escola superior de enfermagem de coimbra

VI CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Burnout nos Enfermeiros do Bloco Operatório

Maria Assunção Almeida Albuquerque

Coimbra, junho de 2018

escola superior de enfermagem de coimbra

VI CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Burnout nos Enfermeiros do Bloco Operatório

Maria Assunção Almeida Albuquerque

Orientador: Professor Doutor Luís Sarnadas, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, junho de 2018

"O *Burnout* é equivalente ao copo de água que vai enchendo gota a gota e que, a certo momento, transborda."

Cristina Queirós

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial ao meu marido e à minha mãe, que me apoiaram incondicionalmente. Ao Professor Doutor Luís Sarnadas, pela orientação na análise e correção, ao longo de todo o trabalho de investigação. Às equipas de Enfermagem dos Blocos Operatórios Centrais do CHUC, pelo entusiasmo demonstrado e excelente colaboração. Um agradecimento especial à minha amiga e colega Ana pela preciosa ajuda, e a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, o meu muito obrigada!

ABREVIATURAS E SIGLAS

AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN- *The Association of periOperative Registered Nurses*

BO- Bloco Operatório

BOC- Bloco Operatório Central

CBI- *Copenhagen Burnout Inventory*

CBI-PT- Versão Portuguesa do Copenhagen *Burnout* Inventory

CESQT- *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo*

CHUC- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Doi- *Digital Object Identifier*

EAST-Enf- Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros

EEER- Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

EORNA- *European Operating Room Nurses Association*

EPE- Entidades Públicas Empresariais

ESEnfC- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

HUC- Hospitais da Universidade de Coimbra

ICN- *International Council of Nurses*

MBI- *Maslach Burnout Inventory*

MBI-ES- *Maslach Burnout Inventory- Educators Survey*

MBI-GS- *Maslach Burnout Inventory- General Survey*

MBI-HSS- *Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey*

P.- Página

PDS- Plataforma de Dados da Saúde

PP.- Páginas

PUMA- Projeto de *Burnout*, Motivação e Satisfação no Trabalho

SB- Síndrome de *Burnout*

SBR- Satisfação com Benefícios e Recompensas

Sch- Satisfação no Relacionamento com o Chefe

SCom- Satisfação com a Comunicação

SCT- Satisfação com o Contexto de Trabalho

SE- Satisfação no Relacionamento com a Equipa

SP- Satisfação com Promoção

SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*

SQT- *Síndrome de Quemarse por el Trabajo*

UCPA- Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

RESUMO

Os enfermeiros do Bloco Operatório estão sujeitos a momentos de insatisfação, *stress*, tensões emocionais e relacionais, que poderão levar ao aparecimento de *Burnout*. Assim, pretende-se desenvolver o tema "*Burnout* nos Enfermeiros do Bloco Operatório". Este estudo tem como objetivos avaliar os níveis de *Burnout* nos Enfermeiros do BO, determinar a influência de fatores sociodemográficos, identificar a influência de fatores profissionais, avaliar a influência da satisfação profissional, e verificar a relação entre a satisfação profissional e os níveis de *Burnout* nos enfermeiros do BO. Enquadra-se no paradigma da investigação quantitativa, de natureza descritivo-correlacional e transversal. A amostra, não probabilística por conveniência, foi constituída por um total de 106 enfermeiros. Na recolha de dados utiliza-se o questionário dividido em três partes: um questionário elaborado pelo autor referente aos aspetos sociodemográficos e profissionais, o *Copenhagen Burnout Inventory*- versão portuguesa (CBI-PT) (Fonte, 2011), e a Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros (EAST-Enf) (Ferreira e Loureiro, 2012). Esta investigação tem como local de recolha de dados os BOC do CHUC- EPE (HUC, HG e HP), e a colheita de dados concretizou-se de novembro a dezembro de 2016. A investigação obteve parecer favorável pela Comissão de Ética para a Saúde do CHUC, e autorização do Conselho de Administração do CHUC. O tratamento estatístico foi efetuado através do programa SPSS na versão 24.0 para Windows. Os resultados obtidos mostram não existir influência do género, idade, estado civil e habilitações literárias, nos níveis de *Burnout* dos enfermeiros do BO. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$), nas variáveis profissionais mudança de profissão, instituição e serviço, e na classificação da atividade. Os enfermeiros que responderam mudar de profissão ou instituição, apresentam significativamente níveis de *Burnout* superiores nas dimensões pessoal, trabalho e clientes, enquanto os enfermeiros que responderam mudar de serviço, apresentam níveis superiores de *Burnout* apenas nas dimensões, pessoal e do trabalho. Relativamente à classificação da atividade, parece existir uma associação estatisticamente significativa ($p<0,05$) entre os níveis elevados de *Burnout* pessoal e do trabalho com classificação da atividade "menos boa", assim como uma associação entre a ausência de níveis elevados de *Burnout* pessoal e no trabalho com a classificação da atividade "muito boa". Relativamente à relação entre a satisfação profissional e os níveis de *Burnout,* pode verificar-se globalmente que os níveis de satisfação mais baixos concorrem para a existência de níveis elevados de *Burnout*

pessoal, trabalho e clientes. De acordo com a EAST-Enf, a Sch e a SCT, apresentam diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$), consoante os níveis de *burnout* pessoal, trabalho e clientes. A SBR, a SP e a Scom, apresentam diferenças estatisticamente significativas apenas nos níveis de *burnout* pessoal e trabalho. A SE, apresenta diferenças estatisticamente significativas só no *burnout* do trabalho. O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve preconizar a vigilância e controlo dos níveis de *Burnout*, e das alterações da satisfação profissional, essenciais à qualidade dos cuidados prestados, e qualidade de vida em geral dos enfermeiros, numa lógica de produção de conhecimento que facilite o desenho de programas de intervenção.

Palavras-Chave:Burnout;Enfermeiros;BlocoOperatório

ABSTRACT

Operating room (OR) nurses are subject to moments of dissatisfaction, *stress*, emotional and interpersonal tensions, which could lead to a state of *Burnout*. Being a current and vital theme, this work is focused on the subject "*Burnout* on operating room nurses". The present study aims at evaluating the *Burnout* levels of these professionals, determine the influence of sociodemographic and professional factors on the *Burnout* state, as well as the influence of professional satisfaction on these nurses, consequently concluding on the relationship between work satisfaction and *Burnout* levels on OR nurses. The present work fits in the quantitative research embodiment, as it presents a correlational study of descriptive and transversal nature. The survey included a total of 106 nurses (65 BOC-HUC nurses, 18 BOC-HG and 23 BOC-HP). Data collection was achieved through a questionnaire including sociodemographic, professional and individual information, the Copenhagen *Burnout* Inventory (CBI) (Fonte, 2011), and the Assessment for Evaluation of Nurses Professional Satisfaction (*Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros* - EASPE) (Ferreira e Loureiro, 2012). The current research was conducted in CHUC-EPE, more specifically on the BOC of the HUC, HG and HP, being performed during the months of November and December of 2016. This investigation obtained a favorable opinion by the Ethic Commission for Health of the CHUC and was authorized by the Administration board of CHUC. Statistical analysis was conducted through SPSS programme (Windows version 24.0). In the inferential analysis, the results show that there is no influence of socio-demographic variables (gender, age, marital *status* and literacy) in the Burnout levels of BO nurses. In the professional variables, there is no influence of the professional category, the exercise of functions outside the CHUC, the weekly workload, the type of schedule, the link, the time spent in the profession / institution / service and the time elapsed since the last vacations, in the levels of *burnout* in the nurses of the BO. Nurses who responded that changed their profession or institution, have significantly higher Burnout levels in all dimensions (staff, work, clients), while nurses who changed jobs have higher *burnout* levels only in personal and work dimensions. Regarding the classification of the activity, there seems to be an association between the high levels of personal Burnout and the work with classification of the "less good" activity, as well as an association between the absence of high levels of personal Burnout and at work with the classification of the activity "Very good". Regarding the relationship between job satisfaction and Burnout levels in BO nurses, it can be verified globally that lower levels of satisfaction contribute to the

existence of high levels of Burnout. According to EAST-Enf, Sch and SCT present statistically significant differences, depending on the levels of *burnout* (staff, work and clients). SBR, SP and Scom show statistically significant differences with personal and work *burnout* levels. The SE, presents statistically significant differences only in work *burnout*. In the provision of differentiated care to the patient and family, in a critical situation or in manifest organic or multiorgan failure, the nurse specialist in Medical-Surgical Nursing should always keep in mind the acquisition and deepening of scientific, technical, human and cultural competences. In this context, it is necessary to recommend the monitoring and control of *Burnout* levels and changes in job satisfaction, essential to good professional performance. The deepening of this theme aims to contribute to the reflection on the characteristics and consequences of *Burnout* in Nurses of the Operative Block, in a logic of knowledge production that facilitates the design of intervention programs.

Keywords: *Burnout*; Nurses; Operating Room

ÍNDICE DE TABELAS

Pág.

Tabela 1- Identificação das subescalas do CBI-PT 84

Tabela 2- Estatísticas relativas à idade dos enfermeiros, segundo o sexo 92

Tabela 3- Estatísticas descritivas do estado civil dos enfermeiros, segundo o sexo ... 92

Tabela 4- Estatísticas descritivas das habilitações literárias dos enfermeiros, segundo o sexo 93

Tabela 5- Estatísticas descritivas da categoria profissional, vínculo e serviço dos enfermeiros, segundo o sexo 94

Tabela 6- Estatísticas descritivas do exercício de funções dos enfermeiros noutro serviço e respetiva carga horária semanal, segundo o sexo 95

Tabela 7- Estatísticas descritivas da carga horária e tipo de horário praticados pelos enfermeiros, segundo o sexo 95

Tabela 8- Estatísticas relativas ao tempo de exercício de funções dos enfermeiros, segundo o sexo 96

Tabela 9- Estatísticas descritivas das intenções dos enfermeiros relativas à mudança de profissão/instituição/serviço, segundo o sexo 97

Tabela 10- Estatísticas relativas ao tempo (em meses) desde as últimas férias dos enfermeiros, segundo o sexo 97

Tabela 11- Estatísticas descritivas da classificação da atividade desempenhada pelos enfermeiros no serviço, segundo o sexo 98

Tabela 12- Estatísticas relativas à Satisfação Profissional dos enfermeiros, segundo o sexo 99

Tabela 13- Estatísticas relativas aos níveis de *Burnout* (média, desvio padrão) dos enfermeiros, segundo o sexo 100

Tabela 14- Estatísticas descritivas dos níveis de *Burnout* (<50, ≥50) dos enfermeiros, segundo o sexo 101

Tabela 15- Resultados da aplicação do Teste *U de Mann-Whitney* entre o género e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106) 103

Tabela 16- Matriz de correlação bivariada de *Spearman* entre a idade e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106) 103

Tabela 17- Resultados da aplicação do Teste *U de Mann-Whitney* entre a idade e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106) 104

Tabela 18- Resultados da aplicação paramétrica da Anova *one-way* entre as dimensões do *Burnout* e o estado civil dos enfermeiros (N=106) 105

Tabela 19- Resultados da aplicação do Teste da Anova *one way* entre as habilitações literárias e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros(N=106)..... 106

Tabela 20- Resultados da aplicação do Teste de *Kruskal Wallis* entre a categoria profissional e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106) 107

Tabela 21- Resultados da aplicação do Teste t de *Student* entre o exercício de funções noutra instituição e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106)..... 108

Tabela 22- – Resultados da aplicação do Teste *t* de *Student* para amostras independentes..... 109

Tabela 23- Resultados da aplicação do Teste do Qui-Quadrado entre os níveis de *Burnout* e a carga horária dos enfermeiros(N=106) 110

Tabela 24- Resultados da aplicação do Teste *t* de *Student* entre o tipo de horário e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106) 111

Tabela 25- Resultados da aplicação do Teste *t* de *Student* entre o vínculo profissional e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106) 112

Tabela 26- Matriz de correlação bivariada de *Spearman* entre o tempo de exercício de funções na profissão/instituição/serviço (em anos), e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106)..... 113

Tabela 27- Resultados da aplicação do Teste U de *Mann-Whitney* entre o tempo de exercício de funções no serviço (em anos), e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106) 114

Tabela 28- Resultados da aplicação do teste *t* de *Student* entre a mudança de profissão e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106)..... 115

Tabela 29- Resultados da aplicação do teste *t* de *Student* entre a mudança de instituição e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106) 116

Tabela 30- Resultados da aplicação do teste *t* de *Student* entre a mudança de serviço os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106)..... 117

Tabela 31- Resultados da aplicação do Teste *t* de *Student* entre o tempo decorrido desde as últimas férias (em meses), e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106) 118

Tabela 32- Resultados da aplicação do Teste da Anova *one-way* e o teste de *Kruskal Wallis* entre o *Burnout* e a classificação da atividade no serviço, atribuída pelos enfermeiros 119

Tabela 33- Resultados da aplicação do Teste do Qui-Quadrado entre os níveis de *Burnout* e a classificação da atividade no serviço, atribuída pelos enfermeiros 120

Tabela 34- Matriz de correlação bivariada de *Spearman* entre a satisfação no trabalho e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106)..... 122

Tabela 35- Resultados da aplicação do Teste U de *Mann-Whitney* entre a satisfação no trabalho e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106) 124

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1- Resumo esquemático dos mediadores, facilitadores e/ou desencadeadores da síndrome de *Burnout* nos enfermeiros 33

Figura 2- Hierarquia das Necessidades de Maslow 63

Figura 3- Fatores de motivação e de higiene identificados na Teoria dos Dois Fatores de Herzberg 66

Figura 4- Modelo de *turnover* como função da satisfação profissional e taxa de desemprego desenvolvido por Spector 68

Figura 5- Modelo concetual da relação entre as variáveis estudadas na amostra 81

Figura 6- Dimensões da EAST-Enf e itens correspondentes. 87

ÍNDICE

Pág.

INTRODUÇÃO 21

PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I- A SÍNDROME DE *BURNOUT* 25

1.1- DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DO CONCEITO 25

1.2- PRINCIPAIS MODELOS TEÓRICOS 28

1.3- FATORES ANTECEDENTES DO *BURNOUT* 32

1.4- CONSEQUÊNCIAS DO *BURNOUT* 42

1.5- MEDIDAS PREVENTIVAS DO *BURNOUT* 47

CAPÍTULO II- A ENFERMAGEM NO BLOCO OPERATÓRIO 49

2.1- CONCEITO E PARTICULARIDADES NO BLOCO OPERATÓRIO 49

CAPÍTULO III- A SATISFAÇÃO NO TRABALHO 58

3.1- CONCEITO DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO 58

3.2- TEORIAS DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO 61

3.3- CONSEQUÊNCIAS DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO 67

3.4- A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL NA ENFERMAGEM 72

PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV- METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO 79

4.1- OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO 79

4.2- QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO 79

4.3- CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO 80

4.4- VARIÁVEIS EM ESTUDO E HIPÓTESES 80

4.5- POPULAÇÃO E AMOSTRA 81

4.6- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS E SUA APLICAÇÃO 82

4.7- PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 88

4.8- TRATAMENTO DOS DADOS 89

CAPÍTULO V- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS 91

5.1- ANÁLISE DESCRITIVA 91

5.1.1- Dados Sociodemográficos 91

5.1.2- Dados Profissionais 93

5.1.3- Dados da Satisfação Profissional 98

5.1.4- Dados do *Burnout* 99

5.2- ANÁLISE INFERENCIAL 101

DISCUSSÃO 125

CONCLUSÕES/SUGESTÕES 135

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 139

APÊNDICES

APÊNDICE 1- Questionário "*Burnout* nos Enfermeiros do Bloco Operatório"

APÊNDICE 2- Autorização para aplicação do CBI-PT

APÊNDICE 3- Autorização para aplicação da EAST-Enf

APÊNDICE 4- Parecer favorável da Comissão de Ética e Autorização do Conselho de Administração do CHUC

APÊNDICE 5- Consentimento Informado

ANEXOS

ANEXO 1- Questionário de *Copenhagen Burnout Inventory*- CBI-PT

ANEXO 2- Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros-EAST-Enf

INTRODUÇÃO

A síndrome de *Burnout* nos profissionais de saúde tem despertado especial interesse na comunidade científica, pelas consequências traduzidas no seu sofrimento, na qualidade dos cuidados prestados aos utentes, e nos custos que acarreta para as organizações e sistema de saúde (Jesus, Pinto, Fronteira & Mendes, 2014).

O trabalho do enfermeiro no Bloco Operatório (BO) envolve atividades desgastantes, nomeadamente a sobrecarga horária, devido ao número reduzido de enfermeiros. Este fator, entre outros, pode levar a que o enfermeiro manifeste um quadro de sofrimento mental, que posteriormente pode desencadear a síndrome de *Burnout* (SB) (Lima, 2016). Esta síndrome destaca-se de entre os riscos psicossociais emergentes que têm assumido um relevo cada vez maior no contexto da saúde no trabalho, refletindo-se em níveis baixos de satisfação, problemas de saúde, elevado absentismo, níveis baixos de produtividade, e consequentemente num aumento de custos económicos (Gonçalves, 2013). Segundo a mesma autora, as vítimas de *Burnout* relatam com frequência insatisfação com o seu trabalho, o seu modo de vida e baixo autoconceito, destacando-se o seu impacto sobretudo nas profissões que implicam relações de ajuda, como no caso da Enfermagem.

A *Association of Perioperative Registered Nurses* (AORN) descreve o enfermeiro perioperatório, como um profissional capaz de identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do cliente/família, para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo antes, durante e após a cirurgia (AORN, 2014).

No BO o enfermeiro faz a gestão dos cuidados, dos profissionais e dos recursos. Na sala de operações as atividades de ajudante de anestesia, circulante e instrumentista, garantem a segurança, o controlo da infeção e a prevenção de eventos adversos (AESOP, 2013).

A importância da satisfação profissional no bem-estar geral dos enfermeiros é fundamental, por isso esta variável psicossocial será incluída nas variáveis independentes do estudo de investigação que se pretende desenvolver.

O investimento em qualificação por parte dos enfermeiros torna-os muitas vezes o foco de atenção em estudos sobre satisfação profissional, uma vez que as expectativas e o reconhecimento desejado, a nível de benefícios e *status* na

organização, poderão não corresponder ao esperado. A satisfação no trabalho dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros torna-se prioritária para fomentar um bom ambiente na prática clínica e garantir a qualidade e continuidade dos cuidados prestados (Palha, 2013).

O enquadramento teórico da investigação foi realizado através da pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, e de órgãos institucionais de referência a nível nacional e internacional.

Os objetivos deste estudo são avaliar os níveis de *Burnout* nos Enfermeiros do BO, determinar a influência de fatores sociodemográficos, identificar a influência de fatores profissionais, avaliar a influência da satisfação profissional no *Burnout*, e verificar a relação entre a satisfação profissional e os níveis de *Burnout* nos enfermeiros do BO, no total da amostra.

Para dar resposta à problemática de investigação, metodologicamente é concebida uma investigação de paradigma quantitativo, descritivo-correlacional e transversal.

O presente documento apresenta-se estruturado em duas partes. Na primeira parte é feita a revisão da literatura, constituindo um enquadramento teórico-conceptual que sirva de referência ao estudo empírico. A segunda parte do trabalho integra a metodologia de investigação, onde se apresentam os objetivos e as questões de investigação delineadas. É efetuada também a caracterização da amostra, a operacionalização das variáveis em estudo, e a descrição dos instrumentos adotados para a recolha de dados. São indicados os procedimentos relativos à recolha de dados. São apresentados alguns indicadores da qualidade psicométrica do instrumento, a estatística descritiva relativa às variáveis em estudo, e a análise das correlações que permitirão responder às questões de investigação. Por fim é apresentada a discussão dos resultados esperados, integrando-os no enquadramento teórico conceptual, evidenciando os seus significados e retirando as implicações teóricas, empíricas e práticas. No final, são efetuadas algumas considerações relativas aos resultados obtidos, evidenciando possíveis limitações do estudo.

– PARTE I –

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I– A SÍNDROME DE *BURNOUT*

O termo *Burnout* foi utilizado pela primeira vez nos Estados Unidos, na década de setenta do século XX, por Freudenberger. *Burnout* é uma palavra composta por dois termos de origem inglesa "*burn"* e "*out"*, sendo que *burn* significa arder e *out* para fora, significando "queimar por fora" (Lima, 2016). Freudenberger define *Burnout* como falha, desgaste ou exaustão devido a exigências excessivas de energia, força, recursos ou quando um membro da organização se torna inoperante. De acordo com as observações de Freudenberger, grande parte dos voluntários com que trabalhava apresentavam desgaste ao nível do humor e da motivação, processo que se prolongava aproximadamente por um ano, manifestando quer sintomas físicos, quer psíquicos que indicavam um estado de estar "exausto" (Fonte, 2011).

"Burnout não significa fragilidade, mas sim um problema nas características do trabalho. É algo que leva à erosão da alma do profissional e que o consome ou queima pelo trabalho" Queirós (2012).

1.1– DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DO CONCEITO

Na década de 70, começaram a ser construídos modelos teóricos, e instrumentos capazes de registar e compreender esta síndrome psicológica, que envolve uma reação prolongada aos e*stress*ores interpessoais crónicos (Nascimento, 2016).

A investigadora Maslach, em 1976, na área da Psicologia Social, começou por investigar a forma como as pessoas com empregos emocionalmente exigentes (como médicos, enfermeiros, polícias) lidam com o trabalho diário. As investigações iniciais eram dominadas por descrições de caráter descritivo dos sintomas e do contexto situacional, recorrendo às técnicas da entrevista, dos estudos de caso e das observações *in loco* (Fonte, 2011).

Estes primeiros passos foram cautelosos e muito importantes na forma de realizar pesquisas qualitativas sobre o *Burnout*, numa perspetiva inicial muitas vezes descrita como uma forma provisória de efetuar pesquisa sobre esta síndrome (Enzmann, Schaufeli, Jansen & Rozeman, 1998).

A fase empírica do *Burnout* surge nos anos 80, segundo Fonte (2011), apresentando-se de uma forma mais sistemática e de natureza quantitativa, utilizando inquéritos e questionários com amostras mais abrangentes. Nesta altura, segundo o mesmo autor, surge o Maslach *Burnout* Inventory (MBI) como instrumento de medida. Esta escala apresenta propriedades e características psicométricas fortes, e é atualmente uma das mais utilizadas a nível mundial. Assim, ao longo do tempo foram surgindo diferentes definições, sendo consolidada a de Maslach e Jackson (1981), que se traduz numa resposta inadequada a um *stress* emocional crónico, tendo como principais sintomas o esgotamento físico e/ou psicológico, uma atitude fria e despersonalizada na relação com os outros, e um sentimento de incapacidade face às tarefas que tem que realizar. Segundo os autores, o *Burnout* pode ser designado por uma síndrome psicológica de exaustão, cinismo e de ineficácia no local de trabalho.

Em sintonia com Maslach e Leiter, como referido por Telles e Pimenta (2009), as pessoas estão a ficar descrentes, cultivando uma distância de segurança, tentando não se envolver demasiado, partindo sempre do pressuposto que o local de trabalho é um terreno fértil para o desgaste físico e emocional.

Durante a década de 90, foram realizados estudos longitudinais com maior rigor metodológico, melhorando os resultados da pesquisa sobre *Burnout* (Schaufeli & Buunk, 2003).

O conceito de *Burnout* destaca-se nas profissões de serviços humanos, segundo Fonte (2011), que têm por base a relação entre quem presta e quem recebe o serviço. Para este autor, as profissões da saúde integram estes critérios, podendo os profissionais envolvidos no atendimento às pessoas doentes e ao tentarem resolver estes problemas, desenvolver um conflito entre a profissão que desempenham, a satisfação ocupacional e a responsabilidade frente ao cliente, entendido como o doente, ou utente. De acordo com o mesmo autor, as características do estado e do processo de *Burnout* podem ser definidas como um estado mental negativo, persistente, relacionado com o trabalho, que ocorre em indivíduos “normais”, que se carateriza pela exaustão, sofrimento, reduzida motivação, eficácia e atitudes ou comportamentos disfuncionais no trabalho.

Ao longo dos anos, teóricos e empíricos sugeriram a reformulação do conceito de *Burnout* (Enzmann et al., 1998). Apesar de todos poderem experienciar uma situação de *stress*, apenas aqueles que começaram as suas carreiras com um grande entusiasmo, altas expectativas e objetivos definidos, podem experienciar esta

síndrome *(*Schaufeli e Buunk, 2003). Estes autores propuseram que o *Burnout* fosse integrado nas teorias psicológicas, e consideram que pode desenvolver-se de uma forma gradual, podendo permanecer oculto por um longo período de tempo sem ser identificado pelo indivíduo, derivando de um desvio entre as suas expectativas profissionais e a realidade. Para os mesmos autores, a esta síndrome estão associadas estratégias de *coping* inadequadas o que faz com que o *Burnout* se perpetue. O *Burnout* não é apenas cansaço ou exaustão. A característica adicional mais importante é a atribuição da fadiga e da exaustão para domínios específicos ou para esferas da vida pessoal. O trabalho trata-se de um domínio, sendo o trabalho com o cliente, doente ou utente, um domínio mais específico (Kristensen, Borritz, Villadsen e Christensen, 2005). Assim, introduzida por estes autores, surge uma nova ferramenta para medir *Burnout*, o questionário Copenhagen *Burnout* Inventori (CBI). A adaptação e validação para português deste questionário foi realizada por Fonte (2011), e constitui uma ferramenta essencial para a mensuração dos níveis de *Burnout*.

Segundo o *International Council of Nurses* (ICN), na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o *Burnout* é definido como um "processo de *coping* comprometido: depleção de energia devido a *stress* não aliviado, falta de apoio e de relações, conflitos entre as expectativas e a realidade" (ICN, 2010, p.41).

> Quando as organizações *não consideram o "lado humano" de qualquer atividade*, utilizando as pessoas como máquinas de produção em série*, podem levar os indivíduos a uma deterioração do seu desempenho*, trazendo com isso *prejuízos pessoais, organizacionais e na relação com os outros, colegas, família e amigos*. É considerado um *prolongamento do stress ocupacional*, em que o trabalhador sente que os recursos para lidar com as exigências colocadas pela situação já estão "esgotados". (Oliveira, 2011, p. 16) [sublinhado do autor]

Esta síndrome nos profissionais de saúde, tem despertado especial interesse na comunidade científica pelas suas consequências traduzidas no sofrimento dos profissionais, na qualidade dos cuidados prestados aos utentes, e nos custos que trás às organizações e sistema de saúde (Jesus et al., 2014). Os trabalhadores neste processo de competitividade, nessa busca desenfreada pelo ter, perdem a sua alegria e motivação real em todas as áreas da vida. Os fatores geradores de *stress* no trabalho podem provocar uma diminuição do compromisso e da dedicação ao mesmo.

Os trabalhadores na área da Saúde, entre outras categorias, são os mais expostos ao *stress* ocupacional e *Burnout* (Nascimento, 2016).

A diferença entre o *stress* e o *Burnout*, apesar este ser uma consequência da cronicidade do outro, de acordo com Maslach (2003), é que o *stress* seria mais um esgotamento pessoal com interferência na vida do sujeito, e não necessariamente na sua relação com o trabalho. Assim, o *stress* poderá ter efeitos positivos e negativos na a vida, e o *Burnout* trará sempre consequências negativas.

De acordo com a maioria dos autores o *Burnout* é uma doença que se evidencia por atitudes negativas em relação aos utentes/doentes e instituições, afetando o clima organizacional, prejudicando a pessoa acometida, a sua vida, a sua família, e toda a comunidade (Nascimento, 2016). Segundo esta autora, a síndrome de *Burnout* seria a consequência mais depressiva do *stress* desencadeado pelo trabalho. A pressão para a produtividade, a personalidade perfecionista, a alta expectativa em relação ao futuro profissional, a falta de apoio no trabalho por parte dos companheiros e supervisores da direção ou da administração da organização, também são preditores desta síndrome.

1.2– PRINCIPAIS MODELOS TEÓRICOS

Ao longo do tempo, diversos autores avançam com modelos explicativos que sedimentam a concetualização da síndrome de *Burnout*, explicam o seu aparecimento e analisam a sequência das suas manifestações e antecedentes.

Modelo de Cherniss

Este modelo baseia-se num estudo de dois anos, que caraterizou profissionais de quatro áreas propensas a esta síndrome de esgotamento profissional: saúde mental, enfermagem, ensino e direito.

