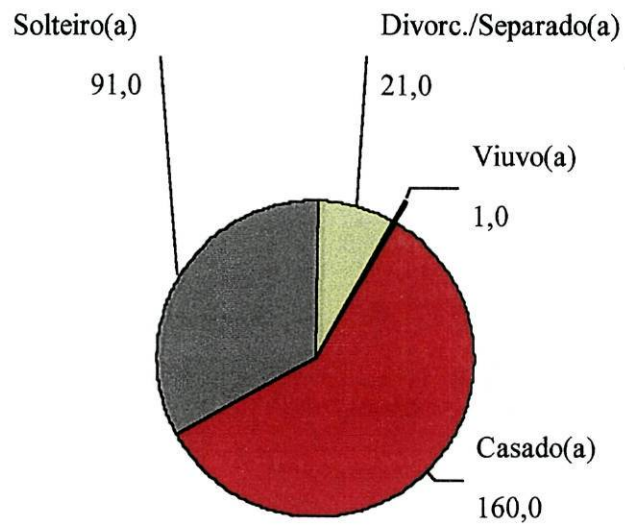
35-39 anos e 10.2% o grupo dos 20-24 anos. A média de idade é 33.61, a idade modal é 25 anos.

Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos segundo a idade



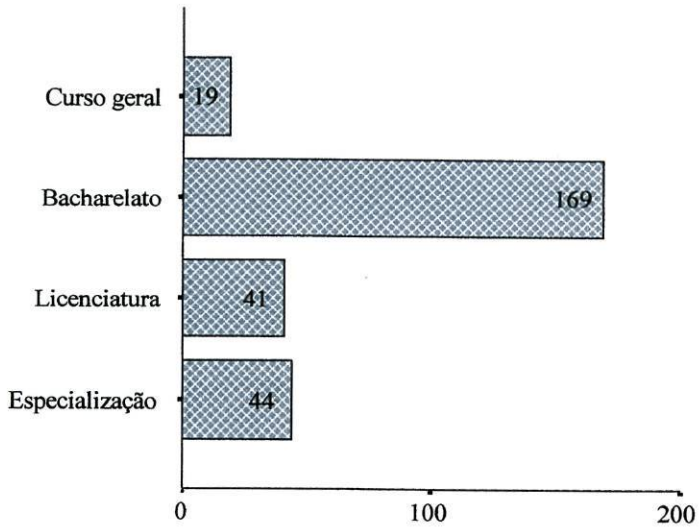
Em relação ao estado civil predominam os enfermeiros casados 58.6% (160), 33.3% (91) são solteiros, e os divorciados/separados representam 7.7% (21).

Gráfico 3 – Distribuição dos sujeitos segundo o estado civil



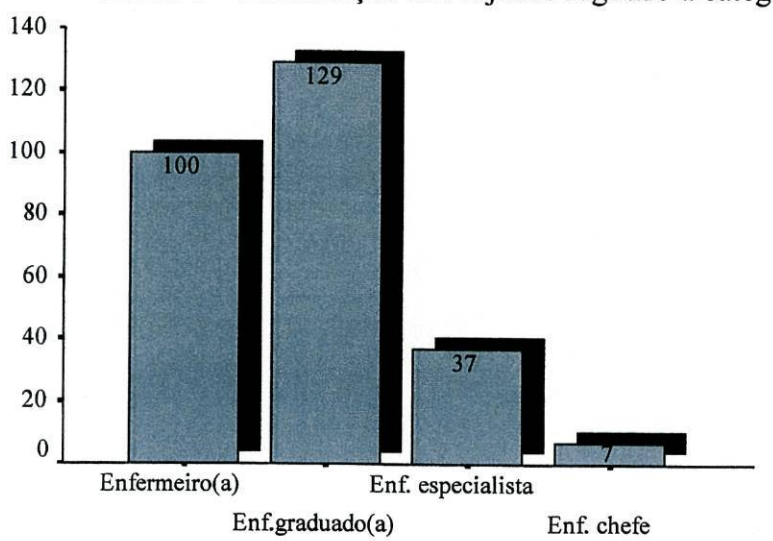
Na sua maioria 69.1% (169) possuem como habilitações literárias o curso de bacharelato em enfermagem; 16.1% (44)[5] têm um curso de especialização em enfermagem; 15.0% (41) são titulares do grau de licenciado e 7% (19) têm o curso geral de enfermagem. Estes dados dão-nos conta da evolução em curso na profissão de enfermagem.

Gráfico 4 – Distribuição dos sujeitos segundo as habilitações académicas



Quanto à categoria profissional, a maioria dos sujeitos inquiridos são enfermeiros de nível I: 47.3% (129) enfermeiros graduados e 36.6% (100) enfermeiros; 13.63% (37) enfermeiros especialistas e 2.6% (7) enfermeiros chefes.

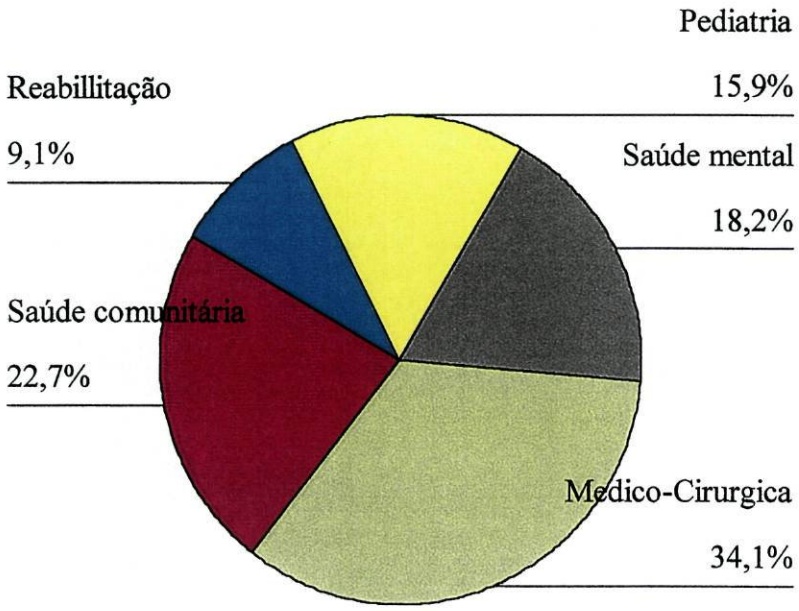
Gráfico 5 – Distribuição dos sujeitos segundo a categoria profissional



[5] Embora existam 44 enfermeiros com "Curso de especialização em enfermagem" o numero de enfermeiros com a categoria profissional de especialista é de 37. Existem 7 enfermeiros com o curso de especialização que ainda não possuem a categoria de enfermeiro especialista

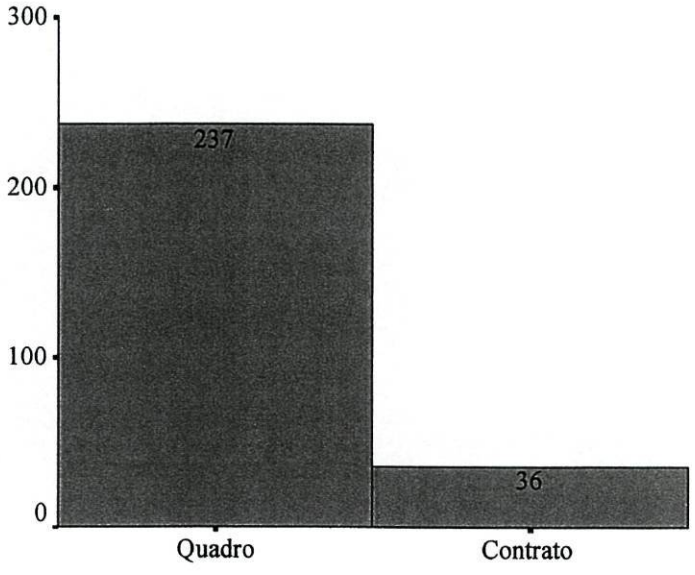
Dos enfermeiros especialistas predominam os da área médico-cirurgica 34.0% (15); 22.7 (10) da área de saúde comunitária e 18.2% (8) da área de saúde mental e psiquiátrica; 15.9% (7) são da vertente pediátrica e 9.1% (4) da área de reabilitação.

Gráfico 6 – Distribuição dos sujeitos segundo a área de especialização



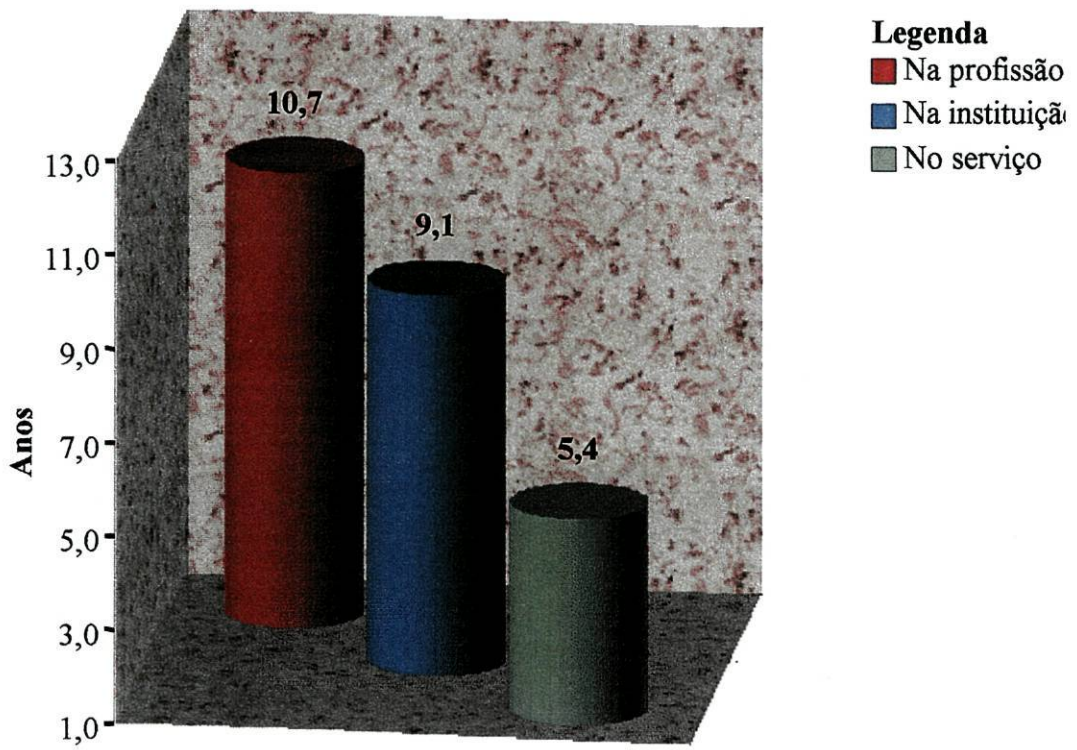
No que diz respeito à natureza do vinculo à instituição, 86.8% (237) são efectivos do quadro de pessoal e 13.2 % (36) encontram-se em regime de contrato.

Gráfico 7 - Distribuição dos sujeitos segundo a natureza do vínculo à instituição



Consoante se apresenta no gráfico 8, em média, os sujeitos, exercem a profissão de enfermagem há 10.7 anos. Na instituição exercem em média há 9.11 anos e a média do tempo de exercício no serviço é de 5.4 anos.

Gráfico 8 - Representação gráfica das médias do tempo de exercício na profissão, na instituição e no serviço



Apresentamos de seguida as opções metodológicas tomadas e sua justificação para a concretização do estudo.

2 - Metodologia do estudo empírico

Foi nosso propósito na elaboração do plano desta investigação e na sua implementação assegurar o respeito pelos procedimentos metodológicos, garantindo a validade e o rigor por forma a minimizar as possíveis fontes de enviezamento que pudessem "contaminar" os resultados.

Os autores que se têm debruçado sobre a investigação metodológica são de opinião que os métodos e procedimentos utilizados podem influenciar fortemente os resultados da pesquisa, embora de forma indirecta (Polit e Hungler, 1995). Neste sentido, tivemos sempre presente a necessidade de procedermos à recolha da

informação em ambiente o mais natural possível, respeitando a vontade manifesta dos sujeitos da investigação, utilizando estratégias que levassem os indivíduos a responderem ao inquérito o mais espontâneo possível.

Segundo Gil (1988) o método é um caminho para se chegar a um fim determinado. O mesmo autor define método cientifico como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adoptados para se atingir o conhecimento.

Este trabalho enquadra-se num modelo de investigação correlacional, por pretender examinar de forma sistemática a relação que existe entre duas ou mais variáveis de maneira a poder fornecer explicações (Fortin, 1996). Também outros autores adoptaram modelos de investigação de tipo correlacional na análise da relação de alguns conceitos com o *burnout*.

Glass e McNight (1995) utilizaram esta metodologia no seu estudo em que foi analisada a relação entre *burnout* e depressão. Sustentaram as suas conclusões pelas correlações encontradas entre os resultados das diferentes dimensões dos instrumentos de avaliação utilizados na avaliação dos conceitos.

Também Queirós (1997) no seu estudo comparativo entre *burnout* e depressão em três amostras de enfermeiros de diversas áreas utilizou um modelo de análise correlacional.

Mendes (1996) e Schmitz (2000) realizaram estudos com modelos de análise correlacional entre *burnout*, depressão, e *locus* de controlo.

A maioria das pesquisas efectuadas na área do *burnout* tem utilizado este modelo de análise para relacionar outros constructos com a síndroma. Parece-nos, por essa razão, podermos dizer que o nosso modelo de análise vai de encontro ao mais utilizado e por isso válido para explicarmos a relação entre *burnout* e controlo sobre o trabalho.

Somos de opinião que as questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação, (Talbot, 1995, cit. por Fortin, 1996). Deste modo pensamos que os resultados obtidos contribuírão para o desenvolvimento do método na pesquisa dos factores que poderão estar implicados directa ou indirectamente no desenvolvimento da síndroma de *burnout*.

O efeito do progresso na metodologia é, na perspectiva de Polit, "suportado pela ideia de que o seu aperfeiçoamento deve produzir pesquisas cujos resultados sejam mais

generalizáveis e ampliar as abordagens e problemas de análises quer experimental quer não experimental" (Polit e Hungler, 1985).

Trata-se de utilizar um modelo de investigação de tipo correlacional explicativo. Na opinião de Gil (1988), um estudo de natureza explicativa tem como preocupação fundamental identificar factores que determinam ou que concorrem para a ocorrência do síndroma *burnout*. Segundo este autor é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade porque explica a razão, o porquê das coisas.

Numa outra perspectiva considera-se um tipo de pesquisa pós-facto ou não experimental dado que não é possível manipular as variáveis ou efectuar uma análise mediante procedimentos experimentais (Bryman e Cramer, 1992; Polit e Hungler,1997).

De seguida descrevemos as medidas tomadas no sentido de viabilizar a aplicação dos questionários nos serviços onde os enfermeiros exercem a sua actividade profissional.

2.1 - Procedimentos

Com a finalidade de obtermos autorização para efectuar a colheita de dados, foi contactada a direcção do hospital dando a conhecer as finalidades do estudo, os conceitos que se pretendiam analisar, a população alvo, o tipo de instrumento a utilizar para a recolha da informação, a forma como iriam ser feitos os contactos com os colaboradores e o período em que iria decorrer a fase de recolha dos dados.

Após autorização para a realização do estudo iniciaram-se os contactos formais com os enfermeiros responsáveis pelos diversos serviços com o objectivo de planear a recolha de dados. Aos enfermeiros chefes e ou responsáveis de serviço foi pedida colaboração para fazer a divulgação dos objectivos do estudo e apresentar o questionário. Para a sua concretização decidiu-se que, antes da reunião de passagem do turno da manhã para a tarde, por ser o momento em que se encontra maior número de enfermeiros em cada serviço, lemos a introdução do questionário onde constavam as instruções de preenchimento e fornecemos os esclarecimentos adicionais necessários.

O questionário foi entregue em mão por nós ou pelos enfermeiros responsáveis das unidades tendo sido pedido a todos os participantes que, após o seu preenchimento, fechassem o envelope em que foi distribuído para assim garantir a confidencialidade das

respostas. Esta informação foi transmitida pelos enfermeiros responsáveis aos participantes na reunião seguinte, assim como a entrega dos questionários.

Em todos os serviços foram entregues exemplares em igual número aos enfermeiros com horário de trabalho para o mês de Junho. Pediu-se ainda aos inquiridos que acumulam horas extraordinárias noutros serviços que preenchessem o instrumento de colheita de dados apenas no serviço de origem.

Aos enfermeiros responsáveis foi, ainda, solicitado que designassem um local onde os questionários preenchidos seriam colocados e posteriormente recolhidos.

A maioria dos questionários foram entregues depois de preenchido em envelope fechado. Os que se encontravam abertos não tinham qualquer referência que identificasse o respondente.

Iremos de seguida referir-nos à organização do instrumento de colheita de dados. Procedemos também à descrição pormenorizada das escalas de avaliação que o compõem.

2.2 - O instrumento de recolha de dados

Uma preocupação do estudo foi a de recolher a informação de todos os sujeitos de forma comparável e pré-estabelecida. Pretendíamos colher informação acerca do modo como cada sujeito percepciona o controlo que exerce sobre o seu trabalho e a frequência com que identificam alguns sentimentos e atitudes no seu contexto laboral. Utilizamos um instrumento de colheita de dados, na forma de questionário de auto-preenchimento. Polit e Hungler (1997) referem que os métodos de auto-preenchimento em que se solicita às pessoas o relato das suas experiências pessoais são um importante meio para recolher informações, nomeadamente acerca das suas percepções individuais.

O questionário compunha-se por 3 grupos de questões:

- uma escala de avaliação do *burnout*, o **Maslach Burnout Inventory (MBI)** elaborado por Maslach & Jackson em 1981 e que tem sido largamente utilizado na avaliação da síndroma de *burnout*;
- uma escala de avaliação do controlo sobre o trabalho, o **Working Conditions and Control Questionnaire (WOCCQ)** elaborado por V.

De Keyser e I. Hansez do serviço de psicologia do trabalho da Universidade de Liège em 1999. Este instrumento foi sugerido pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto na pessoa da Sr.ª Professora Doutora Marianne Lacomblez, por quem foi traduzido e adaptado.

- um conjunto de questões para a caracterização sociodemográfica e profissional dos elementos da amostra.

De referir que o MBI se trata de um instrumento de medida largamente utilizado em diferentes contextos e populações. Fomos confrontados com inúmeras traduções em diferentes línguas, nomeadamente, Espanhol e Francês. Por outro lado encontramos em Portugal vários estudos realizados com a utilização desta escala. No entanto não encontramos referências à sua validade. Por estas razões optamos pela tradução do original, versão inglesa, para a língua Portuguesa. Para o efeito foi pedida a colaboração a um tradutor profissional, seguindo-se uma validação qualitativa do questionário, que à frente iremos referir.

O WOCCQ como dissemos foi-nos sugerido por peritos da área da psicologia e ciências da educação.

2.2.1 - O questionário de avaliação do *burnout*

O Maslach Burnout Inventory (MBI) foi elaborado em 1981 por Christina Maslach, nos Estados Unidos da América. Tem por objectivos avaliar vários aspectos hipotéticos da síndroma de *burnout*. Para a sua elaboração foram efectuados, numa primeira fase, estudos exploratórios numa grande amostra de profissionais em que o contacto directo com pessoas fosse intenso. O objectivo era saber que atitudes e sentimentos caracterizavam os trabalhadores "em *burnout*".

A partir destes estudos foram escritos os itens na forma de declaração de sentimentos pessoais ou atitudes. A avaliação do modo como os trabalhadores experimentavam esses sentimentos era respondida numa escala graduada de sete pontos que vai de 0 (nunca), 1 (algumas vezes por ano), 2 (uma vez por mês ou menos), 3 (poucas vezes por mês), 4 (uma vez por semana), 5 (algumas vezes por semana) e 6 (todos os dias), (Maslach e Jackson, 1996).

A primeira versão do MBI era composta por 47 itens que foram sujeitos a uma análise factorial, agrupando-se em 10 factores. Numa análise factorial final, baseada na combinação de amostras, num total de 1025 sujeitos, determinou-se a versão final da escala MBI, ficando constituída por 22 itens com 3 subescalas: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

A subescala **exaustão emocional** é composta por 9 itens que descrevem os sentimentos de esgotamento emocional do indivíduo causados pelo seu trabalho. O item com maior peso factorial nesta dimensão é o que se refere directamente ao *burnout* (item 8). "Sinto-me esgotado pelo meu trabalho" (Maslach & Jackson, 1996). Esta subescala é avaliada pelos itens 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, e 20.

A subescala **despersonalização** é constituída por 5 itens que descrevem a ausência de sentimentos e o desenvolvimento de atitudes impessoais e de indiferença para com as pessoas a quem se presta ajuda, tratamentos ou serviços (Maslach & Jackson, 1996). É avaliada pelos itens 5, 10, 11, 15 e 22. Para ambas as dimensões, exaustão emocional e despersonalização, as pontuações médias elevadas correspondem a elevados níveis de *burnout*.

A subescala da **realização pessoal** é constituída por 8 itens que descrevem sentimentos de competência e de sucesso no trabalho com pessoas. É avaliada pelos itens 4, 7, 9, 12, 17. 18, 19 e 21. Contrastando com as dimensões anteriores pontuações médias baixas nesta subescala traduzem índices elevados de *burnout* (Maslach e Jackson, 1996).

O MBI não produz uma medida de *burnout* única. Torna-se necessário analisar as relações entre as três subescalas. A síndroma é conceptualizada como uma variável contínua. A sua variação é compreendida em três níveis. *Baixo, Moderado e elevado.* São considerados elevados níveis de *burnout* se os resultados encontrados se situam no terço superior da distribuição normativa; médios se estão situados no terço médio da mesma e baixos se descem ao terço inferior da distribuição normativa.

Apresentamos a seguir a distribuição dos valores de referência.