O *Burnout* é um processo de adaptação psicológica, constituído por diferentes estados que ocorrem ao longo do tempo, e que representam uma forma de adaptação ou *coping* para com as fontes específicas de *stress,* e apresenta três fases de evolução: o desequilíbrio entre a procura e os recursos, com o *stress* psicossocial; o estado de tensão psicológica e as mudanças comportamentais, do tipo defensivo e evasivo; o tratamento rotineiro e mecânico dos pacientes. Neste modelo, alguns indivíduos empregam técnicas e estratégias ativas de resolução de problemas, enquanto outros exibem mudanças de atitudes negativas (Fonte, 2011).

Modelo de Maslach e Jackson

Estes autores definem *Burnout,* como o cansaço emocional que leva a uma perda da motivação com tendência a sentimentos progressivos de inadequação e fracasso. Esta síndrome é resultado de uma discordância entre os ideais individuais e a realidade da vida laboral diária, nas três dimensões: cansaço ou esgotamento emocional, desumanização ou despersonalização e falta de realização profissional (Fonte, 2011).

Ao longo da pesquisa efetuada pode observar-se que na década de 80 os trabalhos sobre o *Burnout* adotaram mais a metodologia quantitativa, recorrendo de uma forma mais sistemática à investigação empírica, fazendo uso de questionários dos quais o MBI de Maslach e Jackson (1981) foi o mais usado (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Schaufeli e Buunk, 2003). A maioria dos trabalhos de investigação científica é baseada no *Maslach Burnout Inventory*. A preferência na utilização do MBI tornou a concetualização do *Burnout* equivalente à forma como o mesmo é medido, ou seja, o *Burnout* será o que o MBI mede (Fonte, 2011). Existem três versões diferentes do MBI desenvolvidas em função das diferentes áreas profissionais: a primeira com 22 itens para aplicar aos profissionais da área da Saúde "Maslach *Burnout* Inventory- Human Services Survey (MBI-HSS); a segunda versão também com 22 itens para aplicar aos profissionais em contexto educativo "Maslach *Burnout* Inventory- Educators Survey (MBI-ES) e a terceira versão, mais global, com 16 itens e adaptada aos trabalhadores em geral "Maslach *Burnout* Inventory- General Survey (MBI-GS). Todas as versões anteriores apresentam uma estrutura tri-fatorial em sintonia com a concetualização do *Burnout* (Maslach, Jackson & Leiter, 1996).

Modelo de Golembiewsky

Segundo os autores Golembiewsky, Munzenreider e Stevenson como referido por Pereira (2002), esta síndrome pode ser analisada como um processo que envolve a noção de fases dentro do próprio conceito. Este modelo baseia-se no modelo de Maslach e mostra o aumento progressivo dos três fatores numa sequência lógica. As atitudes defensivas expressas pela dimensão de despersonalização (DE), quando os profissionais atribuem a culpa do seu mal-estar às pessoas a quem se destina o seu trabalho, propiciaria o seu sentimento de fracasso e reduzida realização pessoal no trabalho (rRP), levando a pessoa à exaustão emocional (EE). Assim, a despersonalização seria a dimensão causadora de todo o processo. Este modelo encontra-se estruturado em oito fases evolutivas, que levam à ocorrência de *Burnout*, numa sequência com início em valores baixos, e a evoluir quando os fatores laborais

são negativos, correndo alto risco de sofrer de *Burnout* (Richardsen e Burke,1995). Nas oito fases evolutivas deste modelo, os indivíduos nas fases mais avançadas de *Burnout* relatam quase sempre, mais experiências negativas de trabalho e mais resultados negativos, do que os indivíduos nas fases menos avançadas. Ao nível organizacional, a produtividade da unidade de trabalho tende a diminuir.

Modelo de Leiter

Neste modelo a exaustão emocional desenvolve-se em primeiro lugar, ocupando uma posição central, associada a níveis elevados de despersonalização e a baixos níveis de realização pessoal. Assim, a exaustão emocional surge quando os indivíduos estão sujeitos a situações de *stress*, provocado por um ambiente demasiado exigente e à medida que aumenta, surge a despersonalização como resposta a esta (Fonte, 2011). Os principais fatores de *stress* são: a sobrecarga de trabalho e os conflitos com as pessoas em ambiente de trabalho. Estes têm influência sobre a despersonalização e a realização pessoal, uma vez que têm impacto direto sobre a exaustão emocional. A utilização de competências e estratégias de *coping* tendem a evitar os efeitos da exaustão e facilitam a realização pessoal (Richardsen & Burke 1995).

Modelo de Comparação Social de Buunk e Schaufeli

De acordo com Buunk e Schaufeli, como referido em Fonte (2011), este modelo foi desenvolvido para explicar a etiologia da síndrome de *Burnout* nos profissionais de Enfermagem. Este campo profissional apresenta dupla etiologia: por um lado, os processos de intercâmbio social com os pacientes e por outro, os processos de afiliação e comparação social com os colegas. Segundo o mesmo autor, no que diz respeito aos processos de intercâmbio social com os pacientes, os profissionais de enfermagem identificam três variáveis como causadoras de *stress* para o desenvolvimento da síndrome de *Burnout*: a incerteza que se refere à falta de clareza sobre o que se sente e pensa em relação a como se deve atuar; a perceção de justiça, que se refere ao equilíbrio entre a perceção que os trabalhadores transmitem e o que eles recebem no exercício das suas relações; a falta de controlo manifestada na possibilidade do trabalhador controlar os resultados das suas ações laborais. Em relação aos processos de afiliação social e comparação com os colegas, os profissionais de enfermagem não procuram apoio social em situações de *stress,* mas pelo contrário, evitam a presença de colegas e o seu apoio por medo de serem criticados ou rotulados de incompetentes.

Modelo de *stress* laboral crónico de Gil-Monte

A Síndrome de *Quemarse por el Trabajo* (SQT) é uma resposta ao *stress* laboral crónico que deriva das relações interpessoais problemáticas laborais, e é neste facto que se baseia o modelo teórico que sustenta o *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo* -CESQT (Gil-Monte, Rojas e Ocanã, 2009). No processo de SQT é possível identificar dois perfis: O Perfil 1 carateriza-se pelo aparecimento de um conjunto de sentimentos e condutas vinculados ao *stress* laboral, que originam uma forma moderada de mal-estar, e que apesar de tudo não incapacita o indivíduo para o exercício do seu trabalho, podendo realizá-lo melhor. Os indivíduos não apresentam sentimentos de culpa. O Perfil 2 identifica os casos clínicos mais deteriorados pelo desenvolvimento de SQT. Além dos sintomas que caraterizam o Perfil 1, estes indivíduos apresentam sentimentos de culpa (Gil Monte et al., 2009). Para os autores, o modelo psicométrico do CESQT contém vinte itens distribuídos em quatro dimensões: Ilusão pelo trabalho (cinco itens); Desgaste psíquico (quatro itens); Apatia (seis itens); Culpa (cinco itens). Na ilusão pelo trabalho, o indivíduo percebe o seu trabalho como atrativo, e alcançar as metas profissionais é fonte de realização pessoal. Os itens que compõem esta dimensão são formulados de forma positiva e assim, pontuações baixas nesta dimensão indicam altos níveis de SQT. O desgaste psíquico carateriza-se pelo aparecimento do esgotamento emocional e físico. É similar à dimensão de "esgotamento emocional" do MBI-*Human Services Survey (*MBI-HSS). Na apatia, os indivíduos apresentam atitudes de indiferença e cinismo para com os usuários da organização. Esta dimensão é semelhante à dimensão de "Despersonalização" do MBI-HSS. Na culpa, os indivíduos desenvolvem sentimentos de culpa pelo comportamento e atitudes negativas no trabalho, em especial para com as pessoas com quem estabelecem relações laborais.

Modelo de Copenhagen *Burnout* Inventory (CBI)

O Copenhagen *Burnout* Inventory tem por base um estudo prospetivo de *Burnout,* em trabalhadores no setor de serviços humanos, o *Project on Burnout, Motivation, and Job Satisfaction* (PUMA). É um instrumento de mensuração de *Burnout* que pode ser usado em diferentes domínios, e é composto por três escalas de medida, relacionadas com aspetos pessoais "personal *Burnout*", do trabalho "work-related *Burnout*" e do paciente "cliente-related *Burnout*" (Kristensen et al., 2005).

As três escalas do CBI avaliam: o *Burnout* pessoal avalia o grau de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada pela pessoa. Inclui os sintomas gerais de exaustão física ou mental, nem sempre relacionados com uma determinada situação em ambiente de trabalho, e aplica-se a todos os trabalhadores; o *Burnout* relacionado

com o trabalho avalia o grau de fadiga física, psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa no seu trabalho e aplica-se a todos os trabalhadores; o *Burnout* relacionado com o cliente avalia o grau de fadiga física, psicológica e de exaustão percebido pela pessoa, como relacionado com o trabalho com os clientes (utentes ou doentes). Aplica-se aos trabalhadores de serviços humanos, como enfermeiros e professores (Fonte, 2011).

A adaptação e validação para português do questionário de Copenhagen *Burnout* Inventory (CBI), realizada por Fonte (2011), tem como objetivos determinar as suas características psicométricas, e determinar os níveis de *Burnout* nos Enfermeiros Portugueses. Segundo, Borritz e Kristensen (2004), o CBI constitui uma ferramenta essencial para a mensuração dos níveis de *Burnout*. Trata-se de um instrumento de mensuração de *Burnout* que pode ser usado em diferentes domínios. A metodologia utilizada e os dados recolhidos na amostra da investigação são aceitáveis para a finalidade do estudo, podendo afirmar-se que o CBI apresenta boas características psicométricas. Também pode concluir-se que os resultados alcançados vão de encontro aos obtidos pelos autores da escala original (Borritz & Kristensen, 2004).

É este o modelo teórico utilizado no estudo empírico deste trabalho de investigação, para determinar os níveis de *Burnout* dos Enfermeiros, na amostra utilizada.

Neste modelo, o conceito de *Burnout* foi alargado e definido como sendo uma crise no relacionamento das pessoas com o trabalho. As três dimensões originais do MBI-Maslach *Burnout* Inventory, foram alargadas, para incluir além dos problemas das pessoas em relação ao trabalho também a fadiga, qualquer que seja a causa. Neste contexto, a despersonalização traduz-se numa atitude de indiferença ou de distanciamento em relação ao trabalho para com as outras pessoas, e a realização pessoal abrange tanto os aspetos sociais como não sociais da realização profissional (Schaufeli & Buunk, 2003).

1.3– FATORES ANTECEDENTES DO *BURNOUT*

Pelos resultados de estudos anteriormente realizados pode concluir-se que os aspetos mediadores, desencadeadores ou generalizando, os fatores antecedentes que podem favorecer ou desfavorecer a instalação de *Burnout* nos enfermeiros podem agrupar-se em quatro grupos: os fatores pessoais, os relacionados com o trabalho, os organizacionais e os sociais (Figura 1).

Caraterísticas	Descrição
Pessoais	Nível educacional, idade, género, estado civil, filhos, personalidade: *hardiness*, motivação, idealismo, sentido de coerência, padrão de personalidade tipo A, *coping*.
Trabalho	Tipo de ocupação, tempo de profissão e na instituição, sobrecarga, trabalho por turnos ou noturno, relacionamento interpessoal, relação profissional-cliente, tipo de cliente, conflito de papéis.
Organizacionais	Ambiente físico, autonomia, segurança, mudanças, normas institucionais, clima.
Sociais	Suporte social, suporte familiar, cultura, prestígio.

Fonte: Sanchez e Oliveira (2016)

Figura 1- Resumo esquemático dos mediadores, facilitadores e/ou desencadeadores da síndrome de *Burnout* nos enfermeiros

A organização do trabalho de enfermagem, em seus aspetos estruturais, organizacionais e relacionais, tem sido determinante para o processo de desgaste dos trabalhadores de enfermagem. De acordo com Sanchez e Oliveira (2016), diferentes modelos de trabalho, normas, valores, variados estilos de comunicação, comportamentos, crenças, estilos de liderança, linguagem e símbolos da organização, além da subjetividade, traduzem as ações quotidianas do trabalho do enfermeiro. Para os autores, características individuais no ambiente de trabalho relacionam-se a sintomas como distanciamento emocional, sentimentos de solidão, alienação, impotência, onipotência, ansiedade, cinismo, apatia, hostilidade, suspeição, agressividade, mudanças bruscas de humor, irritabilidade, além de problemas somáticos em diferentes sistemas orgânicos como: alterações cardiovasculares, respiratórias, imunológicas, sexuais, musculares, digestivas e do sistema nervoso.

Relativamente aos fatores pessoais/individuais, estes incluem variáveis sociodemográficas como idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, filhos, antiguidade na organização, entre outras (Benevides-Pereira, 2002).

No que diz respeito à variável demográfica idade, o *Burnout* ocorre com maior frequência nos profissionais mais jovens, principalmente entre aqueles que ainda não atingiram os 30 anos de idade. A falta de experiência, por se encontrarem no início da carreira que se reflete na insegurança, aliada a uma realidade que nem sempre condiz com as expectativas iniciais idealistas e as exigências do trabalho, podem justificar a

vulnerabilidade dos jovens a esta síndrome de esgotamento profissional (Benevides-Pereira, 2002). De acordo com estes resultados, Carlotto (2011) conclui que os profissionais entre os 18 e os 30 anos de idade, apresentam maior nível de exaustão emocional, consequência da incapacidade dos jovens em lidar com a sobrecarga de trabalho e respetivas expectativas iniciais.

O fator sexo, segundo Soares, Grossi e Sundin, (2007), num estudo realizado com objetivo de analisar a ocorrência de *Burnout* entre as mulheres, conclui que cerca de 21% das mulheres apresentaram alto nível de *Burnout*, com maior incidência nas mais jovens, divorciadas e com poucas habilitações literárias. Para Maslach e Jackson (1985), as mulheres desenvolvem *Burnout* com maior facilidade, quer dizer que são mais suscetíveis a esta síndrome. Mas, parece que a única diferença consistente entre os sexos, após a análise dos dados, surge no aspeto da despersonalização do *Burnout*, onde os homens continuam a ter resultados mais elevados do que as mulheres. Estes resultados sugerem que as mulheres podem ter uma vantagem sobre os homens em lidar com as tensões emocionais resultantes do "trabalho com pessoas". Outra interpretação, parece ser a de que as mulheres demostram menores intenções em reduzir seu contato com o público e em deixar o emprego. Benevides-Pereira (2002), vem corroborar com os autores, afirmando que não tem havido unanimidade quanto à possibilidade de maior ocorrência de *Burnout*, influenciado pelo sexo da pessoa. De modo global, as mulheres têm apresentado valores mais elevados na dimensão exaustão emocional e os homens na dimensão despersonalização. Estas diferenças podem ser justificadas pelos papéis socialmente aceites e estereótipos de género que estão incutidos na sociedade. A facilidade na “expressão livre” das mulheres ajuda-as a aliviar sentimentos negativos de raiva e hostilidade, enquanto o oposto acontece relativamente ao sexo masculino. No entanto, a dupla jornada de trabalho das mulheres pode justificar os elevados valores da exaustão emocional. Também Gil-Monte (2002), realizou um estudo com enfermeiros cujas conclusões vão de encontro ao que já foi referido, pelas autoras anteriormente citadas. Concluiu que os homens apresentam valores na dimensão despersonalização significativamente mais altos que as mulheres. O autor justifica estes elevados valores do sexo masculino na dimensão despersonalização como um reflexo da repressão das emoções ou pela relevância dada pelo género masculino a realização pessoal. Se por um lado os homens são competitivos, por outro os seus sentimentos de masculinidade estão dependentes do alcance do sucesso e da realização pessoal e profissional. A despersonalização pode surgir da desconfiança naqueles com quem se encontram em competição, o que consequentemente resultará em sentimentos hostis e antissociais,

principalmente quando colocados sob *stress* (Schaufeli e Greenglass, 2001). Num estudo realizado por Carlotto (2011), com uma amostra de profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, com o intuito de verificar a relação do *Burnout* com algumas variáveis demográficas, a autora concluiu que são as mulheres que apresentam maiores níveis de exaustão emocional e despersonalização, e menor de realização profissional.

Relativamente ao estado civil, tem existido alguma discórdia entre os investigadores. Alguns defendem que o fato dos profissionais serem casados e possuírem um relacionamento afetivo estável são menos propensos ao *Burnout*, ao contrário outros investigadores afirmam que é o não existir nenhuma relação significativa, porque o mais importante é a qualidade do relacionamento (Benevides-Pereira, 2002). Outros autores defendem que os solteiros têm uma maior propensão para desenvolverem maiores níveis na dimensão exaustão emocional, despersonalização e menores na realização pessoal, em comparação com os que possuem uma relação emocional estável (Maslach e Jackson, 1985). A existência da família é considerada um fator protetor da incidência de *Burnout*. Segundo Carlotto (2011), os profissionais casados revelam valores mais altos na dimensão exaustão emocional, despersonalização e mais baixos na realização profissional. A autora supõe que os profissionais casados não recebam o devido apoio por parte do companheiro(a), ou pode ainda estar associado aos horários e/ou turnos de trabalho do profissional de saúde, incompatíveis com o do marido ou da esposa. Para a autora, determinadas características de uma profissão, como trabalhar à noite e/ou por turnos, e aos fins-de-semana, estão relacionadas com o *Burnout* e têm implicações na vida social e familiar.

As habilitações literárias podem interferir em algumas consequências psicológicas do *Burnout*. Provavelmente os indivíduos com níveis mais elevados de escolaridade, possuem elevadas expectativas para o seu futuro profissional, além da entrada assegurada para empregos bem remunerados, com notoriedade e acesso ao poder. Quando o trabalho não corresponde às expectativas, pode desencadear sentimentos de infelicidade e insatisfação. Assim, os indivíduos com níveis mais elevados de habilitações literárias apresentam maior propensão para o *Burnout*, porque possuem elevadas expectativas profissionais ou maior nível de responsabilidade, o que poderá justificar esta tendência para o aumento do *Burnout* (Benevides-Pereira, 2002). Isto é, quanto maior for o nível de escolaridade do indivíduo maior será a probabilidade de ocorrência de *Burnout*, uma vez que elevados níveis de habilitações literárias estão

relacionados com uma elevada responsabilidade, o que resulta em maior incidência de *Burnout* (Maslach e Jackson, 1985).

Quanto à presença ou ausência de crianças na família, estudos indicam que profissionais com filhos obtiveram níveis mais baixos em todas as três dimensões do *Burnout*, em comparação com os sem filhos, e tal foi equitativamente verdade para os dois sexos. A explicação possível, será a de que os indivíduos que são pais tendem a ser aqueles que se encontram na fase adulta, e têm um maior nível de maturidade no que diz respeito ao seu desenvolvimento psicológico. Daí, uma perspetiva diferente da vida e um estilo de vida mais estável (Benevides-Pereira, 2002). Noutra perspetiva, os profissionais com filhos apresentam elevados níveis de despersonalização e baixos de realização pessoal no trabalho (Carlotto, 2011). Estes profissionais referem sentimentos de ressentimento e culpa em não conseguir acompanhar o crescimento e desenvolvimento dos filhos, algo considerado fundamental para a vida afetiva das profissionais. A organização do trabalho, as escalas e os turnos nos feriados e nos fins-de-semana, representam maior dificuldade na relação com os filhos, sobretudo quando esses são bebés ou crianças. Os profissionais mencionam que a situação é agravada quando o cuidado dos filhos depende da ajuda de terceiros. O peso da culpa da ausência na fase de crescimento dos filhos pode levar ao abandono da profissão.

Num estudo de revisão, qualitativo, baseado em dados da literatura científica publicados no período de 1999 a 2011, realizado por Sanchez e Oliveira (2016), com o objetivo de abordar a génese dos aspetos mediadores e desencadeadores da síndrome de *Burnout* nos enfermeiros, concluíram que o conceito de *Burnout* envolve o desgaste emocional ou exaustão, a despersonalização ou cinismo, e diminuição da realização pessoal no trabalho. Dados científicos revelam que as características pessoais, de trabalho e as organizacionais influenciam no desenvolvimento da síndrome. A personalidade, estratégias de *coping* e características do trabalho como clima organizacional, têm-se demonstrado como mediadoras ou desencadeadoras para o surgimento desse distúrbio nos enfermeiros. O *coping* centrado no problema e a personalidade *hardiness* são características pessoais mediadoras de *Burnout* nos enfermeiros, enquanto que o baixo clima organizacional desencadeia o processo. Para os mesmos autores, entende-se o *coping* como uma medida de enfrentamento frente a uma situação e*stress*ora, que possui dois caracteres e difere em género. Homens geralmente utilizam *coping* centrado no problema, ao passo que as mulheres nos estados emocionais. Pessoas que utilizam *coping* centrado no problema procuram reduzir o e*stress*e, e tendem a alterar a situação e*stress*ora ou até mesmo a

apreciação que fazem dela. Outros, que utilizam *coping* centrado na emoção tendem à evitação da situação e*stress*ora. *Hardiness* é considerada uma constelação de características de personalidade que funcionam como uma fonte de resistência diante dos acontecimentos e*stress*antes. As características do *hardiness* compreendem três dimensões: compromisso, controle e desafio. Enfermeiros com esse padrão de personalidade podem ser menos e*stress*ados. Para Benevides-Pereira (2002), os indivíduos com personalidade *hardy* têm na estratégia de *coping* a perceção da ameaça como uma situação de desafio. Os indivíduos classificados como pertencentes ao padrão de personalidade tipo A, têm como caraterísticas a impaciência, o aceleramento, a competição, a ansiedade e o perfeccionismo. Pesquisas relataram que enfermeiros com este padrão de personalidade, tendem ao sentimento de onipotência em relação ao doente e são mais suscetíveis a *Burnout*, podendo apresentar dimensões de exaustão emocional e despersonalização.

Neste trabalho de investigação o grupo das variáveis de âmbito profissional incluem outras variáveis, tidas como organizacionais e do trabalho, noutros trabalhos de investigação. O seu agrupamento tem como finalidade facilitar o tratamento estatístico e posterior discussão dos resultados.

Os profissionais que possuem entre 6 a 10 anos de experiência, segundo Sanchez e Oliveira (2016), apresentam elevados níveis de exaustão emocional, e após um determinado tempo no desempenho da profissão, o profissional pode experienciar um período de sensibilização, tornando-se mais vulnerável. Essa sensibilização deve-se ao fato de que, após esse tempo de desempenho da atividade profissional, já houve a transição das expectativas idealistas iniciais da profissão para a prática quotidiana (Carlotto, 2011). Para alguns autores a ocorrência da síndrome de *Burnout* pode ser gradual, e desenrolar-se ao longo de anos na profissão, atingindo o seu nível mais alto entre os 10 e 15 anos, decrescendo posteriormente. Outros, como referido anteriormente, afirmam que o *Burnout* afeta mais os jovens profissionais por estarem no início da carreira, e devido à pouca experiência profissional, ou a fatores associados a idade (Benevides-Pereira, 2002). Segundo outro autor, Freudenberger (1974), a síndrome de *Burnout* manifesta-se a partir do primeiro ano na organização.

Segundo Carlotto (2011), os profissionais que trabalham entre 20 a 30 horas semanais apresentam maior nível de exaustão emocional, despersonalização e falta de realização profissional. O profissional pode exercer funções em outras instituições, o que resulta numa carga horária mensal excessivamente longa e cansativa. Os inquiridos que afirmam trabalhar em outra organização, apresentam um maior nível de

despersonalização, que pode ser associado a sobrecarga de trabalho. O profissional ao desempenhar funções em mais do que uma organização, tem um número elevado de doentes e confronta-se com normas de trabalho diferentes, além de precisar lidar com outras chefias e colegas de trabalho.

Os profissionais da área de saúde estão sujeitos a ritmos de trabalhos exigentes, tornando o trabalho desgastante. O trabalho por turnos pode acarretar diversos transtornos, tanto físicos como psicológicos, os mais propensos são os que precisam realizar mudanças em curtos períodos de tempo, nomeadamente a cada 3 dias, com turnos alternados entre o período diurno ou noturno e vice-versa (Benevides-Pereira, 2002).

Várias características do ambiente de trabalho, tais como a carga de trabalho e a ambiguidade, foram relacionados ao *Burnout*, e alguns destes podem interagir com o nível do ego individual e com características da personalidade (Maslach e Jackson, 1981). O *Burnout* resulta das características do ambiente organizacional, e não das características do indivíduo. Esta abordagem propõe que quanto maior o desequilíbrio, ou desajuste entre a pessoa e o seu trabalho, maior a probabilidade de desgaste e consequentemente de *Burnout* (Maslach & Leiter,1997).

Na pesquisa bibliográfica sobre os aspetos do risco organizacional para o *Burnout*, podem ser destacadas seis áreas principais: a sobrecarga de trabalho, a falta de controlo, o sentimento de recompensa insuficiente, a ausência de comunidade, a falta de justiça e o conflito de valores (Maslach et al., 2001). Cada fator tem uma relação distinta com o *Burnout,* e uma avaliação global de todos é necessária para fazer uma análise aprofundada do impacto do local de trabalho nos profissionais.

Para os profissionais, a sobrecarga de trabalho é considerada o excesso trabalho, ou seja, fazer muito em pouquíssimo tempo, aliado à falta de recursos para o desempenhar com eficácia e ao ritmo galopante do trabalho. Segundo Santos (2015), trata-se de uma condição crónica e não uma emergência ocasional, por isso são poucas as oportunidades de descanso, recuperação e restauração do equilíbrio. Para a autora, a sobrecarga representa um importante preditor da dimensão exaustão emocional do *Burnout*, pois contribui para exaustão emocional tanto em termos qualitativos quanto quantitativos, esgota e deteriora a capacidade dos indivíduos de enfrentar as exigências do trabalho e desencadeia um desequilíbrio entre a esfera profissional e pessoal do profissional. Por exemplo, o tempo que deveria ser dedicado à família passa a ser sacrificado em favor do trabalho. O resultado desta situação

pode conduzir a uma deterioração da qualidade do trabalho e das relações interpessoais no trabalho – consequentemente pode originar a síndrome de *Burnout* (Leiter & Maslach, 2000).

O segundo fator de risco de *Burnout* advém da falta de autonomia. De acordo com Santos (2015), nós como seres humanos racionais temos a capacidade de pensar e de encontrar soluções para resolver problemas, e queremos ter a oportunidade e autonomia para fazer escolhas e tomar decisões. Para a autora, quando as pessoas são constrangidas por políticas rígidas e apertado monitoramento não resta muito espaço para que possam melhorar, personalizar ou inovar, como resultado não se sentem eficazes ou responsáveis pelos resultados. Os profissionais que são submetidos a constantes e apertados controlos de gestão, não podem utilizar a sua sabedoria e experiência profissional na tomada de decisão. Em contraste, as pessoas que estão mais comprometidas obtêm maior satisfação em ações que tenham escolhido livremente. A experiência de participar no processo de tomada de decisão tem um impacto duradouro na vida organizacional, e a responsabilização torna os resultados melhores (Leiter & Maslach, 2000).

Outro fator de risco resulta da ausência de reconhecimento. Esta falta de reconhecimento desvaloriza tanto o trabalho como os profissionais. Para os indivíduos, a existência de alguém que se preocupe com a qualidade do seu trabalho e que tenha conhecimento sobre o mesmo é de extrema importância. De acordo com Santos (2015), os profissionais da área da saúde e dos serviços humanos lidam constantemente com emoções e com *feedback* negativos, sendo o *feedback* positivo quase excluído do processo. Perante este cenário, estes profissionais estão mais sujeitos à ocorrência de *Burnout*. Segundo a autora, o *feedback* tem um papel importante no reconhecimento profissional, pois os indivíduos fazem o seu melhor e gostam de receber *feedback* sobre o seu desempenho e dedicação. Outras recompensas (monetárias) são oferecidas, por norma entre as recompensas recebidas encontram-se os prémios externos, salários e benefícios. Mas a perda de recompensas internas, como o orgulho em fazer algo importante e fazê-lo bem, também pode constituir uma parte crítica desse fator de risco de *Burnout* (Leiter & Maslach, 2000).

No que respeita ao quarto fator de risco, este surge do relacionamento que o profissional mantém com os indivíduos com quem trabalha. Segundo Santos (2015), quando os profissionais perdem o sentimento de conexão positiva com os outros no local de trabalho, as relações interpessoais passam a ser baseadas na falta de

confiança e de suporte. Como consequência ocorre uma quebra no sentido de comunidade, resultando em hostilidade e competição entre todos os envolvidos, e em conflitos nem sempre fáceis de serem resolvidos. Algumas organizações isolam as pessoas umas das outras ou impedem que haja contato e relacionamento interpessoal no local de trabalho. Para a autora, nestas condições e particularmente com a inexistência de um grupo de apoio, os níveis de *stress* e de *Burnout* serão elevados e o trabalho será penoso. No entanto, o que se torna mais destrutivo no local de trabalho é o conflito instalado e sem solução, pois estes produzem constantes sentimentos negativos, de frustração e hostilidade, além de reduzir a probabilidade de suporte social (Leiter & Maslach, 2000).