Tabela 2 - Categorização dos valores de referência do MBI

Subescalas do MBI	Intervalo de *Burnout* experimentado		
	Baixo	Médio	Alto
Amostra total[6]			
EE*	≤ 16	17-26	≥27
DP*	≤ 6	7-12	≥13
RP*	≥39	38-32	≤31
Professores do ensino elmentar e secundário			
EE	≤ 16	17-26	≥27
DP	≤ 8	9-13	≥ 14
RP	≥ 37	36-31	≤ 30
Educadores do ensino pós secundário			
EE	≤ 13	14-23	≥ 24
DP	≤ 2	3-8	≥ 9
RP	≥ 43	42-36	≤ 35
Serviços Sociais			
EE	≤ 16	17-27	≥ 28
DP	≤ 5	6-10	≥ 11
RP	≥ 37	36-30	≤ 29
Medicina			
EE	≤ 18	19-26	≥ 27
DP	≤ 5	6-9	≥ 10
RP	≥ 40	39-34	≤ 33
Saúde Mental			
EE	≤ 16	14-20	≥ 28
DP	≤ 5	5-7	≥ 11
RP	≥ 37	33-29	≤ 29
Outros			
EE	≤ 16	17-27	≥ 28
DP	≤ 5	6-10	≥ 11
RP	≥ 40	39-34	≤ 33

Fonte: *Maslach Burnout Inventory Manual*, 3ª ed. (Maslach e Jackson, 1996)

*EE – Exaustão Emocional
*DP – Despersonalização
*RP – Realização Pessoal

Numa análise comparativa entre duas medidas de avaliação do *burnout*, o MBI e o Burnout Measure (BM) efectuada por Sahaufeli e Dierendonck (1993), concluiu-se que o MBI mostra ser um adequado instrumento de medida de *burnout* que pode ser usada em profissionais que trabalham directamente com pessoas. A "Exaustão emocional" aparece como a mais dominante e robusta dimensão do MBI.

[6] Os grupos profissionais eram constituídos respectivamente por: 4163 professores do ensino elementar e secundário; 635 educadores do ensino pós secundário; 1538 trabalhadores dos serviços sociais; 1104 trabalhadores hospitalares (médicos e enfermeiros); 730 trabalhadores da área da saúde mental; 2897 trabalhadores de outras áreas como polícias, bibliotecários, advogados e agentes administrativos, (Maslach & Jackson, 1996).

Por não existirem estudos de aferição da escala para a população Portuguesa, a leitura dos resultados da escala será feita por comparação com os valores apresentados no manual norte-americano de 1996.

2.2.2 - O questionário de avaliação do controlo sobre o trabalho

O Working Conditions and Control Questionnaire (WOCCQ) foi elaborado com o objectivo da vigilância social do Ministério do emprego e do Trabalho belga. É um método de recolha de dados fácil e rápido suscitando poucas reacções negativas por parte dos trabalhadores. A sua elaboração foi orientada para a avaliação subjectiva do nível de controlo sobre o trabalho.

O objectivo foi desenvolver-se uma escala multidimensional do controlo da situação de trabalho do ponto de vista do mecanismo de redução das fontes de stresse, aplicando-se de maneira geral a todo o ambiente de trabalho.

As diferentes facetas de controlo poderiam ser avaliadas pela maior parte das profissões existentes. Por outro lado, a abordagem quer-se sobretudo prática na medida em que a metodologia proposta deve ser útil a todos os profissionais preocupados com o problema dos riscos psicossociais no meio laboral (I. Hansez e V. De Keyser, 1999).

O instrumento compreende 80 itens distribuídos em seis dimensões:

1 – Controlo sobre os recursos disponíveis;

2 – Controlo sobre a gestão da tarefa;

3 – Controlo sobre os riscos para os outros ou para o próprio trabalhador;

4 – Controlo sobre a planificação;

5 – Controlo sobre o tempo;

6 - Controlo sobre o futuro.

O **controlo sobre os recursos disponíveis** refere-se aos recursos cognitivos, informativos ou relacionais necessários ao cumprimento da tarefa que permitem ao indivíduo responder de forma satisfatória ou não às solicitações.

O **controlo sobre a gestão da tarefa** refere-se aos conflitos interpessoais, os conflitos de papel e as dificuldades na realização das tarefas. Na medida da relação entre o papel que deve desempenhar no seio da organização e a sua satisfação. O saber

exactamente as tarefas que lhe estão destinadas, e o controlo que exerce ou não sobre a situação.

O **controlo sobre os riscos** diz respeito às diversas responsabilidades em relação a outras pessoas e todas as condições ou ambientes de trabalho com que o trabalhador lida frequentemente e pode ou não controlar na medida em que são as características inerentes à composição das suas tarefas.

O **controlo sobre a planificação**. O trabalhador nem sempre domina a distribuição da carga de trabalho. Por exemplo, no caso da elaboração dos horários de trabalho, a planificação das férias, das pausas ou o planeamento dos planos de trabalho.

O **controlo sobre o tempo**, por exemplo os objectivos a curto prazo a respeitar, os ritmos de trabalho impostos ou a velocidade do trabalho dependente do trabalho de outros. Neste caso, um trabalhador pode não controlar a qualidade do seu trabalho na medida em que ele está sujeito a certas pressões temporais.

O **controlo sobre o futuro** diz respeito ao controlo do futuro do trabalhador em termos de perspectiva de evolução ou estabilidade de emprego.

A primeira versão do questionário foi testada a uma população de 49 professores de uma escola técnico profissional após um estudo exploratório.

A segunda versão foi aplicada em 58 trabalhadores de uma empresa agroalimentar belga, a 60 enfermeiros de um hospital de Liège e a 816 funcionários dos serviços públicos de emprego e formação belgas. Os dados obtidos permitiram a sua validade teórica (análise de *Rasch*, ajustamento dos itens e coeficientes de fidelidade), a sua validade de constructo assim como a sua validade convergente (I. Hansez e V. De Keyser, 1999).

Na opinião das autoras os resultados são encorajadores e permitem concluir que a escala possui validade aceitável. Para obter as pontuações das 6 dimensões é necessário inverter os resultados nos itens previamente designados pelas autoras e fazer a soma de todos os itens considerados para cada dimensão. As médias podem assim ser calculadas para se poderem comparar as dimensões entre elas.

2.3 - Ensaio preliminar ao questionário

Com o objectivo de analisar se todas as questões eram bem compreendidas foi efectuado um primeiro ensaio. Consistiu no seu preenchimento por uma sub-amostra de 25 enfermeiros. Destes, 16 eram alunos de um curso de tratamento estatístico da informação aplicado à investigação em enfermagem oncológica promovido pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica (SPEO). Participaram ainda neste ensaio oito docentes do curso superior de enfermagem de uma instituição particular de ensino superior universitário e um docente de uma escola superior de enfermagem estatal.

Desta amostra, 19 são enfermeiros bacharéis e licenciados, 6 possuem o grau de mestre. Foi-lhes pedido que anotassem o tempo gasto no seu preenchimento, para nos certificarmos se o questionário seria demasiado longo, que avaliassem a compreensão e a objectividade das questões. Pretendíamos assim eliminar ou corrigir aquelas que se mostrassem ambíguas. Por último pediu-se para anotarem as suas próprias observações e críticas de forma expontânea.

Na opinião de Fortin (1999), esta etapa é de crucial importância. Permite corrigir ou reformular o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a ordem e a redacção das questões.

Os resultados obtidos neste ensaio levaram-nos a efectuar alterações em alguns enunciados, sobretudo relacionadas com questões de sintaxe, para aumentar a objectividade das questões. Indicaram-nos também que deveríamos alterar a forma como era apresentado o modelo de respostas de tipo Likert, colocando no início das colunas, em todas as páginas do questionário destinadas às respostas deste tipo, os enunciados das respostas possíveis. Evitando assim ter de voltar atrás no questionário.

3 - Validação dos instrumentos de medida

Apresentamos, agora, os resultados obtidos da aplicação dos instrumentos de medida referidos anteriormente. Num primeiro momento aborda-se a validade interna, pela utilização do coeficiente de *Alpha*, na escala WOCCQ. Num segundo momento, através do mesmo procedimento e critérios, para a selecção dos itens, os resultados do MBI.

3.1 - Fidelidade dos resultados obtidos na avaliação das escalas

Em primeiro lugar apresentamos os resultados da análise das características métricas das diferentes subescalas, que passamos a designar por dimensões.

Procurámos utilizar procedimentos estatísticos tendo em vista a selecção dos itens que constituem a versão final das referidas dimensões. Para esse processo de "depuração", utilizou-se o comando *reliability* do programa SPSS - *Win* (versão 10), seleccionando as opções que permitissem responder aos seguintes critérios:

a-) Eliminação de todas as questões que se mostrassem ambíguas, pela apresentação de sinal negativo (-), para melhorar a interpretação das dimensões (Vaz Serra, 1988).

b-) Eliminação dos itens que apresentassem correlações com valores próximos de 0.20, com o objectivo de melhorar a consistência interna pela subida dos valores do *Alpha* total, desde que ao ser eliminado não prejudique os valores de *Alpha*.

De referir que, em algumas dimensões, foi necessário mais do que uma tentativa para responder aos critério referidos. Por uma questão metodológica, e para facilitar a leitura do trabalho, apresentamos em anexo a versão original e no texto a versão final para cada dimensão.

Os autores que se têm debruçado sobre as características psicométricas de escalas, são unânimes em afirmar que a fidelidade de um instrumento de medida constitui o principal critério para avaliar a sua qualidade e adequação (Polit e Hungler, 1997).

Uma importante qualidade do processo de medição é a fidelidade, a qual define o grau de congruência ou precisão com que um instrumento mede um atributo. A uma maior fiabilidade do instrumento corresponde um menor erro nos valores obtidos (Page, 1993).

A fidelidade de um instrumento de medida pode ser avaliada de diversas formas. Genericamente, a maioria dos autores consideram que são três os modos fundamentais neste processo: **estabilidade, consistência interna e equivalência** (Polit e Hungler, 1997; Bryman e Cramer, 1992; Golombok e Ruste, 1992).

Tendo em atenção as características do nosso estudo e as limitações impostas pela própria metodologia limitamos a nossa discussão à avaliação da **consistência interna**. Na opinião de alguns autores esta técnica é a mais utilizada, pelo facto de se tratar de um dos métodos que melhor avalia uma das fontes mais importantes do erro de quantificação, que é a obtenção dos pontos de indagação (Polit e Hungler, 1997).

Para o efeito usámos o coeficiente de *Alpha* de Cronbach. Este coeficiente de fidelidade resulta da proporção entre a variabilidade verdadeira e a variabilidade total das pontuações obtidas dos sujeitos inquiridos, variando entre 0 e 1. Quanto mais próximo estiver de 1 maior será a fidelidade interna da escala (Polit & Hungler, 97; Bryman e Cramer, 1992; Golombok e Ruste, 1992).

No nosso estudo os valores de *Alpha* total situam-se entre .486 para a dimensão "Despersonalização" e .845 na dimensão "Exaustão Emocional " na escala de avaliação do *burnout*. Na escala WOCCQ os valores situam-se entre .598 e .761 para as dimensões "Controlo sobre a planificação" e "Controlo sobre a gestão da tarefa", respectivamente.

3.1.1 - Análise da consistência interna da escala WOCCQ

No quadro que a seguir se apresenta podemos observar o conjunto dos itens que resultou da selecção feita pela aplicação dos critérios atrás mencionados. Foram eliminados o item 3 "Eu estou exposto(a) a agressões", por apresentar um valor de correlação muito baixo (r = .080) e o item 21 "Eu devo continuar a minha formação para melhorar o meu desempenho", por mostrar sinal negativo (r = -.227).

A dimensão "Controlo sobre os recursos disponíveis" fica assim constituída por 8 itens que se mostraram ser bons indicadores na avaliação do conceito.

De referir que os itens com maior poder discriminativo dos sujeitos, isto é, aqueles que apresentam correlações mais elevadas são o item 6 "Eu posso determinar por mim quando um procedimento deve ser executado" (r = .394), seguido do item 41 "Eu sei onde encontrar as informações necessárias para executar o meu trabalho ou tomar uma decisão" cujo valor de r é .388.

Da análise realizada e pelos valores de *Alpha* encontrados (.609) podemos afirmar que os 8 itens que compõem a dimensão são válidos para avaliar o "Controlo sobre os recursos disponíveis".

Quadro 1[7] - "Controlo sobre os recursos disponíveis"

N.º item	Média do item	Correlação total	*Alpha*
1	21.883	.306	.578
6	22.253	.394	.553
11	22.204	.267	.591
16	21.777	.185	.608
26	22.030	.245	.596
31	22.513	.371	.557
36	22.023	.314	.576
41	22.140	.388	.554
Valores totais *Média = 25.260 *Variância = 11.815 *DP = 3.437 **Alpha* = .609 *N.º de Itens = 8 *N= 265			

A análise de depuração dos itens que compõem a dimensão "Controlo sobre a gestão da tarefa" resultou numa versão final, composta por 14 itens que se mostraram, no seu conjunto, consistentes para avaliar esta dimensão. Assim, foram eliminados os itens 12 "Eu sei distinguir correctamente o que é ou não da minha responsabilidade"; o 64 "Disponho do material necessário para executar correctamente o meu trabalho"; e o 66 "A minha remuneração é muito baixa em relação aos serviços que presto" por apresentarem valores das correlações muito baixos.

Ao serem eliminados, melhoramos o coeficiente de consistência interna, passando o valor de *Alpha* de .74, encontrados na primeira análise com 17 itens, para .77 na versão final com 14 itens.

[7]A conversão referida nesta tabela e nas que se seguem neste capítulo resultou, conforme se indica no texto, da aplicação do comando *reliability* do programa SPSS-*Win* (versão 10).

Quadro 2 - "Controlo sobre a gestão da tarefa"

N.º item	Média do item	Correlação total	*Alfa*
2	39.464	.212	.767
7	39.640	.400	.753
17	40.192	.358	.758
22	39.697	.378	.754
27	39.540	.441	.749
32	39.889	.318	.760
37	39.582	.458	.747
42	39.234	.347	.757
46	39.422	.409	.752
50	39.870	.302	.765
54	39.636	.467	.745
58	39.893	.468	.746
61	39.858	.365	.756
68	39.946	.430	.749
Valores totais *Média = 42.679 *Variância = 35.038 *DP = 5.92 **Alpha* = .768 *N.º de itens = 14 *N = 261			

Pela leitura do quadro 3 podemos verificar que o conjunto abrange 16 itens que compõem a dimensão "Controlo sobre os riscos". De referir que nesta análise foram mantidos todos os itens da versão original. Embora os itens 13, 23 e 28 apresentassem valores das correlações baixos optamos por incluí-los na versão final, uma vez que, ao retirá-los, o valor de *Alpha* não melhorou, mantendo o valor original (.67). Como se pode observar o item 62 "Estou exposto(a) a radiações perigosas para a saúde" é aquele que apresenta valores de r mais elevados (r = .363) e o item 8 "Em caso de incidente eu consigo reorganizar o meu trabalho de uma forma satisfatória" o de valores mais baixos (r = .170).

Quadro 3 - "Controlo sobre os riscos"

N.º item	Média do item	Correlação total	*Alpha*
8	41.147	.175	.664
13	42.480	.244	.658
18	41.171	.323	.647
23	42.214	.150	.670
28	41.679	.171	.668
33	41.619	.260	.657
38	41.472	.286	.652
43	40.806	.321	.649
47	40.532	.260	.658
51	41.139	.331	.646
55	41.452	.353	.644
59	42.048	.279	.653
62	41.361	.359	.641
65	42.421	.330	.646
67	42.079	.259	.656
69	41.679	.292	.652
Valores totais *Média = 44.353 *Variância = 37.217 *DP = 6.101 **Alpha* = .674 *N.º de itens = 16 *N = 252			

No quadro 4 apresentamos os resultados das análises para a dimensão "Controlo sobre a planificação".

Esta dimensão era inicialmente constituída por 12 itens. Após realizarmos a primeira tentativa para avaliarmos quais os itens válidos para serem incluídos na sua versão final, foram retirados os itens 14 "Eu decido sozinho(a) quando desejo tirar férias" por apresentar valor de correlação muito baixo (r = .084) e os itens 24 "Eu não posso ignorar tarefas que devem ser todas feitas ao mesmo tempo" e 56 "Devo coordenar-me estreitamente com os meus colegas para atingir os objectivos traçados" por apresentarem sinal contrário; sinal negativo (-).

Assim o valor do *Alpha* total melhorou substancialmente, passou de .49 na versão original para .60 na versão refinada. De referir que o conjunto dos itens que compõem a versão final desta dimensão apresentam valores das correlações muito semelhantes, sendo o item 34 "Eu posso prever, logo pela manhã, a maneira como o meu dia de trabalho se vai passar" aquele que apresenta correlações mais altas (r = .420) e o item 19 "Os acontecimentos imprevistos impedem-me de cumprir o meu trabalho como estava programado" o valor mais baixo (r = .218).

Quadro 4 - "Controlo sobre a planificação"

N.º item	Média do item	Correlação total	*Alpha*
4	21.639	.234	.584
9	22.703	.262	.572
19	21.882	.218	.581
29	21.894	.385	.540
34	22.255	.420	.526
39	21.837	.315	.556
44	21.373	.227	.580
48	21.297	.246	.575
52	22.141	.254	.574
Valores totais *Média = 24.627 *Variância = 17.105 *DP = 4.136 **Alpha* =.598 *N.º de itens = 9 *N = 263			

O quadro 5 dá-nos conta dos resultados encontrados pela aplicação do comando *reliability* que nos conduziu ao cálculo do coeficiente de *Alpha* para a dimensão "Controlo sobre a gestão do tempo".

Esta dimensão na sua versão original era composta por 14 itens com um valor de *Alpha* de .71, valor considerado aceitável para este tipo de escala. No entanto, dado que o item 40 "Eu tenho horários compatíveis com a minha vida familiar" apresentava correlações muito baixas (r = .095) optamos por efectuar nova tentativa sem este item, ficando assim, esta dimensão, constituída por 13 itens com valores da correlação aceitáveis à luz dos critérios previamente estabelecidos e todos eles com o mesmo sentido (sinal positivo). Com este procedimento melhoramos ligeiramente os valores de *Alpha* total (.73). Podemos assim dizer, que este conjunto de itens é válido para avaliar o "Controlo sobre a gestão do tempo" na WOCCQ.

Quadro 5 - "Controlo sobre a gestão do tempo"

N.º item	Média do item	Correlação total	*Alpha*
5	31.856	.231	.713
10	32.045	.339	.697
15	31.354	.217	.711
20	33.156	.355	.696
25	32.082	.239	.711
30	32.679	.576	.665
35	32.663	.368	.693
45	31.288	.307	.702
49	32.099	.199	.718
53	32.638	.142	.725
57	32.539	.469	.680
60	32.519	.592	.665
63	32.095	.465	.680
Valores totais *Média = 34.918 *Variância = 28.448 *DP = 5.334 **Alpha* = .725 *N.º de itens = 13 *N = 243			

Na análise da dimensão "Controlo sobre o futuro" foram retirados os itens 71 "Conjugando o esforço de todos, podemos ainda influenciar a evolução do mercado de trabalho"; 75 "Tenho a sensação de ser profissionalmente bem sucedido" e 78 "Com o tempo consigo resolver todos os problemas que tenho no trabalho"; após três tentativas, retirando um item de cada vez por apresentar valores de correlação muito abaixo de ,20. Esta dimensão ficou assim constituída por 8 itens.

No quadro 6 apresentamos o conjunto dos itens que compõem a versão final desta dimensão do WOCCQ. Embora o valor do *Alpha* total não tenha melhorado muito (passou da primeira versão de .66 para .67 na versão final) podemos considerá-lo aceitável para este tipo de avaliações.

Quadro 6 - "Controlo sobre o futuro"

N.º item	Média do item	Correlação total	*Alpha*
70	18.588	.257	.664
72	19.935	.298	.656
73	19.466	.306	.657
74	18.897	.417	.628
76	19.389	.170	.681
77	18.741	.445	.621
79	19.065	.551	.598
80	18.824	.471	.615
Valores totais *Média = 21.844 *Variância = 15.029 *DP = 3.877 **Alpha* = .670 *N.º de itens = 8 *N = 262			

No quadro 7 apresentamos a versão final do WOCCQ após a análise da consistência interna das suas 6 dimensões. No total, após o processo de depuração, foram retirados 12 itens. A versão utilizada no nosso estudo fica assim composta por 68 itens.

Quadro 7 - Composição da escala WOCCQ após a depuração

N.º Item	Dimensão "Controlo sobre os recursos disponíveis"
1	Eu participo na tomada de decisões que dizem directamente respeito às minhas tarefas
6	Eu posso determinar por mim quando um procedimento deve ser executado
11	O meu trabalho impede-me de desenvolver os meus conhecimentos e competências particulares
16	Eu tenho que aplicar um grau de conhecimentos que ultrapassa as minhas qualificações
26	Eu sinto dificuldades porque o meu trabalho se tornou mais complexo com o passar do tempo
31	Os meus chefes orientam-me se eu tiver dificuldades
36	Sou ajudado(a) pelos meus colegas se tiver um problema
41	Eu sei onde encontrar as informações necessárias para executar o meu trabalho ou tomar uma decisão
	Dimensão "Controlo sobre a gestão da tarefa"
2	Eu sei exactamente o que os meus colegas esperam de mim durante o trabalho
7	Eu trabalho a um nível que não corresponde ao meu nível de competência
17	A avaliação feita regularmente ao meu trabalho permite ajustar-me melhor aos objectivos da instituição
22	Eu disponho de uma descrição clara das minhas tarefas
27	As circunstâncias não me permitem aplicar os procedimentos normais de trabalho
32	Eu tenho uma palavra a dizer sobre a maneira como o trabalho deve ser feito
37	Eu recebo ordens contraditórias
42	Eu estou exposto a um nível de humidade muito elevado
46	Sou importunado(a) por pessoas com expectativas diferentes relativamente ao meu trabalho
50	O relacionamento tenso com os meus colegas afecta o cumprimento das tarefas

(cont.)

(cont.)

54	São-me atribuídas tarefas que não correspondem á minha função
58	Os outros não se dão conta do que eu faço realmente
61	Estou de acordo com as opiniões e princípios gerais da instituição em que trabalho
68	Os meus constrangimentos profissionais afectam negativamente a qualidade da minha vida familiar
	Dimensão "Controlo sobre os riscos"
8	Em caso de incidente eu consigo reorganizar o meu trabalho de uma forma satisfatória
13	Qualquer erro no meu trabalho pode colocar a vida de terceiros em risco
18	Eu beneficio de estabilidade no emprego
23	Eu posso influenciar o futuro dos meus colegas
28	Todo e qualquer erro no meu trabalho pode resultar em perdas de material ou equipamento caro
33	Eu posso controlar a iluminação do meu posto de trabalho
38	Eu estou exposto(a) a um nível de ruído muito elevado
43	Eu estou exposto a um nível de humidade muito elevado
47	Sou incomodado(a) pela poeira no meu local de trabalho
51	Estou sujeito a temperaturas extremas no meu local de trabalho
55	Sou incomodado(a) pela presença de odores desagradáveis
59	Estou exposto(a) a riscos químicos
62	Estou exposto(a) a radiações perigosas para a saúde
65	Encontro-me numa situação em que o risco de trabalho é baixo
67	Posso tomar medidas que diminuam a penosidade do meu trabalho
69	Tenho uma palavra a dizer quanto à disposição e organização do meu posto de trabalho
	Dimensão "Controlo sobre a planificação"
4	Eu conheço o meu horário, pelo menos com um mês de antecedência
9	Eu posso abandonar momentaneamente as minhas tarefas, sem qualquer inconveniente
19	Os acontecimentos imprevistos impedem-me de cumprir o meu trabalho como estava programado
29	Eu conheço com antecedência os procedimentos de trabalho de uma nova tarefa que me seja atribuída
34	Eu posso prever, logo pela manhã, a maneira como o meu dia de trabalho se vai passar
39	O trabalho não está distribuído de forma igual na minha equipa
44	Não tenho normas claras quanto ao modo como devo trabalhar
48	Impõem-me procedimentos rígidos para realizar o meu trabalho
52	O meu trabalho é repartido igualmente ao longo do ano
	Dimensão "Controlo sobre a gestão do tempo"
5	Eu devo trabalhar muito intensamente e sem relaxar
10	Eu posso adaptar o meu ritmo de trabalho
15	Eu termino o meu trabalho em casa por falta de tempo
20	Eu posso dispor de tempo para mim no meu trabalho
25	Eu faço horas extraordinárias porque há trabalho urgente para terminar
30	Eu tenho de trabalhar muito rapidamente dado o pouco tempo de que disponho
35	Eu posso facilmente fazer uma pausa
45	O meu trabalho amontoa-se sem que eu consiga recuperar o atraso
49	Os meus colegas dependem do meu ritmo de trabalho
53	Sou independente do ritmo de trabalho dos meus colegas
57	Tenho que executar diferentes tarefas ao mesmo tempo
60	Tenho tanto a fazer que "não tenho mãos a medir"
63	A minha sobrecarga de trabalho impede-me de fazer um trabalho de qualidade

(cont.)

(cont.)

Dimensão "Controlo sobre o futuro"	
70	Eu acredito no futuro da minha profissão
72	Eu temo pelo futuro dos jovens de hoje
73	Há cada vez menos emprego e nós não podemos fazer nada
74	Aguardo com impaciência a idade da reforma
76	Tenho confiança na sociedade
77	Tenho vontade de deixar tudo e partir
79	Tenho a impressão, que o trabalho está sempre a degradar-se a todos os níveis
80	Sinto-me um joguete das circunstâncias

3.1.2 - Análise da consistência interna da escala MBI

Relativamente às dimensões que compõem o MBI, adoptamos procedimentos estatísticos semelhantes, tendo em vista o estudo da validade interna das mesmas.

No quadro 8 apresentamos os resultados das análise efectuadas relativas à dimensão "Exaustão emocional". Como podemos observar, os 9 itens que integravam a subescala mantêm-se válidos e com correlações consideradas fortes. O valor mais baixo diz respeito ao item 16 "Trabalhar directamente com pessoas faz-me sentir demasiado em stresse" com um valor de r = .479, sendo o item 8 aquele que apresenta valores mais altos (r =.733). Todos os itens se mostraram fortemente correlacionados com as pontuações totais desta escala, tendo produzido valores de *Alpha* também altos. Dado que o valor de *Alpha* total (.85) pode ser considerado muito alto, podemos dizer que o conjunto dos itens em análise apresenta alta consistência interna e portanto válidos para avaliar a dimensão "Exaustão emocional".

Quadro 8 - "Exaustão emocional"

N.º item	Média do item	Correlação total	*Alpha*
1	20.583	.675	.814
2	18.658	.554	.828
3	20.034	.571	.825
6	20.752	.489	.835
8	20.481	.733	.807
13	21.590	.495	.833
14	20.511	.517	.832
16	21.327	.479	.835
20	21.447	.523	.830
Valores totais *Média = 23.173 *Variância = 110.189 *DP = 10.497 **Alpha* = .845 *N.º de Itens = 9 *N = 266			

O quadro 9 dá-nos conta dos resultados das análises realizadas com a dimensão "Despersonalização". Numa primeira tentativa o item 15 "Não me importo grandemente com o que acontece aos meus doentes" apresentou valores de correlação muito baixos (r = .08), pelo que se procedeu a nova análise, tendo ficado, esta dimensão, composta por 4 itens, com valores de correlação considerados moderados. Por outro lado melhoramos o valor de *Alpha* total passando de .49 para .52. No conjunto dos itens que integram a versão final, a avaliar pelos valores das correlações, não se destaca nenhum como sendo aquele que eventualmente agregue à sua volta todos os outros, todos eles apresentam valores das correlações muito semelhantes.

Quadro 9 - "Despersonalização"

N.º item	Média do item	Correlação total	*Alpha*
5	3.784	.315	.402
10	3.654	.293	.404
11	2.312	.293	.459
22	3.576	.308	.406
Valores totais *Média =4.442 *Variância = 16.083 *DP = 4.01 **Alpha* = .524 *N.º de Itens = 4 *N = 269			

À semelhança do que aconteceu com a dimensão "Exaustão emocional" também a "Realização pessoal" mantém o mesmo número de itens da versão original (8 itens). O quadro número 10 mostra-nos o resultado dessas análises. Pelo que podemos observar todos os itens se correlacionam fortemente e moderadamente com as pontuações globais desta subescala. O item 18 "Sinto-me estimulado após trabalhar ao pé dos meus doentes" é aquele que apresenta valores mais elevados (r = .56) e o item 7 "Lido de

uma forma muito eficaz com os problemas dos meus doentes" o que apresenta valores de r mais baixos (r = .35). O valor total de *Alpha* (.73) encontrado mostra que o conjunto destes itens são bons indicadores para medir o conceito de "Realização pessoal".

Quadro 10 - "Realização pessoal"

N.º item	Média do item	Correlação total	*Alpha*
4	29.743	.387	.707
7	30.888	.347	.713
9	30.791	.375	.708
12	31.519	.377	.708
17	31.075	.469	.687
18	30.425	.560	.673
19	30.690	.416	.699
21	31.123	.449	.692
Valores totais *Média = 35.179 *Variância = 56.260 *DP = 7.501 **Alpha* = .732 *N.º de itens = 8 *N = 268			

No quadro 11 apresentamos a versão final do MBI após a análise da consistência interna das suas 3 dimensões. No total, após o processo de depuração, foi retirado apenas 1 itens, na dimensão "Despersonalização". A versão utilizada no nosso estudo fica assim composta por 21 itens.

Quadro 11 - Composição da escala MBI após a depuração

N.º Item	Dimensão "Exaustão emocional"
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
6	Trabalhar todo o dia com doentes esgota-me bastante
8	Sinto-me esgotado(a) pelo meu trabalho
13	Sinto-me frustado com o trabalho que realizo
14	Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no meu emprego
16	Trabalhar directamente com pessoas faz-me sentir demasiado em stresse
20	Sinto-me no limite das minhas forças
	Dimensão "Despersonalização"
5	Sinto que trato alguns doentes como se fossem "objectos" impessoais
10	Desde que comecei este trabalho tornei-me mais insensível para com as pessoas
11	Preocupa-me que este trabalho me endureça emocionalmente
22	Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas

(cont.)

(cont.)

Dimensão "Realização pessoal"	
4	Compreendo facilmente como se sentem os meus doentes
7	Lido de uma forma muito eficaz com os problemas dos meus doentes
9	Sinto que influencio positivamente a vida dos outros com o meu trabalho
12	Sinto-me cheio de energia
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
21	No meu trabalho lido com problemas emocionais com muita calma

4 - Considerações gerais

Como referimos anteriormente, não encontramos pesquisas efectuadas em Portugal, valores de referência à validade das escalas utilizadas no nosso estudo. O WOCCQ talvez por ser um instrumento ainda recente. O MBI, apesar de ter sido largamente utilizado em estudos com enfermeiros e outros técnicos de saúde, não foi ainda efectuada a sua validade para o nosso contexto linguístico e cultural. As maiores dificuldades encontradas parecem estar na complexidade de que se reveste a tradução e retrotradução, bem como a análise psicométrica das escalas de avaliação. Relativamente à análise de fidelidade por nós efectuada, entendemos sublinhar aqui a importância dos procedimentos utilizados para o conseguir. Optamos pela análise da consistência interna através do coeficiente de *Alpha* de Cronbach por ser, na opinião de alguns autores, a técnica mais utilizada (Polit e Hungler, 1997).

Conscientes de que não poderemos dar como concluído o seu processo de validação, pensamos ter conseguido demonstrar podermos confiar nos instrumentos utilizados para a avaliação dos conceitos em análise. Este facto constitui em nosso entender uma mais valia nesta pesquisa. Esperamos que constitua em futuros estudos uma referência para o uso das escalas MBI e WOCCQ no nosso contexto.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

1 - Análise descritiva e do impacto das variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o *burnout* e controlo sobre o trabalho

Procedemos, neste capítulo, à apresentação das análises descritivas da escala WOCCQ e MBI. Descrevemos os resultados das diferentes dimensões que compõem as duas escalas segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais. Efectuamos uma análise correlacional das variáveis numéricas (idade, tempo de serviço na profissão, no serviço e na instituição) com as diversas dimensões dos dois instrumentos.

Com a finalidade de estabelecer e compreender as possíveis relações entre as escalas MBI e WOCCQ e variáveis de natureza sociodemográfica e profissional, procedemos também a uma análise de variância através da utilização do *t*-teste e do teste de F, conforme o número de grupos em análise, utilizando como nível de significância o valor de $p \leq 0.05$.

Na parte final deste ponto apresentamos a análise das intercorrelações, pela utilização das correlações de Pearson, entre as duas escalas em questão, escala MBI e WOCCQ.

Por último apresentamos os resultados da regressão linear simples entre a MBI e WOCCQ, no sentido de analisar os níveis de *burnout* em função da variabilidade da escala WOCCQ.

Sexo

Pela leitura do quadro 12 observamos que os enfermeiros do sexo feminino parecem sentir-se mais exaustos, emocionalmente, do que os do sexo masculino. Os primeiros apresentam médias mais elevadas de "Exaustão emocional" (23.45) do que os segundos (21.19).

Os homens, pelas respostas dadas, parecem desenvolver atitudes e sentimentos de maior indiferença no seu trabalho do que as mulheres; os valores das médias da subescala que mede a "Despersonalização" são de 5.85 e 4.25 respectivamente.

As mulheres afirmam sentir-se mais realizadas pessoalmente quando comparadas com os homens. As mulheres apresentam valores das média mais altos na dimensão "Realização pessoal" 35.35 contrastando com os 33.95 dos homens.

Por sua vez, os homens percepcionam um maior nível de controlo, ainda que ligeiro, sobre as condições de trabalho. Os valores das médias encontrados em todas as dimensões do WOCCQ para os homens situam-se um pouco acima dos valores encontrados nos enfermeiros do sexo feminino.

Os resultados encontrados nas subescalas do MBI sugerem não existirem diferenças no nível de *burnout* entre homens e mulheres. Segundo o normativo de Maslach (1996) os valores encontram-se, para ambos os grupos, no terço médio das pontuações do MBI para as dimensões "Exaustão emocional e "Realização pessoal", e no terço inferior na dimensão "Despersonalização".

Cabe-nos considerar neste ponto que na dimensão "Despersonalização" os valores se situam em média mais baixos comparativamente ao normativo de Maslach. Provavelmente porque na versão original a dimensão é composta por cinco itens e na nossa versão um dos itens foi eliminado por apresentar valores de correlação muito baixos. No entanto as diferenças encontradas não são significativas. Sempre que se justifique faremos a extrapolação dos resultados encontrados no nosso estudo para melhorarmos as análises efectuadas.

Quadro 12 - Pontuações médias das dimensões do MBI e do WOCCQ segundo o sexo dos sujeitos

Escalas	Dimensões	Sexo	n	Média	Desvio padrão
MBI	Exaustão emocional	Mas.	33	21.19	8.79
		Fem.	240	23.45	10.55
	Despersonalização	Mas.	33	5.85	5.27
		Fem.	240	4.25	3.74
	Realização pessoal	Mas.	33	33.94	6.40
		Fem.	240	35.35	7.56
WOCCQ	Controlo sobre os recursos disponíveis	Mas.	33	26.14	2.79
		Fem.	240	25.14	3.45
	Controlo sobre a gestão da tarefa	Mas.	33	44.37	4.78
		Fem.	240	42.54	5.89
	Controlo sobre os riscos	Mas.	33	45.31	4.56
		Fem.	240	44.22	6.01
	Controlo sobre a planificação	Mas.	33	25.54	3.35
		Fem.	240	24.50	4.14
	Controlo sobre o tempo	Mas.	33	36.14	4.44
		Fem.	240	34.75	5.09
	Controlo sobre o futuro	Mas.	33	22.72	2.87
		Fem.	240	21.72	3.90

No sentido de avaliarmos a influência da variável "Sexo" sobre os resultados efectuamos uma análise de variância, *t*-teste, entre homens e mulheres cujos resultados se encontram no quadro 13. As diferenças encontradas, relativamente às diferentes subescalas do MBI e do WOCCQ, apenas se mostram estatisticamente significativas na dimensão "Despersonalização" do MBI (t = 2.179, para $p \leq 0,05$), sendo o grupo dos homens aquele que apresenta valores médios mais elevados (5.85). Este valor encontra-se próximo, do que a autora da escala, considera nível médio da síndroma de *burnout*.

Quadro 13 - Análise de variância das dimensões do MBI e WOCCQ segundo o sexo dos sujeitos

Escalas	Dimensões	*t*	g l	p	Médias dos grupos	
MBI	Exaustão emocional	-1.175	271	.241	G 1 G 2	21.19 23.45
	Despersonalização	2.179	271	.030	G 1 G 2	5.85 4.25
	Realização pessoal	-1.018	271	.310	G 1 G 2	33.94 35.35
WOCCQ	Controlo sobre os recursos disponíveis	1.605	271	.110	G 1 G 2	26.14 25.14
	Controlo sobre a gestão da tarefa	1.714	271	.088	G 1 G 2	44.37 42.54
	Controlo sobre os riscos	1.004	271	.316	G 1 G 2	45.31 44.22
	Controlo sobre a planificação	1.383	271	.168	G 1 G 2	25.54 24.50
	Controlo sobre o tempo	1.497	271	.136	G 1 G 2	36.14 34.75
	Controlo sobre o futuro	1.421	271	.157	G 1 G 2	22.72 21.72

Legenda: G 1 - Sexo masculino
G 2 - Sexo feminino

Estado civil

O grupo dos indivíduos viúvos é representado apenas por um sujeito. Para conseguir uma análise mais fidedigna optámos, aqui, pela sua eliminação.

No quadro 14 pode verificar-se que os enfermeiros separados/divorciados dizem sentir-se emocionalmente mais esgotados. O valor da média apresentado na subescala "Exaustão emocional"(26.92) é o mais elevado entre os grupos da variável "Estado civil". Apresentando a média mais baixa de "Despersonalização" de entre os três grupos em análise.

O grupo dos sujeitos casados é aquele que diz sentir-se menos realizado pessoalmente. O valor da média na subescala "Realização pessoal" (34.81) é o menor dos grupos em análise. Os indivíduos separados/divorciados parecem ser os mais realizados pessoalmente comparativamente aos outros. O valor da média na subescala "Realização pessoal" é de 37.25.

Os valores encontrados na dimensão "Exaustão emocional" situam-se no terço superior do normativo para o grupo dos enfermeiros separados/divorciados. Há indícios de que os enfermeiros pertencentes a este grupo se sentem muito exaustos

emocionalmente. No entanto não podemos afirmar que experimentem um elevado nível de *burnout* pois os valores nas dimensões "Despersonalização" e "Realização pessoal" situam-se nos níveeis baixo e médio respectivamente.

Na dimensão "Realização pessoal" os valores situam-se no terço médio do normativo e na dimensão "Despersonalização" situam-se no terço inferior, sempre para todos os grupos em análise.

Nas dimensões do WOCCQ são pequenas as diferenças dos valores das médias encontradas. O grupo dos separados/divorciados apresenta os valores mais baixos de percepção de controlo para o "Controlo sobre a gestão da tarefa", "Controlo sobre a gestão do tempo" e "Controlo sobre o futuro". Nas restantes dimensões do controlo as médias mais baixas registaram-se no grupo dos solteiros.

Quadro 14 - Pontuações médias das dimensões do MBI e do WOCCQ quanto ao estado civil dos sujeitos

Escalas	Dimensões	Estado civil	n	Média	Desvio padrão
MBI	Exaustão emocional	Casado	160	23.21	10.01
		Solteiro	91	22.37	10.43
		Separado/divorciado	21	26.92	12.19
	Despersonalização	Casado	160	4.78	3.92
		Solteiro	91	4.06	3.95
		Separado/divorciado	21	3.45	4.52
	Realização pessoal	Casado	160	34.81	7.39
		Solteiro	91	35.23	7.52
		Separado/divorciado	21	37.25	7.12
WOCCQ	Controlo sobre os recursos disponíveis	Casado	160	25.34	3.43
		Solteiro	91	25.07	3.36
		Separado/divorciado	21	25.30	3.30
	Controlo sobre a gestão da tarefa	Casado	160	42.35	5.97
		Solteiro	91	43.85	5.24
		Separado/divorciado	21	41.26	6.25
	Controlo sobre os riscos	Casado	160	44.60	6.25
		Solteiro	91	43.91	5.09
		Separado/divorciado	21	44.13	6.07
	Controlo sobre a planificação	Casado	160	24.71	4.04
		Solteiro	91	24.44	3.87
		Separado/divorciado	21	25.05	5.03
	Controlo sobre o tempo	Casado	160	34.66	4.98
		Solteiro	91	35.58	4.75
		Separado/divorciado	21	33.84	6.42
	Controlo sobre o futuro	Casado	160	21.37	3.78
		Solteiro	91	22.83	3.53
		Separado/divorciado	21	21.19	4.46

No quadro 15 apresentamos os resultados da análise de variância (ANOVA) do estado civil com as dimensões do MBI e do WOCCQ. Verifica-se que as diferenças das

médias encontradas nos grupos em análise, na generalidade, não apresentam diferenças com significado estatístico nas dimensões que compõem o MBI e o WOCCQ. Apenas na dimensão "Controlo sobre o futuro" as médias encontradas nos diferentes grupos de sujeitos diferem e apresentam significado estatístico (F = 4.767) e p≤ 0.09.

Quadro 15 - Análise de variância das dimensões do MBI e do WOCCQ segundo o estado civil dos sujeitos

Escalas	Dimensões	Fonte de variância	Soma dos quadrados	g l	Média dos quadrados	F	p
MBI	Exaustão emocional	Entre grupos	352.879	2	176.439	1.654	.193
		Nos grupos	28698.441	269	106.686		
	Despersonalização	Entre grupos	52.302	2	26.151	1.653	.193
		Nos grupos	4255.620	269	15.820		
	Realização pessoal	Entre grupos	111.292	2	55.646	1.012	.365
		Nos grupos	14792.589	269	54.991		
WOCCQ	Controlo sobre os recursos disponíveis	Entre grupos	4.265	2	2.132	.185	.832
		Nos grupos	3107.236	269	11.551		
	Controlo sobre a gestão da tarefa	Entre grupos	182.379	2	91.190	2.750	.066
		Nos grupos	8919.776	269	33.159		
	Controlo sobre os riscos	Entre grupos	28.701	2	14.350	.415	.660
		Nos grupos	9291.194	269	34.540		
	Controlo sobre a planificação	Entre grupos	8.074	2	4.037	.244	.783
		Nos grupos	4441.625	269	16.512		
	Controlo sobre a gestão do tempo	Entre grupos	74.370	2	37.185	1.471	.232
		Nos grupos	6800.448	269	25.280		
	Controlo sobre o futuro	Entre grupos	134.276	2	67.138	4.767	.009
		Nos grupos	3788.284	269	14.083		

Habilitações profissionais

Pela análise do quadro 16 verifica-se que os enfermeiros habilitados com o curso geral de enfermagem são os que se sentem emocionalmente mais exaustos de entre os enfermeiros na variável "Habilitações literárias". O valor da média é o mais elevado comparativamente aos outros grupos na dimensão "Exaustão emocional" (26.06). Este grupo é, no entanto, o que identifica menos atitudes e sentimentos de distanciamento emocional no trabalho. Na subescala "Despersonalização" o valor da média é o mais baixo (3.34).

O grupo dos sujeitos onde se observam diferenças mais acentuadas é no grupo dos enfermeiros habilitados com o curso de especialização em enfermagem. São os menos exaustos emocionalmente, apresentam o menor valor de média na dimensão "Exaustão emocional" (21.47), têm o segundo menor valor na subescala "Despersonalização" e são os que se sentem mais realizados pessoalmente. O valor da média na dimensão "Realização pessoal" é o mais elevado (36.78).

Comparativamente aos valores de referência do normativopode dizer-se que o grupo dos enfermeiros habilitados com o curso de especialização em enfermagem é o que apresenta valores médios mais baixos de *burnout*.

Nas dimensões do WOCCQ é também este grupo de profissionais que tem uma maior percepção de controlo sobre o trabalho. Em todas as dimensões excepto no "Controlo sobre o tempo", detêm o valor da média mais elevado.

Quadro 16 - Pontuações médias das dimensões do MBI e do WOCCQ quanto às habilitações literárias dos sujeitos

Escalas	Dimensões	Habilitações literárias	n	Média	Desvio padrão
MBI	Exaustão emocional	Curso geral	19	26.06	12.14
		Bacharelato	169	22.98	10.05
		Licenciatura	41	24.44	10.62
		Especialização	44	21.47	10.45
	Despersonalização	Curso geral	19	3.34	3.26
		Bacharelato	169	4.80	4.18
		Licenciatura	41	4.34	4.08
		Especialização	44	3.65	3.24
	Realização pessoal	Curso geral	19	36.32	7.75
		Bacharelato	169	35.02	7.02
		Licenciatura	41	33.61	8.72
		Especialização	44	36.78	7.42
WOCCQ	Controlo sobre os recursos disponíveis	Curso geral	19	23.55	3.85
		Bacharelato	169	24.98	3.28
		Licenciatura	41	25.23	3.22
		Especialização	44	27.11	3.10
	Controlo sobre a gestão da tarefa	Curso geral	19	42.86	4.64
		Bacharelato	169	42.90	5.95
		Licenciatura	41	41.48	5.37
		Especialização	44	43.37	5.97
	Controlo sobre os riscos	Curso geral	19	45.50	6.23
		Bacharelato	169	43.82	5.55
		Licenciatura	41	43.05	5.65
		Especialização	44	47.12	6.32
	Controlo sobre a planificação	Curso geral	19	25.11	4.18
		Bacharelato	169	24.13	3.74
		Licenciatura	41	24.48	4.09
		Especialização	44	26.46	4.72
	Controlo sobre o tempo	Curso geral	19	35.62	5.99
		Bacharelato	169	34.90	4.89
		Licenciatura	41	34.14	5.03
		Especialização	44	35.42	5.19
	Controlo sobre o futuro	Curso geral	19	20.62	4.81
		Bacharelato	169	21.99	3.62
		Licenciatura	41	21.41	4.12
		Especialização	44	22.21	3.65

O quadro número 17 dá-nos conta dos resultados das análises (ANOVA) dos grupos de sujeitos quanto às habilitações literárias relativamente às dimensões que

compõem o MBI e o WOCCQ. Podemos verificar que não existem diferenças das médias encontradas com significado estatístico nas subescalas do MBI.