O quinto fator de risco, a ausência de justiça, é um fator importante para compreender o *burnout*. A perceção de injustiça e falta de equidade no trabalho é, presumivelmente, o melhor preditor da dimensão despersonalização do *Burnout*. Para Santos (2015), na equidade transparece o respeito, confirma-se a autoestima dos indivíduos, e o respeito mútuo entre as pessoas é fundamental para estabelecer um sentimento comum de comunidade. Sentimentos de injustiça podem suceder quando há desigualdades na distribuição da carga de trabalho ou na remuneração, ou quando se engana os trabalhadores, ou quando as avaliações e as promoções são manipuladas. Segundo a autora, a falta de equidade compromete o envolvimento do indivíduo com o trabalho e agrava o *Burnout* de duas maneiras. Para a autora, a experiência de tratamento injusto é desgastante, e quando tratadas de forma injusta, as pessoas reagem com raiva, mágoa e ansiedade, observam a situação na ofensiva, procuram encontrar meios para influenciar eventos ou forçar um outro resultado. A rivalidade pessoal para com quem os tratou injustamente mantém a revolta emocional ativa e podem ocorrer distúrbios no sono e fadiga. Contestar tratamentos injustos torna-se emocionalmente desgastante, demorado, e raramente leva à ação significativa. Por outro lado, as decisões abusivas apontam para uma cultura organizacional enfraquecida, incapaz de acabar com os preconceitos pessoais e que favorece as ambições das pessoas com autoridade que determina a localização dos recursos e o acesso às oportunidades. Para a mesma autora, é um sinal de que nem os valores defendidos pela organização numa declaração de missão bem elaborada e assumida, nem os valores pessoais praticados pelos trabalhadores conduzem a vida organizacional. A existência de equidade indica que os indivíduos e a organização têm uma perspetiva comum sobre o trabalho da organização, e reflete-se na contribuição positiva dos trabalhadores para a sua missão. A confiança necessária para apoiar o envolvimento produtivo com o trabalho é construída pela equidade (Leiter & Maslach, 2000).

O sexto e último fator de risco, a ausência de valores, traduz-se numa desarmonia entre as exigências do trabalho e os princípios dos indivíduos. De acordo com Santos (2015), os valores organizacionais são a identidade de uma organização, e o indivíduo sente-se aliciado para determinado trabalho com base nestes valores, além de estabelecerem uma ligação motivacional entre o trabalhador e o local de trabalho. Para a autora, os conflitos de valores resultam do conflito entre os valores do próprio indivíduo e os valores da organização, sendo que o trabalhador tem que combater o conflito, ou seja, gerir os seus princípios e lidar com a sua vontade e o trabalho que tem que desempenhar. Segundo a mesma autora, a existência de coesão entre valores individuais e organizacionais constroem o comprometimento, o que justifica que trabalhadores com energia sejam destacados para postos de trabalhos altamente exigentes, incentivando o envolvimento e eficácia do trabalhador e contribuindo para atingir objetivos pessoais. Com este incentivo, os indivíduos contribuem para o trabalho, bem como para a missão da organização, na qual as pessoas podem ser recompensadas com oportunidades adicionais de trabalho. Assim, a coesão dos valores produz uma dinâmica de auto perpetuação que apoia o envolvimento com o trabalho. Mas, caso esta incompatibilidade de valores não seja comedida, os indivíduos podem começar a sofrer de *Burnout* (Leiter & Maslach, 2000).

Outro fator de risco organizacional, que abrange os fatores de risco já referidos e que possuí uma importância significativa, diz respeito ao clima organizacional. Para Hock, o clima organizacional consiste no ambiente psicológico no qual os comportamentos dos indivíduos ocorrem (Correia, 1997). Se o clima organizacional for percecionado como adequado resultará no inverso do *Burnout*. O aparecimento da síndrome de *Burnout* pode ser consequência do ambiente organizacional, das características da função e de outras variáveis organizacionais, tais como, autonomia e tomada de decisão.

Esta é uma importante abordagem do *burnout* porque concentra a atenção na relação entre a pessoa e a situação, em vez de numa ou noutra isoladamente. Segundo Santos (2015), dá uma alternativa para identificar os fatores de risco de *Burnout* em qualquer contexto de trabalho, e para projetar intervenções que realmente incorporem mudanças situacionais, junto com as pessoas. Para a autora, a identificação e reconhecimento desses seis fatores de risco organizacionais amplia o leque de opções para uma intervenção especifica e direcionada. Não está claro se alguns fatores de risco são mais importantes do que outros, ou se há um número mínimo onde será mais provável desencadear-se o *Burnout*, mas esta abordagem permite lidar com o

Burnout individual no contexto organizacional e nas situações de trabalho (Maslach & Goldberg, 1998).

Para diminuir o *Burnout*, indivíduos e organizações devem primeiro identificar os fatores de risco, e em seguida, elaborar soluções sob medida para melhorar dentro de cada fator (Santos, 2015). No caso dos trabalhadores de organizações sem fins lucrativos, estes estão mais propícios à sensação de sobrecarga de trabalho por dois motivos: em primeiro porque, organizações sem fins lucrativos são, muitas vezes, confrontadas com a escassez de recursos. Deste modo, os trabalhadores contam com pouco tempo e poucos recursos para responder com eficácia à carga de trabalho. Em segundo lugar, os trabalhadores de organizações sem fins lucrativos possuem grandes expectativas iniciais e estão obstinados a resolver problemas verdadeiramente monumentais. O idealismo destes trabalhadores pode levá-los a ultrapassar os limites e envolver-se demasiado, e embora não enfrentem os mesmos dilemas éticos com que muitos trabalhadores de organizações com fins lucrativos se deparam, enfrentam conflitos de valores de um outro tipo, entre a altura dos seus ideais e a realidade do seu trabalho diário (Maslach e Leiter, 2005). Para os mesmos autores, a estrutura e a dinâmica do local de trabalho norteiam a interação entre as pessoas e a maneira como realizam o seu trabalho. Quando no local de trabalho não é reconhecido o lado humano do trabalhador e existem grandes lacunas entre a natureza do trabalho e a natureza das pessoas, haverá um maior risco de *Burnout*. O modelo de medida do *Burnout*, com a identificação dos seis fatores de risco organizacional, resulta numa ferramenta de diagnóstico importante para adequar soluções aos problemas reais.

Assim, o *Burnout* reflete uma relação difícil entre as pessoas e o seu trabalho. Reverter o *Burnout* requer um foco em ambos, nas pessoas e nas organizações, e combater o *Burnout* não é apenas uma questão de reduzir os seus indicadores negativos. O *Burnout* deve ser contrariado com o comprometimento, assim a exaustão será substituída pelo entusiasmo, a indiferença pela compaixão e a ansiedade pela eficácia (Maslach e Leiter, 2005). É essencial investir no aperfeiçoamento profissional e oferecer suporte social às equipes de trabalho na enfermagem.

1.4– CONSEQUÊNCIAS DO *BURNOUT*

As consequências da síndrome de *burnout* afetam negativamente a organização e o indivíduo, e têm um impacto negativo na qualidade de vida no trabalho e na deterioração da qualidade de vida pessoal (Santos, 2015).

Para o indivíduo pode implicar o abandono do posto de trabalho ou a profissão, após anos de investimentos financeiros em formação académica e profissional. A nível afetivo pode levar à rutura de laços de amizade e das relações familiares, e no que concerne à organização os efeitos refletem-se na produtividade, na imagem de eficiência da organização, nos custos com possíveis tratamentos de saúde dos trabalhadores, na contratação e na formação de novos profissionais (Benevides-Pereira, 2002).

Uma das primeiras reações ao *burnout* é o afastamento, estas reações de afastamento originam a redução do tempo disponível para o trabalho, longos intervalos e distanciamento o mais possível da função (Correia, 1997). O afastamento pode ser físico, em que o indivíduo se ausenta, ou psicológico, em que apesar de presente, mentalmente não está. Segundo esta autora, o desejo de afastamento, não está apenas associado à função, mas também com às interações com a família e amigos. Podem emergir outras consequências do *burnout*, nomeadamente a diminuição dos níveis de rendimento no trabalho, de implicação e da satisfação laboral, causando o aumento do absentismo, *turnover* e insatisfação no trabalho.

Têm sido realizados estudos que abordam as consequências que o absentismo e o *turnover* têm na organização. Maslach e Jackson (1981) investigaram a relação das variáveis do *burnout* com o absentismo e o *turnover*, e verificaram que existe uma relação significativa entre o *burnout* e a intenção de deixar o trabalho, sendo o absentismo e o *turnover* preditores de altos resultados na subescala de despersonalização do MBI.

Em relação à insatisfação no trabalho, Correia (1997) menciona que na maioria dos estudos realizados constatou-se uma relação entre o *burnout* e a insatisfação no trabalho, estando as características negativas do trabalho relacionadas com o *burnout*, e, por conseguinte, relacionadas com a diminuição na satisfação do trabalho.

Segundo Maslach, Jackson e Leiter (1981), o *burnout* pode conduzir a decadência da qualidade do atendimento ou serviço prestado pelos profissionais. Representa um fator responsável pela baixa autoestima, e além disso, o *burnout* parece estar relacionado com vários autorrelatos de sofrimento pessoal, entre eles a exaustão

física, perturbações do sono, o aumento do consumo de álcool e drogas, e ainda problemas conjugais e familiares.

A síndrome de *burnout*, segundo Tecedeiro (2004), pode provocar sofrimento pessoal, que se manifesta através de sinais psicossociais diversos como: quebra da produtividade; aumento do absentismo; baixas médicas de longa duração; pedidos de reformas antecipadas; episódios depressivos graves, e perturbações psicossomáticas graves. Para Langle (2003), o *burnout* traduz-se sobretudo num estado de constante cansaço devido ao trabalho. Este é o principal sintoma e a característica geral de esgotamento a partir do qual todos os outros sintomas podem ser derivados. Um estado de esgotamento afeta o bem-estar geral do indivíduo. Assim sendo, o *burnout* influencia a experiência subjetiva que por sua vez afeta as decisões, atitudes e ações de uma pessoa. Bakker (2014), argumenta que o *burnout* tem um efeito negativo sobre o exercício diário das funções dos trabalhadores, porque diminui os níveis de rendimento do trabalho diário dos trabalhadores, aumenta o cansaço e o auto enfraquecimento. Segundo Santos (2015), os trabalhadores com a síndrome de *burnout* ou aqueles em risco de esgotamento precisam da ajuda de outras pessoas, para que as causas estruturais que prejudicam a saúde e a capacidade de trabalho sejam modificadas. A gestão deve desenvolver políticas, para que sejam criadas condições mais favoráveis, que dêem respostas às exigências estruturais do trabalho e à escassez de recursos, especialmente para aqueles que estão em risco de *burnout*. Discutir as condições de trabalho com os trabalhadores, é uma intervenção possível. Podem ainda, tentar identificar e desenvolver recursos de trabalho que promovam o comprometimento e que ajudem a lidar com as exigências do trabalho. Os líderes devem receber formação para melhor gerir os seus subordinados, e para que aprendam a dar *feedback* adequado e construtivo, bem como a estabelecer metas claras e alcançáveis.

Benevides-Pereira (2002), defende que as consequências do *burnout* podem estar presentes em quadro níveis, são eles: Fisiológico, em que o indivíduo se sente sob uma constante fadiga, sofre com distúrbios no sono e insónias, não se alimenta adequadamente, sofre com dores musculares, e outros sintomas; Psicológico, manisfestando-se por alterações de humor e de memória, sentimentos de fadiga emocional e depressivos, baixa autoestima, falta de paciência e irritabilidade, entre outros sentimentos psicológicos. Tais sintomas irão trazer consequências no relacionamento interpessoal no trabalho, tanto com os colegas como com os clientes; Conduta/comportamental, onde a concentração no desempenho das funções sofre

alterações, o indivíduo sente-se incapaz de relaxar e age com agressividade, torna-se resistente às mudanças organizacionais e tem dificuldade em as aceitar, não é proativo, entra em conflitos com os colegas de trabalho, entre outros; Sintomas defensivos, aos quais o indivíduo recorre para se defender contra uma necessidade que lhe causa mal-estar, podendo incluir absentismo, diminuição da qualidade do trabalho, atitudes cínicas e irónicas.

A manifestação destes sintomas e a sua ocorrência dependem das características individuais, da predisposição genética ou das experiências sociais de cada indivíduo em particular (Benevides-Pereira, 2002).

Os indivíduos em *burnout* podem ter um impacto negativo nos seus colegas de trabalho, seja por serem responsáveis por grandes conflitos pessoais ou por provocarem alterações nas tarefas rotineiras do trabalho. Para Santos (2015), é possível olhar para o *burnout* como "contagioso" e transmissível por meio das interações informais no local de trabalho. Os trabalhadores que sofrem de *burnout* realizam o mínimo, faltam regularmente ao trabalho, saem antes do horário terminar, abandonam o posto de trabalho em maior número, ao contrário dos trabalhadores comprometidos. Segundo a autora, na opinião geral dos gestores, os trabalhadores estão apenas enfrentando um dia menos bom, tratando-se de um problema pessoal, e não de uma preocupação importante para a organização. No entanto, os tipos de problemas identificados tanto por investigadores como por profissionais sugerem que o *burnout* deveria ser considerado uma preocupação importante porque pode acarretar elevados custos, tanto para a organização como para o trabalhador.

A relação da saúde com o *burnout,* segundo Santos (2015), tem estado sempre no centro das investigações, exibindo um impacto negativo tanto bem-estar físico, sobretudo problemas cardiovasculares, como no bem-estar psicológico. A dimensão exaustão emocional, da síndrome de *burnout*, tem sido correlacionada com diversos sintomas físicos, são eles: dores de cabeça, distúrbios gastrointestinais, tensão muscular, hipertensão arterial, episódios de constipações e gripe e distúrbios de sono. O ambiente de trabalho foi mais preditivo de sintomas e comportamentos associados com dores musculares. O *burnout* também está associado a perturbações no indivíduo, sobretudo em termos de saúde física e mental, existem ainda evidências do aumento do abuso de substâncias, de conflitos conjugais e familiares (Leiter & Maslach, 2000).

No caso específico dos profissionais de saúde a experiência de perturbação emocional no trabalho é suscetível de ser interpretada como uma falta de profissionalismo (Santos, 2015). Como consequência, esses profissionais passam a questionar-se sobre a sua aptidão para trabalhar no setor da saúde, e sentem que as suas realizações pessoais se encontram aquém das expectativas. Estas falhas podem ser em função da configuração do trabalho ou pessoais. Prestar cuidados de saúde de qualidade pode ser difícil num contexto onde há falta de pessoal, formação profissional débil ou recursos inadequados e muitas vezes escassos. Perante estas circunstâncias, os profissionais de saúde podem começar a desenvolver uma autoavaliação negativa, o que prejudicará o desempenho no trabalho ou radicalmente conduzirá ao completo abandono do trabalho (Leiter & Maslach, 2000).

O *burnout* ganhou protagonismo no mundo do trabalho porque vem enumerar grande parte das consequências do impacto das atividades profissionais no trabalhador, e deste na organização (Benevides-Pereira, 2002).

Reduzir e prevenir o *burnout* requer a compreensão dos seis fatores de risco organizacionais anteriormente citados. Esses fatores têm uma variedade de consequências no modo como os indivíduos se sentem em relação ao trabalho. Esta visão interativa do *burnout* fornece abordagens ricas e dinâmicas para a compreensão do impacto do ambiente de trabalho sobre a saúde do trabalhador (Leiter & Maslach, 2000).

A síndrome de *burnout* requer conhecimento e compreensão, não podemos encarar o *burnout* como algo passageiro (Santos, 2015). É necessário criar estratégias para prevenir e intervir neste campo. Hoje, estamos sujeitos a constantes e repentinas mudanças na esfera organizacional, as empresas e as organizações enfrentam desafios diários para conseguir responder eficazmente aos clientes e às exigências do mercado cada vez mais globalizado. Aos trabalhadores é exigido mais empenho, mais dedicação, que sejam multifacetados e competitivos, e com tantas imposições não se pode ignorar o bem-estar dos trabalhadores e a saúde ocupacional, com pena de deteriorar a qualidade do trabalho ou serviço prestado pelos profissionais. Para a autora, os gestores de recursos humanos devem ser capazes de intervir para que os efeitos do *burnout*, no indivíduo e na organização sejam minimizados. Devem ser criadas condições de trabalho dentro de um clima organizacional estável e saudável, onde a saúde ocupacional e o bem-estar dos trabalhadores sejam assegurados.

1.5– MEDIDAS PREVENTIVAS DO *BURNOUT*

São vários os estudos orientados para a prevenção desta síndrome de esgotamento profissional, com medidas a implementar aquando da sua prevalência. Entre eles, destaca-se “Síndrome de *Burnout* e estratégias de enfrentamento em profissionais de saúde: uma revisão não sistemática” (Zomer e Gomes, 2017). Esta pesquisa tem como objetivo conhecer quais as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais de saúde acometidos pela Síndrome de *Burnout*. Não se obteve resposta em relação à eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental na Síndrome de *Burnout*. No global, o estudo apenas cita técnicas cognitivo-comportamentais e estratégias de enfrentamento diante de situações e*stress*oras, sem descrever se são efetivas na prevenção ou na presença desta síndrome.

A prevenção e o tratamento desta síndrome devem ser abordados como um problema coletivo e organizacional, e não apenas como um problema individual (Fonte, 2011). Para este autor podem ser tomadas medidas que contribuam para a prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros. Entre elas, medidas que evitem o excesso de horas extras, que proporcionem condições de trabalho atrativas e gratificantes, que modifiquem os métodos da prestação dos cuidados, que reconheçam a necessidade e importância da formação permanente, e que invistam no aperfeiçoamento profissional, ofereçam suporte social às equipas, que fomentem a sua participação na tomada de decisão e outras, de acordo com especificidade do serviço e instituição.

As estratégias de prevenção e forma de atuar na presença desta síndrome, para Gil-Monte (2003), podem ser agrupadas em três categorias. As estratégias individuais que incluem a formação em resolução de problemas, assertividade e gestão eficaz do tempo. As estratégias de grupo que se baseiam na procura de apoio dos colegas e superiores, e as estratégias organizacionais que permitem o desenvolvimento de medidas de prevenção para melhorar o clima organizacional. Por exemplo: programas de socialização para prevenir o choque com a realidade, e implantação de sistemas de avaliação que concedam aos profissionais um papel ativo e de participação nas decisões laborais.

Em síntese, pode dizer-se que globalmente, a organização pode adotar medidas para a prevenção do *Burnout*, tais como: evitar o excesso de horas extras, proporcionar condições de trabalho atrativas e gratificantes, modificar os métodos de prestação de cuidados, reconhecer a necessidade de educação permanente e investir no aperfeiçoamento profissional (por exemplo, formação em assertividade), dar suporte

social às equipas e fomentar a sua participação nas decisões, entre outras. Assim, pode dizer-se que na presença desta síndrome, podem utilizar-se recursos físicos, psíquicos e sociais. Em cada um deles podem destacar-se: Físicos, técnicas de relaxamento, alimentação adequada, exercícios físicos regulares, repouso, lazer e diversão, sono apropriado às necessidades individuais, medicação se necessária, e sob supervisão médica; Psíquicos, métodos psicoterapêuticos, processos que favorecem o autoconhecimento, estruturação do tempo livre com atividades prazerosas e atrativas, avaliação periódica da qualidade de vida individual, reavaliação do limite individual de tolerância e exigência, busca de convivência menos conflituosa com pares e grupos; Sociais, revisão e redimensionamento das formas de organização de trabalho, aprimoramento por parte da população em geral, do conhecimento dos seus problemas médicos e sociais, concomitância dos planejamentos, económico, social e de saúde.

Assim, se as ações descritas anteriormente forem fundamentadas, os resultados serão positivos e acrescidos de novas perspectivas de qualidade de vida para o trabalhador.

CAPÍTULO II– A ENFERMAGEM NO BLOCO OPERATÓRIO

Os BO são unidades orgânicas e funcionais constituídas por um conjunto integrado de meios físicos, humanos e técnicos. Destinam-se à realização de intervenções cirúrgicas programadas e de urgência, exames e outros procedimentos invasivos, que necessitem de elevado nível tecnológico, e controlo de assepsia e/ou de anestesia, para a pessoa a quem se destinam estes cuidados, com o objetivo de restabelecer ou conservar a sua saúde (Martins, 2014).

A atividade de enfermagem no BO é complexa, plena de variação e incerteza, interdisciplinar, com forte dependência da atuação individual e desenvolvida em condições ambientais dominadas pela pressão e pelo *stress* (Esteves et al.,2016).

2.1– CONCEITO E PARTICULARIDADES NO BLOCO OPERATÓRIO

O BO é uma unidade cirúrgica fechada e isolada do exterior, cuja criação depende da população a que se destina, dos tipos de cirurgia a que deverá dar resposta, da tecnologia de apoio, bem como dos recursos humanos disponíveis e necessários para prestar cuidados cirúrgicos ou anestésicos de forma eficaz (Ferreira, 2010).

São unidades de tratamentos bastante dispendiosos dada a tecnologia, os materiais utilizados, a especificidade dos procedimentos efetuados e a prolongada formação dos seus profissionais. Integram-se também no grupo das maiores “fontes de rendimento” de um Hospital, pois quanto maior for o número de cirurgias realizadas, maior o orçamento atribuído ao hospital (Fonseca, 2007).

Trata-se de uma unidade orgânico-funcional autónoma que reúne meios técnicos, humanos e materiais vocacionados para a prestação de cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o intuito de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida (AESOP, 2006).

A EORNA (European Operating Room Nurses Association) estabeleceu um domínio de competências para caracterizar a enfermagem perioperatória e que foca a sua atenção num *“European Common Core Curriculum”*, que se baseia em cinco grandes competências: profissional, legal, prática, ética; cuidados de enfermagem e prática

perioperatória; relações interpessoais e comunicação; habilidades organizacionais, de gestão e de liderança; educação, desenvolvimento profissional e pesquisa (EORNA, 2012). A filosofia que ajudou à formação deste *"European Common Core Curriculum"*, baseia-se na definição de enfermagem dada em 1966 por Virginia Henderson. Para esta autora, a única função da Enfermeira é auxiliar os doentes no desempenho das atividades que contribuem para a sua saúde, ou sua recuperação (ou uma morte pacífica), que eles fariam sozinhos se tivessem a força, a vontade e o conhecimento necessários. É também contribuição única da enfermagem, ajudar as pessoas a serem independentes da assistência o mais rápido possível.

Em Portugal a orientação para a enfermagem perioperatória, de acordo com Gonçalves (2013), iniciou-se em 1985, com a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). Segundo esta autora, a nível nacional a AESOP formulou também um domínio de competências que definem o que é a enfermagem perioperatória. Essas competências são: comunicação, para procurar habilitar o enfermeiro perioperatório a realizar uma comunicação eficaz e terapêutica, com o doente e a sua família/pessoa significativa, bem como com a equipa multidisciplinar; prestação de cuidados, para procurar habilitar o enfermeiro perioperatório a pensar e estruturar um plano de cuidados personalizado e focado no doente cirúrgico, tendo em conta uma prestação de cuidados de qualidade com a correta organização do seu trabalho; educação/formação, que pretende habilitar o enfermeiro perioperatório a ser um promotor da educação/formação dos seus pares e outros profissionais, bem como promotor da educação/formação ao doente e sua família/pessoa significativa; advogado do doente, que procura habilitar o enfermeiro perioperatório a ser proativo no processo de tomada de decisão e de responsabilidade pelo doente cirúrgico, atendendo às suas necessidades físicas e psíquicas, protegendo-o de qualquer dano ou prejuízo, até que este seja capaz de tomar as suas próprias decisões; análise e investigação, que procura habilitar o enfermeiro perioperatório a desenvolver o sentido de procura de conhecimento, bem como espírito de análise; gestão que procura habilitar a enfermeiro perioperatório a tomar conhecimento dos processos de gestão, bem como participar e/ou gerir um BO; desenvolvimento da pessoa como profissional, que procura habilitar o enfermeiro perioperatório a investir no seu enriquecimento profissional, desenvolvendo de forma sólida e concreta o seu percurso profissional; liderança, que procura habilitar o enfermeiro perioperatório a liderar os seus pares e outros profissionais da equipa multidisciplinar do BO, procurando transmitir de forma concisa e objetiva, os objetivos das organizações que representam, bem como os resultados das suas atividades. De acordo com a mesma autora, estas competências

vêm habilitar o enfermeiro perioperatório a prestar cuidados de qualidade, enquanto enfermeiro circulante, de apoio à anestesia, instrumentista ou enfermeiro de UCPA (Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos), ao doente cirúrgico e sua família/pessoa significativa, bem como trabalhar numa equipa multiprofissional e a participar em programas de qualidade, organizar e gerir um BO (Gonçalves, 2013).

Nos últimos anos, tem-se assistido a uma crescente preocupação dos enfermeiros em melhorar a qualidade dos cuidados prestados, refletindo-se na humanização e personalização do atendimento à pessoa cuidada, promovendo a sua segurança e a sua saúde (Rebelo, 2013).

Assim, o Enfermeiro que exerce funções no BO, está integrado numa equipa multidisciplinar, envolvido num ambiente de elevado nível tecnológico, onde os riscos operatórios existem, com a ocorrência de erros, a presença do *stress,* e a possibilidade da ocorrência da tão mencionada síndrome de esgotamento profissional, o *Burnout*.

Riscos operatórios

Os cuidados de saúde, de acordo com Rebelo (2013) destinam-se a beneficiar os doentes, no entanto existe o risco inerente de ocorrência de erros e de eventos adversos, devido à complexidade dos processos, das tecnologias e dos fatores humanos que a prestação de cuidados envolve.

No BO, os enfermeiros têm um papel fundamental na gestão e prevenção dos riscos. Eles gerem os riscos ligados à sua atividade e ao ambiente cirúrgico, organizam e coordenam os seus cuidados, planeiam as atividades e participam na elaboração, aplicação e controlo de protocolos.

A prestação de cuidados cirúrgicos, é uma atividade incerta no resultado, e com potencial para causar danos colaterais nos doentes. É, portanto, uma atividade de risco, estimando-se que em cada cem internamentos hospitalares, dez se compliquem por um qualquer erro, com dano para os doentes (Fragata, 2010).

"Os erros típicos e os padrões de erros são revisitados tal como os mecanismos de ocorrência: *cirurgia errada, no doente errado, no orgânico errado, corpos estranhos deixados, infeção cirúrgica e trombose venosa- embolia pulmonar*" (Fragata, 2010, p.17). [sublinhado do autor]

No BO verifica-se uma alta prevalência de erros e acidentes, desde “as interrupções do fluxo cirúrgico, a acidentes *minor* e eventos catastróficos” (Fragata, 2010, p.17). Segundo este autor, os erros que acontecem mais frequentemente devem-se essencialmente a fatores humanos e de equipa, a fatores organizacionais, à complexidade das tarefas, às influências do ambiente e ao puro acaso.

Para Cruz (2004), quanto maior é a tensão emocional vivenciada pelo enfermeiro, maior é a probabilidade de cometer erros, pois a enfermagem perioperatória é uma profissão de risco e de rápido desgaste, sendo difícil quantificar as “doses” máximas suportáveis pelos enfermeiros.

Estima-se que os eventos adversos afetam 3-16% de todos os doentes submetidos a cirurgia, sendo que mais de metade desses eventos são evitáveis. Apesar do aumento dos conhecimentos relacionados com a segurança cirúrgica, pelo menos metade dos eventos ocorrem durante o ato cirúrgico. Assumindo uma taxa de 3% de eventos adversos perioperatórios e uma taxa de 0,5% de mortalidade global, quase 7 milhões dos quais morrerá durante ou imediatamente após a cirurgia. Pelas razões expostas, a segurança cirúrgica emergiu como um problema de saúde pública. As complicações cirúrgicas evitáveis representam uma grande proporção de lesões e mortes a nível mundial (*World Health Organization,* 2009).

A segurança dos doentes num BO é um tema muito valorizado atualmente, e considerado uma prioridade pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro (*Diário da República*, 2012), a Direção-Geral da Saúde, em parceria com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) emite, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, na área da qualidade organizacional, uma norma organizacional. Esta norma exige: A implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas”. A implementação do projeto Cirurgia Segura, Salva Vidas é obrigatória em todos os blocos operatórios do Serviço Nacional de Saúde e das entidades com ele contratadas, conforme Norma nº 02/2013, de 12/02/2013, atualizada a 25/06/2013 (Direção Geral da Saúde, 2014).

Em todas as cirurgias deve proceder-se ao registo da utilização da “Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica” e do Apgar Cirúrgico nos sistemas de informação locais, que tenham interface com a Plataforma de Dados da Saúde (PDS) ou diretamente na própria PDS. Todas as organizações hospitalares devem, no final de cada semestre, enviar ao Departamento da Qualidade na Saúde, a monitorização do

nível de implementação do projeto, de acordo com formulário, disponível na Direção Geral da Saúde.

Assim, o ambiente do BO, as diferentes técnicas e os numerosos dispositivos médicos utilizados, implicam riscos potenciais quer para os profissionais, quer para os doentes (AESOP, 2006). Segundo esta fonte bibliográfica, as inovações e o desenvolvimento do conhecimento e da tecnologia, no âmbito da saúde propiciam a sobrevivência dos doentes, por outro lado aumentam o risco de complicações devido ao seu carácter agressivo e invasivo.

Equipa multidisciplinar

Os Blocos Operatórios caraterizam-se por áreas físicas com elevados recursos humanos para prestar cuidados a doentes em estado crítico, de uma forma rápida e eficaz. O trabalho aí desenvolvido é complexo e intenso e, como tal os enfermeiros precisam estar preparados para receber doentes com alterações hemodinâmicas relevantes, que requerem e exigem continuamente a aquisição de conhecimentos específicos e grande habilidade para tomar decisões (Ferreira, 2010).

O grau de homogeneidade ou heterogeneidade de um grupo, no que se refere às suas características demográficas, sociológicas ou psicológicas, influencia os processos de interação e finalmente o desempenho da equipa (Soares, 2016). Segundo a autora, a heterogeneidade é defendida como característica vantajosa no envolvimento em tarefas intelectuais relacionadas com a resolução de problemas. Equipas com objetivos, características de personalidade comuns e com elevada compatibilidade, despendem menor energia nas interações de caráter social e afetivo.

Para Neves, Caetano e Ferreira (2011, p.337) "…equipa é mais do que um grupo". Segundo os autores, os grupos tornam-se equipas quando ocorrem processos sinergéticos entre si, existindo um sentimento de implicação grupal.

O trabalho em equipa faz parte da dinâmica do BO, onde a comunicação, o bom senso e a flexibilidade são essenciais para o bom funcionamento dos vários profissionais de saúde que integram a equipa (Fonseca, 2007).

Os serviços onde as pessoas trabalham devem proporcionar realização profissional. Quando um profissional de saúde escolhe um serviço ou especialidade, deve conhecer a realidade, as dificuldades e as vantagens. O serviço deve adequar-se ao profissional, e este deve ser adequado ao serviço (Soares, 2016).

Na maioria dos hospitais a equipa multidisciplinar do BO é constituída por pessoal fixo e pessoal rotativo. Em grande parte dos hospitais a diferença entre o pessoal fixo e rotativo cumpre a mesma distribuição. O pessoal fixo é composto por todos os profissionais que estão afetos ao serviço, ou seja, aqueles que estão registados no centro de custos desse serviço ou departamento, exercendo as suas funções exclusivamente no BO. Neste pessoal integram-se os enfermeiros e assistentes operacionais. O pessoal rotativo, pertence a outro departamento ou centro de custos, como é o caso dos médicos das várias especialidades cirúrgicas, anestesiologistas e técnicos de diagnóstico e terapêutica. De acordo com o autor, estes estão afetos aos serviços correspondentes, mas apesar disso, exercem funções tanto no BO como nas consultas de especialidade e serviços de internamento. Este pessoal rotativo desloca-se ao BO em determinados dias da semana para dar continuidade ao trabalho realizado nos outros locais, exercendo as funções que lhe competem, sendo considerados como "utilizadores do bloco operatório" na medida em que a distribuição das salas ou *suites* operatórias é feita com escala própria de utilização, para que todas usufruam e consigam cumprir o seu objetivo de produção cirúrgica e anestésica (Gonçalves, 2013).

"Num BO é necessário estar preparado para *mudanças rápidas e inesperadas*, as emergências ocorrem com frequência, o tempo de reação é fundamental para dar resposta a essas situações de forma eficaz e coerente". (Vargas, 2010, p.19) [sublinhado do autor]

Durante a fase intraoperatória, período que corresponde à realização do ato cirúrgico, as funções de cada enfermeiro (anestesista, circulante e instrumentista) são distintas, contudo de acordo com a gestão do BO, os enfermeiros podem ser considerados polivalentes, ou seja, todos eles estão integrados nas três áreas de atuação e aptos a desempenhar qualquer uma das três funções. Existem blocos operatórios em que essas funções são fixas e por isso os enfermeiros não estão integrados nas três áreas de atuação. Além destas três áreas, na maioria dos hospitais, os enfermeiros atuam ao nível da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), que corresponde ao período pós-operatório, onde o doente recupera após o ato cirúrgico e anestésico.

Ao nível da gestão hospitalar, o facto de um enfermeiro estar integrado em qualquer área (anestesia, circulação, instrumentação), permite vantagens na medida em que possibilita a polivalência de funções, e uma melhor gestão de recursos humanos, nomeadamente em situações de catástrofes, emergências, férias, formação e carência de elementos, entre outros motivos. Cada elemento da equipa multidisciplinar

desempenha funções específicas e definidas, com um objetivo em comum, que se traduz no cuidar/tratar o doente com qualidade e em segurança (Gonçalves, 2013).

Stress*/*Burnout

Faz parte de um pensamento global a ideia de que os profissionais de saúde se destinam somente a cuidar das doenças dos outros, sem nos lembrarmos que eles próprios podem ser afetados por problemas de saúde, físicos ou psíquicos (Gonçalves, 2013).

Em função de todo o desgaste físico e psicológico, os Médicos e Enfermeiros foram classificados pela *Health Education Authority*, entidade que tem como objetivo melhorar a qualidade dos cuidados de Saúde para as pessoas e pacientes, através da educação, formação e desenvolvimento ao longo da vida do pessoal, como a quarta profissão mais *stressante*, devido à responsabilidade pela vida das pessoas, levando a uma maior incidência de desgaste físico e psicológico (Ferreira, 2010).

Cada elemento da equipa multidisciplinar possui ideias, objetivos e uma personalidade própria, pelo que o *stress* inerente ao trabalho desenvolvido no BO pode influenciar negativamente o seu relacionamento e desempenho profissional com os outros elementos, levando ao aparecimento de *Burnout* (Fonseca, 2007).

As situações indutoras de *stress* mais frequentes no BO, segundo Cruz (2004) são: pressão do tempo, principalmente nas cirurgias de urgência, complicações intraoperatórias e preparação do material cirúrgico, que exige grande dinamismo e capacidade de resposta rápida; carência de pessoal, em grande parte pela dificuldade de integração, e por serem locais muito isolados e fechados; situações imprevistas, como é o caso das avarias dos equipamentos eletrónicos, instrumentos cirúrgicos que se conspurcam e continuam a ser necessários, pelo que se tem de aguardar a sua esterilização, o doente não ter reserva de sangue, o aspirador não funcionar, entre outras; alterações do plano cirúrgico, situação que exige a preparação de novos materiais e equipamentos, contando com a capacidade de improviso e agilidade dos profissionais envolvidos. Pode acontecer quando o doente acaba por ser recusado para a intervenção cirúrgica (complicações súbitas no seu estado hemodinâmico, falta de vaga na unidade de cuidados intensivos, falta de vaga na UCPA, falta de material necessário ao procedimento cirúrgico, ausência de hemoderivados, entre outros…); deficiências no equipamento e seu funcionamento, como as avarias nos equipamentos cirúrgicos indispensáveis à cirurgia (bisturi elétrico, falha no funcionamento da mesa operatória, o ventilador, entre outros…); conflitos de personalidade, que acontecem

com frequência pelo número elevado de elementos da equipa multidisciplinar, onde o enfermeiro funciona como elo de ligação; fatores ambientais, como a utilização de gases anestésicos, pouca ou nenhuma luz natural, o próprio vestuário que tem de ser utilizado (barrete e máscara cirúrgica), radiações (prejudicais à saúde), muitas horas em silêncio e falta de comunicação com colegas de outros serviços (isolamento em relação ao exterior), grandes períodos de permanência em pé, diferenças de temperatura, exposição ao barulho, risco de contaminação. Martins (2004), apresenta como situações indutoras de *stress*: cirurgiões ofensivos, falta de formação específica na área de enfermagem perioperatória, materiais que não estão disponíveis quando são precisos, elementos preguiçosos na equipa, equipamento sujo, paragens cardiorrespiratórias durante o procedimento anestésico ou cirúrgico, várias emergências ao mesmo tempo. O mesmo autor, também faz referência a problemas relacionados com a profissão de enfermagem, turnos de trabalho intensos, muitas horas de prevenção e *stress* relacionado com os constantes avanços da tecnologia e procedimentos.

Reforçando a ideia, o *Burnout* é considerado uma característica das profissões de ajuda, cujo núcleo central do seu trabalho é prestar serviços humanos, e trabalhar com pessoas (Vargas, 2010). O contacto direto e prolongado com a doença, a dependência, a morte e particularmente o sofrimento crónico são esgotantes para estes profissionais. Assim, segundo Gonçalves (2013), o trabalho dos enfermeiros, pressupõe três características fundamentais: grande esforço mental e físico, contínuas interrupções e reorganização de tarefas, com agravamento do nível de carga e de esforço mental, e a relação com pessoas em situação de extrema ansiedade e sofrimento. Para esta autora, o BO é um local privilegiado ao aparecimento de momentos de confusão, *stress*, tensões emocionais e relacionais que levam ao aparecimento de *Burnout*. Para Landeiro (2011), o sujeito sente uma exaustão emocional que se faz acompanhar de um estado de esgotamento físico, caracterizado pela sensação de que não pode dar mais de si aos outros, em situações em que os recursos emocionais parecem estar esgotados. Para esta autora, a despersonalização é a peça chave da tríade do *Burnout* no contexto das profissões de assistência, uma vez que a exaustão emocional e a redução da realização pessoal também se encontram noutras síndromes depressivas. Este fenómeno surge da necessidade que o indivíduo sente de se proteger dos sentimentos negativos que o rodeiam, levando-o a isolar-se e a evitar relações interpessoais, bem como a emitir uma atitude fria e despersonalizada para com os clientes/utentes e colegas de trabalho. Assim, segundo esta autora, adota o cinismo, o distanciamento e recorre a termos depreciativos para

se referir aos outros, atribuindo-lhes a culpa das suas frustrações. Para a autora, parece haver um decréscimo de simpatia e respeito pelos outros, um aumento de respostas impessoais, e desumanização das atitudes e sentimentos no relacionamento interpessoal.

Segundo Maslach como referido em Vara (2007), a redução da realização pessoal manifesta-se por perda do sentimento de competência e idoneidade profissional, desmotivação, abandono de tarefas e do trabalho, levando à diminuição das expectativas pessoais implicando uma autoavaliação negativa onde se inclui a não aceitação de si próprio, assim como sentimentos de fracasso e baixa autoestima.

Finalizando este capítulo, é de realçar que, no âmbito das competências dos enfermeiros perioperatórios, o "saber ser" no BO implica consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, facilidade de adaptação e de concentração, espírito crítico, resposta rápida a emergências e controlo do *stress* (Pinheiro, 2007).

CAPÍTULO III– A SATISFAÇÃO NO TRABALHO

Uma pessoa satisfeita com a sua atividade tende a sentir-se realizada, contente e recompensada monetariamente (Palha, 2013). Tal como refere Marques (2007) “A satisfação é o que sentimos depois de vermos satisfeita uma necessidade”. (p. 91)

A satisfação no trabalho tem sido considerada, ao longo dos anos, como uma variável determinante no contexto organizacional, motivo pelo qual é largamente estudada pela disciplina de comportamento organizacional (Cunha, Rego, Cunha & Cabral-Cardoso, 2006).

No geral, as pessoas desejam ser tratadas de forma justa e respeitosa, aspetos que são refletidos na satisfação profissional e esta por sua vez repercute-se no funcionamento da organização (Palha, 2013). Assim, a avaliação da satisfação no trabalho é encarada como um importante vetor para o bem-estar dos trabalhadores.

As vítimas de *Burnout* relatam com frequência insatisfação com o seu trabalho, o seu modo de vida e baixo autoconceito (Gonçalves, 2013).

3.1– CONCEITO DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO

O termo satisfação, do latim *satisfactiōne-, «idem»,* associa-se ao ato ou efeito de satisfazer ou de satisfazer-se, a contentamento, alegria, completude, e à reparação de uma ofensa e pagamento devido (Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa, 2003-2018).

Em relação ao termo trabalho, será trabalho uma atividade ou profissão? Segundo Vieira (2010), o termo trabalho, no sentido jurídico, é a produção de tudo aquilo que seja útil socialmente. A etimologia de trabalho remete-nos aos tempos do Império Romano. *Tripalium*, do latim "*tri*" (três) e "*palus*" (pau) - literalmente, "três paus", designava uma espécie de tripé, composto por três estacas – ou “três paus” – fincados no chão, de maneira que formasse uma pirâmide, na qual eram suplicados os escravos. O *tripalium*, instrumento de tortura, era o lugar onde se pagava a penitência. De acordo este autor, o trabalho é um género e que abrange três espécies (atividade, ofício e profissão). A primeira delas é a atividade, entendida como a forma de trabalho

que dispensa regulamentação legal. É muito precária, comumente exercida por pessoas que não estudaram o suficiente para realizarem outras formas de trabalho mais complexas. Conforme se sobe a pirâmide, encontra-se o ofício, e por último, a profissão que pressupõe uma formação académica e exige elevado nível de intelectualidade, uma vez que requer do profissional, conhecimentos profundos na sua área de atuação. Na pesquisa bibliográfica verifica-se uma diluição destes termos e conceitos, o que se reflete no desenvolvimento deste enquadramento teórico. Por esse motivo, é de salientar que não se pretende a desvalorização da profissão de Enfermagem, quando textualmente é referida simplesmente como uma atividade ou trabalho.

Com o advento do capitalismo, após a Revolução Industrial do séc. XVII, o trabalho adquiriu características de assalariamento, o importante era o juntar ou acumular de capital. Este modelo económico começa a entrar em crise, de acordo com Fonseca (2013), a partir da segunda metade dos anos 60, provocada por aspetos económicos, políticos, culturais e tecnológicos, sendo que a ênfase, em um ou outro aspeto, varia de acordo com os diferentes estudos. Para Martinez e Paraguay (2003, p. 65) "*o trabalho não seria uma entidade, mas uma interação complexa de tarefas, papéis, responsabilidades, relações, incentivos e recompensas em determinado contexto físico e social*". [sublinhado do autor]

A maior parte do nosso dia é ocupada em situações de trabalho (Greenberg e Baron, 1993), aspeto este com tendência a aumentar devido a alterações da situação económica (Westover, 2012), não só portuguesa, mas a nível mundial. Mas, é a satisfação no trabalho que contribui para o bom funcionamento do trabalhador e da organização, e que se repercute na qualidade de vida laboral (Buitrago e Martinez, 2013). Este pressuposto é corroborado num estudo desenvolvido por Drobnič, Beham e Präg (2010), em nove países da União Europeia, demonstrando que a qualidade e satisfação no trabalho se relacionam com a qualidade de vida.

Torna-se difícil quantificar a satisfação no trabalho, já que esta depende de várias vertentes e pólos. Segundo Marques (2007), dá-se como que uma relativização do índice de satisfação global. Duas pessoas podem ter o mesmo índice de satisfação, mas por razões diferentes. Assim, uma pode estar contente com os seus colegas de trabalho, mas insatisfeita com o salário, outra pode estar satisfeita com as duas variáveis, e o índice global de satisfação resultante não significa o mesmo em ambos os casos. De acordo com o mesmo autor, existe uma maior satisfação na razão diretamente proporcional à variedade, autonomia, o carácter desafiante e o *feedback*.

Desta forma, algumas medidas de satisfação têm sido estudadas umas mais relacionadas com a satisfação em geral, outras mais dirigidas a aspetos específicos da satisfação.

"Muitas das definições apresentadas fazem referência à satisfação como uma *atitude global ou estado emocional/afetivo*. Contudo outras definições fazem referência à satisfação laboral como um *conjunto de atitudes e sentimentos* em relação ao referencial trabalho". (Marques, 2007, p. 93). [sublinhado do autor]

A satisfação do trabalho ocupa uma posição fundamental na problemática da relação saúde-trabalho, e para Dejours como referido por Nascimento (2016), quando esta é negligenciada, ocorre a insatisfação resultante de uma inadaptação às questões ergonómicas do trabalho, originando sofrimentos físicos e mentais. De acordo com o mesmo autor, a insatisfação embora implicitamente designada em numerosos trabalhos, foi na verdade bem pouco estudada. A maioria dos autores interessa-se mais pela questão da satisfação da motivação do que pela insatisfação.

Para Weiss e Cropanzano como referido em Palha (2013), a satisfação com o trabalho é um julgamento avaliativo que, parcialmente resulta de uma experiência emocional e de crenças abstratas sobre o trabalho. Também é caraterizada como uma variável atitudinal, para Spector como referido por Palha (2013), podendo ser avaliada segundo o grau em que a pessoa gosta (satisfação) ou não gosta (insatisfação) do seu trabalho, e de diferentes aspetos relacionados com este. Já Mullins como referido em Palha (2013), considera a satisfação no trabalho mais do que uma atitude, como um estado interno que pode ser associado a sentimentos de realização, tanto quantitativa como qualitativa. Outros autores associam a satisfação no trabalho a um processo de avaliação.

Pode-se afirmar que a satisfação no trabalho engloba componentes afetivas e cognitivas (Cunha et al., 2006), e que tem por base a avaliação de atitudes perante o trabalho. Santos, Spagnoli, Ramalho, Passos e Caetano (2010, p.2076) defendem que "uma pessoa com um nível mais elevado de satisfação terá atitudes mais positivas face ao seu trabalho, enquanto que uma pessoa mais insatisfeita com o seu trabalho terá uma atitude mais negativa face ao seu trabalho". Assim, de acordo com Palha (2013), os conceitos atitude e satisfação não são sinónimos, uma vez que o primeiro influencia o segundo. No Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa (2003-2018), o termo atitude surge do latim tardio *aptitudine*, "aptidão", pelo francês *attitude*, "atitude",

termo que significa: posição do corpo, postura; forma de agir, procedimento; maneira de significar um propósito.

Graça (2010, p.4) afirma que “essa avaliação, que cada um de nós faz do conteúdo, organização e demais condições do seu trabalho (…) é sempre mental e emocionalmente complexa, embora feita instantânea e empiricamente (…)”.

A compreensão do fenómeno da satisfação no trabalho pressupõe a análise de modelos teóricos subjacentes. A teoria da motivação de Maslow e a teoria dos dois fatores de Herzberg, são duas das correntes mais abordadas para a explicação da satisfação no trabalho, que irão ser brevemente descritas a seguir.

3.2– TEORIAS DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO

Um dos grandes contribuintes para entender sobre a valorização da subjetividade do trabalhador, foi a de George Elton Mayo que “realizou o Estudo *Hawthorne*, demonstrando que a natureza do trabalho, a adaptabilidade do empregado à situação, a identificação do grupo socioeconômico e das relações sociais, exercem influência sobre a satisfação profissional” (Ferreira, 2010, p. 17). Este projeto deu especial atenção ao aspeto humano dentro da organização empresarial, o que se mostrou muito ousado para a época. Mayo foi o responsável pela pesquisa na fábrica de Hawthorne entre 1927 e 1932. É pioneiro no movimento das Relações Humanas, em que a ênfase nas tarefas foi substituída pela ênfase no indivíduo. Segundo Nascimento (2016), esta teoria está imbricada noutros conceitos, como a realização profissional, participação, responsabilidade e reconhecimento pelo trabalho em si.

No movimento das Relações Humanas, segundo Palha (2013), surgiram muitas teorias entre elas, a das Necessidades Humanas Básicas de Maslow (1954), a Teoria dos Dois Fatores de Herzberg (1959), e posteriormente, baseando-se nesses dois autores surgiu a de Locke (1969, 1976).

Em 1983 Francès como referido por Palha (2013), efetuou uma síntese das três correntes de pensamento, as Escolas defendidas por Locke, que são capazes de identificar os principais fatores conducentes à satisfação dos trabalhadores no emprego: a Escola Psico-económica, a Escola das Relações Humanas, e a Escola do Desenvolvimento. Para Locke como referido em Palha (2013), a satisfação no trabalho resulta da combinação entre o que um indivíduo quer do seu trabalho, e o que ele percebe que está conseguindo. Segundo o mesmo autor, a satisfação no trabalho é

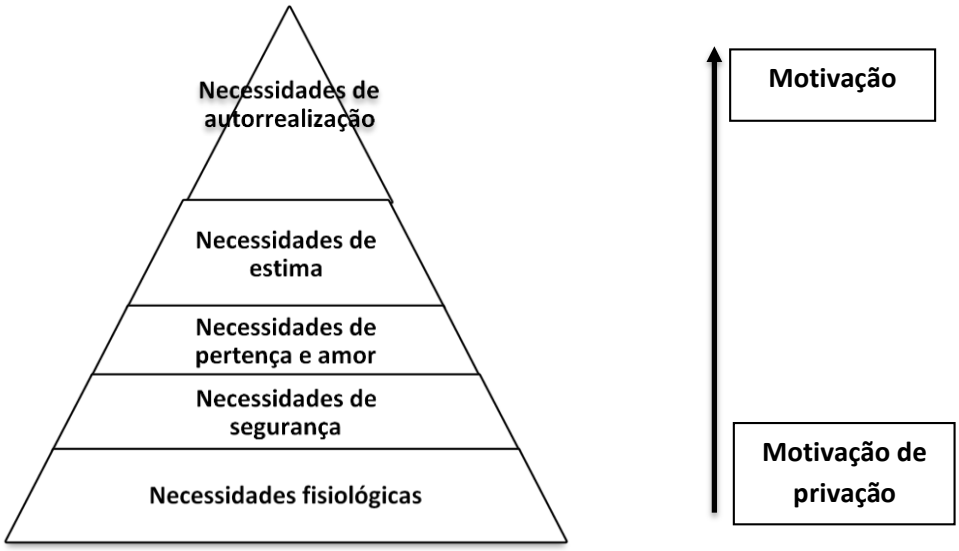
um estado emocional, porque a emoção deriva da avaliação dos valores do indivíduo, e por tratar-se de um estado emocional, a satisfação possui dois fenómenos: o de alegria (satisfação) e o de sofrimento, desprazer (insatisfação). Assim, para Locke como referido por Palha (2013), satisfação e insatisfação no trabalho não são fenómenos distintos, mas situações opostas de um mesmo fenómeno, ou seja, um estado emocional que se manifesta na forma de alegria (satisfação) ou sofrimento (insatisfação).

Note-se que nenhuma corrente de pensamento está ultrapassada, pois o foco de cada uma contribui para a visão global do que hoje em dia é considerado importante na avaliação da satisfação no trabalho. No seguimento das correntes de pensamento, vários autores formularam teorias suscetíveis de analisar o fenómeno de satisfação no trabalho, e tal como referem George e Jones, como referido em Palha (2013), cada uma dessas teorias ou modelos foca pelo menos um determinante da satisfação no trabalho: personalidade, valores, situação de trabalho e influência social.

Teoria de Maslow

Segundo Horta como referido em Nascimento (2016), Maslow baseia a sua teoria da motivação humana nas necessidades humanas básicas. A teoria das necessidades de Maslow integra as teorias humanistas, nas quais se pressupõe que a motivação para o comportamento vem das tendências inatas e aprendidas da pessoa para evoluir rumo à realização do próprio potencial. Para Gerrig e Zimbardo como referido por Nascimento (2016), o esforço para a autossatisfação é uma força construtiva e orientadora que move cada pessoa para comportamentos geralmente positivos e para o melhoramento do *self*.

Maslow como referido em Palha (2013), apresenta uma visão diferente e começa por distinguir os tipos de necessidades, agrupando-as segundo uma hierarquia, numa pirâmide com cinco patamares (Figura 2):



Fonte: Palha (2013, p.13).

Figura 2- Hierarquia das necessidades de Maslow

No patamar mais baixo surgem as necessidades fisiológicas, assim chamadas por corresponderem a impulsos fisiológicos para obter a homeostase, ou seja, segundo Maslow como referido por Palha (2013), aos esforços automáticos do corpo para manter um estado normal e constante da corrente sanguínea, ou carências corporais. Englobam a fome, a sede, o sono, a atividade sexual, entre outras. São necessidades relativamente isoladas e localizadas somaticamente, sendo consideradas dominantes na hierarquia pela importância atribuída pelo indivíduo. Assim, o impulso humano orienta-se no sentido de satisfazer uma necessidade não satisfeita, e quando essa necessidade é satisfeita deixa de ser prioritária na ação do indivíduo. Quando as necessidades fisiológicas são satisfeitas, surgem as necessidades de segurança, que englobam a estabilidade, a dependência, a proteção, a ausência de medo, necessidade de ordem e Lei, entre outras. Maslow como referido por Palha (2013), defende que em situações de ameaça à integridade física ou psicológica do indivíduo, há uma regressão das necessidades superiores face às necessidades de segurança, que se tornam preponderantes. Segundo a mesma fonte bibliográfica, após a satisfação das necessidades anteriormente descritas, surgem as necessidades de pertença e de amor que englobam o afeto (dar e receber), o carinho, a intimidade, o sentido de pertença, necessidade de amigos e família, etc. Maslow menciona o papel da industrialização na frustração destas necessidades, e defende que quando

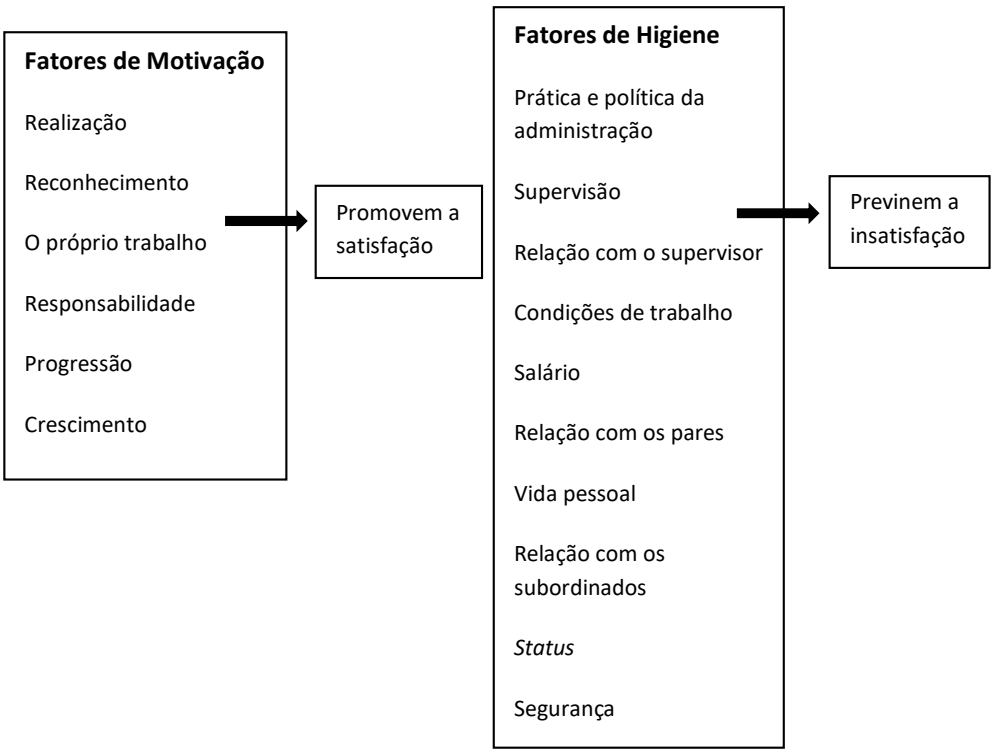
insatisfeitas são consideradas como a base da inadaptação. Segundo Maslow como referido em Palha (2013), classifica as necessidades de estima em dois conjuntos: o primeiro abrange o desejo de força, realização, competência, independência, etc. e o segundo abrange o desejo de reputação, prestígio, reconhecimento, dignidade, apreço, fama, etc. Para Maslow, a satisfação destas necessidades leva a sentimentos de autoconfiança, valia, força, capacidade e suficiência, de se sentir útil e necessário no mundo. Pelo contrário, para o mesmo autor como referido por Palha (2013), a sua frustração leva a sentimentos de inferioridade, de debilidade e de desamparo. O mesmo autor defende que todos os indivíduos, salvo algumas exceções, têm necessidade de uma valorização elevada de si mesmos, com base firme e estável e com necessidade de autorrespeito, autoestima, e da estima dos outros. Quando todas as necessidades inferiores estão parcialmente satisfeitas, frequentemente surge a necessidade de autorrealização, definida por Maslow como referido em Palha (2013), como o desejo da pessoa pela autossatisfação, ou seja, tornar-se tudo aquilo que seja capaz de ser. Este autor postulou alguns pressupostos acerca da sua teoria da motivação, entre os quais: as necessidades básicas vão perdendo força à medida que se sobe na hierarquia, ou seja, quanto mais superior é a necessidade, menos forte ela é; quanto mais superior é a necessidade, mais especificamente é humana; as necessidades superiores são desenvolvidas posteriormente e não no momento do nascimento, como acontece com algumas necessidades fisiológicas; quanto mais superior é a necessidade, menos imperiosa se torna para a sobrevivência do indivíduo, mais tempo pode levar para a sua satisfação, são necessárias mais condições prévias e torna-se mais fácil o seu desaparecimento definitivo; as necessidades superiores potenciam a eficiência biológica, a longevidade, a saúde e tendem a afastar-se da doença; as necessidades superiores são subjetivamente menos urgentes e menos percetíveis; a satisfação das necessidades superiores produz resultados mais desejáveis, nomeadamente mais felicidade, serenidade e riqueza interior, significando um valor de crescimento; as necessidades superiores requerem melhores condições externas (familiares, económicas, políticas, etc.), mas significam mais socialização e identificação com o amor; aquando da satisfação de duas necessidades, o indivíduo valoriza mais a necessidade superior e suporta melhor a privação da necessidade inferior; a busca das necessidades superiores acarreta consequências positivas para a sociedade na medida em que quanto mais superior é a necessidade, menos egocêntrica; a procura e satisfação das necessidades superiores conduzem a um maior individualismo, mais verdadeiro e mais forte; as necessidades inferiores são mais localizadas, tangíveis e limitadas que as necessidades superiores.