Porém, nas dimensões do WOCCQ para as variáveis "Controlo sobre os recursos disponíveis", "Controlo sobre os riscos" e "Controlo sobre a planificação" foram encontradas diferenças nas médias dos grupos em análise, mostrando-se essas diferenças com significado estatístico, F = 6.808, p≤ 0.01; F= 4.837, p≤ 0.01; F= 4.073, p≤ 0.01 respectivamente.

Quadro 17 - Análise de variância das dimensões do MBI e do WOCCQ segundo as habilitações literárias

Escalas	Dimensões	Fonte de variância	Soma dos quadrados	g l	Média dos quadrados	F	p
MBI	Exaustão emocional	Entre grupos	358.882	3	119.627	1.116	.343
		Nos grupos	28841.163	269	107.216		
	Despersonalização	Entre grupos	72.811	3	24.270	1.541	.204
		Nos grupos	4237.546	269	15.753		
	Realização pessoal	Entre grupos	242.965	3	80.988	1.474	.222
		Nos grupos	14778.438	269	54.938		
WOCCQ	Controlo sobre os recursos disponíveis	Entre grupos	220.106	3	73.369	6.808	.000
		Nos grupos	2898.928	269	10.777		
	Controlo sobre a gestão da tarefa	Entre grupos	86.745	3	28.915	.862	.461
		Nos grupos	9023.049	269	33.543		
	Controlo sobre os riscos	Entre grupos	478.118	3	159.373	4.837	.003
		Nos grupos	8863.449	269	32.950		
	Controlo sobre a planificação	Entre grupos	194.731	3	64.910	4.073	.007
		Nos grupos	4286.752	269	15.936		
	Controlo sobre a gestão do tempo	Entre grupos	45.439	3	15.146	.596	.618
		Nos grupos	6838.915	269	25.423		
	Controlo sobre o futuro	Entre grupos	45.820	3	15.273	1.060	.367
		Nos grupos	3876.764	269	14.412		

Área de especialização

Pela leitura do quadro 18 constatamos que os enfermeiros especialistas na área de enfermagem de saúde comunitária são os que se sentem mais exaustos emocionalmente e menos realizados. Apresentam o valor da média mais elevado comparativamente aos enfermeiros especialistas em outras áreas na dimensão "Exaustão emocional" (25.02) e o valor mais baixo na subescala "Realização pessoal" (31.94). Os enfermeiros que manifestam atitudes e sentimentos de maior desumanização são os da área de especialização em enfermagem de reabilitação com um valor de 6.00 para a "Despersonalização".

Os enfermeiros especialistas na área de pediatria são, de entre os grupos em análise, os que manifestam um nível mais baixo de *burnout*. São os que se sentem menos exaustos emocionalmente, os que desenvolvem menos atitudes e sentimentos de indiferença e dos que se sentem mais realizados. Com o valor de 16.86 na dimensão "Exaustão emocional", 2.00 na "Despersonalização" e 39.86 para a "Realização pessoal".

Os enfermeiros especialistas na área de saúde mental e psiquiátrica são os que desenvolvem menos atitudes e sentimentos indiferença no trabalho e os que se sentem mais realizados pessoalmente. O valor da média na dimensão "Despersonalização" é o mais baixo (0.88) e na "Realização Pessoal" o mais elevado (42.00).

Os enfermeiros especialistas na área de saúde comunitária são os que percepcionam o controlo mais baixo sobre o trabalho com valores médios mais baixos. Pertence a este grupo o menor valor da média em quatro das seis subescalas do WOCCQ.

Quadro 18 - Pontuações médias das dimensões do MBI e WOCCQ quanto à área de especialização dos sujeitos

Escalas	Dimensões	Área de especialização	n	Média	Desvio padrão
MBI	Exaustão emocional	Saúde mental	8	21.88	12.17
		Médico-cirurgica	15	21.73	10.42
		Saúde comunitária	10	25.02	10.78
		Reabilitação	4	18.84	6.21
		Pediatria	7	16.86	10.61
	Despersonalização	Saúde mental	8	.88	1.46
		Médico-cirurgica	15	4.20	2.70
		Saúde comunitária	10	5.24	3.51
		Reabilitação	4	6.00	3.37
		Pediatria	7	2.00	3.11
	Realização pessoal	Saúde mental	8	42.00	3.78
		Médico-cirurgica	15	36.60	7.41
		Saúde comunitária	10	31.94	7.90
		Reabilitação	4	33.75	8.46
		Pediatria	7	39.86	5.30
WOCCQ	Controlo sobre os recursos disponíveis	Saúde mental	8	28.38	2.62
		Médico-cirurgica	15	26.73	3.17
		Saúde comunitária	10	25.40	3.27
		Reabilitação	4	28.50	2.89
		Pediatria	7	28.14	2.67
	Controlo sobre a gestão da tarefa	Saúde mental	8	45.00	5.04
		Médico-cirurgica	15	42.80	5.88
		Saúde comunitária	10	41.68	6.83
		Reabilitação	4	43.25	7.09
		Pediatria	7	45.22	6.08
	Controlo sobre os riscos	Saúde mental	8	51.50	3.30
		Médico-cirurgica	15	46.49	6.56
		Saúde comunitária	10	45.94	8.08
		Reabilitação	4	47.84	5.11
		Pediatria	7	44.72	5.14
	Controlo sobre a planificação	Saúde mental	8	27.63	2.88
		Médico-cirurgica	15	25.27	5.20
		Saúde comunitária	10	25.56	5.51
		Reabilitação	4	30.16	3.95
		Pediatria	7	26.86	4.18
	Controlo sobre o tempo	Saúde mental	8	34.49	5.42
		Médico-cirurgica	15	35.59	4.91
		Saúde comunitária	10	34.59	6.11
		Reabilitação	4	36.71	3.53
		Pediatria	7	36.56	5.94
	Controlo sobre o futuro	Saúde mental	8	22.25	3.20
		Médico-cirurgica	15	22.66	3.89
		Saúde comunitária	10	20.40	4.09
		Reabilitação	4	21.71	3.40
		Pediatria	7	24.10	2.72

Pela análise de variância (modelo ANOVA) das dimensões do MBI e do WOCCQ face às áreas de especialização, verificamos que os grupos dos sujeitos habilitados com curso de especialização em enfermagem nas áreas de saúde mental, médico-cirurgica, saúde comunitária, reabilitação e pediatria apresentam valores médios

nas dimensões "Despersonalização" e "Realização pessoal" do MBI diferentes e com significado estatístico, cujos valores de F encontrados são: F= 4.044 para p≤ 0.01 e F= 2.989 para p≤ 0.05 respectivamente. Estes dados sugerem que na variável "Despersonalização" o grupo de sujeitos que possuem o curso de especialização em enfermagem de reabilitação foi aquele que atingiu valores de despersonalização mais elevados. Contrastando com o grupo de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental, sendo este, de entre todos os grupos em análise, aquele que atinge valores médios mais baixos (0.88). Prevê-se que os enfermeiros desta especialidade, porque apresentam níveis de "Despersonalização" mais baixos, sejam aqueles que terão menor probabilidade de vir a sofrer de *burnout*.

Por sua vez os enfermeiros com a especialidade de enfermagem de reabilitação são aqueles que apresentam essa componente do *burnout* mais elevada.

Apesar deste dado, este grupo de profissionais apresenta índices de *burnout* dentro dos valores considerados médios, pois na componente "Exaustão emocional" (18.84) o valor situa-se dentro do terço médio (19-26). O mesmo acontecendo na dimensão "Realização pessoal" com uma pontuação de 33.75 sendo os valores de *burnout* médios para esta dimensão entre 39-34.

Quadro 19 - Análise de variância das dimensões do MBI e do WOCCQ quanto à área de especialização

Escalas	Dimensões	Fonte de variância	Soma dos quadrados	g l	Média dos quadrados	F	p
MBI	Exaustão emocional	Entre grupos	304.876	4	76.219	.677	.612
		Nos grupos	4393.720	39	112.659		
	Despersonalização	Entre grupos	132.705	4	33.176	4.044	.008
		Nos grupos	319.989	39	8.205		
	Realização pessoal	Entre grupos	556.139	4	139.035	2.989	.030
		Nos grupos	1814.379	39	46.523		
WOCCQ	Controlo sobre os recursos disponíveis	Entre grupos	59.366	4	14.842	1.639	.184
		Nos grupos	353.065	39	9.053		
	Controlo sobre a gestão da tarefa	Entre grupos	78.761	4	19.690	.528	.716
		Nos grupos	1454.394	39	37.292		
	Controlo sobre os riscos	Entre grupos	215.749	4	53.937	1.400	.252
		Nos grupos	1502.690	39	38.531		
	Controlo sobre a planificação	Entre grupos	96.040	4	24.010	1.087	.376
		Nos grupos	861.404	39	22.087		
	Controlo sobre o tempo	Entre grupos	29.976	4	7.494	.259	.903
		Nos grupos	1129.281	39	28.956		
	Controlo sobre o futuro	Entre grupos	61.712	4	15.428	1.174	.337
		Nos grupos	512.388	39	13.138		

Categoria profissional

Observando o quadro 20 verifica-se que o grupo de enfermeiros com um nível de *burnout* mais elevado é o da categoria de enfermeiro graduado. São os mais exaustos emocionalmente e os que se sentem menos realizados. Apresentam o valor de média mais baixo na dimensão "Realização pessoal" (34.45) e o mais elevado na "Exaustão emocional" (23.52), comparativamente às categorias profissionais dos enfermeiros em análise, enfermeiro, enfermeiro especialista e enfermeiro chefe.

Contrastando com este grupo, os enfermeiros chefes são os que se sentem menos desgastados emocionalmente e contrariamente ao que seria de esperar os que desenvolvem mais atitudes e sentimentos de indiferença e desumanização no trabalho. São também dos que se sentem mais realizados, com o segundo valor mais elevado de média na "Realização pessoal" (36.74).

Os valores da média na dimensão "Exaustão emocional" e na "Despersonalização" são respectivamente 18.48 e 5.63.

Os enfermeiros com a categoria profissional de especialistas sentem-se mais realizados, são os que desenvolvem menos atitudes e sentimentos de indiferença e dos que se sentem menos esgotados emocionalmente. Apresentam o valor mais baixo na subescala "Despersonalização" (3.43), o valor da média mais elevado na "Realização pessoal" (37.38) e o segundo valor da média mais baixo na dimensão "Exaustão emocional".

Os enfermeiros graduados percepcionam o controlo sobre o trabalho de forma diferente das outras categorias profissionais. Nestes os valores da média são os mais baixos em cinco das seis dimensões que compõem o WOCCQ, contrastando com a percepção de controlo por parte dos enfermeiros chefes que detêm os valores de média mais elevados também em cinco das seis dimensões da escala de avaliação da percepção de controlo sobre o trabalho.

Quadro 20 - Pontuações médias das dimensões do MBI e do WOCCQ quanto à categoria profissional dos sujeitos

Escalas	Dimensões	Categoria profissional	n	Média	Desvio padrão
MBI	Exaustão emocional	Enfermeiro	100	23.40	9.86
		Graduado	129	23.52	10.79
		Especialista	37	22.25	10.94
		Chefe	7	18.48	5.08
	Despersonalização	Enfermeiro	100	4.24	4.14
		Graduado	129	4.82	4.07
		Especialista	37	3.43	3.35
		Chefe	7	5.63	1.94
	Realização pessoal	Enfermeiro	100	35.19	7.28
		Graduado	129	34.45	7.59
		Especialista	37	37.38	7.23
		Chefe	7	36.74	6.64
WOCCQ	Controlo sobre os recursos disponíveis	Enfermeiro	100	25.14	3.21
		Graduado	129	24.70	3.40
		Especialista	37	27.16	3.29
		Chefe	7	27.29	2.29
	Controlo sobre a gestão da tarefa	Enfermeiro	100	43.14	5.26
		Graduado	129	42.26	6.12
		Especialista	37	43.34	6.07
		Chefe	7	43.39	5.63
	Controlo sobre os riscos	Enfermeiro	100	43.87	4.84
		Graduado	129	43.69	6.09
		Especialista	37	46.83	6.45
		Chefe	7	50.48	5.76
	Controlo sobre a planificação	Enfermeiro	100	23.85	3.54
		Graduado	129	24.57	4.00
		Especialista	37	25.94	4.79
		Chefe	7	29.80	3.02
	Controlo sobre o tempo	Enfermeiro	100	35.52	4.73
		Graduado	129	34.25	5.15
		Especialista	37	35.15	5.44
		Chefe	7	37.26	3.47
	Controlo sobre o futuro	Enfermeiro	100	22.46	3.47
		Graduado	129	21.23	4.01
		Especialista	37	22.45	3.70
		Chefe	7	21.24	3.54

Pela leitura do quadro 21, podemos verificar que relativamente à categoria profissional, existem diferenças dos valores das médias (modelo ANOVA) e com significado estatístico nas dimensões "Controlo sobre os recursos disponíveis", "Controlo sobre os riscos" e "Controlo sobre a planificação". Na dimensão "Controlo sobre os recursos disponíveis" o valor de $F = 6.301$, para ($p \leq 0.01$) é indicador de que as diferentes categorias profissionais (enfermeiro, enfermeiro graduado, enfermeiro especialista e enfermeiro chefe), percepcionam o "Controlo sobre os recursos disponíveis" de forma diferente, sendo os enfermeiros chefes aqueles que parecem melhor controlar os recursos disponíveis, uma vez que apresentam médias mais

elevadas que os restantes grupos. O mesmo acontece para a dimensão "Controlo sobre os riscos" e "Controlo sobre a planificação", uma vez que também são os enfermeiros chefes que atingem valores médios mais elevados nestas dimensões e que o resultado da análise de variância entre as diferentes categorias profissionais mostram valores de F com significado estatístico ao nível de p≤ 0,01.

Quadro 21 - Análise de Variância das dimensões do MBI e do WOCCQ segundo a categoria profissional

Escalas	Dimensões	Fonte de variância	Soma dos quadrados	g l	Média dos quadrados	F	p
MBI	Exaustão emocional	Entre grupos	206.384	3	68.795	.638	.591
		Nos grupos	28993.661	269	107.783		
	Despersonalização	Entre grupos	70.083	3	23.361	1.482	.220
		Nos grupos	4240.274	269	15.763		
	Realização pessoal	Entre grupos	264.681	3	88.227	1.608	.188
		Nos grupos	14756.722	269	54.858		
WOCCQ	Controlo sobre os recursos disponíveis	Entre grupos	204.773	3	68.258	6.301	.000
		Nos grupos	2914.261	269	10.834		
	Controlo sobre a Gestão da Tarefa	Entre grupos	62.077	3	20.692	.615	.606
		Nos grupos	9047.716	269	33.635		
	Controlo sobre os Riscos	Entre grupos	570.885	3	190.295	5.836	.001
		Nos grupos	8770.683	269	32.605		
	Controlo sobre a Planificação	Entre grupos	311.899	3	103.966	6.707	.000
		Nos grupos	4169.584	269	15.500		
	Controlo sobre o Tempo	Entre grupos	133.736	3	44.579	1.776	.152
		Nos grupos	6750.618	269	25.095		
	Controlo sobre o Futuro	Entre grupos	103.314	3	34.438	2.426	.066
		Nos grupos	3819.270	269	14.198		

Vínculo à instituição

Pela leitura do quadro 22 podemos observar que os enfermeiros pertencentes ao quadro da instituição são os que se sentem mais enfraquecidos emocionalmente e que manifestam níveis de despersonalização mais elevados. O valor da média na variável "Exaustão emocional" é de 23.36 com uma pequena diferença pequena comparado com os enfermeiros contratados. Também na subescala "Despersonalização", os enfermeiros do quadro apresentam médias ligeiramente superiores (4.52) em relação aos enfermeiros em regime de contrato (3.93). Nas dimensões "Exaustão emocional" e "Realização pessoal" do MBI os grupos em análise apresentam níveis de *burnout* com valores correspondentes ao terço médio, segundo os valores de referência de Maslach. Na subescala "Despersonalização", pelos valores encontrados, situam-se no terço inferior do normativo.

Os enfermeiros do quadro da instituição percepcionam um maior controlo sobre o trabalho em três das seis subescalas do WOCCQ. Para estes, os valores das médias são mais elevados nas dimensões "Controlo sobre a planificação", "Controlo sobre os recursos e "Controlo sobre os riscos".

Quadro 22 - Pontuações médias das dimensões do MBI e do WOCCQ segundo a natureza do vinculo à instituição

Escalas	Dimensões	Natureza do vinculo	n	Média	Desvio padrão
MBI	Exaustão emocional	Quadro	237	23.36	10.55
		Contrato	36	21.92	9.02
	Despersonalização	Quadro	237	4.52	3.95
		Contrato	36	3.93	4.17
	Realização pessoal	Quadro	237	35.14	7.40
		Contrato	36	35.44	7.73
WOCCQ	Controlo sobre os recursos disponíveis	Quadro	237	25.36	3.42
		Contrato	36	24.59	3.12
	Controlo sobre a gestão da tarefa	Quadro	237	42.69	5.81
		Contrato	36	43.19	5.68
	Controlo sobre os riscos	Quadro	237	44.45	6.03
		Contrato	36	43.69	4.60
	Controlo sobre a planificação	Quadro	237	24.63	4.13
		Contrato	36	24.59	3.58
	Controlo sobre o tempo	Quadro	237	34.64	5.09
		Contrato	36	36.72	4.27
	Controlo sobre o futuro	Quadro	237	21.69	3.76
		Contrato	36	22.83	3.92

No sentido de analisarmos a variável "Natureza do vinculo" constituímos dois grupos de sujeitos, aqueles que pertencem ao quadro da instituição e os que estão em regime de contrato. Para o efeito conduzimos uma análise de variância, *t*-teste, cujos resultados se encontram no quadro 23. Da sua leitura, podemos verificar que apenas existem diferenças das médias dos dois grupos em análise, na dimensão "Controlo sobre o tempo", $t = 2.325$ para $p \leq 0.05$. Estes dados sugerem, e através dos valores das médias encontradas, que nesta dimensão, os enfermeiros em regime de contrato percepcionam um maior controlo sobre a gestão do tempo que os enfermeiros do quadro do pessoal da instituição.

Quadro 23 - Análise de variância das dimensões do MBI e do WOCCQ segundo a natureza do vinculo à instituição (teste *t*)

Escalas	Dimensões	*t*	g l	p	Médias dos grupos
MBI	Exaustão emocional	.780	271	.436	G 1 23.36 G 2 21.92
	Despersonalização	.830	271	.407	G 1 4.52 G 2 3.93
	Realização pessoal	.230	271	.819	G 1 35.14 G 2 35.44
WOCCQ	Controlo sobre os recursos disponíveis	1.275	271	.203	G 1 25.36 G 2 24.59
	Controlo sobre a gestão da tarefa	.477	271	.634	G 1 42.69 G 2 43.19
	Controlo sobre os riscos	.732	271	.465	G 1 44.45 G 2 43.69
	Controlo sobre a planificação	.059	271	.953	G 1 24.63 G 2 24.59
	Controlo sobre o tempo	2.325	271	.021	G 1 34.64 G 2 36.72
	Controlo sobre o futuro	1.684	271	.093	G 1 21.69 G 2 22.83

Legenda: G 1 - Quadro
G 2 - Contrato

Tipo de horário praticado

Pela observação do quadro 24 verifica-se que os enfermeiros com horário de trabalho fixo de 35 horas se sentem emocionalmente mais esgotados, parecem desenvolver mais atitudes e sentimentos de indiferença e sentem-se pouco realizados comparados com os grupos em análise quanto ao tipo de horário praticado; horário fixo de 35 horas, prolongado fixo, por turnos de 35 horas, prolongado por turnos e horário parcial.

Os valores da média na dimensão "Exaustão emocional" (27.24) é, de entre os grupos, o mais elevado. Para a subescala "Despersonalização" a média é também a mais alta (5.87) e é o segundo valor da média mais baixo para a "Realização pessoal" (35.55). O grupo de enfermeiros com horário prolongado por turnos é o que se sente menos exausto, com menores níveis de despersonalização e situa-se entre aqueles que se sentem mais realizados.

Os valores encontrados, na dimensão "Exaustão emocional" nos enfermeiros que praticam o horário fixo de 35 horas enquadram-se no que se considera um nível elevado de *burnout*, situam-se no terço superior dos valores de referência embora os valores de "Despersonalização" e de "Realização pessoal" se situem dentro do terço médio. Os

enfermeiros com horário fixo de 35 horas percepcionam um menor controlo sobre o trabalho em cinco das seis subescalas do WOCCQ. Os valores das médias observados são inferiores comparativamente aos enfermeiros que praticam outras modalidades de horário.