De acordo com Palha (2013), Maslow não desenvolveu uma teoria acerca da motivação no trabalho, mas as suas implicações nesta área são notórias uma vez que a busca da autorrealização engloba também os aspetos laborais. Apesar das críticas apontadas, a teoria continua a ser amplamente utilizada em contexto profissional, como base explicativa dos fenómenos motivacionais para o trabalho.

Teoria de Herzberg

A teoria dos dois fatores de Herzberg, também denominada de teoria da motivação-higiene, foi primariamente aplicada a um grupo de engenheiros e contabilistas, sendo-lhes pedido para descrever momentos em que se sentiam satisfeitos e momentos em que se sentiam insatisfeitos no seu trabalho (Herzberg como referido em Palha, 2013). Segundo esta autora, esta metodologia foi posteriormente desenvolvida e aplicada a populações distintas. Os estudos sugerem que a satisfação e a insatisfação no trabalho derivam de diferentes fatores. A satisfação está diretamente relacionada com o conteúdo do trabalho (especificidade, reconhecimento, interesse, responsabilidade, crescimento, etc.), a insatisfação relaciona-se com o contexto de trabalho (prática e política administrativa, supervisão, relações interpessoais, condições de trabalho, salário, etc.). Os fatores de satisfação são denominados de fatores motivacionais, pois a sua presença na organização contribui para criar atitudes positivas que conduzem à satisfação no trabalho. Por outro lado, os fatores de insatisfação são chamados de fatores de higiene, uma vez que a sua forma negativa contribui para a insatisfação no trabalho e expressam componentes ambientais possíveis de evitar (Palha, 2013).

A Figura 3 ilustra os fatores motivacionais, e os fatores de higiene identificados por Herzberg no seu estudo. Myers como referido em Palha (2013), explica que a satisfação no trabalho e a produtividade estão associadas aos fatores de motivação, e as deceções e a ineficácia aos fatores de insatisfação.



Fonte: Palha (2013, p.18).

Figura 3 - Fatores de motivação e de higiene identificados na Teoria dos Dois Fatores de Herzberg

Os fatores identificados por Herzberg na sua teoria estão intimamente relacionados com as necessidades de crescimento especificadas na teoria da motivação de Maslow. A satisfação com o trabalho, segundo Herzberg, deriva da satisfação das necessidades de alto nível, e a insatisfação está relacionada com as condições que falham para satisfazer as necessidades de baixo nível (Greenberg e Baron, 1993). Na mesma corrente de pensamento, Herzberg et al. como referido por Palha (2013), defendem que os fatores que conduzem a atitudes positivas no trabalho vão de encontro às necessidades individuais de autorrealização. Em suma, Myers (1964) argumenta que uma efetiva *performance* laboral depende tanto da motivação como da manutenção das necessidades.

Para evitar os fatores de insatisfação que designa de fatores de higiene, Herzberg como referido por Palha (2013), diz ser necessário assegurar um bom relacionamento interpessoal, uma supervisão eficaz, solidária e não autoritária, criar um clima organizacional que inspire uma cultura de respeito, cuidado, ambiente seguro e salários dignos.

3.3– CONSEQUÊNCIAS DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO

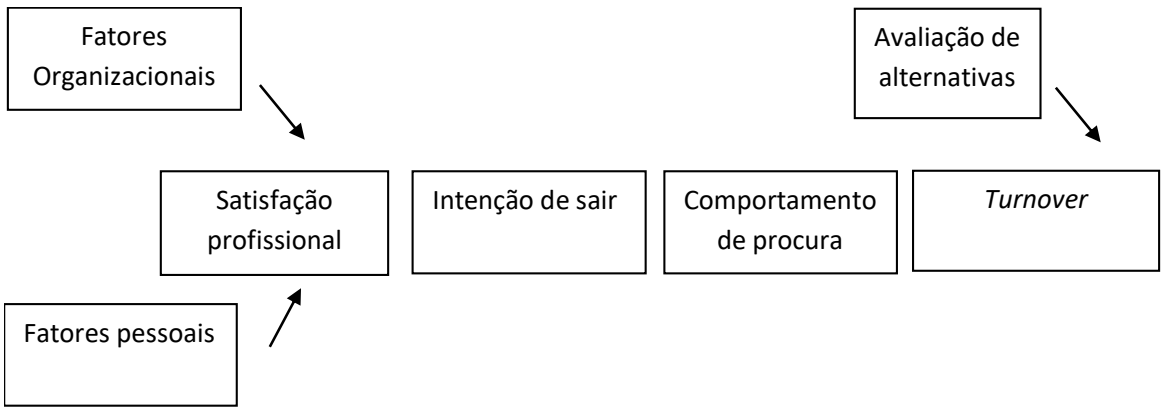
A satisfação no trabalho tem vindo a merecer destaque no âmbito do comportamento organizacional. Esta importância é fundamentada pela ideia de que um trabalhador satisfeito traz consequências para os outros trabalhadores, para os gestores e para a organização na sua globalidade (George e Jones como referido em Palha, 2013). Assim, a satisfação no trabalho pode contribuir para a adoção de comportamentos de cidadania organizacional (Cunha et al., 2006), que enriquecem as relações sociais e de cooperação dentro da organização, e são demonstrados através de atitudes como a oferta de ajuda, cuidado, proteção dos recursos da organização, entre outros. A forma como o trabalhador se sente dentro da organização pode influenciar a sua maneira de agir diante dos "clientes" (Palha, 2013). A satisfação do trabalhador, além de contribuir para o seu bem-estar, repercute-se na perceção de qualidade do serviço e na divulgação da imagem da organização para o exterior (Cunha et al., 2006).

Existem estudos que demonstram que a satisfação do trabalhador se encontra associada de forma positiva com a satisfação do cliente/utente, na medida em que tende a empenhar-se mais no seu trabalho, conquistando mais facilmente a sua confiança e lealdade (Palha, 2013). Para o mesmo autor, um aspeto a ter em conta na abordagem à satisfação no trabalho são as repercussões negativas que podem advir de um trabalhador insatisfeito. Uma dessas alterações ou consequências reporta-se ao absentismo, quando se trata de um ato voluntário e não por motivos familiares ou de saúde. Atendendo à existência de diversos fatores e situações que podem contribuir para o absentismo, não é surpresa que a relação entre satisfação e absentismo seja relativamente fraca. Desta forma, ao analisar a relação satisfação-absentismo, é fundamental ter em conta os fatores que conduziram à necessidade de se ausentar do emprego. As variáveis que influenciam o absentismo voluntário, nomeadamente a motivação para o trabalho e as políticas organizacionais, constituem importantes vetores de análise, uma vez que um trabalhador motivado e que se sente protegido pelas políticas implementadas tende a sentir-se mais satisfeito no seu trabalho e por conseguinte a faltar menos (Robbins e Judge, 2007). Esta premissa é corroborada num estudo conduzido por Scott e Taylor (1985), no qual se conclui que a satisfação está mais associada à frequência do absentismo do que à sua duração. Na prática, o estabelecimento de altos níveis de satisfação nos trabalhadores permite aumentar o envolvimento com o trabalho, contribuindo para a diminuição do absentismo (Wegge, Schmidt, Parkes e Dick, 2007). Relativamente a este tópico,

Ferreira (2006) defende que a criação de dinâmicas organizacionais que favoreçam atitudes positivas como a integração, a satisfação e a motivação, poderão contribuir para a redução do absentismo.

Tal como sucede com o absentismo, o *turnover* (rotatividade), também pode ser considerado como uma consequência da satisfação no trabalho (Cunha et al., 2006).

Spector, como referido em Palha (2013), partilha estas opiniões e desenvolveu um modelo explicativo do processo de *turnover* que combina as características individuais com as características do trabalho (Figura 4). Segundo o autor, se os níveis de satisfação são suficientemente baixos, a pessoa irá desenvolver um comportamento intencional para abandonar o trabalho. No entanto, este comportamento é mediado pelo conhecimento de outras alternativas de trabalho.



Fonte: Spector (1997, p.64)

Figura 4- Modelo de *turnover* como função da satisfação profissional e taxa de desemprego desenvolvido por Spector.

Sendo a satisfação considerada uma atitude no trabalho, pode-se considerar os efeitos apontados por Herzberg, Mausner e Snyderman como referido por Palha (2013), performance, *turnover*, saúde mental, relações interpessoais e atitudes (individuais, profissionais, organizacionais), como consequências da satisfação no trabalho.

De acordo com a autora, na área da saúde o trabalho em equipa toma especial destaque, pelo que as relações profissionais se revestem de importância acrescida. Segundo a Comissão do Observatório Regional da Secção Regional, da Região Autónoma dos Açores, a natureza dos serviços prestados pelas organizações de

saúde obriga a uma atenção acrescida com vista à satisfação dos profissionais e dos clientes/utentes. Também a especificidade e complexidade de determinados serviços, com necessidade de formação acrescida, é um fator a ter em atenção na área da Saúde (Palha, 2013).

O investimento em qualificação por parte dos enfermeiros torna-os muitas vezes, como foco de atenção em estudos sobre satisfação profissional, uma vez que as expetativas e o reconhecimento desejado, a nível de benefícios e *status* na organização, poderão não corresponder ao verificado (Palha, 2013). A satisfação no trabalho dos profissionais de Saúde, torna-se prioritária para fomentar um bom ambiente na prática clínica e garantir a qualidade e continuidade dos cuidados prestados.

Assim, a satisfação no trabalho é um preditivo de bem-estar individual e coletivo que pode interferir com as práticas laborais, motivo pelo qual não deve ser menosprezada pelos gestores.

A satisfação no trabalho é encarada de forma diferente de pessoa para pessoa, ou pela mesma pessoa em momentos diversos. Desta forma, é possível afirmar que existem determinadas características que influenciam a forma como a pessoa se sente ou se comporta no seu local de trabalho. Curiosamente, são vários os autores que se debruçaram sobre os fatores que influenciam a satisfação no trabalho, tendo chegado a conclusões semelhantes. Para alguns destes autores, a satisfação no trabalho é determinada através de variáveis individuais, organizacionais e ambientais, ou seja, resultantes da interação indivíduo/trabalho (Cunha et al., 2006). Para outros, as fontes de satisfação podem ser consideradas intrínsecas ou extrínsecas (Vecchio, 2000). Apesar de apresentarem diferentes terminologias, os autores convergem na ideia de existirem causas inerentes ao próprio indivíduo, e causas externas a este, como a organização e o ambiente que o rodeia (Palha, 2013).

Determinantes individuais

No que se refere às características individuais, George e Furnham como referido em Palha (2013), destacam a personalidade como determinante no nível de satisfação no trabalho, na medida em que a satisfação é influenciada, em parte, por algo inerente à pessoa. Para este autor, a robustez e a abrangência, são dimensões da personalidade determinantes para a satisfação no trabalho. Spector como referido em Palha (2013), reforça a existência de fatores individuais que a pessoa transporta para o trabalho, como é o caso da personalidade e das experiências prévias, que podem influenciar a

satisfação profissional. Já Robbins e Judge (2007), argumentam que pessoas com personalidade negativa (por exemplo aborrecidas ou críticas) tendem a ser menos satisfeitas no seu trabalho. A personalidade é, em parte, definida por fatores genéticos, o que poderá ajudar a determinar a satisfação no trabalho. De acordo com o estudo de George e Jones como referido em Palha (2013), cerca de 30% da diferença nos níveis de satisfação no trabalho tem influências genéticas, por conseguinte, difíceis de alterar.

De uma forma geral, o nível de satisfação é influenciado pela educação, inteligência e habilidades, idade (Mullins como referido em Palha 2013), autonomia para escolher o seu local de trabalho, expetativas (Vecchio 2000), autoestima, motivação para o sucesso (Cunha et al., 2006), *status*, antiguidade, e pela satisfação geral com a vida (Greenberg & Baron 1993).

Determinantes organizacionais

A satisfação no trabalho pode ser influenciada pelas políticas e procedimentos organizacionais, condições de trabalho, relações com os colegas, supervisores ou subordinados, remuneração e pelas próprias características do trabalho (George e Jones, 1996; Greenberg e Baron, 1993). O próprio ambiente de trabalho e os fatores a ele associados, como a natureza das tarefas, as relações de trabalho e as recompensas são importantes influências na satisfação no trabalho (Spector como referido por Palha 2013).

Para Bauk, como referido em Marqueze e Moreno (2005):

> Os fatores considerados como os mais significantes ao *stress* e à insatisfação no trabalho são a *falta de conhecimento sobre oportunidades de progresso e promoção no trabalho e o modo como ocorre a avaliação da performance profissional*. Outros fatores são a *carga de trabalho excessiva, a interferência do trabalho na vida particular, a carência de autoridade e influência* necessárias à execução de seu trabalho. (p.72) [sublinhado do autor]

O clima organizacional, as características do trabalho e a informação social são consideradas as variáveis mais representativas da satisfação (Cunha et al., 2006). Desta forma, as atitudes, crenças, valores e motivações das pessoas que trabalham na organização, as atividades desenvolvidas e o contexto social envolvente são variáveis que influenciam a satisfação no trabalho.

A remuneração e o sistema de recompensas, também parecem estar associados ao nível de satisfação, uma vez que um trabalhador que considera ter um salário adequado e suficiente, tende a ser mais satisfeito (Greenberg e Baron, 1993). Neste ponto de vista, o salário e as recompensas podem funcionar como sinal de reconhecimento pelo esforço do trabalhador, induzindo à motivação e à melhoria do desempenho (Cunha et al., 2006), com consequente elevação do nível de satisfação.

Relacionando a satisfação no trabalho com a motivação do trabalhador, Martinez e Paraguay (2003, p. 60) "as conceituações mais freqüentes referem-se a satisfação no trabalho como sinônimo de motivação, como atitude ou como estado emocional positivo havendo, ainda, os que consideram satisfação e insatisfação como fenômenos distintos, opostos."

Nascimento (2016, p.48) salienta "De certo os funcionários satisfeitos trazem, prosperidade para as organizações. A linha que divide um funcionário satisfeito do funcionário motivado é tênue".

As características da atividade que se exerce são também determinantes para a satisfação, sendo preferível um trabalho estimulante e desafiante ao invés de um preditivo e rotineiro (Robbins & Judge, 2007).

Para Vroom como referido por Palha (2013), o trabalho é uma atividade social que requer interação com outras pessoas. O resultado desta interação constitui um importante fator de motivação na decisão de trabalhar e consequentemente na satisfação no trabalho. Esta opinião é corroborada no estudo de Bond, Punnett, Pyle, Cazeca e Cooperman (2004), no qual o suporte social se encontra fortemente relacionado com a satisfação profissional em todos os participantes. Conclusão semelhante pode ser observada num estudo desenvolvido por Cortese, Colombo e Ghislieri (2010), aplicado a enfermeiros num hospital italiano, que evidencia a relação entre as relações de trabalho e a satisfação profissional. Contrariamente a estas opiniões, o estudo de Roelen, Koopmans e Groothoff (2008) revela que a satisfação com os colegas é um determinante de menor importância para a satisfação no trabalho.

A qualidade da supervisão, é considerada outro determinante para a satisfação no trabalho, na medida em que os trabalhadores tendem a sentir-se mais satisfeitos, quanto maior a perceção de competência, dignidade e respeito do supervisor perante eles (Greenberg e Baron, 1993). Outro aspeto importante consiste no facto da satisfação com o supervisor trazer implicações para a eficácia da organização

(Scarpello e Vandenberg como referido por Palha 2013). Apesar destes estudos mostrarem existir relação entre satisfação e supervisão, Roelen et al., (2008), no seu estudo com trabalhadores no ativo na Holanda, mostraram não existir relação entre estas duas variáveis.

Corroborando com Martins (2008), pensar na relação entre os indivíduos, é pensar nas estratégias a utilizar para lidar com as situações geradoras de *stress* e conflito, e também nos fatores protetores das consequências dessas situações.

A satisfação no trabalho tem sido amplamente estudada no seio organizacional, uma vez que a sua influência é reconhecida no comportamento da organização (George e Jones, 1996), e bem-estar do trabalhador (Spector como referido em Palha, 2013). Também as alterações económicas e financeiras, que atualmente muitos países europeus estão a sofrer, repercutem-se na vida laboral dos funcionários, exigindo por vezes adaptação a novas situações de trabalho.

Determinantes ambientais

Existem algumas variáveis externas, tanto ao indivíduo, como à própria organização, que podem interferir com a satisfação no trabalho, nomeadamente as influências económicas, sociais, técnicas e governamentais (Mullins como referido em Palha, 2013). Outros autores, nos seus estudos sobre satisfação e *stress* em trabalhadores, chegaram a conclusão que trabalhadores em ambiente desfavorável sofrem de insatisfação e *stress*, mais do que aqueles que trabalham em bons ambientes (Rahman e Sem como referido por Nascimento (2016).

Apesar da tendência em estudar o trabalho apenas no local de trabalho, os trabalhadores são influenciados por eventos e situações que ocorrem fora desse local, pelo que a satisfação no trabalho está relacionada com a satisfação com a vida em geral (Palha 2013).

3.4– A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL NA ENFERMAGEM

De forma global, é indiscutível a importância que a satisfação profissional, enquanto atitude que influencia as ações dentro da organização, tem merecido ao longo dos anos. Neste sentido, segundo Palha (2013), a determinação dos níveis de satisfação no trabalho dos profissionais de saúde vai ganhando destaque no seio da

investigação, quer pela sua importância ao nível dos resultados da prática clínica, quer pelo seu contributo na qualidade de vida em geral dos profissionais.

Num documento elaborado para o Conselho Internacional de Enfermeiros, a maioria dos cuidados de saúde são prestados por enfermeiros, podendo atingir os 80% em alguns países (Baumann, 2007). Esta autora, defende a ideia de que os ambientes favoráveis à prática, demonstram um compromisso de segurança conducente à satisfação global no trabalho.

No contexto da saúde a satisfação no trabalho, segundo Palha (2013), resulta da avaliação periódica que cada um de nós faz, instantânea e empiricamente, do grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expetativas profissionais. É uma pessoa perceber ou sentir que aquilo que recebe (por ex., dinheiro, segurança no emprego, condições de trabalho, conforto, bem-estar, amizade dos colegas, apreço dos utentes, autonomia no trabalho, oportunidades de formação contínua, desenvolvimento e reconhecimento de um projeto profissional), está de acordo com aquilo que esperava obter. De acordo a mesma autora, a atual situação económica, não só de Portugal, mas a nível Europeu, desencadeou inúmeras alterações laborais, como a redefinição das carreiras, aumento dos níveis de desemprego, aumento de situações de trabalho precário, diminuição dos salários, entre outros. Os trabalhadores deixaram de poder escolher a organização, o serviço ou até mesmo a cidade onde vão trabalhar. De uma forma geral, deixou de ser critério de qualidade o mérito académico do profissional. Todos estes fatores podem interferir na satisfação no trabalho, na medida em que ficou suprimida a liberdade de escolha do trabalhador.

A crise da força de trabalho na Enfermagem, para Baumann como referido em Palha (2013), caracteriza-se pela escassez cada vez mais marcada de enfermeiros, que varia consoante a área geográfica, o nível de cuidados, o setor ou serviço na organização.

Existem inúmeros estudos sobre satisfação profissional em profissionais de saúde, nomeadamente em enfermeiros (Adams e Bond, 2000; Batista et al., 2010; Castro, Lago, Fornelos, Novo, Saleiro e Alves 2011; Lorber e Savič, 2012). O enfoque das investigações varia de acordo com o objetivo pretendido, sendo abordados os aspetos que mais podem interferir com a satisfação profissional dos enfermeiros (rotatividade ou *turnover*, relações de trabalho e condições laborais).

De acordo com Batista et al. (2010), a satisfação profissional em Enfermagem torna-se fulcral quando analisada do ponto de vista das suas consequências, nomeadamente:

absentismo, elevada rotação de emprego, escassez de profissionais, baixa produtividade, diminuída eficiência e qualidade de serviços, assim como custos acrescidos de substituição.

Neste sentido, um aspeto importante a salientar é a rotatividade dos profissionais de saúde. Além de todo o processo de integração e adaptação ao novo serviço ou organização, salienta-se que a substituição de médicos e enfermeiros numa organização de saúde continua a ser um problema crescente e muito dispendioso no contexto atual de crise económica (Nowak, Holmes e Murrow, 2010). Por outro lado, num estudo desenvolvido por Tsai e Wu (2010) em enfermeiros, conclui-se que a satisfação no trabalho está positivamente relacionada com os comportamentos de cidadania organizacional, e negativamente com a intenção de rotatividade.

Nowak et al., (2010) defendem que determinadas características laborais (variedade e autonomia, suporte do supervisor, relações e coesão entre enfermeiros e médicos e oportunidades de promoção adequadas), são responsáveis pelo aumento da satisfação no trabalho e contribuem, também para a intenção de ficar na organização. Assim, Baumann como referido por Palha (2013), argumenta que é importante os empregadores apostarem em mudanças positivas no ambiente de trabalho e reterem os seus funcionários, pois a sua manutenção na organização conduz a melhor trabalho em equipa, continuidade dos cuidados e melhores resultados para a pessoa que necessita de cuidados.

Na área da saúde, os profissionais precisam frequentemente de trabalhar em equipa, assim como contribuir para o percurso formativo de estudantes ou outros colegas, pelo que as relações profissionais tomam relevante importância (Palha, 2013). Ainda para esta autora, a complexidade das organizações de saúde, a especificidade que os serviços oferecem, e as dificuldades dos recursos, entre outros fatores, conduzem a uma interação específica da organização com os enfermeiros.

Segundo Hayes, Bonner e Pryor (2010), a colaboração entre enfermeiros, os seus gestores e outros profissionais é crucial para incrementar os níveis de satisfação no trabalho. Esta opinião é corroborada no estudo de Zeytinoglu et al., (2007), onde o suporte social no trabalho surge como um dos principais fatores de satisfação profissional dos enfermeiros. O mesmo sucede na investigação de Adams e Bond (2000), no qual se conclui que os enfermeiros salientam as relações sociais e profissionais, ou seja, os principais contribuidores para a satisfação profissional dos

enfermeiros são a coesão entre a equipa de enfermagem, a colaboração com a equipa médica, e a relação com os restantes funcionários da organização.

Ferreira (2005, p. 244) defende que "as relações de apoio por parte do grupo são importantes não só pelo poder motivacional que determinam para o desempenho das funções que lhe estão cometidas, mas também pelo próprio espírito de equipa que geram". No seu estudo, a autora refere que estas dimensões condicionam a satisfação no trabalho, que é um preditivo de empenhamento organizacional. Palha (2013), acrescenta que as condições de trabalho, nomeadamente a remuneração, a carga de trabalho, o tipo de contrato e as condições físicas são fatores que também influenciam a satisfação profissional dos enfermeiros. Ubaque, Lizarazo e López (2011, p. 332), referem que é importante que as instituições prestadoras de serviços de saúde e os enfermeiros, reconheçam e trabalhem ativamente na busca de garantias para as suas condições de trabalho pois estas têm repercussões para os pacientes (falha nos cuidados às pessoas e na assistência médica), para os trabalhadores (insatisfação, *stress* e múltiplas afeções mentais e físicas), e para a organização (absentismo, diminuição da produtividade e da qualidade dos cuidados).

Num estudo desenvolvido por Pillay (2009), salienta-se a importância do contexto de trabalho, nomeadamente a segurança, recursos disponíveis, horário de trabalho, gestão, remuneração e autonomia, na determinação dos níveis de satisfação. Relativamente ao salário, Spector como referido por Palha (2013), defende que este fator contribui mais para a satisfação com a remuneração, enquanto subescala da satisfação no trabalho, do que propriamente com a satisfação no trabalho em geral. No entanto, afirma que a perceção de remuneração justa pode ter um forte contributo na satisfação no trabalho, uma vez que os trabalhadores dão importância aos salários adequados e justos. Pillay (2009), concluiu que a remuneração e a carga de trabalho são importantes fontes de insatisfação entre os enfermeiros, tanto do setor público como do setor privado. Lorber e Savič (2012), num estudo aplicado a enfermeiros que trabalham em hospitais na Eslovénia, concluíram que a remuneração é o segundo fator mais importante para a satisfação profissional. Assim, um aspeto importante a ter em conta na situação de crise económica que se vive, com programas radicais de cortes na despesa, é a suspensão das atualizações salariais e em alguns casos a própria redução de salários, assim como o congelamento de incentivos e prémios de desempenho, aspetos que contribuem para a motivação dos trabalhadores e que podem afetar a satisfação no trabalho (Cesário, Gestoso & Peregrín, 2012).

A vinculação à organização, pode também ser determinante na avaliação da satisfação no trabalho, uma vez que a estabilidade oferecida pelo tipo de contrato difere (Palha, 2013). Os enfermeiros contratados por tempo indeterminado apresentam maiores níveis de satisfação do que os enfermeiros contratados a termo certo (Pereira, 2010). A mesma situação é corroborada no estudo de Castro et al., (2011), no qual se observa que a precariedade associada à situação laboral surge como um importante fator de insatisfação no trabalho.

As condições físicas do local de trabalho, nomeadamente os recursos disponíveis, as infraestruturas e as condições ambientais (ruído, temperatura, etc.) são variáveis que podem interferir nos níveis de satisfação dos profissionais (Palha, 2013). Esta afirmação é justificada por Tourangeau, Cummings, Cranley, Ferron e Harvey (2009), ao defenderem que os enfermeiros consideram o ambiente físico motivador para o trabalho e consequentemente para se sentirem mais satisfeitos. No estudo desenvolvido por Castro et al., (2011), as condições de trabalho e saúde surgiram em segundo lugar como fonte de insatisfação dos profissionais, mostrando a importância desta variável nos níveis de satisfação global. Por fim, é de salientar que a satisfação dos enfermeiros também é afetada por pressões externas e fatores gerais como o apoio do governo, o suporte de infraestruturas físicas e o compromisso do empregador para os cuidados de Enfermagem (Baumann como referido por Palha 2013).

Os resultados alcançados, num estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, com o objetivo de analisar o índice de satisfação profissional dos enfermeiros, apelam à necessidade de um olhar direcionado dos gestores de saúde para a necessidade de incrementar estudos sobre a satisfação profissional dos enfermeiros (Borges, Bezerra e Tobias, 2016). Esses resultados são indicadores do processo de trabalho profissional, garantindo a assistência profissional de qualidade e maior produtividade, pelo envolvimento do profissional de saúde, quando satisfeito com o modelo de gestão.