Quadro 24 - Pontuações médias das dimensões do MBI e do WCCQ segundo o tipo de horário praticado pelos sujeitos

Escalas	Dimensões	Tipo de horário	n	Média	Desvio padrão
M B I	Exaustão emocional	Fixo 35 horas	49	27.24	11.12
		Prolongado fixo	71	24.01	11.07
		Turnos 35 horas	132	21.57	9.43
		Prolongado por turnos	19	21.80	9.35
		Parcial	2	12.50	.71
	Despersonalização	Fixo 35 horas	49	5.87	4.35
		Prolongado fixo	71	4.25	3.63
		Turnos 35 horas	132	4.46	4.06
		Prolongado por turnos	19	1.79	1.62
		Parcial	2	.50	.71
	Realização pessoal	Fixo 35 horas	49	35.55	7.87
		Prolongado fixo	71	36.06	7.49
		Turnos 35 horas	132	34.13	7.22
		Prolongado por turnos	19	37.80	6.68
		Parcial	2	39.00	11.31
W O C C Q	Controlo sobre os recursos disponíveis	Fixo 35 horas	49	24.37	3.55
		Prolongado fixo	71	25.43	3.78
		Turnos 35 horas	132	25.40	3.05
		Prolongado por turnos	19	25.49	3.47
		Parcial	2	29.50	.71
	Controlo sobre a gestão da tarefa	Fixo 35 horas	49	41.29	5.98
		Prolongado fixo	71	41.75	6.71
		Turnos 35 horas	132	43.57	5.13
		Prolongado por turnos	19	43.99	4.74
		Parcial	2	49.50	3.54
	Controlo sobre os riscos	Fixo 35 horas	49	43.88	6.77
		Prolongado fixo	71	44.85	7.23
		Turnos 35 horas	132	44.20	4.86
		Prolongado por turnos	19	44.44	4.32
		Parcial	2	47.50	2.12
	Controlo sobre a planificação	Fixo 35 horas	49	23.77	4.07
		Prolongado fixo	71	25.11	4.70
		Turnos 35 horas	132	24.51	3.73
		Prolongado por turnos	19	25.66	3.15
		Parcial	2	26.50	7.78
	Controlo sobre o tempo	Fixo 35 horas	49	33.73	5.14
		Prolongado fixo	71	33.81	5.63
		Turnos 35 horas	132	35.83	4.54
		Prolongado por turnos	19	35.34	4.60
		Parcial	2	39.50	2.12
	Controlo sobre o futuro	Fixo 35 horas	49	21.03	3.56
		Prolongado fixo	71	20.27	4.04
		Turnos 35 horas	132	22.79	3.51
		Prolongado por turnos	19	23.16	3.25
		Parcial	2	23.00	2.83

No quadro 25 apresentamos os resultados da análise de variância com as dimensões do MBI e do WOCCQ. Neste sentido realizamos uma ANOVA (*One-Way*), verificando-se que, de facto, existem diferenças nos valores das médias dos tipos de horário nas dimensões "Exaustão emocional" e "Despersonalização", do MBI e nas dimensões "Controlo sobre a tarefa", "Controlo sobre o tempo" e "Controlo sobre o futuro" do WOCCQ, embora com um nível de significância estatística diferente.

No MBI, nas dimensões "Exaustão emocional" e "Despersonalização", o valor de F= 3.540 e 4.423 respectivamente, apresenta significado estatístico para p≤ 0.01.

Nas dimensões "Controlo sobre a gestão da tarefa" e "Controlo sobre a gestão do tempo" do WOCCQ, os valores de F= 2.944 e 3.175 respectivamente apresentam significância estatística para p≤ 0.05 e os valores de F na dimensão "Controlo sobre o futuro" (6.788) para p≤ 0.01.

Quadro 25 - Análise de Variância das dimensões do MBI e do WOCC quanto ao tipo de horário

Escalas	Dimensões	Fonte de variância	Soma dos quadrados	g l	Média dos quadrados	F	p
MBI	Exaustão emocional	Entre grupos	1465.558	4	366.390	3.540	.008
		Nos grupos	27734.487	268	103.487		
	Despersonalização	Entre grupos	266.931	4	66.733	4.423	.002
		Nos grupos	4043.426	268	15.087		
	Realização pessoal	Entre grupos	366.332	4	91.583	1.675	.156
		Nos grupos	14655.071	268	54.683		
WOCCQ	Controlo sobre os recursos disponíveis	Entre grupos	80.761	4	20.190	1.781	.133
		Nos grupos	3038.273	268	11.337		
	Controlo sobre a gestão da tarefa	Entre grupos	383.422	4	95.855	2.944	.021
		Nos grupos	8726.371	268	32.561		
	Controlo sobre os riscos	Entre grupos	51.111	4	12.778	.369	.831
		Nos grupos	9290.457	268	34.666		
	Controlo sobre a planificação	Entre grupos	82.428	4	20.607	1.255	.288
		Nos grupos	4399.055	268	16.414		
	Controlo sobre a gestão do tempo	Entre grupos	311.468	4	77.867	3.175	.014
		Nos grupos	6572.886	268	24.526		
	Controlo sobre o futuro	Entre grupos	360.857	4	90.214	6.788	.000
		Nos grupos	3561.727	268	13.290		

Idade

Observando o quadro 26 constatamos que a variável idade se correlaciona no sentido inverso (negativo) com a percepção de controlo sobre o futuro com significado estatístico para p≤ 0.01. Apresenta valores de correlação positiva e com significado estatístico para p≤ 0.05 com a percepção de controlo sobre a planificação do WOCCQ e com os valores de realização pessoal. Parece, assim, que a um aumento de idade corresponde um aumento de realização pessoal e de controlo sobre a planificação. Parece por outro lado diminuir a percepção de controlo sobre o futuro.

Analisando os valores e o sentido das correlações da variável "Tempo de exercício na profissão" com as dimensões do MBI e do WOCCQ verifica-se que se correlacionam no mesmo sentido e com significado estatístico para p≤ 0.01 com as subescalas "Controlo sobre os Riscos" e "Controlo sobre a planificação". Varia na mesma direcção com a dimensão "Realização pessoal" do MBI com significado estatístico para p≤ 0.05. Os dados sugerem que a realização pessoal, a percepção de controlo sobre os riscos e sobre a planificação aumentam com o tempo de exercício na profissão.

A variável tempo de exercício na instituição correlaciona-se de forma positiva (varia no mesmo sentido) com os valores da subescala "Controlo sobre os riscos" e "Controlo sobre a planificação" do WOCCQ para valores de p≤ 0.05. Apresenta também correlação positiva significativa estatisticamente para p≤ 0.01 com a subescala "Controlo sobre a planificação". O sentido da correlação é negativo com a dimensão "Controlo sobre o futuro" significativa para p≤ 0.01.

O tempo de exercício no serviço correlaciona-se no mesmo sentido e com significância para p≤ 0.05 com a percepção de controlo sobre os recursos disponíveis e controlo sobre a planificação.

Quadro 26 - Correlações das dimensões do MBI e do WOCCQ com a idade, tempo de exercício na profissão, na instituição e no serviço

Dimensões/variáveis	EE	DP	RP	CRD	CGT	CRI	CP	CT	CF
Idade	.072	-.018	.129*	.017	.040	.178**	.140*	-.069	-.245**
Tempo de exercício na profissão	.100	-.013	.128*	.006	-.049	.155*	.156**	-.090	-.252**
Tempo de exercício na instituição	.128*	.054	.101	.041	-.048	.149*	.167**	.070	-.266**
Tempo de exercício no serviço	-.035	-.076	.051	.129*	.069	.082	.154*	.021	-.046
*p≤ 0.05						**p≤ 0.01			

Legenda:
EE - Exaustão emocional
DP - Despersonalização
RP - Realização pessoal
CRD - Controlo sobre os recursos disponíveis
CGT - Controlo sobre a gestão da tarefa
CRI - Controlo sobre os riscos
CP - Controlo sobre a planificação
CT - Controlo sobre a gestão do tempo
CF - Controlo sobre o futuro

Serviço onde exercem funções

No quadro 27 apresentamos os valores das médias e desvio padrão das dimensões que compõem o MBI e o WOCCQ segundo o serviço onde os sujeitos exercem a sua actividade profissional.

Conscientes de que a sua leitura se pode tornar difícil analisaremos as diferenças mais significativas nos valores das médias.

Assim, os enfermeiros que se sentem emocionalmente mais exaustos são os dos serviços de "Consulta externa" (29.5), "Cirurgia-6" (29.82), "Cirurgia-7" (28.05), e "Bloco operatório" (27.19). Apresentam valores das médias mais elevados comparativamente à média da amostra total (que é de 23.17) na dimensão "Exaustão emocional" do MBI. Os enfermeiros destes serviços sentem-se emocionalmente muito exaustos e segundo o normativo de Maslach com valores de exaustão emocional dentro do nível elevado de b*urnout* (≥ 27).

Os enfermeiros da maioria dos serviços parecem possuir um nível moderado de recursos emocionais com valores das médias discretos de "Exaustão emocional" dentro do terço médio do normativo de Maslach (19-26). Para os enfermeiros dos serviços de, "Medicina oncológica-3" e "Quartos particulares" os valores das médias situam-se no terço médio dos valores de referência mas próximos do que é considerado nível elevado de *burnout*. Os valores das médias são respectivamente 25.22 e 26.56.

Os enfermeiros que são de opinião possuírem mais recursos emocionais no seu trabalho são os que apresentam valores mais baixos na dimensão "Exaustão emocional". Exercem a sua actividade profissional nos serviços de: (apresentam-se os serviços e os respectivos valores das médias por ordem crescente entre parênteses) "Centro de Apoio Social" (13,2), (com apenas 5 sujeitos); "Pediatria (13,79); "Cirurgia-8 (15,33), "UTM" (17,54), "UCI-A" (18,11) e "UCI-B" (18, 31) com valores que se enquadram no terço inferior do normativo de Maslach (≤ 18).

Os enfermeiros da maior parte dos serviços (de treze dos dezanove serviços) parecem desenvolver poucas atitudes e sentimentos de indiferença no seu trabalho.

Os enfermeiros dos serviços de "Cirurgia-6", "Consultas externas" e "Medicina-3" são os que apresentam valores médios de despersonalização mais elevados, respectivamente de 6.45, 6.25 e 5.9. Os valores mais baixos nesta dimensão verificam-se nos serviços de "Pediatria" e "Medicina oncológica-5" (1.71 e 2.09 respectivamente). Os valores das médias na subescala "Despersonalização" situam-se, para todos os serviços, nos 2 primeiros terços do normativo de Maslach (≤ 5 o 1° terço e de 6 a 9 o 2°). Fazendo a extrapolação dos resultados obtém-se o valor 5.32 que se situa ainda assim no nível médio de *burnout.*

Os enfermeiros da amostra em análise parecem sentir-se, na sua maioria, satisfeitos com o seu trabalho. Os valores das médias encontrados na dimensão "Realização pessoal" situam-se globalmente no terço médio dos valores de referência de Maslach (39-34). Por outro lado em alguns serviços os enfermeiros sentem-se pouco satisfeitos com o seu trabalho. Registam-se valores das médias de "Realização pessoal" inferiores ou iguais a 33, (valor abaixo do qual, para a realização pessoal, se considera "nível elevado de *burnout*"), nos serviços de "Nefrologia" (29,22), "Cirurgia-6" (29.91), "Bloco operatório" (32.56), "Radioterapia" (33.22), "UTM" (33.27) e "UCI-A" (33.44).

Os enfermeiros que percepcionam um menor controlo sobre o seu trabalho são os enfermeiros dos serviços de "Consultas externas", "Bloco operatório ", "Quartos particulares", "Cirurgia-6 e "Hospital de dia".

Quadro 27 - Pontuações médias das dimensões do MBI e do WOCCQ por serviço onde os sujeitos exercem funções

		MBI						WOCCQ											
Dimensões		**EE**		**DP**		**RP**		**CRD**		**CGT**		**CR**		**CP**		**CT**		**CF**	
Serviços	**N**	**Média**	**DP**	**Média**	**DP**	**Média**	**DP**	**Média**	**DP**	**Média**	**DP**	**Média**	**DP**	**Média**	**DP**	**Média**	**DP**	**Média**	**DP**
Consulta externa	41	29,5	11,87	6,25	4,07	38,12	5,89	23,69	3,46	38,58	7,02	44,58	7,38	23,27	3,98	32,01	5,42	19,25	4,26
Med. Oncológica - 5	23	21,22	7,72	2,09	2,19	34,04	6,7	24,26	3,36	43,43	5,63	44,35	6,24	23,09	3,72	34,6	3,92	23,74	2,36
Cirurgia - 7	21	28,05	7,21	4,81	4,37	36,15	8,46	26,44	3,38	44,05	4,77	44,71	4,6	25,52	3,22	33,43	5,33	21,8	3,25
U. C. I. - A	18	18,11	7,92	5	3,55	33,44	7,59	26,06	3,24	43,32	3,6	43,8	4,91	26,06	3,23	37,6	4,15	23,16	2,36
Bloco operatório	16	27,19	10,37	3	3,43	32,56	8,79	22,14	2,62	41,3	4,92	39,15	6,89	22,7	4,76	31,87	4,64	19,5	3,6
U. C. C.	16	25,81	7,3	4,47	4,69	35,06	8,98	25	3,5	42,92	6,93	46	5,16	24,5	4,03	35,94	5,47	21,38	4
U. T. M.	15	17,54	7,57	3,33	3,13	33,27	8,02	27,68	2,04	44,93	2,89	43,23	4,02	25,47	2,85	35,59	5,1	25,2	2,4
Med. Oncológica - 3	15	25,22	12,36	5,9	6,03	34,28	9,37	24,62	2,88	42,77	5,89	41,67	6,39	24,33	4,62	34,11	4,97	20,52	4,15
Cirurgia - 8	15	15,33	9,89	4,6	3,07	38,6	2,87	27,53	2,75	46,92	3,26	47,69	3,9	27,53	3,85	37,65	3,84	23,79	3,52
Pediatria	14	13,79	7,07	1,71	2,3	36,5	7,31	27,3	3,03	47,41	5	46,34	3,18	28,36	2,27	38,77	3,94	23,41	2,29
U. C. I. B.	13	18,31	7,61	3,77	3,27	36,4	5,42	27,15	2,64	45,23	3,68	45,03	4,5	27,2	2,31	39,62	2,33	22,85	3,56
Braquiterapia	13	24,38	9,22	4,85	3,44	37,46	6,24	26,15	3,87	44,77	5,57	42,18	6,38	23,62	4,05	35,37	5,22	22,69	3,84
Cirurgia - 6	11	29,82	8,8	6,45	5,15	29,91	7,03	24,02	2,94	38,91	2,66	43,12	3,49	22,18	3,4	32,72	1,94	20,73	2,45
Radioterapia	10	22,52	11,96	5,04	3,39	33,22	8,14	24,73	2,76	43,1	5,47	45,54	6,88	26,06	3,91	38,48	4,54	22,7	4,42
Nefrologia	10	21,22	9,15	5,2	3,01	29,22	5,83	25,9	3,11	43,3	7,24	45,97	5,38	25,7	4,37	35,79	3,65	21,1	3,48
Q. Particulares	9	26,56	8,26	4,22	3,23	37,22	6,78	24,22	2,44	39,33	4,47	44,59	4,92	20,11	3,22	33	3,04	20,67	4,58
Hospital de Dia	6	21,5	8,34	5	6,07	34,33	4,18	23,5	1,38	40,83	4,45	43,5	6,89	23,27	2,54	31	5,22	23,17	3,31
Centro de A. Social	5	13,2	3,9	2,2	3,03	38,6	9,4	27,4	3,05	43	5,05	50,6	3,91	25,8	5,26	35,18	3,27	20,6	2,7
Cirurgia - 9	2	23,5	7,78	1	0	32	12,73	24,5	3,54	40,5	4,95	47,5	2,12	24,5	0,71	35,5	2,12	21,42	0,6
Total	273	23,17	10,36	4,44	3,98	35,18	7,43	25,26	3,39	42,76	5,79	44,35	5,86	24,63	4,06	34,92	5,03	21,84	3,8

O quadro número 28 dá-nos conta dos resultados da análise das diferenças (modelo ANOVA) do MBI e do WOCCQ segundo a natureza do serviço onde os sujeitos exercem a sua actividade profissional. De referir que existem diferenças nas pontuações obtidas em todas as dimensões de ambas as escalas, com significado estatístico ao nível de $p \leq 0.01$, excepto na dimensão "Realização pessoal" do MBI, sendo essa significância estatística ao nível de $p \leq 0.05$.

Como se viu, pela análise do quadro 27, existem diferenças nos valores das médias encontradas nos diversos serviços em análise que aqui se demonstra terem significado estatístico. Este dado mostra-nos que de facto existem diferenças significativas quer nos níveis de *burnout* quer nos níveis de percepção do controlo sobre o trabalho consoante o serviço onde os enfermeiros exercem a sua actividade profissional.

Quadro 28 - Análise de variância das dimensões do MBI e do WOCCQ por serviço

Escalas	Dimensões	Fonte de variância	Soma dos quadrados	g l	Média dos quadrados	F	p
MBI	Exaustão emocional	Entre grupos	7222.987	18	401.277	4.638	.000
		Nos grupos	21977.058	254	86.524		
	Despersonalização	Entre grupos	571.763	18	31.765	2.158	.005
		Nos grupos	3738.594	254	14.719		
	Realização pessoal	Entre grupos	1742.465	18	96.804	1.852	.020
		Nos grupos	13278.938	254	52.279		
WOCCQ	Controlo sobre os recursos	Entre grupos	684.968	18	38.054	3.971	.000
		Nos grupos	2434.066	254	9.583		
	Controlo sobre a gestão da tarefa	Entre grupos	1872.312	18	104.017	3.650	.000
		Nos grupos	7237.481	254	28.494		
	Controlo sobre os riscos	Entre grupos	1180.644	18	65.591	2.041	.008
		Nos grupos	8160.924	254	32.130		
	Controlo sobre a planificação	Entre grupos	974.953	18	54.164	3.923	.000
		Nos grupos	3506.530	254	13.805		
	Controlo sobre o tempo	Entre grupos	1630.852	18	90.603	4.381	.000
		Nos grupos	5253.501	254	20.683		
	Controlo sobre o futuro	Entre grupos	846.511	18	47.028	3.883	.000
		Nos grupos	3076.073	254	12.111		

Intercorrelações entre as dimensões das escalas

No quadro 29 apresentamos os resultados das correlações entre as dimensões do MBI e do WOCCQ. Podemos observar que todas as dimensões das escalas de avaliação se correlacionam a um nível de significância aceitável para $p \leq 0.05$ e para $p \leq 0.01$ excepto os valores da correlação entre "Controlo sobre o tempo" e "Realização pessoal". Verifica-se que as dimensões do MBI que expressam sentimentos de esgotamento e atitudes frias e de indiferença (Exaustão emocional e Despersonalização) se correlacionam em sentido inverso (negativamente) e com significado estatístico com todas as dimensões de controlo sobre o trabalho do WOCCQ. Observa-se também que o controlo sobre o trabalho, em todas as dimensões avaliadas, se correlacionam positivamente (no mesmo sentido) e com significado estatístico com a realização pessoal sentida pelos enfermeiros.

Quadro 29 - Resultados das intercorrelações entre as dimensões das escalas MBI e WOCCQ

DIMENSÕES	EE	DP	RP	CRD	CGT	CR	CP	CT	CF
EE	-								
DP	.304**	-							
RP	-.119*	-.131*	-						
CRD	-.419**	-.225**	.275**	-					
CGT	-.560**	-.334**	.163**	.597**	-				
CR	-.343**	-.166**	.191**	.482**	.383**	-			
CP	-.431**	-.225**	.241**	.539**	.567**	.511**	-		
CT	-.429**	-.197**	.106	.466**	.509**	.439**	.477**	-	
CF	-.580**	-.206**	.126*	.377**	.479**	.262**	.326**	.350**	-
*p≤ 0.05					**p≤ 0.01				

Legenda:
EE - Exaustão emocional
DP - Despersonalização
RP - Realização pessoal
CRD - Controlo sobre os recursos disponíveis
CGT - Controlo sobre a gestão da tarefa
CRI - Controlo sobre os riscos
CP - Controlo sobre a planificação
CT - Controlo sobre a gestão do tempo
CF - Controlo sobre o futuro

2 - O controlo sobre o trabalho como predictor de *burnout*

No sentido de verificarmos a relação existente entre as dimensões do MBI e do WOCCQ, procedemos a uma análise de **regressão linear simples,** assumindo que os efeitos produzidos nas variáveis "Exaustão emocional", "Despersonalização" e "Realização pessoal" eram devidos às dimensões que compõem o WOCCQ. Dito de outra forma, procuramos com esta análise, fazer predições dos níveis de *burnout* com base nas pontuações obtidas na escala de avaliação das percepções de controlo sobre o trabalho.

Esta opção fundamentou-se no facto, tal como referido e demostrado no quadro anterior, de haver fortes indícios de que uma análise desta natureza nos levasse a aceitar a hipótese teórica de que o *burnout* é uma variável dependente do nível de controlo exercido pelos indivíduos sobre o trabalho.

O quadro 30 dá-nos conta dos resultados das análises referidas. Como se pode verificar, os efeitos produzidos na "Exaustão emocional" são devidos à variabilidade das dimensões que compõem o WOCCQ. Independentemente do valor de *t* obtido, todos eles são estatisticamente significativos para $p \leq 0.01$. Neste sentido aceita-se a hipótese de que a "Exaustão emocional" depende do controlo sobre a gestão dos recursos disponíveis, a gestão da tarefa, os riscos, a gestão do tempo, a planificação e do controlo sobre o futuro. Podemos dizer que para um aumento de controlo na globalidade corresponde uma diminuição na "Exaustão emocional".

Quadro 30 - Análise de regressão da variável "Exaustão emocional" com as dimensões de percepção de controlo sobre o trabalho

Variável dependente	Variáveis independentes	Coef. regr.	Desvio padrão	Beta	*t*	p
EXAUSTÃO EMOCIONAL	Controlo sobre os recursos disponíveis	55.592	4.300	-.419	12.928	.000
		-1.283	.169		-7.607	.000
	Controlo sobre a gestão da tarefa	66.065	3.887	-.560	16.998	.000
		-1.003	.090		-11.136	.000
	Controlo sobre os riscos	50.042	4.514	-.343	11.086	.000
		-.606	.101		-6.004	.000
	Controlo sobre a planificação	50.247	3.493	-.431	14.386	.000
		-1.099	.140		-7.856	.000
	Controlo sobre a gestão do tempo	53.999	3.987	-.429	13.543	.000
		-.883	.113		-7.810	.000
	Controlo sobre o futuro	57.725	2.994	-.580	19.281	.000
		-1.582	.135		-11.714	.000

Os resultados apresentados no quadro 31 dão-nos conta de que também a variável "Despersonalização" depende da percepção que os enfermeiros identificam sobre o controlo sobre o trabalho. Também aqui para um aumento do controlo corresponde uma diminuição da "Despersonalização". Assim aceitamos igualmente a hipótese de que para uma menor "Despersonalização" dos enfermeiros corresponde um maior controlo sobre a gestão dos recursos disponíveis, sobre a gestão da tarefa, sobre os riscos, a planificação, a gestão do tempo e sobre o futuro, para valores de *t* cuja significância se situa ao nível de p≤ 0.01.

Quadro 31 - Análise de regressão da variável "Despersonalização" com as dimensões de percepção de controlo sobre o trabalho

Variável dependente	Variáveis independentes	Coef. regr.	Desvio padrão	Beta	*t*	p
DESPERSONALIZAÇÃO	Controlo sobre os recursos disponíveis	11.133	1.773	-.225	6.279	.000
		-.265	.070		-3.807	.000
	Controlo sobre a gestão da tarefa	14.275	1.699	-.334	8.401	.000
		-.230	.039		-5.839	.000
	Controlo sobre os riscos	9.436	1.820	-.166	5.183	.000
		-.113	.041		-2.767	.006
	Controlo sobre a planificação	9.865	1.449	-.225	6.809	.000
		-.220	.058		-3.793	.000
	Controlo sobre a gestão do tempo	9.892	1.662	-.197	5.951	.000
		-.156	.047		-3.312	.001
	Controlo sobre o futuro	9.168	1.381	-.206	6.637	.000
		-.216	.062		-3.472	.001

O quadro 32 apresenta os resultados relativos à análise de regressão, tomando igualmente a dimensão "Realização pessoal" como variável dependente e as dimensões de controlo do WOCCQ como variáveis independentes. Da sua leitura podemos concluir que devemos aceitar a hipótese de que a um aumento do controlo corresponde um aumento da "Realização pessoal" para todas as dimensões da escala de avaliação do controlo excepto para a dimensão "Controlo sobre a gestão do tempo" uma vez que o valor de *t* (1.754) não tem significado estatístico ao nível de p≤ 0,05.

A realização pessoal dos enfermeiros correlaciona-se positivamente (varia no mesmo sentido) com o seu controlo sobre o trabalho, dado que os valores das correlações apresentam em todas as dimensões sinal positivo (+).

Quadro 32 - Análise de regressão da variável "Realização pessoal" com as dimensões de percepção de controlo sobre o trabalho

Variável dependente	Variáveis independentes	Coef. regr.	Desvio Padrão	Beta	*t*	p
REALIZAÇÃO PESSOAL	Controlo sobre os recursos disponíveis	19.914	3.266	.275	6.097	.000
		.604	.128		4.716	.000
	Controlo sobre a gestão da tarefa	26.213	3.320	.163	7.894	.000
		.210	.077		2.725	.007
	Controlo sobre os riscos	24.417	3.382	.191	7.219	.000
		.243	.076		3.209	.001
	Controlo sobre a planificação	24.318	2.694	.241	9.027	.000
		.441	.108		4.086	.000
	Controlo sobre a gestão do tempo	29.715	3.148	.106	9.440	.000
		.156	.089		1.754	.081
	Controlo sobre o futuro	29.812	2.615	.126	11.402	.000
		.246	.118		2.083	.038

CAPITULO VI

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Efectuamos neste capítulo a discussão dos resultados encontrados, descrevemos as possíveis implicações teóricas e práticas, tendo como pontos de referência a síntese bibliográfica produzida no primeiro capítulo sobre os conceitos em análise e a verificação das hipóteses formuladas. Por uma questão metodológica dividimo-lo em três secções: primeiro fazemos a discussão da análise de fidelidade dos instrumentos de medida comparativamente a outros estudos onde foram utilizados; segue-se a análise e discussão dos valores médios de *burnout* encontrados comparativamente a outros; por último orientamos a discussão dos resultados pela verificação das hipóteses formuladas.

O desenvolvimento desta pesquisa teve como principal objectivo analisar a relação do controlo sobre o trabalho dos enfermeiros em oncologia e o desenvolvimento da síndroma de *burnout*.

Pretendemos contribuir com alguns subsídios que reforcem a teoria defendida por alguns autores, de que existe uma relação inversa entre o controlo sobre o trabalho e o desenvolvimento de stresse laboral. Consequentemente terá também fortes implicações na instalação da síndroma de *burnout* decorrente do stresse ocupacional crónico (Maslach, 2000; Hansez, 1999; Shaufeli, 1999; Spector, 2000).

Efectuamos também a análise das propriedades métricas dos instrumentos utilizados como contribuição para a sua adaptação ao nosso contexto.

1 - A fidelidade dos instrumentos de medida

MBI

Talvez por ser a autora da escala de avaliação deste conceito mais utilizada internacionalmente, o MBI, a literatura cientifica associa muitas vezes o termo *burnout* a Cristina Maslach.

Embora não esteja validado para a população Portuguesa os resultados obtidos, pela avaliação da consistência interna, através da análise dos valores de *Alpha* de Cronbach da escala vão de encontro aos descritos no manual norteamericano de Maslach (1996) e aos de Shaufeli (1993).

Pela leitura do quadro 33 constatamos que os valores de *Alpha* encontrados se assemelham aos de outros estudos. Vejamos individualmente, para cada uma das três dimensões que compõem a escala MBI. O valor encontrado, para avaliação da "Exaustão emocional" (.85) pode considerar-se elevado. Podemos afirmar que o conjunto dos itens que compõem esta dimensão apresenta alta consistência interna e portanto válidos para avaliar a dimensão "Exaustão emocional".

Na dimensão "Despersonalização" foi eliminado um dos cinco itens, com o objectivo de melhorar os valores de *Alpha*. Esta subescala ficou composta por quatro itens e com um valor total de *Alpha* considerado por alguns autores como valor moderado de .52. Este valor situa-se cerca de dois pontos abaixo dos encontrados em outros estudos.

Tal como para a dimensão "Exaustão emocional" a subescala "Realização pessoal" manteve o número de itens da versão original. Pelo valor de *Alpha* encontrado (.73) concluímos que o conjunto destes itens são bons indicadores para medir o conceito "Realização pessoal". Comparativamente ao valor de *Alpha* de outros estudos consideramos o encontrado pela nossa análise bastante aceitável.

Quadro 33 - Comparação dos valores de *Alpha* de Cronbach do MBI com outros estudos

	EE	DP	RP
Shaufeli (1993)	.88	.71	.77
Maslach (1996)	.90	.79	.71
Do nosso estudo	.85	.52	.73

Tendo em consideração que a fidelidade interna de uma escala de medida constitui o principal critério para avaliar a sua qualidade e adequação, é uma importante

qualidade do processo de medição, ela define o grau de congruência com que um instrumento mede o atributo que pretende medir e que a uma maior fidelidade do instrumento corresponde um menor erro nos valores obtidos (Polit e Hungler, 1997; Page, 1993), podemos afirmar que o MBI se mostrou ser um instrumento válido para avaliar o *burnout*.

Os valores de correlação de Pearson encontrados entre as dimensões da escala reforçam a definição do conceito de *burnout* proposta por Maslach. A "Exaustão emocional" correlaciona-se positiva e fortemente com a "Despersonalização" e estas por sua vez correlacionam-se negativa e fortemente com a "Realização pessoal".

Não encontrámos nos estudos realizados em Portugal, utilizando o MBI referências à sua validade interna.

Queirós (1997) utilizou o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLID) como forma de validação concorrente dos resultados aferidos com o MBI. Esta estratégia assenta no pressuposto de que o *burnout* será uma síndroma depressiva.

Mendes (1996) utilizou o IACLID e o MBI e encontrou correlações positivas e significativas entre *burnout* e depressão. No seu estudo conclui que apesar das correlações encontradas, numa análise da variância explicada através dos quadrados da respectiva correlação, parece tratar-se de duas realidades distintas. Conclui ainda que "todo aquele indivíduo que se encontra numa situação desconfortável no seu trabalho e em relação à qual não sente minimamente a capacidade de controlo para a poder modificar, então não só tenderá a acusar níveis maiores de *burnout* como igualmente de depressão".

WOCCQ

Tal como fizemos para o MBI tomamos os mesmos procedimentos para a análise da consistência interna do WOCCQ. Dado ser um instrumento recente para a avaliação do controlo sobre o trabalho não encontramos outros resultados para procedermos a uma análise comparativa da sua fidelidade. Mesmo assim as nossas análises indicam-nos tratar-se de um instrumento fidedigno por ter uma boa consistência interna. O quadro 34 mostra-nos os valores de *Alpha* encontrados após os procedimentos de "depuração" efectuados situando-se esses valores entre .598 e .768.

Quadro 34 - Valores de *Alpha* encontrados para as dimensões do WOCCQ após depuração dos itens que não satisfizeram os critérios

Dimensões	***Alpha***
Controlo sobre os recursos disponíveis	.609
Controlo sobre a gestão da tarefa	.768
Controlo sobre os riscos	.674
Controlo sobre a planificação	.598
Controlo sobre o tempo	.725
Controlo sobre o futuro	.670

Consideramos os valores aceitáveis e podemos afirmar, tendo em conta as considerações tomadas para o MBI sobre a fidelidade de uma escala de avaliação, que o WOCCQ mostrou ser um instrumento válido para avaliar o controlo sobre o trabalho.

2 - Comparação dos valores médios de *burnout* com outros estudos

A revisão bibliográfica dá-nos conta de diversos estudos exploratórios e correlacionais sobre o *burnout* em profissionais da saúde. Interessa-nos particularmente analisar os que foram efectuados com amostras de enfermeiros.

Pela análise do quadro 35 podemos comparar os nossos resultados com os de outros nacionais e internacionais com enfermeiros. Em termos de pontuações médias e desvio padrão das três subescalas do MBI, verificamos existirem diferenças. Analisemos as três dimensões individualmente.

"Exaustão emocional"- Os valores médio encontrados mostram-se elevados comparativamente aos realizados noutros países. Essa diferença acentua-se em comparação com os valores médios dos estudos realizados com enfermeiros em Portugal. Devemos considerar que as amostras destes estudos provêm de ambientes hospitalares diferentes.

"Despersonalização"- Os valores médios encontrados são bastante próximos dos estudos realizados com amostras de enfermeiros Portugueses. Comparados com os encontrados em estudos internacionais são bastante inferiores.

"Realização pessoal" – Encontrámos no nosso estudo valores médios semelhantes aos de outras pesquisas nacionais. Em estudos realizados com enfermeiros alemães esta dimensão apresenta valores médios inferiores. Por outro lado, em

enfermeiros de um hospital universitário americano, os valores médios nesta dimensão são bastante mais elevados.

Tabela 3 - Comparação dos valores médios e desvio padrão do MBI encontrados no nosso estudo com outros nacionais e internacionais com amostras de enfermeiros

Autor	Proveniência da amostra	N	Exaustão emocional		Despersonalização		Realização pessoal	
			Média	DP	Média	DP	Média	DP
Queirós (1997)	Psiquiatria	30	13.49	7.833	4.27	3.61	33.50	7.34
	Cuidados intensivos	30	18.33	10.67	4.93	4.11	35.43	5.41
	Neurologia	30	13.80	8.50	4.07	8.50	33.73	8.27
Mendes (1996)	Psiquiatria	147	15.17	9.2	4.63	4.20	36.26	8.04
Glass (1993)	Hospital Universitário	159	20.00	9.99	5.71	4.82	37.00	6.84
Schmitz (2000)	Hospital Alemão	361	19.60	11.00	10.60	5.50	31.00	6.90
O nosso estudo (2001)	IPO-Porto	273	23.17	10.36	4.44	3.98	35.18	7.43

Considerando que a dimensão "Exaustão emocional" é a componente mais importante, a que mais contribui para o *burnout*, podemos afirmar que os enfermeiros da nossa amostra são aqueles que, de entre as amostras comparadas, apresentam índices de *burnout* mais elevados.

Por se tratar de enfermeiros em ambientes hospitalares distintos, e porque foi utilizado o mesmo instrumento de medida para avaliar o *burnout*, concluímos que os enfermeiros em oncologia se sentem mais exaustos emocionalmente comparativamente aos enfermeiros de todos os estudos consultados.

3 - Verificação das hipóteses formuladas

Partimos para este estudo com a evidência empírica, suportada pela pesquisa bibliográfica, que o controlo sobre o trabalho se relaciona significativamente e indirectamente com o *burnout*.

Formulámos à partida duas hipóteses que pretendemos verificar. Uma hipótese central com três hipóteses subsidiárias e uma segunda hipótese:

Hipótese 1 - Os enfermeiros que percepcionam um maior controlo sobre o trabalho têm menos probabilidades de vir a sofrer de *burnout*.

Subsidiariamente e desmontando a relação do controlo sobre o trabalho com as três dimensões do conceito de *burnout* propusemo-nos demonstrar que:

a) os enfermeiros que percepcionam um maior controlo sobre o trabalho sentem-se menos esgotados emocionalmente do que aqueles que percepcionam um menor controlo;

b) os enfermeiros que percepcionam um maior controlo sobre o trabalho desenvolvem menos atitudes e sentimentos de indiferença no seu trabalho (menos despersonalização) do que aqueles que percepcionam um menor controlo;

c) os enfermeiros que percepcionam um maior controlo sobre o trabalho sentem-se mais realizados do que aqueles que percepcionam um menor controlo.

Hipótese 2 - Os factores de natureza profissional exercem maior influência sobre o *burnout* do que os de natureza sociodemográfica.

Vejamos em primeiro lugar as três hipóteses subsidiárias para chegarmos à hipótese central do estudo. De seguida analisaremos a segunda hipótese.

Assim, tal como vimos no quadro 30 do capítulo V (pág. 112), através dos resultados da análise de regressão efectuada, tomando o *burnout* como variável dependente e as dimensões do controlo sobre o trabalho como variáveis independentes, verificamos que a "Exaustão emocional" depende do controlo sobre o trabalho. Independentemente do valor de *t* obtido, todos eles são estatisticamente significativos para $p \leq 0.01$. Verificamos que para um aumento do controlo na globalidade corresponde uma diminuição na dimensão "Exaustão emocional". O que vai de encontro ao defendido por alguns autores. Maslach, (2000); Shaufeli, (1999); Glass e cols. (1993) e Glass e McKnight (1995) demonstraram existirem fortes relações entre a falta de controlo e exaustão emocional. Também Marin (1995) salienta que os sentimentos da falta de controlo no pessoal de enfermagem parecem estar claramente ligados com sentimentos de esgotamento emocional.

Poderemos, então, afirmar que a hipótese 1.a) se verifica pois constatamos que os enfermeiros que percepcionam um maior controlo sobre o trabalho sentem-se menos esgotados emocionalmente do que aqueles que percepcionam um menor controlo.

Relativamente à relação do controlo com a dimensão "Despersonalização", reportando-nos aos resultados da análise de regressão efectuada no capítulo V e apresentados no quadro 31 (pág. 113), verificamos que a "Despersonalização" depende da percepção que os enfermeiros têm do controlo sobre o seu trabalho. Para um aumento do controlo corresponde uma diminuição da "Despersonalização", para valores de *t* cuja significância se situa ao nível de $p \leq 0.01$.

A relação entre a despersonalização e controlo sobre o trabalho não é mencionada nos resultados das pesquisas consultadas. Os autores referem-se, na maioria, à globalidade da síndroma nas suas três dimensões. Consideramos por isso que os resultados encontrados em relação às três dimensões do *burnout* confirmam os resultados de Maslach (2000); Shaufeli (1999); Glass e cols. (1993) e Glass e McKnight (1995).

Assim, poderemos concluir que a hipótese 1.b) se verifica. Observamos que os enfermeiros que percepcionam um maior controlo sobre o trabalho desenvolvem menos atitudes e sentimentos de indiferença e afastamento emocional do que aqueles que percepcionam um menor controlo.

Quanto à acção do controlo percebido pelos enfermeiros sobre a dimensão "Realização pessoal", observando os resultados relativos à análise de regressão tomando esta como variável dependente e as dimensões do controlo como variáveis independentes, apresentada no quadro 32 do capítulo V (pág. 114), aceita-se que para um aumento do controlo corresponde um aumento da "Realização pessoal". A realização pessoal dos enfermeiros correlaciona-se positivamente, varia no mesmo sentido, com o controlo sobre o trabalho.

Poderemos, assim, sustentar que a hipótese 1.c) se verifica. Demonstramos que os enfermeiros que percepcionam um maior controlo sobre o trabalho sentem-se mais realizados do que aqueles que percepcionam um menor controlo.

A descrição do conceito de *burnout* numa perspectiva multidimensional parece ser consensual. As suas dimensões, correlacionam-se entre si. A um aumento da exaustão emocional e da despersonalização corresponde uma diminuição da realização pessoal. Os resultados encontrados no nosso estudo vão de encontro ao modelo de *burnout* proposto por Maslach. As dimensões que concorrem para o *burnout* são a exaustão emocional e a despersonalização. Correlacionam-se positivamente entre si, variam no mesmo sentido. Por outro lado a realização pessoal varia no sentido inverso

destas. Elaborámos um diagrama correlacional (figura 4, Anexo I) com o objectivo de visualizarmos o modo como se intercorrealicionam as dimensões do *burnout* bem como as correlações com as dimensões do controlo sobre o trabalho.

A realização pessoal tem sido descrita como uma realidade externa ao constructo e que pode não constituir uma dimensão do *burnout* mas funcionar como uma variável amortecedora do efeito dos factores situacionais, carga física, mental e relacional e outras (Queirós 1997). Os resultados do nosso estudo vão de encontro ao modelo proposto por Maslach. Não podemos subscrever as conclusões de Queirós, encontramos correlações positivas e com significado estatístico entre despersonalização e exaustão emocional e correlações negativas, estatisticamente significativas, entre realização pessoal e as duas dimensões concorrentes para o *burnout*.

Tendo em consideração que se verificam as hipóteses subsidiárias formuladas, podemos sustentar que a hipótese central do nosso estudo, a mais importante, se verifica também. Os resultados da análise de regressão indicam-nos que para um **aumento do controlo** sobre o trabalho corresponde uma **diminuição da exaustão emocional e da despersonalização** e ao mesmo tempo um **aumento da realização pessoal.**

Poderemos afirmar, com base nos resultados obtidos, que os enfermeiros que percepcionam um maior controlo sobre o trabalho terão menos probabilidades de vir a sofrer de *burnout*.

A análise da relação do *burnout* com outros constructos tem incidido maioritariamente sobre a exaustão emocional e a realização pessoal por serem as mais características. Neste estudo, ao analisarmos as relações das dimensões da síndroma com o controlo sobre o trabalho, os resultados vão de encontro aos de Maslach (2000); Shaufeli (1999); Glass e cols. (1993) e Glass e McKnight (1995). Tal como nós encontraram associações entre *burnout*, na sua globalidade, com o controlo sobre o trabalho. Referem-se não só à exaustão emocional mas também à despersonalização e à realização pessoal.

Com o objectivo de tentar verificar a segunda hipótese pretendemos analisar a influência que os factores sociodemográficas e profissionais exercem sobre os níveis de *burnout*. O conhecimento neste âmbito indica-nos que os factores de natureza situacional, relacional e laboral contribuem de forma mais relevante para o *burnout* do que os factores pessoais (Maslach, 2000; Garcia, 1990). Queirós (1997) sugere na sua

pesquisa que se considere o cruzamento alargado de variáveis pessoais e situacionais relacionadas com o trabalho. Pines e Aronson (1989), sustentam que as causas desta síndroma se investiguem nas condições de trabalho.

Mendes (1996) sugere ainda que "o ponto principal da pesquisa se deve centrar no indivíduo e não no ambiente". Encontrou no seu estudo fortes correlações entre *locus* de controlo e *burnout*. Maslach (2000) e Garcia (1990) consideram que alguns factores individuais devem ser considerados na sua avaliação. A idade, o sexo e o estado civil são sugeridos como factores que o podem favorecer em menor ou maior intensidade.

No nosso estudo foi analisada a influência de algumas variáveis sobre os níveis de *burnout* como passamos a explicar.

Quanto ao sexo, o grupo dos homens apresenta valores médios mais elevados do que as mulheres apenas na dimensão "Despersonalização". Dados que não corroboram os de Maslach, encontrados nos testes de validação do MBI em que as mulheres apresentaram valores médios de *burnout* mais elevados do que os homens. Por outro lado, os nossos resultados vão de encontro aos de Cahoon e Rowney (1984) cit. por Garcia (1990). Encontraram níveis de *burnout* mais elevados no grupo dos homens num estudo utilizando o MBI numa amostra de indivíduos com cargos de gestão.

Relativamente à idade, no nosso estudo, encontramos correlações positivas e com significado estatístico com a dimensão "Realização pessoal". Podemos referir que à medida que a idade avança se verifica um aumento de realização pessoal. Considerando esta dimensão como um conceito contrário ao *burnout* parece que a idade se relaciona no sentido inverso deste. Na opinião de Maslach (2000) e Shaufeli (1999) à medida que a idade avança o indivíduo vai adquirindo maior segurança na realização das tarefas e menos vulnerabilidade às tensões laborais. As correlações encontradas entre a idade e as dimensões "Exaustão emocional" e "Despersonalização" não nos permitem confirmar esta teoria. Elas mostram-se fracas e sem significado estatístico.

Saliente-se ainda o facto de termos encontrado correlações positivas, ainda que fracas mas com significado estatístico, entre "Exaustão emocional" e a variável "Tempo de exercício na instituição", o que, de alguma maneira, contraria a ideia anterior de Maslach e Shaufeli. Os enfermeiros que trabalham há mais tempo na instituição parecem sentir-se mais exaustos emocionalmente.

Ao verificar-se esta tendência, os níveis de exaustão emocional aumentarem com os anos de trabalho na instituição, poderemos encaminharmo-nos para um aumento na

mudança (rotatividade) destes profissionais. Pois como refere Shaufeli, relativamente às correlações encontradas entre *burnout* e comportamento organizacional (previsões de mudança do actual serviço dos enfermeiros), o aumento dos níveis de exaustão emocional prevêem uma mudança de serviço em cinco anos. O autor refere também que a relação do *burnout* com as intenções de mudança é mais forte do que com a mudança real. Estes dados sugerem-nos que à medida que o tempo de serviço vai aumentando, aumenta também a exaustão emocional e estes profissionais terão tendência a permanecer nos seus serviços com relutância.

Alguns autores são de opinião que a síndroma de *burnout* é característica dos anos iniciais da actividade profissional, em parte motivado pelas expectativas irrealistas com que estes profissionais iniciam a sua actividade, ideais elevados, grande motivação e investimento pessoal (Freudenberger, 1974; Marin, 1995; Pines e Aronson, 1989; Vaz Serra, 1999). Os nossos resultados não o confirmam. A exaustão emocional e a despersonalização encontram-se associadas ao aumento dos anos de serviço. A primeira correlaciona-se positivamente e com significado estatístico com o tempo de serviço na instituição. Paradoxalmente, a realização pessoal também aumenta com a idade e com o tempo de exercício na profissão.

Quanto ao estado civil, Chubin (1978), cit. por Garcia (1990), refere que o casamento pode proporcionar apoio capaz de atenuar a tendência para vir a sofrer de *burnout*. No nosso estudo não pudemos confirmar esta ideia. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de enfermeiros quanto ao estado civil.

Relativamente às áreas de especialização dos enfermeiros foram encontradas diferenças com significado estatístico entre os grupos de enfermeiros especialistas para a dimensão "Despersonalização". Os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação apresentam valores médios superiores nesta dimensão, contrastando com os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica apresentando valores bastante inferiores.

O tipo de horário que parece estar mais relacionado com níveis mais elevados de *burnout* é o horário fixo de 35 horas. As diferenças são estatisticamente significativas entre os grupos constituídos para esta variável. Os enfermeiros que praticam este tipo de horário apresentam valores médios superiores nas duas dimensões que concorrem para a síndroma. Os valores encontrados para o horário fixo de 35 horas situam-se

dentro do nível elevado de *burnout*, segundo os valores de referência do normativo norteamericano.