> A *utilização sistemática de instrumentos de medida de satisfação profissional e intervenção para melhoria da mesma* deve ser um processo aplicado a toda a equipe multiprofissional, uma vez que o trabalho em saúde se faz no coletivo de ações e saberes, e a qualidade da assistência se dará como resultado de um bom desempenho pelos membros da equipe de saúde das diferentes categorias profissionais. (Borges et al., 2016, p.2981) [sublinhado do autor]

PARTE II –

ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV– METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

A fase metodológica consiste em definir os meios através dos quais se realizará a investigação. Para Bernardo (2010), esta fase inclui a escolha do desenho de investigação, a definição da população, da amostra e das variáveis, assim como a escolha dos métodos de colheita e análise dos dados. Assim, este capítulo descreve o planeamento metodológico que foi necessário para a investigação.

4.1– OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

O enunciado do objetivo de investigação indica de forma clara qual é o fim que o investigador pretende alcançar. Esse objetivo deve identificar as variáveis "chave" do estudo, os seus possíveis inter-relacionamentos, e a natureza da população de interesse (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Constituem objetivos deste estudo de investigação:

- Avaliar os níveis de *Burnout* nos Enfermeiros do BO.

- Determinar a influência de fatores sociodemográficos no *Burnout* em Enfermeiros do BO.

- Identificar a influência de fatores profissionais no *Burnout* em Enfermeiros do BO.

- Avaliar a influência da satisfação profissional no *Burnout* em Enfermeiros do BO.

- Verificar a relação entre a satisfação profissional e os níveis de *Burnout* nos Enfermeiros do BO.

4.2– QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Tendo por base a formulação de uma questão de investigação, o investigador pode verificar ou não a existência de relações entre as variáveis, e conhecendo-as é suscetível a formulação da(s) hipótese(s) que as relacionam ou associam (Dias, 2010).

Atendendo à revisão bibliográfica realizada, consideram-se como questões de investigação neste estudo:

Q1- Em que medida as características sociodemográficas influenciam os níveis de *Burnout* dos Enfermeiros do BO?

Q2- Em que medida as características profissionais influenciam os níveis de *Burnout* dos Enfermeiros do BO?

Q3- Qual a relação entre a satisfação profissional e os níveis de *Burnout* dos Enfermeiros do BO?

4.3– CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Com a finalidade de avaliar os níveis de *Burnout* nos Enfermeiros do BO, determinar a influência de fatores sociodemográficos e profissionais, avaliar a influência da satisfação profissional, e verificar a relação entre a satisfação profissional e os níveis de *Burnout* nesses Enfermeiros, realizou-se um estudo segundo o paradigma quantitativo, transversal, descritivo-correlacional.

Procurou-se realizar uma colheita de informação objetiva, com o intuito de quantificar os dados, evitando distorções de análise e/ou interpretação, com o menor erro possível. Os dados foram levantados de novembro a dezembro de 2016, para a obtenção das informações necessárias, na amostra em estudo.

4.4– VARIÁVEIS EM ESTUDO E HIPÓTESES

A identificação e a seleção das variáveis, consideradas relevantes para este estudo tiveram por base a pesquisa bibliográfica, em estudos já realizados sobre a temática, permitindo identificar um conjunto de variáveis, e as suas diferentes dimensões.

Tendo por base a revisão teórico-conceptual realizada, os objetivos que se pretendem alcançar e as questões traçadas, considera-se o *Burnout* nos Enfermeiros do BO como a variável dependente. Como variáveis independentes consideram-se as de contexto sociodemográfico (idade, género, estado civil, habilitações literárias), as de contexto profissional (categoria profissional, exercício de funções noutra instituição-carga horária semanal, tipo de horário, carga horária semanal, vínculo profissional, tempo de exercício na(o) profissão/instituição/serviço, mudança de

profissão/instituição/serviço, tempo (meses) desde as últimas férias, classificação da atividade que desempenha), e a satisfação profissional. Assim, procedeu-se à operacionalização das variáveis, e a relação entre elas encontra-se representada no modelo conceptual esquematizado na Figura 5.

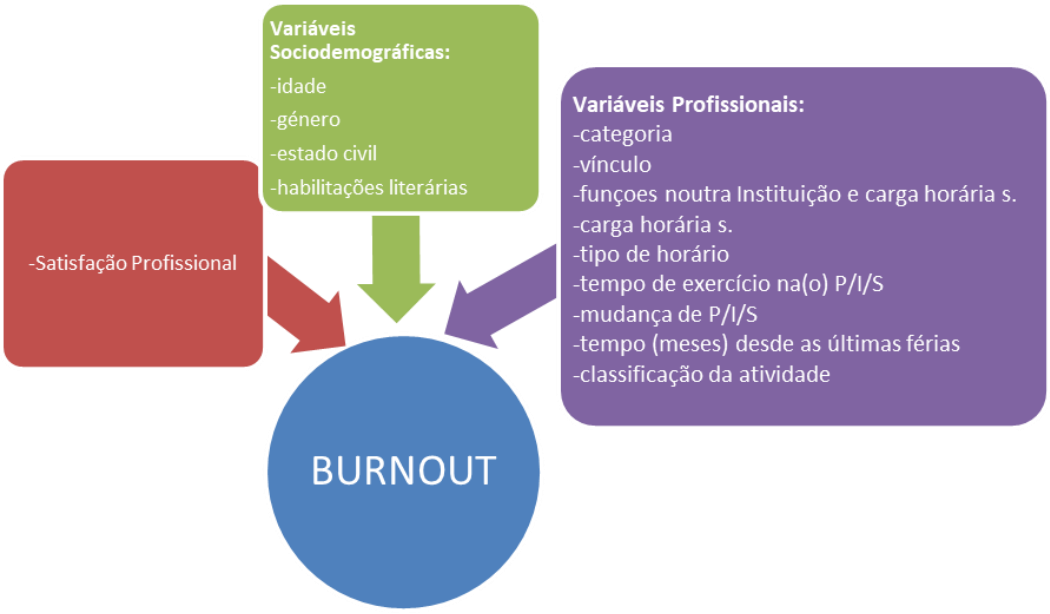


Figura 5- Modelo concetual da relação entre as variáveis estudadas na amostra (s.-semanal; P/I/S-Profissão/Instituição/Serviço

A hipótese de investigação é uma afirmação declarativa acerca do resultado previsto para um "problema científico", baseado no quadro conceptual/estado da arte. A sua elaboração deverá ser clara e concisa, traduz a relação entre duas ou mais varáveis, podendo ou não indicar o sentido da diferença, e passível de ser testada, "se… logo…!" (Dias, 2015).

As hipóteses deste estudo de investigação são:

H1- A idade, género, estado civil e habilitações literárias podem influenciar os níveis de *Burnout* nos Enfermeiros do BO.

H2- As características profissionais podem influenciar os níveis de *Burnout* dos Enfermeiros do BO.

H3- A satisfação profissional pode influenciar os níveis de *Burnout* dos Enfermeiros do BO.

4.5– POPULAÇÃO E AMOSTRA

O CHUC, no agrupamento funcional designado por Agrupamento de Unidades Partilhadas, integra no Bloco Operatório Central os Pólos HUC, HG e HP.

Por motivos de acessibilidade e facilidade na colheita de dados, a população do estudo de investigação incluiu um total de 166 enfermeiros, dos blocos operatórios centrais dos HUC, HG e do HP.

Para que a amostra fosse o mais representativa possível do total da população, recorreu-se à amostragem não probabilística, por conveniência (acidental).

De modo a reforçar a representatividade da amostra, constituíram-se como critérios de inclusão os enfermeiros que aceitaram participar no estudo voluntariamente, assinando o termo de consentimento informado.

Assim, a amostra selecionada para o estudo foi constituída por um total de 106 Enfermeiros (65 Enfermeiros BOC-HUC, 18 Enfermeiros BOC-HG, e 23 Enfermeiros BOC- HP).

4.6– INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS E SUA APLICAÇÃO

A escolha de um ou mais instrumentos de colheita de dados, depende do ambiente operacional e dos objetivos, assim como das evidências formais de validade e confiabilidade dos mesmos (Paixão & Reichenheim, 2005).

O questionário encontra-se entre os principais métodos de colheita de dados. Sendo o mais utilizado entre os investigadores, permite recolher informação factual sobre acontecimentos, conhecimentos, sentimentos, opiniões, e crenças e/ou atitudes.

Nesta investigação definiu-se para a colheita de dados um Questionário (Apêndice 1), que inclui um questionário elaborado pela autora, o CBI-PT (Fonte, 2011), e a EAST-Enf (Ferreira & Loureiro, 2012).

Questionário elaborado pela autora

A parte I é composta por quatro questões sobre características sociodemográficas: género, idade, estado civil e habilitações literárias. Foram utilizados todos os dados no tratamento estatístico.

A parte II é composta por oito questões relativas a informação individual como a data das últimas férias, se no último mês pensaram alguma vez em mudar de

profissão/instituição/serviço, se estão no BO por opção, faltas ao serviço no último mês/ano, classificação da atividade desempenhada no serviço. Para o tratamento estatístico foram utilizados apenas os dados relativos às questões: data das últimas férias; mudança de profissão/instituição/serviço; classificação da atividade que desempenha.

A parte III é composta por 12 questões acerca da categorização profissional que inclui a categoria profissional, serviço onde exerce funções- HUC, HG, HP, carga horária semanal no serviço, tipo de horário, qual o turno que semanalmente realiza com mais frequência- fixo ou turnos, vínculo profissional no serviço, tempo de exercício profissional na(o) enfermagem/instituição/serviço, se exerce funções noutra instituição- carga de horária semanal. No tratamento estatístico foram utilizados os dados de todas as questões referidas anteriormente.

CBI-PT

Para avaliar o *Burnout* foi utilizado o CBI-PT (Anexo 1). O CBI teve a sua origem no Projeto de *Burnout*, Motivação e Satisfação no Trabalho (PUMA), iniciado em 1997, na Dinamarca (Borritz e Kristensen, 2004), em trabalhadores de setores dos serviços humanos. Este inventário é composto por três subescalas de medida relacionadas com os aspetos pessoais "*personal Burnout*", do trabalho "*work-related Burnout*" e do utente "*client-related Burnout*" e pode ser utilizado em diversos domínios (Borritz & Kristensen, 2004).

O processo de validação do CBI para a população portuguesa foi realizado por Fonte (2011). Este autor analisou a sua utilização em profissionais que trabalham na área dos serviços de Saúde, em diferentes países, verificando que os valores do *alfa de Cronbach* da totalidade das três subescalas não são influenciados pela diversidade cultural das amostras. Segundo o mesmo autor, a análise da consistência interna da escala e dos seus itens foi confirmada pelos valores dos coeficientes de *alfa de Cronbach* nas três subescalas do *Burnout*, pelo que a versão portuguesa do CBI-PT se revela fiável e precisa. As subescalas apresentam também uma boa validade convergente, discriminante e concorrente, sendo que nenhum item se correlaciona mais com as restantes escalas do que com a sua própria.

Nesta escala o termo cliente pode ser adaptado ao contexto do estudo. Por exemplo, num questionário destinado a Enfermeiros, como é o caso deste estudo de investigação, o termo mais apropriado será utente ou doente.

O CBI-PT é constituído por dezanove questões, segundo três subescalas.

Para Fonte (2011), no CBI-PT as três subesclas a considerar são (Tabela 1):

-*Burnout* Pessoal é avaliado pelos itens 2, 4, 7, 9, 10 e 11.

-*Burnout* relacionado com o Trabalho é avaliado pelos itens 3, 5, 8,12, 13, 14 e 17.

-*Burnout* relacionado com o Utente é avaliado pelos itens 1, 6, 15, 16, 18 e 19.

Tabela 1 – Identificação das subescalas do CBI-PT

Subescalas	**Itens**
Burnout Pessoal	2. Com que frequência se sente cansado/a? 4. Com que frequência se sente fisicamente exausto/a? 7.Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a? 9.Com que frequência pensa: ”Eu não aguento mais isto?” 10.Com que frequência se sente fatigado/a? 11.Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?
Burnout relacionado com o Trabalho	3. O seu trabalho é emocionalmente desgastante? 5. Sente-se esgotado por causa do seu trabalho? 8. O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a? 12. Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho? 13.Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho? 14. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si? 17. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?
Burnout relacionado com o Utente	1. Acha difícil trabalhar com utentes? 6. Acha frustrante trabalhar com utentes? 15. Trabalhar com clientes deixa-o/a sem energia? 16. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes? 18. Está cansado de trabalhar com utentes? 19. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?

Fonte: Fonte (2011)

Neste estudo de investigação, a verificação da precisão, por meio da consistência interna, será estabelecida através da técnica de alfa de *Cronbach.* A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de α = 0,05.

***Burnout* pessoal**: avalia o grau de exaustão física, psicológica e também da exaustão experienciada pela pessoa. Aplica-se a todos os trabalhadores e diz respeito aos sintomas gerais de exaustão física ou mental, que nem sempre estão relacionados com uma determinada situação em particular no ambiente de trabalho. É constituído por seis questões (Borritz e Kristensen, 2004). A pontuação total da escala é a média do score dos itens, sendo a pontuação: Sempre – 100, Frequentemente – 75, Às vezes – 50, Raramente – 25, Nunca/quase nunca – 0. Considera-se como um elevado nível de *Burnout* os valores iguais ou superiores a cinquenta pontos (Fonte, 2011).

***Burnout* relacionado com o trabalho**: avalia o grau de fadiga física, psicológica e de exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho. Diz respeito aos sintomas de exaustão que estão relacionados com o trabalho da pessoa, sendo aplicável a todos os trabalhadores, e é constituída por sete questões (Borritz e Kristensen, 2004). Relativamente às pontuações, nas questões 13, 14 e 17, verifica-se: Muito – 100, Bastante – 75, Assim, assim – 50, Pouco – 25 e Muito pouco – 0. Nas questões 3, 5 e 8 a pontuação será: Sempre – 100, Frequentemente – 75, Às vezes – 50, Raramente – 25, Nunca/quase nunca – 0. Na questão 12 os scores são invertidos, isto é: Nunca/quase nunca – 100, Raramente – 75, Às vezes – 50, Frequentemente – 25 e Sempre – 0. A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens. Considera-se um elevado nível de *Burnout* os valores iguais ou superiores a cinquenta pontos (Fonte, 2011).

***Burnout* relacionado com o utente**: avalia o grau de exaustão física e psicológica que é percebido pela pessoa, como relacionado com o trabalho com os utentes. Refere-se aos sintomas de exaustão relacionados com o trabalho com os utentes, e aplica-se aos trabalhadores de serviços humanos, e é constituído por seis questões (Borritz e Kristensen, 2004). Nas questões 15, 16, 18 e 19 verificam-se as seguintes pontuações: Muito – 100, Bastante – 75, Assim, assim – 50, Pouco – 25 e Muito pouco – 0. Nas restantes verifica-se: Sempre – 100, Frequentemente – 75, Às vezes – 50, Raramente – 25 e Nunca/quase nunca – 0. A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens. Considera-se um nível elevado de *Burnout* aos valores iguais ou superiores a cinquenta pontos (Fonte, 2011).

No estudo PUMA também se considerou como um elevado nível de *Burnout* os valores iguais ou superiores a cinquenta pontos (Borritz & Kristensen, 2004).

EAST-Enf: Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros

A EAST-Enf (Anexo 2) foi desenvolvida em Portugal e validada para a população portuguesa de Enfermeiros por Ferreira e Loureiro (2012), num estudo que envolveu a participação de 722 profissionais. Relativamente às propriedades psicométricas, os autores referem que para o estudo da validade de construto se procedeu à análise fatorial em componentes principais, com rotação ortogonal *varimax*. Salientam que a medida de *Kaiser Meyer Olkin (KMO)* foi de 0,803, e o valor do teste de esfericidade de *Bartlett* foi de *x2*=4853,408 - *p*=0,000, o que permitiu prosseguir com a análise fatorial. Da análise foram encontrados 6 fatores que explicam 55,7% da variância, sendo consideradas as seis dimensões propostas pelos autores: Satisfação no relacionamento com o Chefe (SCh), Satisfação com Benefícios e Recompensas (SBR), Satisfação com Promoção (SP), Satisfação com o Contexto de Trabalho (SCT), Satisfação com a Comunicação (SCom) e Satisfação no relacionamento com a Equipa (SE).

Para Ferreira e Loureiro (2012), na EAST-Enf as seis dimensões a considerar são (Figura 6):

-Satisfação no relacionamento com o Chefe (SCh) é avaliada pelos itens 2, 4, 16 e 23.

-Satisfação com Benefícios e Recompensas (SBR) é avaliada pelos itens 1, 3, 9, 11 e 21.

-Satisfação com Promoção (SP) é avaliada pelos itens 8, 15, 18, 19, 20, 22 e 24.

-Satisfação com o Contexto de Trabalho (SCT) é avaliada pelos itens 5, 7, 14.

-Satisfação com a Comunicação (SCom) é avaliada pelos itens 10, 12, 13 e 25.

-Satisfação no relacionamento com a Equipa (SE) é avaliada pelos itens 6 e 17.

Dimensão	**Itens**
Satisfação no relacionamento com o Chefe (SCh)	2. Gosto do meu chefe 4. O meu chefe mostra pouco interesse nos sentimentos dos seus subordinados 16. O meu chefe é injusto comigo 23. O meu chefe é bastante competente a fazer o seu trabalho

Satisfação com Benefícios e Recompensas (SBR)	1. Tenho muito que fazer no meu trabalho 3. Os aumentos salariais são poucos e distantes 9. Sinto várias vezes que não sei o que se passa dentro desta organização 11. Nesta organização há benefícios que não temos e devíamos ter 21. Sinto que os meus esforços não são recompensados como deveriam ser
Satisfação com Promoção (SP)	8. As pessoas conseguem progredir mais aqui do que noutros locais 15. Aqueles que realizam um bom trabalho têm possibilidade de serem promovidos 18. A comunicação parece boa dentro desta organização 19. Sinto-me satisfeito com as possibilidades de promoção que me são dadas 20. Nesta organização o pacote de benefícios que nós temos é equitativo 22. Julgo que me é paga uma quantia justa pelo trabalho que faço 24. Quando faço um bom trabalho sou reconhecido por isso
Satisfação com o Contexto de Trabalho (SCT)	5. O meu trabalho é agradável 7. Gosto de fazer o que faço no meu trabalho 14. Tenho um sentimento de orgulho em fazer o meu trabalho
Satisfação com a Comunicação (SCom)	10. Os objetivos desta organização não são claros para mim 12. Não sinto que o trabalho que faço seja apreciado 13. Muitas das regras e procedimentos criam dificuldades na realização do trabalho 25. Nesta organização os acordos de trabalho não são totalmente explicados
Satisfação no relacionamento com a Equipa (SE)	6. Gosto das pessoas com quem trabalho 17. Gosto dos meus colegas de trabalho

Fonte: Ferreira e Loureiro (2012, pp.9-20)

Figura 6- Dimensões da EAST-Enf e itens correspondentes.

A EAST-Enf é então constituída por 25 itens avaliados numa escala tipo *Likert* que varia de 1 (*discordo totalmente)* a 5 (*concordo totalmente*). Os 10 itens estão apresentados sob a forma negativa, necessitando de reconverção posterior, e 15 sob a forma positiva. O *score* total pode variar entre 25 e 125 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior se revela a satisfação no trabalho (Ferreira & Loureiro, 2012).

A fiabilidade interna foi avaliada através do α de *Cronback*, que varia consoante a dimensão, sendo os valores obtidos: α=0,80 na dimensão Satisfação no relacionamento com o Chefe, α=0,73 na dimensão Satisfação com Benefícios e Recompensas, α=0,72 na dimensão Satisfação com Promoção, α=0,68 na dimensão Satisfação com o Contexto de Trabalho, α=0,55 na dimensão Satisfação com a Comunicação e α=0,70 na dimensão Satisfação no relacionamento com a Equipa. Relativamente ao valor mais baixo obtido, os autores argumentam que é "aceitável face à natureza da dimensão, conteúdo e número de itens" (Ferreira & Loureiro, 2012, p. 12).

O questionário utilizado como instrumento de colheita de dados neste trabalho de investigação, foi submetido a um pré-teste numa pequena amostra, de seis enfermeiros, de características iguais à amostra final. Esta é uma etapa fundamental na deteção de erros, com o intuito de serem corrigidos atempadamente. Desta forma, confirma-se que o questionário é devidamente formulado, com clareza, e utilizado para as informações pretendidas (Polit et al., 2004). Apresenta uma sequência lógica, é percetível, e as questões são pertinentes para o estudo. A sua aplicação apenas interfere com a disponibilidade do investigador, não apresentando qualquer prejuízo para o participante. Está sempre presente, por parte do investigador, o cuidado na escolha dos momentos disponíveis dos participantes, que após o consentimento informado, tranquilamente respondem ao questionário.

4.7– PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

O exercício da responsabilidade profissional deve reconhecer e respeitar o carácter único, e a dignidade da pessoa envolvida. Assim, neste contexto foram cumpridos os princípios do Código de *Belmont*: princípio da beneficência, o respeito pela dignidade humana, e o princípio da justiça (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005).

A aplicação do questionário CBI-PT, no trabalho de investigação, foi autorizada por Cesaltino Manuel Silveira da Fonte, autor da Adaptação e Validação para Português do Questionário de CBI (Apêndice 2).

A aplicação da escala EAST-Enf., no trabalho de investigação, foi autorizada pelos seus autores Manuela Frederico Ferreira e Luís Loureiro (Apêndice 3).

Esta investigação teve como local de recolha de dados o CHUC- EPE, mais especificamente, nos BOC dos HUC, HG e HP.

O presente estudo obteve parecer favorável pela Comissão de Ética para a Saúde do CHUC, e a autorização do Conselho de Administração do CHUC (Apêndice 4).

Quando se pretende utilizar pessoas como sujeitos de investigação, torna-se extremamente importante salvaguardar os seus diretos (Polit et al., 2004). Assim, para garantir o direito à confidencialidade, à autodeterminação e anonimato, foi facultado a todos os participantes o consentimento informado sobre o tema da investigação, objetivos, e qual o contexto em que está a ser realizado, por forma a uma decisão livre e fundamentada (Apêndice 5). O consentimento informado foi assinado voluntariamente por todos os participantes envolvidos no estudo.

Foram cumpridos e honrados todos os compromissos assumidos pelo investigador relativamente aos participantes da investigação, assim como destruída qualquer prova que comprometesse ou identificasse a pessoa.

Durante a colheita de dados, no início de cada questionário, os objetivos foram explanados de forma transparente, com total disponibilidade para o esclarecimento de quaisquer dúvidas, por parte do investigador.

4.8– TRATAMENTO DOS DADOS

A seguir à recolha os dados, procedeu-se à sua organização e análise. Para isso, recorreu-se a técnicas estatísticas para descrever a amostra, assim como a todas as variáveis (Polycarpo, 2011).

O tratamento estatístico dos dados referentes a este estudo, foi efetuado informaticamente, através do programa *Statistic Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 24.0.

Antes de avançar para os testes estatísticos, que dão resposta às questões de investigação estabelecidas, efetuou-se o teste de normalidade de distribuição para a amostra. Perante uma distribuição de dados normal, os testes a aplicar devem ser paramétricos, o que não acontece caso não haja uma distribuição normal, aplicando-se, neste caso, os testes não paramétricos (Martins, 2011).

Os dados colhidos da amostra dos enfermeiros do BOC foram analisados estatisticamente, descritiva e inferencialmente, nas vertentes sociodemográfica, profissional e da satisfação profissional, de acordo com as questões de investigação.

A estatística descritiva permite descrever as características da amostra, assim como os valores obtidos pela medida das variáveis. Neste sentido, recorreu-se à distribuição de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão, amplitude interquartil e variância). Segue-se a estatística inferencial, a qual permite a generalização a uma população, de informações obtidas a partir de uma amostra representativa, e a tomada de decisão (Huot, 2002).

Os níveis de significância, de acordo com D'Hainaut (1992) são: $p \geq 0.05$ não significativo, $p < 0.05$ estatística significativa, $p < 0.01$ estatística bastante significativa e $p < 0.001$ estatística altamente significativa.

Neste estudo considerou-se o nível de significância de 0.05.

Na análise estatística dos dados recorreu-se aos procedimentos indicados por Marôco (2007), Martins (2011) e Pestana & Gageiro (2014).

A apresentação dos resultados será com recurso a tabelas, onde se apresentarão os dados mais relevantes.

CAPÍTULO V– APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo inicia-se com a estatística descritiva, ou seja, a descrição das características da amostra, tendo em conta as diversas variáveis sociodemográficas e profissionais, seguindo-se da estatística inferencial.

O tratamento e análise dos dados permite codificar, categorizar e agrupar os dados numa base de dados adequada aos objetivos e às hipóteses da investigação. Neste sentido, faz-se a apresentação dos dados obtidos com a aplicação do questionário, tendo em conta os objetivos definidos, e aferindo a aceitação ou rejeição das questões formuladas.

5.1– ANÁLISE DESCRITIVA

Neste subcapítulo, destacam-se as características dos sujeitos da amostra, tendo como objetivo sintetizar os dados, e descrever as variáveis de interesse.

Os dados foram agrupados nas seguintes categorias: dados sociodemográficos, dados profissionais, dados da satisfação profissional e do *burnout*. Para melhor visualização dos dados, optou-se por desenvolver o estudo tendo em consideração a variável género.

5.1.1- Dados Sociodemográficos

Idade e Género

Pela tabela 2, pode concluir-se que os Enfermeiros da amostra do estudo são na sua maioria do sexo feminino, com idade média amostral de 43,37 anos (± 8,4 anos), tendo as mulheres cerca de 42,43 anos (± 8,7 anos) e os homens 45 anos (± 7,13 anos).

Tabela 2 – Estatísticas relativas à idade dos enfermeiros, segundo o sexo

Sexo	N	Idade				
		Mín.	Máx.	$\overline{x}$	s	Md
Feminino	75	25	64	42,43	8,77	42,00
Masculino	31	34	56	45,65	7,13	49,00
Total	106	25	64	43,37	8,41	43,00

Estado Civil

De acordo com a tabela 3, pode verificar-se que 67,92% dos enfermeiros do BOC do CHUC são casados/união de facto, 21,70% são solteiros, e 9,43% são divorciados/separados. No total da amostra, apenas 1 enfermeiro é viúvo, o que corresponde a 0,94%. É possível observar, que nas mulheres o estado civil casado(a)/união facto é o que apresenta maior representatividade com 60,00% assim como, nos enfermeiros do sexo masculino com 87,10%.

Tabela 3 – Estatísticas descritivas do estado civil dos enfermeiros, segundo o sexo

Estado Civil	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Solteiro(a)	20	26,67	3	9,68	23	21,70
Casado(a)/União de Facto	45	60,00	27	87,10	72	67,92
Divorciado(a)/Separado(a)	9	12,00	1	3,23	10	9,43
Viúvo(a)	1	1,33	---	---	1	0,94
Total	75	100	31	100	106	100

Habilitações Literárias

Com a análise da tabela 4, pode verificar-se que no total da amostra 76,42% dos Enfermeiros do BOC do CHUC são licenciados, 16,98% são bacharéis e apenas 6,60% são mestres. Do sexo feminino 77,33% das enfermeiras são licenciadas, e dos enfermeiros do sexo masculino 74,19% têm o mesmo grau académico.

Tabela 4 – Estatísticas descritivas das habilitações literárias dos enfermeiros, segundo o sexo

Habilitações Literárias	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Bacharelato	11	14,67	7	22,58	18	16,98
Licenciatura	58	77,33	23	74,19	81	76,42
Mestrado	6	8,00	1	3,23	7	6,60
Total	75	100	31	100	106	100

5.1.2- Dados Profissionais

Categoria, Vínculo profissional e Serviço dos enfermeiros

Pela análise da tabela 5, pode verificar-se que no total da amostra dos Enfermeiros do BOC do CHUC, 91,51% têm a categoria de Enfermeiro, 7,55% são Enfermeiros Especialistas, e 0,94% são Enfermeiros Chefes/Responsáveis. Relativamente ao vínculo Profissional, 56,60% são CIT em Funções Públicas, 42,45% CIT Sem Termo, e apenas 0,94% CIT com Termo. No que diz respeito, aos Pólos do BOC do CHUC (HUC, HG, HP), onde os enfermeiros da amostra exercem funções, 61,32% exercem funções no BOC dos HUC, 21,70% no HP e 16,98% no HG.