A variável "Serviço onde os enfermeiros exercem a sua actividade profissional" apresenta diferenças estatisticamente significativas para as dimensões "Exaustão emocional" e "Despersonalização". O mesmo não acontece para a dimensão "Realização pessoal". Parece-nos que os níveis de *burnout* variam consoante o serviço onde os enfermeiros exercem a sua actividade profissional. Os resultados indicam-nos que os enfermeiros de alguns serviços atingem valores de exaustão emocional elevados segundo os valores de referência.

Concluímos que o "Serviço onde os enfermeiros exercem a sua actividade profissional" é, das variáveis analisadas, a que mais força exerce na oscilação dos níveis de *burnout*. Esta influência actua ao mesmo tempo sobre as duas dimensões que concorrem para a síndroma, exaustão emocional e despersonalização.

Os enfermeiros de alguns serviços parecem sentir-se mais exaustos emocionalmente e aparentam desenvolver mais atitudes e sentimentos de indiferença e afastamento emocional em relação aos doentes e colegas do que os de outros.

Somos levados a pensar que a forma particular como cada serviço se organiza em redor do objectivo de prestar assistência aos doentes poderá ter alguma implicação na explicação deste facto. À partida todos os serviços se regulam pelo mesmo conjunto de directrizes organizacionais em termos de funcionamento global. O que pode variar é o planeamento diário dos cuidados de enfermagem. Embora se saiba que em alguns serviços, como por exemplo na consulta externa, onde os níveis de *burnout* atingem valores muito elevados, os cuidados de enfermagem assumem uma dimensão burocrática, característica de um serviço com um movimento de doentes elevado. Desta forma corroboramos a ideia de Marin (1995). Sustém que a exaustão emocional se torna mais elevada no pessoal que está mais submetido a problemas burocráticos.

Não encontramos na nossa amostra diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de enfermeiros quanto às habilitações literárias, categoria profissional e natureza do vínculo à instituição.

Embora estes dados não nos permitam verificar de todo a nossa segunda hipótese, a verdade é que os níveis de *burnout* nos sujeitos da amostra parecem variar mais com factores de natureza profissional como sejam, as áreas de especialização, o tipo de horário e o serviço onde trabalham, do que com os factores de natureza

sociodemográfica aqui analisados. Uma vez que estes ou não exercem qualquer influência ou interferem apenas em uma das dimensões que concorrem para o *burnout*; principalmente na "Despersonalização" e nunca na "Exaustão emocional", que é a principal componente do *burnout*, e também nunca nas duas em simultâneo como acontece com a variável "Serviço onde os enfermeiros exercem a sua actividade profissional".

4 - Implicações do estudo para a prática

Deparamo-nos por vezes com a crença de que os enfermeiros são imunes à doença pelo facto de deterem conhecimentos no campo vasto da saúde. Contudo sabemos que o conhecimento não substitui a necessidade de apoio, principalmente quando se trata de lidar com emoções, sofrimento e inclusive com a morte. Apesar de o fenómeno de *burnout* ser ainda pouco conhecido entre nós é frequente a sua associação à enfermagem oncológica. Os resultados desta pesquisa monitorizam esta problemática no IPO-Porto. Revelam-nos que em enfermagem oncológica o *burnout* assume proporções preocupantes. Particularmente em alguns serviços desta unidade hospitalar onde os níveis de *burnout* são elevados comparativamente a outros estudos e aos valores de referência do normativo.

Os achados descritos nesta pesquisa são reveladores de que se torna necessário e urgente reflectir sobre esta problemática neste grupo de enfermeiros, de forma a implementar medidas que permitam reduzir a exaustão emocional. Enfermeiros exaustos, com tendência para desenvolverem atitudes disfuncionais de indiferença e distanciamento emocional dos seus doentes, colegas de trabalho e organização, terão certamente um desempenho deficitário ao nível da qualidade dos cuidados, com custos acrescidos para a organização e prejuízo, também, para o funcionamento pessoal e familiar.

Consideramos que este trabalho pode contribuir com dados importantes para necessidade do planeamento de medidas preventivas ao nível organizacional.

Torna-se evidente a necessidade de uma intervenção, que se desejaria implementada a curto prazo, com o objectivo de providenciar estratégias com vista à eliminação ou redução das características stressantes do trabalho dos enfermeiros e o

melhoramento das condições em que desenvolvem a sua actividade profissional por forma a aumentar o seu bem estar laboral.

Parece clara a ideia de que a melhor forma de aumentar a satisfação dos doentes é aumentar a satisfação e o bem estar de quem os ajuda.

Enfermeiros com disponibilidade emocional para lidar com o sofrimento dos doentes, para estabelecerem contactos interpessoais assertivos com os seus colegas e outros elementos da equipe multidisciplinar, com a possibilidade de participarem activamente nas tomadas de decisão e com um maior controlo sobre aspectos particulares do seu trabalho tenderão, certamente, a desenvolver atitudes de maior compromisso com a organização, o que se traduzirá em níveis inferiores de *burnout*.

Parece-nos também importante pensar o planeamento de programas de saúde orientados para a redução dos níveis de stresse nos enfermeiros. Em alguns países é frequente a realização de cursos e seminários sobre stresse e *burnout* como forma de sensibilizar os profissionais de enfermagem para esta realidade.

A análise ponderada dos aspectos do controlo, susceptíveis de se poderem implementar medidas ao nível organizacional, como sejam: redistribuição e reorganização das tarefas, redução dos riscos, participação dos profissionais nas tomadas de decisão, e distribuição do pessoal de acordo com as necessidades dos serviços, algumas das quais são dimensões do controlo sobre o trabalho por nós analisadas, poderá, de alguma forma, ajudar no planeamento de medidas preventivas.

5 - Limitações e sugestões

Tendo presente as contingências decorrentes da transposição do uso de instrumentos de avaliação com a especificidade do MBI e do WOCCQ do contexto em que foram criados, bem como os riscos de que se reveste o contributo do nosso estudo para a validação destes instrumentos para o nosso contexto cultural, os resultados obtidos sugerem que, embora apresentem qualidades métricas favoráveis, necessitarão de análises posteriores.

A avaliação dos conceitos em análise poderia ter incluído outros aspectos que não contemplámos; qualidade de vida no trabalho, depressão, tomada de decisão entre outros.

No nosso estudo foi efectuada uma análise transversal que se pode revestir de possíveis enviesamentos originados por factores imprevisíveis circunstanciais. Verificou-se uma relação inversa entre o controlo sobre o trabalho e a síndroma de *burnout*. Análises posteriores das relações entre os constructos poderiam tornar mais sustentáveis as nossas conclusões.

Será importante também considerar que a amostra deste estudo exerce a sua actividade profissional numa área especifica. Especificidade que não foi objecto de análise. A enfermagem oncológica, na opinião de alguns autores é uma área particularmente stressante. O facto de os cuidados prestados se dirigirem a indivíduos com patologia crónica, em protocolos de tratamentos com efeitos secundários na maioria das vezes incontroláveis e de prognóstico reservado, pode de alguma forma condicionar o controlo sobre o trabalho dos enfermeiros.

Pensamos por isso que seria importante em futuros estudos avaliar até que ponto o factor incontrolabilidade da doença e dos efeitos secundários dos tratamentos interfere com o controlo e o *burnout* nos enfermeiros. No entanto a experiência em outros hospitais, gerais e centrais, diz-nos que os enfermeiros frequentemente se deparam com situações em tudo semelhantes aos de oncologia. Grande percentagem dos doentes internados em serviços de medicina, cirurgia e outras especialidades têm problemas oncológicos. A realidade do fenómeno não será assim tão diferente. Parece-nos por isso bastante provável que a relação do controlo sobre o trabalho com o *burnout* nos enfermeiros de outros contextos seja semelhante, mas só verificáveis em estudos comparativos.

Por termos encontrarmos níveis de *burnout* elevados segundo o normativo norteamericano com diferenças significativas em alguns serviços somos levados a pensar que deveríamos, em paralelo, ter analisado as diferenças existentes entre os serviços por forma a poder fornecer outras explicações.

Sugerimos também no planeamento de futuros estudos a avaliação de aspectos de personalidade por ex. o *locus* de controlo.

A análise dos factores de natureza pessoal que poderão estar implicados no aparecimento da síndroma e na variabilidade do controlo sobre o trabalho parece revelar-se importante para melhor sustentar os resultados da investigação nesta área.

6 - Conclusões

Partimos para esta pesquisa do pressuposto que existe uma relação inversa entre o controlo sobre o trabalho e o desenvolvimento de *burnout*. Neste estudo demonstrámos que nos enfermeiros do IPO-Porto também essa relação se verifica.

No global podemos seguramente afirmar que os enfermeiros que percepcionam um maior controlo sobre o seu trabalho se sentem menos exaustos emocionalmente, desenvolvem menos sentimentos e atitude de indiferença e afastamento psicológico para com os seus doentes e colegas, e, sentem-se mais realizados pessoalmente. Tenderão a desenvolver mais sentimentos de eficácia e consequentemente a assumir um maior compromisso com o trabalho, ficando assim menos vulneráveis ao *burnout*.

Encontrámos ainda uma variação significativa dos níveis de exaustão emocional, a principal componente da síndroma, segundo os serviços onde os enfermeiros exercem a sua actividade profissional.

Em alguns serviços (consultas externas, cirurgia-6 e cirurgia-7), os níveis são considerados elevados comparativamente a outros estudos nacionais e internacionais. Em média, os enfermeiros do IPO-Porto sentem-se mais exaustos emocionalmente quando comparados com os enfermeiros de outros estudos.

Quanto à realização pessoal e à despersonalização poderemos dizer que os valores médios encontrados se assemelham aos de outras pesquisas com enfermeiros.

O *burnout* é descrito como uma manifestação de stresse ocupacional crónico. O stresse no trabalho é um problema que atravessa praticamente todos os grupos da população activa, sendo considerado provavelmente um dos maiores problemas de saúde no local de trabalho, particularmente nos enfermeiros. É prejudicial para os profissionais e pode interferir grandemente no relacionamento com os doentes, colegas e o funcionamento da organização. Acarreta custos para todos os intervenientes, devendo ser prevenido e combatido.

Todas as medidas que se tomem para prevenir ou ajudar os enfermeiros a lidar com o *burnout* serão insuficientes para garantir não só a qualidade dos cuidados, mas também, a própria saúde dos profissionais.

O desenvolvimento de estratégias de *coping*, a partilha de emoções, a formação de grupos de auto-ajuda e o envolvimento dos profissionais nas tomadas de decisão são

descritos como áreas preferenciais de intervenção num plano de prevenção e gestão do stresse ocupacional.

Este trabalho alerta-nos para a importância do controlo sobre o trabalho no processo de desenvolvimento do *burnout*. Porque fica descrita a sua associação com o fenómeno, poderia ser uma área onde actuar preventivamente. Criando formas de motivar os profissionais a participarem nas tomadas de decisão ligadas directamente às suas tarefas, ou a redefinição da organização do trabalho de modo a dar aos enfermeiros a possibilidade de melhor controlarem algumas áreas da sua actividade. O sentimento de terem um papel activo no funcionamento da organização, de alguma forma, levaria os profissionais a desenvolverem um maior compromisso com o seu trabalho.

Uma organização que promove activamente o compromisso dos seus trabalhadores torna-se uma organização mais eficaz.

Parece-nos que o importante não é eliminar os problemas, mas antes, como criar novas possibilidades de os prevenir.

No sentido de contribuirmos para a qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros do IPO-Porto e consequentemente dos cuidados de enfermagem prestados ao doente oncológico, daremos conta dos nossos resultados e sugestões a todos os que contribuíram para este estudo, particularmente à direcção da instituição.

O desafio para o pessoal que trata doentes com patologias crónicas, sobretudo quando são terminais, é manter a sua sensibilidade e a sua destreza profissional ao mesmo tempo que prevenir os sentimentos de esgotamento pelo contacto directo com a dor e a morte. Este desafio torna-se mais fácil e menos stressante quando os profissionais se aceitam a si mesmos como seres humanos e, portanto, conhecem os seus limites. Não são uma fonte inesgotável de sensibilidade nem fisicamente incansáveis. As suas necessidades vão muito mais além das suas tarefas profissionais.

O stresse é uma parte indispensável da vida e devemos aprender a viver com ele sem comprometer a saúde individual. O afecto e a motivação pelo exercício da enfermagem em oncologia não alimentam o *burnout* se soubermos gerir adequadamente a nossa entrega.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, S. A. *et al.* (1996) - *Provas psicológicas em Portugal.* Associação dos psicólogos Portugueses, Braga.

Aronson, G. (1989) - Dimensions of control as related to work organization, stress and health. *International Journal of Health Services*, 19 (3), 459-468.

Baldwin, J. P. (1999) - Nursing, *in Stress in Health Professionals*. Edited by Jenny Firth-Cozens and Roy Payne.

Berthon, M. N. *et al.* (1995) - Stress, coping et epuissement profissionel (burnout) chez les infermières chargées de personnes en fin de vie. *Aprendizagem e desenvolvimento*. 4, (15-16), 157-164.

Bruchon-Schwitzer, M. (2001) - Lieu de Contrôle et Santé. *Psichiatrie, Enciclopédie Médico-Chirurgicale*, 37-032-A-35.

Bryman, A. & Cramer, D. (1992) - *Análise de dados em ciências sociais. Introdução às técnicas utilizando o SPSS.* Oeiras: Celta Editora.

Canals, J. (1993) - La imagen femenina de la enfermeria. Condicionantes Socioculturales de la profession de Cuidar. *Revista Rol de Enfermeria*,172, 29 - 33.

Carapinheiro, G.; Lopes, N. M. (1997) - *Recursos e condições de trabalho dos Enfermeiros Portugueses – Estudo Sociográfico de âmbito nacional.* Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Carvalho, R (1988) - O médico do trabalho e o stress ocupacional. *Psiquiatria clínica*, 9, (4), 293-300.

Catalan, J. *et al.* (1996) - The psychological impact on staff of caring for people with serious diseases: the case of HIV infection and oncology. *Journal of Psychosomatic Research,* 40, (4), 425-435.

Cooper, C. L. (2000) - *Theories of organizational stress.* Oxford University Press.

Cooper, C. L. & Cartwright, S. (1997) - *Managing workplace Stress.* SAGE Publications, California, USA.

Damásio, A. (1995) - *O erro de Decartes: emoção, razão e cérebro humano.* Publicações Europa-América.

Dejours, C. (1987) - *A loucura do trabalho - Estudo de psicopatologia do trabalho.* Cortez Editora, São Paulo, Brasil.

English Dictionary, London, Collins Cobuild, (1995), 217.

Esteves, M.R.S.P. (1996) - Autoconceito profissional dos enfermeiros - um estudo diferencial. Tese apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Ferreira, F. C. M. L. (1996) - *Stress em Enfermeiros de oncologia, cuidados intensivos e bloco operatório: estudo de alguns factores individuais no seu desenvolvimento.* Dissertação de Mestrado em Saúde Ocupacional apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Ferreira, T. J. R. (1997) - *Factores de stress nos enfermeiros de unidades especializadas em toxicodependência.* Dissertação de mestrado em Ciências da Educação da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Figueiredo, M. & Soares, V. (1999) - Stress em profissionais de saúde – um programa de intervenção. *Psiquiatria Clínica*, 20, 51-61.

Fortin, M. F. (1996) - *O processo de investigação: da concepção à realização.* Lusociência.

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

Gameiro, J. (1992) - *Voando Sobre a Psiquiatria.* Edições Afrontamento, Porto.

Garcia, M. (1990) - Burnout professional en organizaciones. *Boletin de psicologia*, 29, 7- 27.

Gil, A. C. (1991) - *Métodos e técnicas de pesquisa social.* Editora Atlas S. A., São Paulo, Brasil.

Glass, D. C. *et al.* (1993) - Depression, Burnout and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 61, (1), 147-155.

Glass, D. C.; McKnight, J. D. (1995) - Perceptions of Control, Burnout and Depressive Symptomatology: A Replication and Extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, (3), 490-494.

Golombok, S. & Ruste, J. (1992) - *Modern psychometrics. The science of psychological Assessment.* 2.ª ed., New York, Routledge.

Gomes, A. M. J. C. A. (1993) - As atitudes dos enfermeiros perante a doença grave Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Gomes, A. M. J. C. A. (1996) - *Os profissionais de saúde perante a doença grave.* Psiquiatria Clínica, 17, (3), 209-211.

Guitiérrez García, J. M. (1998) - La promoción del eustrés. *Psicologia.COM.* http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num1/art_3.htm [1 Febrero 1998].

Hansez, I. (1999) - *Le WOCCQ - Working Conditions and Control Questionaire.* Service de Psychologie du Travail de L'Université de Liège. (cedido pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, não publicada).

Hare, J. *et al.* (1998) - Predictors of burnout in professional and paraprofessionals nurses working in hospitals and nursing homes. *International journal of Nursing studies,* 2, 105-115.

Holand, J. C. & Roland, J. H. (1990) - *Handbook of Psychooncology: psychological care of the patient with cancer.* Oxford University Press.

Jansen, P. G. M. (1996) - The efects of job caracteristics and individual caracacteristics on job satisfaction and burnout in community nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 33, (4), 407- 421.

Labrador, J. & Crespo, M. (1994) - Evaluacion del estréss; *in Evaluacion conductal hoy: un enfoque para el cambio en psicologia clínica e de la salud.* Balesteros, R. F. Ediciones Pirámide, Madrid.

Leal, F. P. L. (1996) - *Stress e burnout.* Dissertação de Mestrado em Saúde Ocupacional apresentada à Faculdade de Medicina da universidade de Coimbra.

Lemos, F. (1995) - Distúrbio de stress pós-traumático: alguns aspectos comparativos entre crianças, adolescentes e adultos. *Psiquiatria Clínica*, 16, (1), 47-55.

Lazarus, S. R. & Folkman, S. (1986) - *Estrés y processos cognitivos.* Barcelona: Ediciones Martinez Roca S. A.

Lazarus, S. R. (1991) - *Emotion & Adaptation.* Oxford Universiti press, Oxford, USA.

Leddy, S. & Pepper, Y. M. (1993) - *Conceptual Bases of Conceptual Nursing,* (3ª ed). London, J. B. Lipincott Company.

Loff, A. M. (1987) - Levantamento sobre situações de risco profissional no pessoal de enfermagem. SEP, *Cadernos de divulgação*, 1.

Loff, A. M. (1996) - Co-dependência e dependência nos enfermeiros. *Dossier Saúde e Desenvolvimento*. Coimbra, Edição Formasau.

Loff, A. M. (2000) - Risco e penosidade no exercício da enfermagem oncológica. *Enfermagem Oncológica*. 15, 8-18.

Marin, J. R. (1995) - La calidad de vida de los profissionales sanitarios: "quemarse" en el trabajo. *Psicología social de la salud.* Editorial síntesis, Madrid.

Martins, P.; Martins, A. C. (1999) - O regime de horário de trabalho e a vida social e doméstica: satisfação e estratégias de *coping* - um estudo numa amostra de enfermeiros. *Análise Psicológica,* 3, (XVII), 529-546.

Maslach, C.; Jackson, S. E.; Leiter, M. P. (1996) - *Maslach Burnout Inventory manual,* 3ª ed. Consulting psychologists press, Inc., Palo Alto, California, USA.

Maslach, C.; Leiter, M. P. (1997) - *The Trouth About Burnout - How organizations cause personal stress and what to do about it.* Jossey-Bass Publishers, San Francisco.

Maslach, C. (1997) - Burnout in health professionals *in Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge University Press, (275-278).

Maslach, C. (2000) - A multidimensional Theory of Burnout, *in Theories of organizational stress*. Edited by Gary L. Cooper.

McDermott, D. (1984) - Professional burnout and its relation to job caracteristics, satisfaction, and control. *Journal of Human Stress*, Summer 1984, 79-85.

McIntyre, T. M. (1994) - Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*. 2-3, (XII), 193-200.

McIntyre, T. M. *et al.* (1999) - Respostas de stress e recursos de coping nos enfemeiros. *Análise psicológica*, 3, (17), 513-527.

McIntyre, T. M. & Vila-Chã, C. (1995) - *O sofrimento do doente* – leituras multidisciplinares. s. l.

Mendes, A. C. (1996) - Sindrome de burn-out em enfermeiros de psiquiatria: Contributo para o estudo dos factores do ambiente e da pessoa para o seu desenvolvimento. *In Dossier Saúde e Desenvolvimento*. Coimbra: Edição Formasau.

Molina, O. F. (1996) - *Estresse no cotidiano*. Pancast editora, São Paulo, Brasil.

Mouro, C. *et al.* (2000) - Factores preventivos e indutores de *burnout* nos enfermeiros da U. T.I.C. do hospital de Santa Maria: estudo de caso. *Actas do 3º Congresso nacional de Psicologia e Saúde*. Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada. 185-196.

Newberry, B.; Jaikins-Madden, J. E.; Gerstenberger, T. J. (1991) - *A holistic conceptualization of stress and disease*. AMS Press, New York.

Neto, F. (1998) - *Psicologia Social*. Universidade Aberta.

Wilkinson, S. (1990) - Identificação dos principais factores de *stress* em enfermagem oncológica. *Boletim sindical*, SEP, 2, 48-55 (Tradução de Ana Margarida Loff).

OMS (1981) - *Les risques professionnels dans les hôpitaux*. Rapports et études EURO 80.

OMS (1999) - *La prévention primaire des troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux.*

Page, M. G. (1993) - *Elementos de psicometria.* 1.ª ed., Madrid, Endema.

Parreira, P. D.; Sousa, F. C. (2000) - Contacto com a morte e sindroma de Burnout: estudo comparativo em três grupos de enfermeiros em oncologia. *Investigação em Enfermagem,* 1, 17-23.

Patrick, G. M. J., *et al.* (1996). The effects of job characteristics and individual characteristics on job satisfaction and burnout in community nursing. *International Journal of Nursing Studies,* 33, (4), 407-421.

Pines, A.; Aronson, E. (1989) - *Career Burnout: Causes and cures.* New York, The free Press. 80-96.

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1997) – *Investigacion cientifica en Ciencias de la Salud.* McGraw-Hill Interamericana.

Queirós, P. J. P. (1997) - *Burnout em enfermeiros: Comparação de três grupos.* Dissertação de mestrado em Saúde Ocupacional apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Ravazi, D. *et al.* (1993) - The effects of a 24-h Psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in Oncology: a randomised study. *European Journal of Cancer,* 29 A, 13, 1858-1863.

Ribeiro, J. L. P. (1999) - *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde.* Lisboa, Climepsi Editores.