Tabela 5 – Estatísticas descritivas da categoria profissional, vínculo e serviço dos enfermeiros, segundo o sexo

	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Categoria profissional:						
Enfermeiro	68	90,67	29	93,55	97	91,51
Enfermeiro Especialista	7	9,33	1	3,23	8	7,55
Enfermeiro Chefe/Responsável	---	---	1	3,23	1	0,94
Total	75	100	31	100	106	100
Vínculo Profissional:						
CIT Sem Termo	34	45,33	11	35,48	45	42,45
CIT Com Termo	---	---	1	3,23	1	0,94
CIT em Funções Públicas	41	54,67	19	61,29	60	56,60
Total	75	100	31	100	106	100
Serviço:						
BOC- HUC	46	61,33	19	61,29	65	61,32
BOC- HG	11	14,67	7	22,58	18	16,98
BOC- HP	18	24,00	5	16,13	23	21,70
Total	75	100	31	100	106	100

Exercício de funções dos enfermeiros noutra instituição e carga horária semanal

De acordo com a tabela 6, na amostra total dos Enfermeiros do BOC do CHUC, 86,79% não desempenham funções noutro serviço fora do CHUC, e apenas 13,21% trabalham também noutro serviço. Relativamente à carga horária semanal noutro serviço (fora do CHUC), 50% dos Enfermeiros trabalham entre 8 a 16horas, 28,57% trabalham menos de 8 horas, e 21,43% mais de 16horas por semana.

Tabela 6– Estatísticas descritivas do exercício de funções dos enfermeiros noutro serviço (fora do CHUC), e respetiva carga horária semanal, segundo o sexo

	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Funções noutro Serviço:						
Sim	8	10,67	6	19,35	14	13,21
Não	67	89,33	25	80,65	92	86,79
Total	75	100	31	100	106	100
Qual a carga horária semanal:						
<8H	3	37,50	1	16,67	4	28,57
8-16H	3	37,50	4	66,67	7	50,00
>16H	2	25,00	1	16,67	3	21,43
Total	8	100	6	100	14	100

Carga horária semanal e Tipo de horário praticados pelos enfermeiros

De acordo com a tabela 7, na amostra total dos Enfermeiros do BOC do CHUC, 62,26% trabalham 35-40 horas e 36,79% com uma carga horária superior a 40 horas. Relativamente ao tipo de horário, 68,87% trabalha por turnos, enquanto 31,13 % com horário fixo.

Tabela 7 – Estatísticas descritivas da carga horária e tipo de horário praticados pelos enfermeiros, segundo o sexo

	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Carga horária:						
35-40Horas	43	57,33	23	74,19	66	62,26
>40Horas	31	41,33	8	25,81	39	36,79
Não respondeu	1	1,33	---	---	1	0,94
Total	75	100	31	100	106	100
Tipo de horário:						
Por turnos	50	66,67	23	74,19	73	68,87
Fixo	25	33,33	8	25,81	33	31,13
Total	75	100	31	100	106	100

Tempo de Exercício na Profissão/Instituição/Serviço dos enfermeiros

Através da análise da tabela 8, é possível verificar que são os enfermeiros do sexo masculino que têm mais tempo de exercício na Enfermagem, com média de 22,81 anos (±7,64 anos), enquanto os enfermeiros do sexo feminino apenas com 19,32 anos (±8,64 anos). É visível também, que são os enfermeiros do sexo masculino que se encontram há mais anos na Instituição com média de 21,65 anos (±8,24 anos), como também se encontram há mais tempo no Serviço com 16,84 anos (±10,47 anos).

Tabela 8 – Estatísticas relativas ao tempo de exercício de funções dos enfermeiros, segundo o sexo

				Idade		
Tempo de Exercício:	**N**	**Mín.**	**Máx.**	$\overline{x}$	**s**	**Md**
…em Enfermagem						
Feminino	75	4	42	19,32	8,64	19,00
Masculino	31	9	35	22,81	7,64	26,00
Total	106	4	42	20,34	8,48	20,00
…na instituição						
Feminino	75	1	42	17,79	9,79	18,00
Masculino	31	7	35	21,65	8,24	25,00
Total	106	1	42	18,92	9,49	19,00
…no serviço						
Feminino	75	1	40	13,44	10,27	12,00
Masculino	31	1	35	16,84	10,47	16,00
Total	106	1	40	14,43	10,39	12,50

Mudança de Profissão/Instituição/Serviço dos enfermeiros

Verifica-se na tabela 9 que a maior parte dos Enfermeiros da amostra mudariam de profissão (53,77%). Nos enfermeiros do sexo feminino 52% referem que mudariam de profissão, assim como 58,06% nos enfermeiros do sexo masculino. Relativamente à mudança de instituição, a maior parte dos enfermeiros (51,89%) não mudariam, e quanto à mudança de serviço, também a maior parte dos enfermeiros (59,43%) não mudariam.

Tabela 9 – Estatísticas descritivas das intenções dos enfermeiros relativas à mudança de profissão/instituição/serviço, segundo o sexo

	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Mudaria de Profissão?						
Sim	39	52,00	18	58,06	57	53,77
Não	36	48,00	13	41,94	49	46,23
Total	75	100	31	100	106	100
Mudaria de Instituição?						
Sim	36	48,00	15	48,39	51	48,11
Não	39	52,00	16	51,61	55	51,89
Total	75	100	31	100	106	100
Mudaria de Serviço?						
Sim	30	40,00	13	41,94	43	40,57
Não	45	60,00	18	58,06	63	59,43
Total	75	100	31	100	106	100

Tempo (em meses) desde as últimas Férias dos enfermeiros

Pela tabela 10, o enfermeiro já não tem férias, em média há 2,56 meses (±1,33 meses), sendo os enfermeiros do sexo feminino aqueles que discretamente apresentam um valor superior, desde as últimas férias.

Tabela 10 – Estatísticas relativas ao tempo (em meses) desde as últimas férias dos enfermeiros, segundo o sexo

		Férias				
Sexo	**N**	**Mín.**	**Máx.**	$\overline{x}$	**S**	**Md**
Feminino	75	1	8	2,59	1,33	2,00
Masculino	31	1	6	2,48	1,31	2,00
Total	106	1	8	2,56	1,32	2,00

Classificação da atividade desempenhada pelos enfermeiros

Com a análise da tabela 11, pode verificar-se que no total da amostra, 57,55% dos Enfermeiros do BOC do CHUC, avalia como Boa a atividade que desempenha no serviço, 24,53% avalia como Satisfatória, 13,21% como Muito Boa, e apenas 4,72% como Menos Boa.

Tabela 11 – Estatísticas descritivas da classificação da atividade desempenhada pelos enfermeiros no serviço, segundo o sexo

Como classifica a atividade que desempenha no serviço?	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Menos boa	3	4,00	2	6,45	5	4,72
Satisfatória	15	20,00	11	35,48	26	24,53
Boa	46	61,33	15	48,39	61	57,55
Muito Boa	11	14,67	3	9,68	14	13,21
Total	75	100	31	100	106	100

5.1.3- Dados da Satisfação Profissional

Consultando a tabela 12, verifica-se que os enfermeiros do sexo masculino da amostra, são os que apresentam maiores níveis de satisfação profissional (63,48±16,08). Relativamente às diferentes dimensões da EAST-Enf, os enfermeiros do sexo feminino apresentam maior nível de "satisfação no relacionamento com o chefe" (12,87±3,09) comparativamente aos enfermeiros do sexo masculino, mantendo a mesma tendência no que respeita à dimensão "satisfação com o contexto de trabalho" (11,93±2,51), e "satisfação no relacionamento com a equipa" (7,80±1,66). Por outro lado, os enfermeiros do sexo masculino apresentam níveis maiores no que respeita às restantes dimensões, "satisfação com benefícios e recompensas" (8,84±3,62), "satisfação com as promoções" (12,68±5,36) e "comunicação" (10,13±3,66).

Tabela 12 – Estatísticas relativas à Satisfação Profissional dos enfermeiros, segundo o sexo

	N	Mín.	Máx.	$\overline{x}$	s	Md
Satisf_Chefe						
Feminino	75	4	20	12,87	3,09	13,00
Masculino	31	7	20	12,58	3,48	12,00
Total	106	4	20	12,78	3,19	12,00
Benef_Recomp						
Feminino	75	5	19	7,59	2,60	7,00
Masculino	31	5	17	8,84	3,62	8,00
Total	106	5	19	7,95	2,97	7,00
Promoção						
Feminino	75	7	29	12,33	4,57	11,00
Masculino	31	7	28	12,68	5,36	12,00
Total	106	7	29	12,43	4,79	12,00
Contexto_Trabalho						
Feminino	75	5	15	11,93	2,51	12,00
Masculino	31	4	15	11,48	3,03	12,00
Total	106	4	15	11,80	2,66	12,00
Comunicação						
Feminino	75	4	17	10,08	2,98	10,00
Masculino	31	5	20	10,13	3,66	10,00
Total	106	4	20	10,09	3,17	10,00
Relacionam_Equipa						
Feminino	75	4	10	7,80	1,66	8,00
Masculino	31	6	10	7,77	1,33	8,00
Total	106	4	10	7,79	1,57	8,00
EAST_total						
Feminino	75	35	98	62,60	10,56	62,00
Masculino	31	44	108	63,48	16,08	61,00
Total	106	35	108	62,86	12,36	61,00

5.1.4- Dados do *Burnout*

Verifica-se na tabela 13 que os valores superiores de *Burnout* centram-se na dimensão *Burnout* no trabalho (47,91±18,62), seguida do *Burnout* pessoal (46,50±19,70) e por fim, com os clientes (29,13±18,77). No que respeita ao *Burnout* pessoal, são os enfermeiros do sexo feminino que apresentam um nível superior (47,17±19,28), porém nas restantes dimensões são os enfermeiros do sexo masculino que apresentam níveis maiores, cerca de 49,08 ±19,50 no trabalho, e 32,93 ± 21,31 nos clientes.

Tabela 13 – Estatísticas relativas aos níveis de *Burnout* (média, desvio padrão) dos enfermeiros, segundo o sexo

	N	Mín.	Máx.	$\bar{x}$	s	Md
Burnout_Pessoal						
Feminino	75	0,00	91,67	47,17	19,28	45,83
Masculino	31	8,33	100,00	44,89	20,94	41,67
Total	106	0,00	100,00	46,50	19,70	45,83
Burnout_Trabalho						
Feminino	75	0,00	89,29	47,43	18,37	46,43
Masculino	31	7,14	92,86	49,08	19,50	50,00
Total	106	0,00	92,86	47,91	18,62	50,00
Burnout_Clientes						
Feminino	75	0,00	75,00	27,56	17,53	29,17
Masculino	31	0,00	100,00	32,93	21,31	33,33
Total	106	0,00	100,00	29,13	18,77	29,17

Com a análise da tabela 14, pode verificar-se que no *Burnout* pessoal, 55,66% dos Enfermeiros da amostra, apresentam-se sem nível elevado de *Burnout*, enquanto 44,34% se encontram com nível elevado. Relativamente ao *Burnout* no trabalho, 51,89% dos enfermeiros do total da amostra apresentam nível elevado de *Burnout* e 48,11% sem nível elevado de *Burnout*. No *Burnout* relacionado com os clientes, 87,74% dos enfermeiros encontram-se sem nível elevado de *Burnout*, enquanto 12,26% com nível elevado de *Burnout*.

De acordo com o questionário CBI-PT, considera-se como um elevado nível de *Burnout* os valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

Assim, pode dizer-se que apenas no *Burnout* relacionado com o trabalho, existe um maior número de enfermeiros da amostra, que se encontram com valores superiores ou iguais (≥) a 50, ou seja, com níveis elevados de *Burnout*.

Tabela 14 – Estatísticas descritivas dos níveis de *Burnout* (<50, ≥50) dos enfermeiros, segundo o sexo

	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Burnout_Pessoal						
<50 Sem nível elevado de burnout	41	54,67	18	58,06	59	55,66
>=50 Nível elevado de burnout	34	45,33	13	41,94	47	44,34
Total	75	100	31	100	106	100
Burnout_Trabalho						
<50 Sem nível elevado de burnout	38	50,67	13	41,94	51	48,11
>=50 Nível elevado de burnout	37	49,33	18	58,06	55	51,89
Total	75	100	31	100	106	100
Burnout_Clientes						
<50 Sem nível elevado de burnout	66	88,00	27	87,10	93	87,74
>=50 Nível elevado de burnout	9	12,00	4	12,90	13	12,26
Total	75	100	31	100	106	100

5.2– ANÁLISE INFERENCIAL

Neste capítulo faz-se a análise inferencial dos dados descritos no subcapítulo anterior. Pretende-se identificar relações entre as variáveis em estudo, verificando a validade das questões levantadas. Com as relações entre as variáveis, procura-se encontrar diferenças ou relações significativas entre os fatores que possam influenciar os níveis de *Burnout* dos Enfermeiros do BO, e a relação destes com a satisfação profissional, na amostra estudada. Para encontrar essas diferenças ou relações significativas, recorre-se à aplicação de testes de hipóteses, paramétricos ou não paramétricos, mediante a satisfação dos respetivos pressupostos.

De acordo com Pestana e Gageiro (2014), para a comparação dos valores médios de duas amostras independentes o teste paramétrico indicado é o teste *t de student,* que pressupõe amostras provenientes de populações normais. Para testar a normalidade, recorre-se ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*, para a sua aplicação é necessário averiguar a igualdade de variâncias entre amostras, através do teste de *Levenne,* que permite apurar se as amostras são provenientes da mesma população.

Quando estes pressupostos não são cumpridos, recorre-se ao teste não paramétrico *Mann-Whitney*. Segundo os mesmos autores, no caso das variáveis em que se comparam três ou mais amostras independentes, recorre-se ao teste paramétrico Anova, com cumprimento dos seus pressupostos (a distribuição dos erros é normalmente distribuída com média nula, variância constante-homogeneidade das variâncias, e aleatórios). Nos casos em que não foi possível a satisfação dos pressupostos anteriores, recorre-se ao teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* que permite comparar três ou mais amostras independentes. Ao longo do trabalho, os pressupostos dos testes paramétricos foram verificados antes da aplicação do referido teste (Pestana & Gageiro, 2014).

Q1 - **Em que medida as características Sociodemográficas (género, idade, estado civil e habilitações literárias) influenciam os Níveis de *Burnout* dos Enfermeiros do Bloco Operatório?**

Género e *Burnout* dos Enfermeiros do Bloco Operatório

Quanto à variável género, como foi referido anteriormente, são os homens que apresentam valores superiores de *Burnout* relativamente às dimensões *Burnout* no trabalho e clientes, em contrapartida é o género feminino que apresenta valores superiores apenas na dimensão *Burnout* pessoal. Porém para se verificar o significado estatístico dessas diferenças, recorre-se ao teste não-paramétrico *U Mann-Whitney*, dado que as amostras não provêm de populações com distribuição normal (*Kolmogorov-Smirnov*: $p<0,05$)

Contudo, recorrendo-se ao Teste U de *Mann-Whitney*, não se verifica a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$), ou seja, o género não traduz diferenças estatisticamente significativas nos níveis de *Burnout* dos enfermeiros da amostra.

Desta forma, pela análise da tabela 15, os resultados dos procedimentos estatísticos revelam não existir uma associação estatisticamente significativa ($p>0,05$), entre o género e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros do BO, da amostra estudada.

Tabela 15- Resultados da aplicação do *Teste U de Mann-Whitney* entre o género e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106)

			Teste U de Mann-Whitney		
	N	**Md**	**Média dos postos**	**Z**	**P**
Burnout_Pessoal					
Feminino	75	45,83	55,03	-0,80	0,423
Masculino	31	41,67	49,79		
Total	106	45,83			
Burnout_Trabalho					
Feminino	75	46,43	52,72	-0,41	0,684
Masculino	31	50,00	55,39		
Total	106	50,00			
Burnout_Clientes					
Feminino	75	29,17	52,01	-0,78	0,435
Masculino	31	33,33	57,11		
Total	106	29,17			

Idade e *Burnout* dos Enfermeiros do Bloco Operatório

Na tabela 16, os resultados demonstram a existência de relações lineares positivas, no que confere às dimensões de *Burnout* pessoal e *Burnout* de trabalho, e negativas no *Burnout* clientes, porém muito fracas, não existindo evidência de que as relações entre a idade e os níveis de *Burnout* sejam estatisticamente significativas (p>0,05).

Tabela 16 – Matriz de correlação bivariada de *Spearman* entre a idade e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106)

	Burnout_Pessoal	**Burnout_Trabalho**	**Burnout_Clientes**
Idade	r_s= 0,026	r_s= 0,031	r_s= -0,059
	p= 0,793	p= 0,751	p= 0,793

Procurando realizar uma comparação da classificação dos níveis de *Burnout* de acordo com a idade, recorreu-se ao teste *U Mann-Whitney*, dado as amostras não provirem de uma população com distribuição normal (*Kolmogorov-Smirnov*: p<0,05).

Assim, de acordo com a tabela 17, verificam-se discretas diferenças nos diferentes níveis de *Burnout*, não sendo estas estatisticamente significativas (p>0,05). Logo é possível afirmar que perante esta amostra, a idade não influencia os níveis de *Burnout* dos enfermeiros.

Concluiu-se pelos resultados dos procedimentos estatísticos realizados não existir uma associação estatisticamente significativa (p>0,05), entre a idade e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros do BO (do total da amostra estudada).

Tabela 17 - Resultados da aplicação do *Teste U de Mann-Whitney* entre a idade e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106)

Idade	N	Teste U de Mann-Whitney		
		Média dos postos	Z	P
Burnout_Pessoal				
<50 Sem nível elevado de burnout	59	52,36	0,42	0,670
>=50 Nível elevado de burnout	47	54,93		
Total	106			
Burnout_Trabalho				
<50 Sem nível elevado de burnout	51	52,58	0,29	0,766
>=50 Nível elevado de burnout	55	54,35		
Total	106			
Burnout_Clientes				
<50 Sem nível elevado de burnout	93	53,33	0,15	0,877
>=50 Nível elevado de burnout	13	54,73		
Total	106			

Estado civil e *Burnout* dos Enfermeiros do Bloco Operatório

Para verificar a influência do estado civil no *Burnout* dos enfermeiros do bloco operatório, aplica-se o teste paramétrico da Anova *one*-way (uma vez testados pressupostos).

Foi excluído o caso viúvo por ter apenas um elemento, não sendo representativo da amostra, totalizando um n=105.

De acordo com a tabela 18, os resultados encontrados após respetivos procedimentos estatísticos, demonstram a inexistência de diferenças estatisticamente significativas (p>0,05) nas três dimensões de *Burnout*, inerente ao estado civil dos enfermeiros.

Assim, é possível afirmar que a variável estado civil não influencia os níveis de *Burnout* dos enfermeiros do BO na amostra estudada.

Tabela 18- Resultados da aplicação paramétrica da Anova *one*-way, entre as dimensões do *Burnout* e o estado civil dos enfermeiros (N=105)

Estado civil				**Teste da *ANOVA-one way***	
	N	$\overline{x}$	**s**	**F**	**p**
Burnout_Pessoal					
Solteiro	23	46,55	23,65		
Casado/união de facto	72	46,29	19,20	1,222	0,306
Divorciado/separado	10	44,16	9,66		
Total	105				
Burnout_Trabalho					
Solteiro	23	46,58	24,35	1,430	0,238
Casado/união de facto	72	47,81	17,04		
Divorciado/separado	10	47,85	11,92		
Total	105				
Burnout_Clientes					
solteiro	23	31,34	19,93		
Casado/união de facto	72	29,22	18,99	0,795	0,500
Divorciado/separado	10	25,83	14,13		
Total	105				

Habilitações Literárias e *Burnout* dos Enfermeiros do Bloco Operatório

Por forma a dar resposta a esta questão, foi utilizado o teste paramétrico Anova *one-way* (uma vez cumpridos pressupostos). Porém, mediante o tamanho da amostra é assumida a tendência para a normalidade pelo teorema do limite central, sendo o teste Anova-*oneway* robusto, e fiável aos seus resultados.

De acordo com a tabela 19, é possível observar que não existe relação estatisticamente significativa (p>0,05) entre as habilitações literárias e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros do bloco operatório, do total da amostra estudada. Assim, pode afirmar-se que a variável habilitações literárias não influencia os níveis de *Burnout* dos enfermeiros do BO da amostra estudada.

Tabela 19- Resultados da aplicação do Teste da Anova *one-way* entre as habilitações literárias e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros(N=106)

Habilitações Literárias				**Teste da *ANOVA-one way***	
	N	$\overline{x}$	**s**	**F**	**p**
Burnout_Pessoal					
Bacharelato	18	37,73	21,88		
Licenciatura	81	47,99	18,76	2,324	0,103
Mestrado	7	51,78	21,22		
Total	106				
Burnout_Trabalho					
Bacharelato	18	38,88	18,41	2,964	0,056
Licenciatura	81	49,29	17,91		
Mestrado	7	55,10	21,38		
Total	106				
Burnout_Clientes					
Bacharelato	18	22,45	14,59		
Licenciatura	81	30,24	18,81	1,470	0,235
Mestrado	7	33,33	25,23		
Total	106				

Q2 - **Em que medida as características Profissionais (categoria, vínculo, funções noutra instituição, carga horária semanal, tipo de horário, tempo de exercício na(o) profissão/instituição/serviço, mudança de profissão/instituição/serviço, tempo desde as últimas férias, classificação da atividade desempenhada) influenciam os Níveis de *Burnout* dos Enfermeiros do Bloco Operatório?**

Categoria profissional e *Burnout* dos Enfermeiros do Bloco Operatório

Por forma a verificar a existência de relação entre as duas varáveis, utiliza-se o teste não paramétrico *Kruskal Wallis,* uma vez que a amostra não provém de uma população com distribuição normal, dados obtidos através dos testes de normalidade (*Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*: p<0,05).

De acordo com a tabela 20, os resultados dos procedimentos estatísticos revelam não existir uma relação estatisticamente significativa (p>0,05) entre a categoria profissional e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros do BO, do total da amostra estudada.

Assim, não se corrobora a hipótese levantada, não existindo influência da categoria profissional nos níveis de *Burnout* dos enfermeiros da amostra estudada.

Tabela 20- Resultados da aplicação do Teste de *Kruskal Wallis* entre a categoria profissional e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106)

Categoria profissional	N	Teste de Kruskal Wallis		
		Média dos postos	X^2_{kw}	p
Burnout_pessoal				
Enfermeiro	97	52,98		
Enfermeiro especialista	8	58,00	0.424	0,809
Enfermeiro chefe/responsável	1	68,00		
Total	106			
Burnout_trabalho				
Enfermeiro	97	53,13		
Enfermeiro especialista	8	53,44	1,392	0,499
Enfermeiro chefe/responsável	1	89,50		
Total	106			
Burnout_Clientes				
Enfermeiro	97	52,76		
Enfermeiro especialista	8	59,19	1,051	0,591
Enfermeiro chefe/responsável	1	79,50		
Total	106			

Exercício de Funções noutra Instituição e o *Burnout* dos Enfermeiros do Bloco Operatório

No sentido de analisar esta hipótese, recorre-se ao *teste t de student* para amostras independentes, dada a natureza das variáveis, o número e tipo de grupos a analisar, bem como, da aderência das distribuições à normalidade (*Kolmogorov-Smirnov*: p>0,05).

De acordo com a tabela 21, os resultados dos procedimentos estatísticos realizados revelam não existir uma relação estatisticamente significativa (p>0,05) entre o exercício de funções noutra instituição e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros do bloco operatório, da amostra estudada. Por esse motivo, não se corrobora a hipótese levantada, não havendo influência do exercício profissional noutra instituição e os níveis de *Burnout* nos enfermeiros do BO, do total da amostra.

Tabela 21- Resultados da aplicação do Teste t de *Student* entre o exercício de funções noutra instituição e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106)

				Teste *t de student*	
Funções noutra instituição	**N**	$\overline{x}$	**s**	**t**	**p**
Burnout_Pessoal					
Sím	14	51,19	18,44	0,955	0,342
Não	92	45,78	19,88		
Total	106				
Burnout_Trabalho					
Sím	14	54,33	16,46	1,392	0,167
Não	92	46,53	18,82		
Total	106				
Burnout_Clientes					
Sím	14	30,35	18,66	0,262	0,794
Não	92	28,94	18,88		
Total	106				

Carga horária e os níveis de *Burnout* dos Enfermeiros do Bloco Operatório

No sentido de analisar a hipótese em causa, recorre-se ao *teste t de student* para amostras independentes, dada a natureza das variáveis, o número e tipo de grupos a analisar, bem como da aderência das distribuições à normalidade (*Kolmogorov-Smirnov*: p>0,05).

De acordo com a tabela 22, quer no *Burnout* pessoal, quer no *Burnout* no trabalho, os enfermeiros com uma carga horária superior (>40h semanais) apresentam níveis superiores de *Burnout*, comparativamente aos que têm cargas de trabalho inferiores (35-40h semanais), mas os resultados da aplicação do teste *t de student* para amostras independentes, demonstra a inexistência de diferenças estatisticamente significativas (p>0,05) entre os níveis de *Burnout* dos enfermeiros do total da amostra, consoante a carga horária praticada.

Tabela 22– Resultados da aplicação do Teste *t de Student* para amostras independentes

				Teste *t de student*	
Carga Horária	**N**	$\overline{x}$	**s**	**t**	**p**
Burnout_Pessoal					
35-40Horas	66	45,01	21,83	-0,98	0,165
>40Horas	39	48,61	15,57		
Total	105				
Burnout_Trabalho					
35-40Horas	66	47,40	20,92	-0,30	0,382
>40Horas	39	48,44	14,30		
Total	105				
Burnout_Clientes					
35-40Horas	66	30,87	19,39	1,24	0,109
>40Horas	39	26,17	17,78		
Total	105				

Por forma a complementar a análise da hipótese supracitada, desenvolveu-se o teste do Qui-Quadrado, entre as variáveis carga horária (35-40 horas; >40 horas) e a classificação dos níveis de *Burnout* (Sem nível elevado de *Burnout*; Nível elevado de *Burnout*).

Assim, de acordo com a tabela 23, os resultados dos procedimentos estatísticos revelam não existir uma associação estatisticamente significativa (p>0,05) entre a carga horária e os níveis de *Burnout*.

Desta forma, não se corrobora a hipótese levantada, não parecendo haver influência da carga horária nos níveis de *Burnout* apresentados pelos enfermeiros do BO, do total da amostra estudada.

Tabela 23 – Resultados da aplicação do Teste do *Qui-Quadrado* entre os níveis de *Burnout* e a carga horária dos enfermeiros(N=106)

	Carga horária				Total		Teste do Qui-Quadrado	
	35-40 Horas		>40 Horas					
	N	%	N	%	N	%	x^2	p
Burnout_Pessoal**:**								
<50 Sem nível elevado de burnout	38	57,58	21	53,85	59	56,19	0,14	0,432
>=50 Nível elevado de burnout	28	42,42	18	46,15	46	43,81		
Total	66	100	39	100	105	100		
Burnout_Trabalho**:**								
<50 Sem nível elevado de burnout	31	46,97	20	51,28	51	48,57	0,18	0,411
>=50 Nível elevado de burnout	35	53,03	19	48,72	54	51,43		
Total	66	100	39	100	105	100		
Burnout_ Clientes**:**								
<50 Sem nível elevado de burnout	57	86,36	35	89,74	92	87,62	0,04	0,420
>=50 Nível elevado de burnout	9	13,64	4	10,26	13	12,38		
Total	66	100	39	100	105	100		

Tipo de horário e os níveis de *Burnout* dos Enfermeiros do Bloco Operatório

Para esta variável, recorre-se à utilização do teste paramétrico *t de student* para amostras independentes, tendo-se verificado os seus pressupostos. É visível através da tabela 24, que a média dos níveis de *Burnout* no trabalho é superior nos enfermeiros que trabalham por turnos (48,43±18,38), bem como na dimensão *Burnout* clientes (30,47±18,39). Porém, no que confere ao *Burnout* pessoal quem trabalha em horário fixo apresenta valores superiores (47,09±19,05).

Verifica-se, pelos resultados dos procedimentos estatísticos, que as diferenças entre valores médios observados não apresentam relevância estatística, dado que o valor de significância é superior a 5% (p>0,05).

Então, não se corrobora a hipótese levantada, não parecendo haver influência do tipo de horário praticado, e os níveis de *Burnout* nos enfermeiros do BO, no total da amostra estudada.

Tabela 24- Resultados da aplicação do Teste t de *Student* entre o tipo de horário e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106)

				Teste *t de student*	
Tipo de horário	**N**	$\overline{x}$	**s**	**t**	**p**
Burnout_Pessoal					
Por turnos (roulement?)	73	46,23	20,11	-0,208	0,836
Fixo	33	47,09	19,05		
Total	106				
Burnout_Trabalho					
Por turnos	73	48,43	18,38	0,429	0,669
Fixo	33	46,75	19,38		
Total	106				
Burnout_Clientes					
Por turnos	73	30,47	18,39	1,104	0,272
Fixo	33	26,13	19,52		
Total	106				

Vínculo profissional e os níveis de *Burnout* dos Enfermeiros do Bloco Operatório

A variável vínculo profissional apresenta apenas um enfermeiro a contrato a termo, pelo que foi excluído para o tratamento de dados (por não ser representativo da amostra em estudo) resultando n=105.