Rodrigo, M. L. (1995) - Estrés de los profissionales en enfermeria - Sobre qué o quién repercute? *Revista ROL de Enfermeria,* 201, 65-68.

Sá, E. (1996) - A especificidade da enfermagem oncológica. *Enfermagem Oncológica*. 0, 15-18.

Sagehomme, D. (1997) - *Por um trabalho melhor - Guia de análise das condições de trabalho no meio hospitalar*. Manual Sinais vitais, Edição Formasau.

Sarafino, E. P. (1990) - *Health psychology: bio psychosocial interactions*. John Willey & Sons.

Shaufeli, W. (1999) - Burnout, *in Stress in Health Professionals*. Edited by Jenny firth-Cozens and Roy Pane.

Schaufeli, W. B. & Dierendonck, D. (1993) - The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 641-647.

Shaufeli, W. (1992) - Relatório sobre o seminário da Federação Europeia do Pessoal dos Serviços Públicos, "EUROFEDOP" - O esgotamento (*burnout*) no sector dos cuidados de saúde - uma perspectiva europeia.

Serra, A. V. (1988) – Atribuição e auto-conceito. *Psychologica*, 1, 127-141.

Serra, A. V. (1999) - *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra.

Schmitz, N.; Neumann, W.; Oppermann, R. (2000) - Stress, burnout and locus of control in German nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 95-99.

Söderfeldt, B., *et al.*(1996) - Psychosocial work environment in human service organizations: a conceptual analyses and development of the demand-control model. *Social Science Medicine*, 42, (9), 1217-1226.

Spector, P. E. (2000) - A Control Theory of the Job Stress Process, *in Theories of organizational Stress*. Edited by Garry L. Cooper.

Teixeira, J. M. (1991) - *Depressão e trabalho*. Directim.

Uva, A. S. & Faria M. (1995) - Principais factores de risco de origem profissional. *Jornal de desinfecção hospitalar*. 31, 11-15.

Uva, A. S. & Faria M. (1995) - Principais factores de risco de origem profissional. *Jornal de desinfecção hospitalar*. 32, 6-11.

Uva, A. S. & Faria M. (1995) - Principais factores de risco de origem profissional. *Jornal de desinfecção hospitalar*. 33, 10-12.

Uva, A. S. (1999) - Subsídios só para alguns. *Semana médica*. 28.

Vives, J. F. (1994) - Respuesta emocional al estrés laboral. *Revista ROL de Enfermeria*, 186, 31-39.

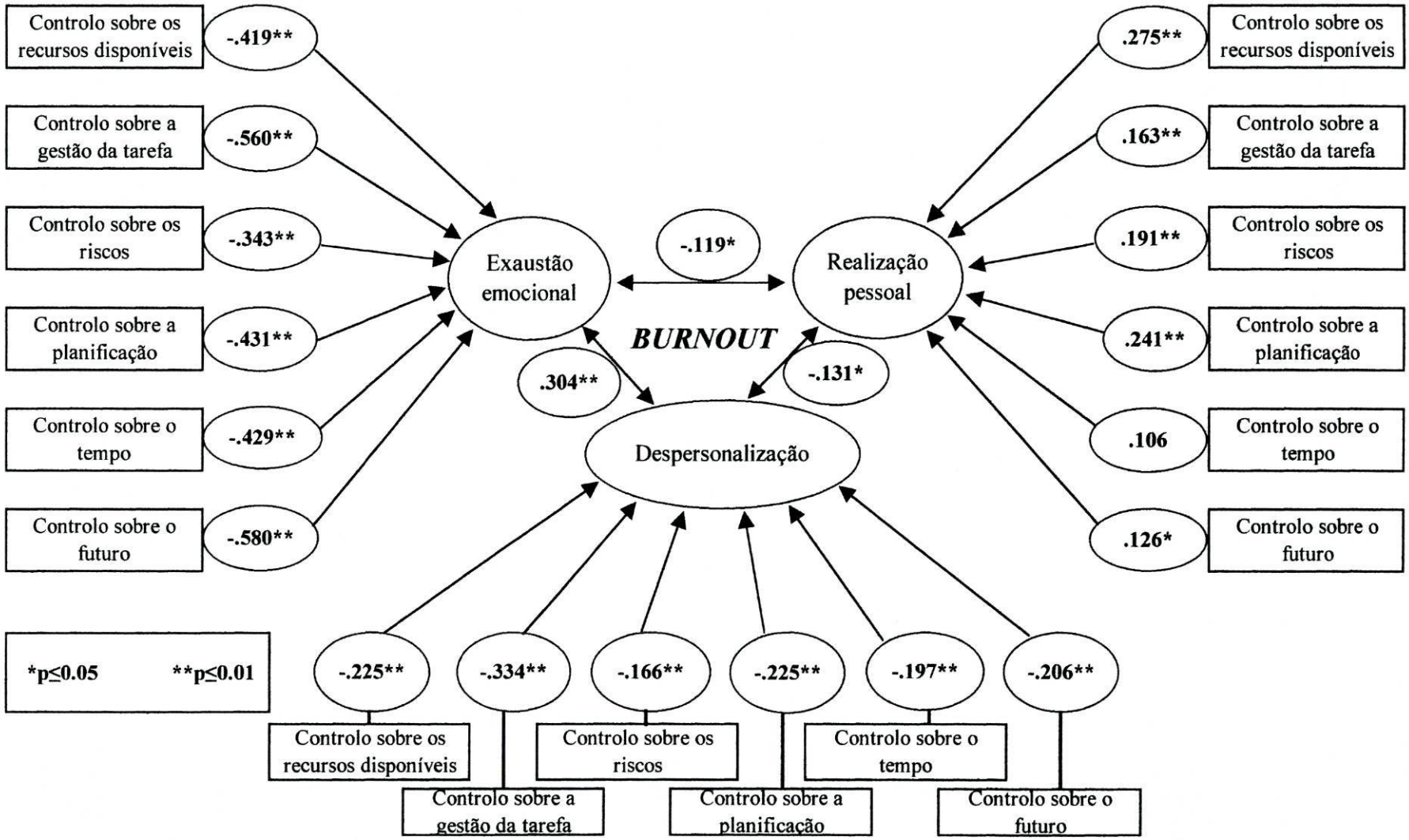
Wilkinson, S. (1990) - Identificação dos principais factores de risco em enfermagem Oncológica. Boletim sindical SEP.

Wilkinson, S. (1995) - The changing pressures for cancer nurses. *European Journal of Cancer Care*. 2, (4), 86-93.

ANEXOS

ANEXO I – DIAGRAMA CORRELACIONAL

Figura 4 - Diagrama correlacional



ANEXO II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

A Enf. Directora
01/04/19
Autorizado
20.04.2001

Psicologia Médica

Telefone: 22 502 3963

Fax: 22 508 80 11

e-mail: psyche@esoterica.pt

Exmo Sr Presidente do Conselho de Administração

do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional do Porto

Eu abaixo assinado, enfermeiro a exercer funções no centro de apoio social desta instituição e aluno do VI Curso de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, depois de completar a parte lectiva, encontro-me na fase de elaboração da tese de dissertação na área do *burnout* com o tema " O *burnout* e as condições de trabalho nos enfermeiros em Oncologia", sob a orientação do Sr. Prof. Doutor João Barreto.

Burnout é um conceito desenvolvido por Maslash e Jackson em 1981 sendo conceptualizado como um cansaço emocional que leva a uma perda de motivação podendo progredir para sentimentos de inadequação e fracasso. É composto por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

Venho assim solicitar a V.ª Ex.cia autorização para recolher dados, através de questionário de autopreenchimento, pelos Enfermeiros dos serviços dessa instituição.

O objectivo geral do estudo é estabelecer correlações entre a percepção do nível de controle das condições de trabalho e as manifestações do síndroma de "burnout".

As conclusões do estudo serão facultadas ao centro de formação ou à direcção do IPO, consoante for do vosso interesse.

Junto envio:

-um exemplar do modelo de colheita de dados a usar;

-o desenho do estudo;

-carta a ser enviada à comissão de ética se V.Exia entender ser necessário o parecer da mesma.

Certo de que este pedido irá encontrar a melhor receptividade da vossa parte, apresento os meus melhores cumprimentos.

Porto, 18 de Abril de 2001.

Luís Octávio de Sá

Enfº Luís Octávio de Sá

Orientado pelo Sr. Prof. João Barreto

27434

01 04 19

DE 141
2001/04/2

ANEXO III – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

"O *BURNOUT* E O CONTROLO SOBRE O TRABALHO NOS ENFERMEIROS EM ONCOLOGIA"

Elaborado por:
Luís Octávio de Sá

PORTO 2001

Caro/a colega:

Estou a frequentar o Curso de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental e escolhi como tema da minha dissertação : " O *burnout* e o controlo sobre o trabalho nos Enfermeiros em oncologia ".

Burnout é um conceito desenvolvido por Maslash e Jackson em 1981 sendo conceptualizado como um cansaço emocional que leva a uma perda de motivação podendo progredir para sentimentos de inadequação e fracasso. É composto por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

O objectivo deste estudo é analisar as correlações existentes entre *burnout* e o controlo sobre o trabalho nos enfermeiros em oncologia.

Pretendo também analisar algumas variáveis pessoais, como idade, sexo, categoria profissional, tempo de exercício e tipo de horário.

Este questionário é dirigido a todos os enfermeiros desta instituição que, voluntariamente, queiram participar no estudo.

Peço-lhe que responda segundo as instruções que lhe vão sendo dadas ao longo do mesmo.

É formado por três partes. Em primeiro lugar são feitas algumas questões sobre o trabalho. Segue-se uma escala de avaliação do *burnout* e por ultimo algumas questões sobre a caracterização socioprofissional.

As respostas são confidenciais e anónimas. Não escreva o seu nome em qualquer local deste questionário. As conclusões deste estudo estarão disponíveis a partir de Julho de 2001 na direcção de enfermagem.

A sua colaboração é imprescindível para tornar possível esta pesquisa.

Por favor responda a cada questão com o máximo de rigor, espontaneidade e objectividade.

É importante que responda a todas as questões.

Obrigado pela sua disponibilidade e atenção.

Enfº. Luís Octávio de Sá

PARTE I QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CONTROLO SOBRE O TRABALHO

Instruções de preenchimento

Leia atentamente cada frase e responda o mais espontaneamente possível.

Para cada frase circule o número que mais se adequa à sua situação.
Se eventualmente se enganar coloque uma cruz (X) e assinale a resposta seleccionada.

		NUNCA OU MUITO RARAMENTE	ESPORADICAMENTE	REGULARMENTE	SEMPRE OU QUASE SEMPRE
1	Eu participo na tomada de decisões que dizem directamente respeito às minhas tarefas.	1	2	3	4
2	Eu sei exactamente o que os meus colegas esperam de mim durante o trabalho.	1	2	3	4
3	Eu estou exposto(a) a "agressões".	1	2	3	4
4	Eu conheço o meu horário, pelo menos com um mês de antecedência.	1	2	3	4
5	Eu devo trabalhar muito intensamente e sem relaxar.	1	2	3	4
6	Eu posso determinar por mim quando um procedimento deve ser executado.	1	2	3	4
7	Eu trabalho a um nível que não corresponde ao meu nível de competência.	1	2	3	4
8	Em caso de incidente eu consigo reorganizar o meu trabalho de uma forma satisfatória.	1	2	3	4
9	Eu posso abandonar momentaneamente as minhas tarefas, sem qualquer inconveniente.	1	2	3	4
10	Eu posso adaptar o meu ritmo de trabalho.	1	2	3	4
11	O meu trabalho impede-me de desenvolver os meus conhecimentos e competências particulares.	1	2	3	4
12	Eu sei distinguir correctamente o que é ou não da minha responsabilidade.	1	2	3	4
13	Qualquer erro no meu trabalho pode colocar a vida de terceiros em risco.	1	2	3	4
14	Eu decido sozinho(a) quando desejo tirar férias.	1	2	3	4
15	Eu termino o meu trabalho em casa por falta de tempo.	1	2	3	4
16	Eu tenho que aplicar um grau de conhecimentos que ultrapassa as minhas qualificações.	1	2	3	4
17	A avaliação feita regularmente ao meu trabalho permite ajustar-me melhor aos objectivos da instituição.	1	2	3	4
18	Eu beneficio de estabilidade no emprego.	1	2	3	4
19	Os acontecimentos imprevistos impedem-me de cumprir o meu trabalho como estava programado.	1	2	3	4
20	Eu posso dispor de tempo para mim no meu trabalho.	1	2	3	4
21	Eu devo continuar a minha formação para melhorar o meu desempenho.	1	2	3	4
22	Eu disponho de uma descrição clara das minhas tarefas.	1	2	3	4
23	Eu posso influenciar o futuro dos meus colegas.	1	2	3	4
24	Eu não posso ignorar tarefas que devem ser todas feitas ao mesmo tempo.	1	2	3	4
25	Eu faço horas extraordinárias porque há trabalho urgente para terminar.	1	2	3	4
26	Eu sinto dificuldades porque o meu trabalho se tornou mais complexo com o passar do tempo.	1	2	3	4
27	As circunstâncias não me permitem aplicar os procedimentos normais de trabalho.	1	2	3	4

		NUNCA OU MUITO RARAMENTE	ESPORADICAMENTE	REGULARMENTE	SEMPRE OU QUASE SEMPRE
28	Todo e qualquer erro no meu trabalho pode resultar em perdas de material ou equipamento caro.	1	2	3	4
29	Eu conheço com antecedência os procedimentos de trabalho de uma nova tarefa que me seja atribuída.	1	2	3	4
30	Eu tenho de trabalhar muito rapidamente dado o pouco tempo de que disponho.	1	2	3	4
31	Os meus chefes orientam-me se eu tiver dificuldades.	1	2	3	4
32	Eu tenho uma palavra a dizer sobre a maneira como o trabalho deve ser feito.	1	2	3	4
33	Eu posso controlar a iluminação do meu posto de trabalho.	1	2	3	4
34	Eu posso prever, logo pela manhã, a maneira como o meu dia de trabalho se vai passar.	1	2	3	4
35	Eu posso facilmente fazer uma pausa.	1	2	3	4
36	Sou ajudado(a) pelos meus colegas se tiver um problema.	1	2	3	4
37	Eu recebo ordens contraditórias.	1	2	3	4
38	Eu estou exposto(a) a um nível de ruído muito elevado.	1	2	3	4
39	O trabalho não está distribuído de forma igual na minha equipa.	1	2	3	4
40	Eu tenho horários compatíveis com a minha vida familiar.	1	2	3	4
41	Eu sei onde encontrar as informações necessárias para executar o meu trabalho ou tomar uma decisão.	1	2	3	4
42	Eu estou em conflito com os meus chefes.	1	2	3	4
43	Eu estou exposto a um nível de humidade muito elevado.	1	2	3	4
44	Não tenho normas claras quanto ao modo como devo trabalhar.	1	2	3	4
45	O meu trabalho amontoa-se sem que eu consiga recuperar o atraso.	1	2	3	4
46	Sou importunado(a) por pessoas com expectativas diferentes relativamente ao meu trabalho.	1	2	3	4
47	Sou incomodado(a) pela poeira no meu local de trabalho.	1	2	3	4
48	Impõem-me procedimentos rígidos para realizar o meu trabalho.	1	2	3	4
49	Os meus colegas dependem do meu ritmo de trabalho.	1	2	3	4
50	O relacionamento tenso com os meus colegas afecta o cumprimento das tarefas.	1	2	3	4
51	Estou sujeito a temperaturas extremas no meu local de trabalho.	1	2	3	4
52	O meu trabalho é repartido igualmente ao longo do ano.	1	2	3	4
53	Sou independente do ritmo de trabalho dos meus colegas.	1	2	3	4
54	São-me atribuídas tarefas que não correspondem á minha função.	1	2	3	4
55	Sou incomodado(a) pela presença de odores desagradáveis.	1	2	3	4
56	Devo coordenar-me estreitamente com os meus colegas para atingir os objectivos traçados.	1	2	3	4
57	Tenho que executar diferentes tarefas ao mesmo tempo.	1	2	3	4

		NUNCA OU MUITO RARAMENTE	ESPORADICAMENTE	REGULARMENTE	SEMPRE OU QUASE SEMPRE
58	Os outros não se dão conta do que eu faço realmente.	1	2	3	4
59	Estou exposto(a) a riscos químicos.	1	2	3	4
60	Tenho tanto a fazer que "não tenho mãos a medir".	1	2	3	4
61	Estou de acordo com as opiniões e princípios gerais da instituição em que trabalho.	1	2	3	4
62	Estou exposto(a) a radiações perigosas para a saúde.	1	2	3	4
63	A minha sobrecarga de trabalho impede-me de fazer um trabalho de qualidade.	1	2	3	4
64	Disponho do material necessário para executar correctamente o meu trabalho.	1	2	3	4
65	Encontro-me numa situação em que o risco de trabalho é baixo.	1	2	3	4
66	A minha remuneração é muito baixa em relação aos serviços que presto.	1	2	3	4
67	Posso tomar medidas que diminuam a penosidade do meu trabalho.	1	2	3	4
68	Os meus constrangimentos profissionais afectam negativamente a qualidade da minha vida familiar.	1	2	3	4
69	Tenho uma palavra a dizer quanto à disposição e organização do meu posto de trabalho.	1	2	3	4

EM QUE MEDIDA PENSA NAS IDEIAS ABAIXO INDICADAS ?

		NUNCA	ESPORADICAMENTE	REGULARMENTE	SEMPRE OU QUASE SEMPRE
70	Eu acredito no futuro da minha profissão.	1	2	3	4
71	Conjugando o esforço de todos, podemos ainda influenciar a evolução do mercado de trabalho.	1	2	3	4
72	Eu temo pelo futuro dos jovens de hoje.	1	2	3	4
73	Há cada vez menos emprego e nós não podemos fazer nada.	1	2	3	4
74	Aguardo com impaciência a idade da reforma.	1	2	3	4
75	Tenho a sensação de ser profissionalmente bem sucedido.	1	2	3	4
76	Tenho confiança na sociedade.	1	2	3	4
77	Tenho vontade de deixar tudo e partir.	1	2	3	4
78	Com o tempo consigo resolver todos os problemas que tenho no trabalho.	1	2	3	4
79	Tenho a impressão, que o trabalho está sempre a degradar-se a todos os níveis.	1	2	3	4
80	Sinto-me um joguete das circunstâncias.	1	2	3	4

PARTE II QUESTIONÁRIO SOBRE SENTIMENTOS EM RELAÇÃO AO TRABALHO

Instruções de preenchimento:

Por favor leia cuidadosamente os 22 enunciados que se seguem.

Todos se referem a sensações relacionadas com o seu trabalho e à maneira como se sente no seu emprego. Não há respostas melhores ou piores; a resposta correcta é aquela que exprime com veracidade a sua própria experiência. O seu objectivo é contribuir para o conhecimento das suas condições de trabalho e o seu nível de satisfação.

A cada uma das frases deve responder consoante a frequência com que tem esse sentimento.

Circule o numero que mais se adequa à sua situação.

		Nunca	Algumas vezes por ano	Todos os meses	Algumas vezes por mês	Todas as semanas	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1	Sinto-me emocionalmente esgotado(a) pelo meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
2	Sinto-me cansado(a) no final do meu dia de trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
3	Sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
4	Compreendo facilmente como se sentem os meus doentes.	0	1	2	3	4	5	6
5	Sinto que trato alguns doentes como se fossem "objectos" impessoais.	0	1	2	3	4	5	6
6	Trabalhar todo o dia com doentes esgota-me bastante.	0	1	2	3	4	5	6
7	Lido de uma forma muito eficaz com os problemas dos meus doentes.	0	1	2	3	4	5	6
8	Sinto-me esgotado(a) pelo meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
9	Sinto que influencio positivamente a vida dos outros com o meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
10	Desde que comecei este trabalho tornei-me mais insensível para com as pessoas.	0	1	2	3	4	5	6
11	Preocupa-me que este trabalho me endureça emocionalmente.	0	1	2	3	4	5	6
12	Sinto-me cheio de energia.	0	1	2	3	4	5	6

		Nunca	Algumas vezes por ano	Todos os meses	Algumas vezes por mês	Todas as semanas	Algumas vezes por semana	Todos os dias
13	Sinto-me frustado com o trabalho que realizo.	0	1	2	3	4	5	6
14	Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no meu emprego.	0	1	2	3	4	5	6
15	Não me importo grandemente com o que acontece aos meus doentes.	0	1	2	3	4	5	6
16	Trabalhar directamente com pessoas faz-me sentir demasiado em stress.	0	1	2	3	4	5	6
17	Posso criar facilmente uma atmosfera relaxante com os meus doentes.	0	1	2	3	4	5	6
18	Sinto-me estimulado após trabalhar ao pé dos meus doentes.	0	1	2	3	4	5	6
19	Tenho realizado muitas coisas válidas no trabalho que desempenho.	0	1	2	3	4	5	6
20	Sinto-me no limite das minhas forças.	0	1	2	3	4	5	6
21	No meu trabalho lido com problemas emocionais com muita calma.	0	1	2	3	4	5	6
22	Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.	0	1	2	3	4	5	6

PARTE III CARACTERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL

Assinale com uma cruz **(X)** a resposta que for adequada ou complete-a se for caso disso, nos seguintes elementos de caracterização:

Toda a informação é confidencial.

DADOS PESSOAIS

1-Sexo:

Masculino..... ☐ Feminino..... ☐

2- Idade:_____Anos

3- Estado civil:

Casado(a)..... ☐

Solteiro(a)..... ☐

Divorciado (a) / Separado(a)..... ☐

Viuvo(a)..... ☐

4- Habilitações:

Curso geral de enfermagem..... ☐

Bacharelato em enfermagem..... ☐

Licenciatura em enfermagem..... ☐

Especialização em enfermagem..... ☐

Área de especialização:_____

5- Categoria profissional:

Enfermeiro..... ☐

Enfermeiro graduado..... ☐

Enfermeiro especialista..... ☐

Enfermeiro Chefe..... ☐

6- Tempo de exercício:

Na profissão_____Anos

Na instituição_____Anos

No actual serviço_____Anos

7- Natureza do vínculo à instituição:

Quadro..... ☐

Contrato..... ☐

8- Tipo de horário:

Fixo 35 horas..... ☐

Prolongado fixo..... ☐

Por turnos 35 horas..... ☐

Prolongado por turnos..... ☐

9- Durante o último semestre alguma vez faltou ao trabalho por se sentir desgastado (queimado) emocionalmente pelo trabalho?

Sim..... ☐ Quantas vezes?_____ Quantos dias?_____

Não..... ☐

Por favor reveja todo o questionário e verifique se preencheu todos os campos de resposta

Obrigado pela sua colaboração.