Na tabela 25, é visível que os níveis em média de *Burnout* são superiores nos enfermeiros com contrato individual de trabalho em funções públicas, porém nesta variável não se identificam diferenças estatisticamente significativas (p>0,05).

Por esse motivo, não se corrobora a hipótese levantada, não parecendo haver influência do vínculo profissional nos níveis de *Burnout* dos enfermeiros do BO, do total da amostra estudada.

Tabela 25- Resultados da aplicação do Teste t de *Student* entre o vínculo profissional e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=105)

Vinculo profissional				**Teste *t de student***	
	N	$\overline{x}$	**s**	**t**	**p**
Burnout_Pessoal					
CIT sem termo	45	43,42	20,09	-1,335	0,185
CIT em funções públicas	60	48,40	18,93		
Total	105				
Burnout_Trabalho					
CIT sem termo	45	45,31	19,82	-1.143	0,215
CIT em funções públicas	60	49,41	17,65		
Total	105				
Burnout_Clientes					
CIT sem termo	45	27,68	17,83	-0,630	0,530
CIT em funções públicas	60	30,00	19,61		
Total	105				

Tempo de exercício de funções na profissão/instituição/serviço e os níveis de *Burnout* dos Enfermeiros do Bloco Operatório

Por forma a verificar a relação entre o tempo de exercício de funções e os níveis de *Burnout*, procedeu-se à aplicação da correlação de *Spearman*, dado o nível das variáveis a analisar, e a não aderência das distribuições à normalidade (*Kolmogorov-Smirnov*: p>0,05).

De acordo com a tabela 26, os resultados demonstram a existência de relações lineares negativas, muito fracas, não existindo evidência de que as relações entre o tempo de exercício no serviço e os níveis de *Burnout* sejam estatisticamente significativas (p>0,05). No que se refere ao tempo de exercício na instituição e no serviço os resultados demonstram apenas relações lineares negativas no *Burnout* clientes, sendo positivas nas restantes dimensões, porém também nestas variáveis não existe relação estatisticamente significativa (p>0,05).

Tabela 26– Matriz de correlação bivariada de *Spearman* entre o tempo de exercício de funções na profissão/instituição/serviço (em anos), e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106)

	Burnout_Pessoal	Burnout_Trabalho	Burnout_Clientes
Tempo de exercício no Serviço	r_s= -0,029	r_s= -0,009	r_s= -0,174
	p= 0,765	p= 0,924	p= 0,075
Tempo de exercício na Instituição	r_s= 0,022	r_s= 0,031	r_s= -0,067
	p= 0,823	p= 0,749	p= 0,495
Tempo de exercício na Enfermagem	r_s= 0,042	r_s= 0,054	r_s= -0,054
	p= 0,671	p= 0,579	p= 0,580

Procurando realizar uma comparação da classificação dos níveis de *Burnout* de acordo com o tempo de exercício no serviço, recorreu-se ao teste *U Mann-Whitney,* dada a não aproximação das distribuições à normalidade (*Kolmogorov-Smirnov*: p<0,05).

Assim, com a aplicação do referido teste, como se pode observar na tabela 27, constata-se que apesar das ligeiras diferenças verificadas no tempo de exercício no serviço nos diferentes níveis de *Burnout*, as mesmas não são estatisticamente significativas (p>0,05).

Face aos resultados dos procedimentos realizados, constata-se que a hipótese não se confirma, não havendo evidência da influência do tempo de exercício de funções na profissão/instituição/serviço, e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros do BO, do total da amostra estudada.

Tabela 27 - Resultados da aplicação do *Teste U de Mann-Whitney* entre o tempo de exercício de funções no serviço (em anos), e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106)

Tempo de exercício no Serviço	N	Teste U de Mann-Whitney		
		Média dos postos	Z	P
Burnout_Pessoal				
<50 Sem nível elevado de burnout	59	52,54	-0,36	0,719
>=50 Nível elevado de burnout	47	54,70		
Total	106			
Burnout_Trabalho				
<50 Sem nível elevado de burnout	51	54,07	-0,18	0,854
>=50 Nível elevado de burnout	55	52,97		
Total	106			
Burnout_Clientes				
<50 Sem nível elevado de burnout	93	52,94	-0,51	0,613
>=50 Nível elevado de burnout	13	57,54		
Total	106			

Mudança de profissão/instituição/serviço e os níveis de *Burnout* dos Enfermeiros do Bloco Operatório

Para analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas, entre valores médios do *Burnout* relativamente às variáveis profissionais mencionadas, procedeu-se à aplicação, sempre que possível, do teste paramétrico *t de student*, relacionando cada uma das variáveis definidas, nomeadamente a mudança de profissão/instituição/serviço, com cada uma das dimensões da escala de *Burnout*.

Na dimensão *Burnout* clientes, a amostra não provinha de população com distribuição normal, logo optou-se pelo teste alternativo não paramétrico U de *Mann-Whitney*.

Assim, pela tabela 28 verifica-se que as diferenças observadas apresentam relevância estatística a 5%, em todas as dimensões da escala de *Burnout* perante a variável "mudança de profissão". Assim, os enfermeiros que apresentam vontade de mudar de profissão, apresentam significativamente níveis de *Burnout* superiores em todas as dimensões, nomeadamente, pessoal, trabalho e clientes.

Tabela 28- Resultados da aplicação do teste t de *Student* entre a mudança de profissão e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106)

Mudaria de profissão				**Teste *t de student***	
	N	$\overline{x}$	**s**	**t**	**p**
Burnout_Pessoal					
Sim	57	53,87	17,72	-1,335	**<0,001**
Não	49	37,92	18,52		
Total	106				
Burnout_Trabalho					
Sim	57	55,63	15,62	-1.143	**<0,001**
Não	49	38,92	17,90		
Total	106			**Teste U de Mann-Whitney**	
			Média dos postos	**z**	**p**
Burnout_Clientes					
Sim	57	65,77	18,62	-4.446	**<0,001**
Não	49	39,22	15,08		
Total	106				

Ao analisar a tabela 29, verifica-se evidência estatística para afirmar que, os resultados obtidos em função da mudança de instituição são estatisticamente significativos quanto às dimensões *Burnout* Pessoal e *Burnout* Trabalho. Foi obtido um valor com menor significância na dimensão *Burnout* Clientes, considerando ainda assim o seu valor. É possível afirmar que na amostra em estudo, os enfermeiros que mudariam de instituição têm estatisticamente níveis significativos mais elevados de *Burnout* quando comparados com os que referem que não mudariam.

Tabela 29- Resultados da aplicação do teste t de *Student* entre a mudança de instituição e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106)

Mudaria de instituição				**Teste *t de student***	
	N	$\overline{x}$	**s**	**t**	**p**
Burnout_Pessoal					
Sim	51	54,49	18,29	4,359	**<0,001**
Não	55	39,09	18,13		
Total	106				
Burnout_Trabalho					
Sim	51	56,16	17,46	4,826	**<0,001**
Não	55	40,25	16,37		
Total	106			**Teste U de Mann-Whitney**	
			Média dos postos	**z**	**p**
Burnout_Clientes					
Sim	51		59,53	1,950	**0,005**
Não	55		47,91		
Total	106				

De acordo com a tabela 30, na variável mudança de serviço, existe evidência estatística para afirmar que, os resultados obtidos são significativamente distintos quando às dimensões *Burnout* pessoal e trabalho, onde se verificam diferenças estatisticamente significativas, contrapondo com o *Burnout* clientes, onde as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, pois os valores de prova obtidos pela aplicação do teste U de *Mann-Whitney* são superiores ao nível de significância utilizado, 5%.

Tabela 30- Resultados da aplicação do teste t de *Student* entre a mudança de serviço e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106)

Mudaria de serviço				**Teste *t de student***	
	N	$\overline{x}$	**s**	**t**	**p**
Burnout_Pessoal					
Sim	43	57,36	18,65	5,149	**<0,001**
Não	63	39,08	16,85		
Total	106				
Burnout_Trabalho					
Sim	43	58,22	16,81	5,257	**<0,001**
Não	63	40,87	16,48		
Total	106			**Teste U de Mann-Whitney**	
			Média dos postos	**z**	**p**
Burnout_Clientes					
Sim	43		55,80	1,255	0,523
Não	63		51,93		
Total	106				

Tempo decorrido desde as últimas férias e os níveis de *Burnout* dos Enfermeiros do Bloco Operatório

Para analisar a variável tempo decorrido desde as últimas ferias (meses), recodificou-se a variável em dois grupos tendo em conta o nível da mediana, descrito na análise descritiva. Pela tabela 31, após verificados pressupostos inerentes à aplicação do teste t de *student*, conclui-se que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, pois os valores de prova obtidos pela aplicação do teste t de *student* são superiores ao nível de significância utilizado, 5%.

Assim, os resultados dos procedimentos estatísticos revelam não existir uma associação estatisticamente significativa (p>0,05) entre o tempo decorrido desde as últimas férias, e os níveis de *Burnout* nos enfermeiros do bloco operatório.

Pelo que, não se corrobora a hipótese levantada, não parecendo haver influência do tempo decorrido desde as últimas férias, e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros da amostra estudada.

Tabela 31-Resultados da aplicação do Teste t de *Student* entre o tempo decorrido desde as últimas férias (meses), e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106)

Tempo decorrido ultimas férias	**N**	$\overline{x}$	**s**	**Teste *t de student***	
				t	**p**
Burnout_Pessoal					
< 2 meses	57	45,10	19,24	-0,784	0,435
>2 meses	49	48,12	20,30		
Total	106				
Burnout_Trabalho					
< 2 meses	57	47,86	19,14	-0,025	0,980
>2 meses	49	47,95	18,19		
Total	106				
Burnout_Clientes					
< 2 meses	57	30,84	17,24	1,005	0,317
>2 meses	49	27,12	20,39		
Total	106				

Classificação da atividade e os níveis de *Burnout* dos Enfermeiros do Bloco Operatório

Para verificar a influência do *Burnout* na classificação da atividade pelos enfermeiros da amostra, aplica-se o teste paramétrico da Anova *one*-way, no caso do *Burnout* pessoal e no trabalho, dada a aderência das distribuições à normalidade (*Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*: p>0,05), e o teste não-paramétrico de *Kruskal-Wallis,* no caso do *Burnout* com o cliente, dada a não verificação do pressuposto da normalidade, em pelo menos um dos grupos a comparar (*Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*: p<0,05). De acordo com a tabela 32, os resultados encontrados demonstram a existência de diferenças estatisticamente significativas quer entre os níveis de *Burnout* pessoal (F=2,83; p=0,042), quer entre os níveis de *Burnout* no trabalho (F=3,95; p=0,010), consoante a classificação da atividade atribuída pelos enfermeiros. Após análise complementar, e apesar de se verificar que genericamente as classificações mais negativas, correspondem a níveis de *Burnout* mais elevados, os testes *post hoc* desenvolvidos, revelam que em ambos os casos, as diferenças significativas encontram-se entre as classificações “menos boa” e “muito boa”, surgindo níveis de *Burnout* significativamente mais elevados nas classificações “menos boa”. Relativamente ao *Burnout* relativo ao cliente, não se verificou qualquer diferença

estatisticamente significativa consoante a classificação da atividade (X^2_{kw}=5,89; p=0,117).

Tabela 32– Resultados da aplicação do Teste da Anova one-way e o teste de *Kruskal Wallis entre o Burnout e* a classificação da atividade no serviço, atribuída pelos enfermeiros

Classificação da atividade				**Teste da *ANOVA-one way***	
	N	$\overline{x}$	**s**	**F**	**p**
Burnout_Pessoal					
Menos boa	5	66,67	12,50	2,83	0,042
Satisfatória	26	48,40	19,76		
Boa	61	45,97	19,44		
Muito Boa	14	38,10	18,77		
Total	106	46,50	19,70		
Burnout_Trabalho					
Menos boa	5	66,43	11,46	3,95	0,010
Satisfatória	26	50,41	18,99		
Boa	61	48,01	18,15		
Muito Boa	14	36,22	16,02		
Total	106	47,91	18,63		
		Teste de Kruskal Wallis			
Carga Horária	**N**	**Média dos postos**		X^2_{kw}	**p**
Burnout_Clientes					
Menos boa	5	52,20		5,89	0,117
Satisfatória	26	59,83			
Boa	61	54,96			
Muito Boa	14	35,86			
Total	106				

Relativamente a esta hipótese, procurou-se ainda conduzir o Teste do Qui-Quadrado, para analisar a associação entre a classificação dos níveis de *Burnout,* e a classificação da atividade no serviço.

De acordo com a tabela 33, os resultados demonstram a existência de uma associação estatisticamente significativa (p<0,05) entre o nível de *Burnout* pessoal e no trabalho, com a classificação da atividade no serviço. Atendendo aos valores apresentados na tabela anterior, verificamos que parece existir uma associação entre os níveis elevados de *Burnout* (pessoal e no trabalho) com a classificação da atividade "menos boa", assim como uma associação entre a ausência de níveis elevados de *Burnout* (pessoal e no trabalho) com a classificação da atividade "Muito boa".

Não se verifica qualquer associação estatisticamente significativa entre o *Burnout* relativo ao cliente e a classificação da atividade pelos enfermeiros (p>0,05).

Desta forma, corrobora-se a hipótese de que existe uma relação entre a classificação da atividade que desempenha de "menos boa" e o nível elevado de *Burnout*, nomeadamente no que se refere ao *Burnout* pessoal e relacionado com o trabalho, nos enfermeiros do BO, no total da amostra.

Tabela 33– Resultados da aplicação do Teste do *Qui-Quadrado* entre os níveis de *Burnout* e a classificação da atividade no serviço, atribuída pelos enfermeiros

	Classificação da actividade no serviço								**Total**		**Teste do Qui-Quadrado**	
	Menos boa		**Satisfatória**		**Boa**		**Muito Boa**					
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Burnout_Pessoal**:**												
<50 Sem nível elevado de burnout	---	---	14	53,85	35	57,38	10	71,43	59	55,66	7,80	0,049
>=50 Nível elevado de burnout	5	100	12	46,15	26	42,62	4	28,57	47	44,34		
Total	5	100	26	100	61	100	14	100	106	100		
Burnout_Trabalho**:**												
<50 Sem nível elevado de burnout	---	---	12	46,15	28	45,90	11	78,57	51	48,11	10,00	0,016
>=50 Nível elevado de burnout	5	100	14	53,85	33	54,10	3	21,43	55	51,89		
Total	5	100	26	100	61	100	14	100	106	100		
Burnout_ Clientes**:**												
<50 Sem nível elevado de burnout	3	60,00	21	80,77	57	93,44	12	85,71	93	87,74	6,65	0,069
>=50 Nível elevado de burnout	2	40,00	5	19,23	4	6,56	2	14,29	13	12,26		
Total	5	100	26	100	61	100	14	100	106	100		

Q3 – Qual a relação entre a Satisfação Profissional (satisfação no relacionamento com o chefe, satisfação com benefícios e recompensas, satisfação com promoção, satisfação com o contexto de trabalho, satisfação com a comunicação, satisfação no relacionamento com a equipa) e os Níveis de *Burnout* dos Enfermeiros do Bloco Operatório?

Para analisar a relação entre os níveis de *Burnout* e os níveis de satisfação no trabalho, voltou a recorrer-se à correlação de *Spearman,* dada a natureza das variáveis, e a não aderência das distribuições à normalidade.

De acordo com a tabela 34, os resultados obtidos demonstram globalmente uma relação linear negativa, ligeira a moderada e estatisticamente significativa, entre os níveis de satisfação global no trabalho e os níveis de *Burnout*.

Assim, pode concluir-se que quanto menores forem os níveis de satisfação com o trabalho, maiores são os níveis de *Burnout* pessoal, no trabalho e com o cliente.

Olhando detalhadamente para cada um dos domínios da satisfação, constatamos que:

- A Satisfação no relacionamento com o Chefe apresenta uma relação linear negativa, fraca e estatisticamente significativa com os níveis de *Burnout* (pessoal, trabalho e clientes);
- A Satisfação com Benefícios e Recompensas, assim como a Satisfação com a Promoção e a Satisfação com a Comunicação, apresentam uma relação linear negativa e fraca, mas apenas estatisticamente significativa nas suas relações com o *Burnout* pessoal e *Burnout* no trabalho;
- A Satisfação com o contexto de trabalho apresenta uma relação linear negativa, fraca a moderada e estatisticamente significativa com o *Burnout* pessoal, trabalho e clientes;
- A Satisfação no relacionamento com a equipa apresenta uma relação linear negativa, fraca, revelando-se apenas estatisticamente significativa na sua relação com os níveis de *Burnout* no trabalho.

Tabela 34– Matriz de correlação bivariada de *Spearman* entre a satisfação no trabalho e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106)

	Burnout_Pessoal	Burnout_Trabalho	Burnout_Clientes
EAST_total	r_s= -0,415 p= 0,000	r_s= -0,509 p= 0,000	r_s= -0,239 p= 0,014
Satisf_Chefe	r_s= -0,323 p= 0,001	r_s= -0,368 p= 0,000	r_s= -0,201 p= 0,039
Benef_Recomp	r_s= -0,308 p= 0,001	r_s= -0,320 p= 0,001	r_s= -0,103 p= 0,296
Promoção	r_s= -0,202 p= 0,038	r_s= -0,307 p= 0,001	r_s= -0,143 p= 0,143
Contexto_Trabalho	r_s= -0,314 p= 0,001	r_s= -0,462 p= 0,000	r_s= -0,382 p= 0,000
Comunicação	r_s= -0,301 p= 0,002	r_s= -0,278 p= 0,004	r_s= -0,078 p= 0,428
Relacionam_Equipa	r_s= -0,157 p= 0,108	r_s= -0,234 p= 0,016	r_s=-0,027 p= 0,783

Complementarmente, recorre-se à aplicação do *Teste U de Mann-Whitney* entre a satisfação no trabalho e a classificação dos níveis de *Burnout* dos enfermeiros da amostra.

Na tabela 35, os resultados demonstram que globalmente a satisfação no trabalho apresenta diferenças estatisticamente significativas (p<0,05) consoante o nível de *Burnout* (pessoal, trabalho e clientes), verificando-se a existência de níveis estatisticamente mais baixos de satisfação nos enfermeiros que apresentam níveis de *Burnout* elevados.

Observando detalhadamente cada um dos domínios da satisfação, verificamos que:

- A Satisfação no relacionamento com o Chefe, e a Satisfação com o contexto de trabalho apresentam diferenças estatisticamente significativas, consoante os níveis de *Burnout* (pessoal, trabalho e clientes), surgindo valores de satisfação mais baixos nos enfermeiros com níveis elevados de *Burnout*;

- A Satisfação com Benefícios e Recompensas, assim como a Satisfação com a Promoção e a Satisfação com a Comunicação, apresentam também diferenças estatisticamente significativas de acordo com os níveis de *Burnout* pessoal e *Burnout*

no trabalho, voltando a surgir valores de satisfação mais baixos nos enfermeiros com níveis elevados de *Burnout*;

- A Satisfação no relacionamento com a equipa, apesar de apresentar valores de satisfação inferiores nos enfermeiros com elevados níveis de *Burnout*, essas diferenças apenas se revelam estatisticamente significativas no *Burnout* relativo ao trabalho.

Desta forma parece corroborar-se a hipótese, verificando-se globalmente que os níveis de satisfação mais baixos concorrem para a existência de níveis elevados de *Burnout*, nos enfermeiros do total da amostra estudada.

Tabela 35 - Resultados da aplicação do *Teste U de Mann-Whitney* entre a satisfação no trabalho e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros (N=106)

	Teste U de Mann-Whitney								
	Burnout_Pessoal			Burnout_Trabalho			Burnout_Clientes		
	Média dos postos	Z	p	Média dos postos	Z	p	Média dos postos	Z	p
EAST_total									
<50 Sem nível elevado de burnout	64,07	-3,97	0,000	67,25	-4,43	0,000	56,13	-2,36	0,018
>=50 Nível elevado de burnout	40,23			40,75			34,65		
Satisf_Chefe									
<50 Sem nível elevado de burnout	61,64	-3,07	0,002	61,80	-2,69	0,007	56,02	-2,27	0,023
>=50 Nível elevado de burnout	43,29			45,80			35,50		
Benef_Recomp									
<50 Sem nível elevado de burnout	59,77	-2,38	0,017	62,55	-2,96	0,003	55,50	-1,81	0,070
>=50 Nível elevado de burnout	45,63			45,11			39,19		
Promoção									
<50 Sem nível elevado de burnout	58,94	-2,05	0,040	63,41	-3,21	0,001	54,68	-1,06	0,290
>=50 Nível elevado de burnout	46,67			44,31			45,08		
Contexto_Trabalho									
<50 Sem nível elevado de burnout	59,96	-2,45	0,014	66,44	-4,21	0,000	55,90	-2,17	0,030
>=50 Nível elevado de burnout	45,39			41,50			36,31		
Comunicação									
<50 Sem nível elevado de burnout	61,62	-3,07	0,002	60,85	-2,39	0,017	54,03	-0,48	0,631
>=50 Nível elevado de burnout	43,31			46,68			49,69		
Relacionam_Equipa									
<50 Sem nível elevado de burnout	58,47	-2,02	0,043	56,60	-1,08	0,279	54,13	-0,62	0,538
>=50 Nível elevado de burnout	47,27			50,63			48,96		

DISCUSSÃO

Na discussão dos resultados, o investigador deve resumir e interpretar os resultados obtidos no trabalho, demonstrar como os seus resultados e interpretações concordam ou contrastam com pesquisas feitas anteriormente, oferecendo assim possíveis razões para os resultados obtidos. O investigador também deve discutir as implicações teóricas do trabalho, assim como referenciar possíveis aplicações práticas, apresentar as evidências para uma conclusão clara e resumida e, por último aconselhar futuros aprofundamentos de questões discutidas (Alves, 2016).

Seguidamente, desenvolve-se a discussão dos resultados alcançados neste trabalho de investigação, por ordem das questões formuladas.

Q1- Em que medida as características sociodemográficas (idade, género, estado civil e habilitações literárias) influenciam os níveis de *Burnout* dos Enfermeiros do BO?

De acordo com os resultados do estudo realizado, pode concluir-se não existirem relações estatisticamente significativas ($p>0,05$) entre as variáveis género, idade, estado civil, habilitações literárias, e os níveis de *Burnout* nos enfermeiros do BO, no total da amostra estudada. Embora na variável género, os homens apresentem valores superiores no *Burnout* do trabalho e clientes, e as mulheres valores superiores apenas na dimensão de *Burnout* pessoal, não existem diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) entre o género e os níveis de *Burnout* nos enfermeiros do BO. Na idade embora haja relações lineares positivas no *Burnout* pessoal e no trabalho, e relações lineares negativas no *Burnout* clientes, são ambas relações lineares fracas, pelo que, não há diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) entre a idade e os níveis de *Burnout* nos enfermeiros do BO. Relativamente ao estado civil e habilitações literárias, os resultados mostram não existirem relações estatisticamente significativas ($p>0,05$) entre cada uma das variáveis anteriores, e os níveis de *burnout* dos enfermeiros do BO, na amostra em estudo.

Existem estudos de investigação cujos resultados corroboram os resultados anteriores, enquanto outros mostram a presença de relações estatisticamente significativas ($p<0,05$), entre as variáveis sociodemográficas e o *burnout* nos enfermeiros.

A corroborar com estes resultados temos o estudo de Nogueira (2017), que mostra a não interferência do género e estado civil na síndrome de *burnout* nos enfermeiros.

Assim como, no estudo de Nascimento (2016), não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável género, idade, número de filhos, e os níveis de *burnout* nos enfermeiros. Gómez et al. (2005), também obtém resultados onde não se encontra relação estatisticamente significativa entre a variável filhos e o *burnout*. Já noutros estudos, podem-se encontrar diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis referidas anteriormente, e o *burnout* nos enfermeiros. No estudo de França e Ferrari (2012), a incidência do *burnout* em função do género é maior no sexo feminino, e tem maior predominância entre os enfermeiros mais velhos. Relativamente à variável sexo era expectável encontrar níveis elevados na dimensão exaustão emocional nas mulheres, em comparação aos homens, e por outro lado, níveis significativamente mais elevados na dimensão despersonalização nos homens (Gil-Monte, 2002). Essas diferenças encontram-se justificadas pelos papéis socialmente aceites e estereótipos de género incutidos na sociedade, nomeadamente a dupla jornada de trabalho nas mulheres (Benevides-Pereira, 2002), pela possível facilidade das mulheres em lidar com as tensões emocionais resultantes do trabalho com pessoas (Maslach e Jackson, 1985), e também, pela elevada competitividade caraterística dos indivíduos do sexo masculino, aliada a grande importância dada ao sucesso e realização profissional (Gil-Monte, 2002). Por outro lado, no estudo realizado por Rocha (2012), os enfermeiros mais velhos revelam-se mais realizados pessoalmente e profissionalmente menos e*stress*ados com o excesso de trabalho, e na carreira e remuneração, menos exaustos emocionalmente e menos despersonalizados. Já no estudo de Santos (2015), encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos compreendidos entre os 30 e 39 anos e índices de despersonalização mais elevados, seguidos daqueles com idade inferior a 30 anos, depois aqueles com mais de 50 anos, e por último os na faixa etária dos 40-49 anos. Os resultados referidos anteriormente corroboram com Maslach et al. (2001) e Benevides-Pereira (2002), segundo os quais na variável idade, o nível de *burnout* é maior em profissionais mais jovens, principalmente entre aqueles que não atingiram os 30 anos de idade. No que se refere à variável habilitações literárias, seria de esperar encontrar níveis de *burnout* significativamente maiores entre os indivíduos com níveis mais elevados de escolaridade, devido às sua ambições e elevadas expectativas para o futuro profissional, o que pode não corresponder à realidade e causar sentimentos de infelicidade e insatisfação (Maslach et al., 2001; Benevides-Pereira, 2002). Já no estudo de Silva, Queirós, Cameira, Vara e Galvão (2015), os sujeitos casados apresentam maiores níveis de exaustão emocional (tendo por base o MBI). Estes dados podem ser explicados pela relação família-trabalho, em que a

sobrecarga de responsabilidades, tarefas e conflitos relacionais com familiares próximos, predispõe o indivíduo ao *burnout* (Brattberg, 2006). Esta conclusão relativa aos sujeitos casados, não vem corroborar estudos anteriormente realizados (Maslach et al., 2001) mas, poderá ser explicado pela qualidade e satisfação que a relação proporciona, o que vai influenciar positiva ou negativamente o *burnout* (Gil-Monte e Peiró, 1997). De acordo com Santos (2015), relativamente à variável estado civil, existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão de realização pessoal, sendo os casados ou em união de facto os que apresentam maiores níveis, seguidos dos solteiros e por último os divorciados (com base no MBI-HSS). Segundo Stacciarini e Tróccoli (2001), os enfermeiros com filhos ou responsáveis por outras pessoas são menos suscetíveis ao *burnout*. Para Maslach e Jackson (1985), a existência de família é considerada um fator protetor da incidência da síndrome de *burnout*. Assim, em relação à existência de filhos era provável encontrar níveis significativamente mais elevados de *burnout* nos profissionais que não têm filhos, pois estudos indicam que profissionais com filhos tendem a ser mais maduros, por se encontrarem na fase adulta, o que resulta numa perspetiva diferente sobre a vida (Benevides-Pereira, 2002). Por outro lado, também se poderia encontrar elevados níveis de *burnout* entre profissionais que têm filhos, pois são comuns sentimentos de culpa e ressentimento entre os profissionais de saúde, por não conseguirem acompanhar o crescimento e o desenvolvimento dos seus filhos devido aos exigentes horários das escalas e plantões (Carlotto, 2011).

Q2- Em que medida as características profissionais (categoria, vínculo, funções noutra instituição, carga horária, tipo de horário, tempo de exercício na profissão/instituição/serviço, mudança de profissão/instituição/serviço, tempo desde as últimas férias, classificação da atividade) influenciam os níveis de *Burnout* dos Enfermeiros do BO?

Relativamente a esta questão, verifica-se a não existência de diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) entre a categoria profissional, desempenho de funções noutra instituição, carga horária, tipo de horário, vínculo profissional, tempo de exercício profissional no serviço/profissão/instituição, data das últimas férias, e os níveis de *Burnout* nos enfermeiros do BO, do total da amostra estudada.

Porém, perante a variável *mudança de profissão* verificou-se que as diferenças observadas apresentam relevância estatística a 5% em todas as dimensões da escala de Burnout (pessoal, trabalho, clientes). Assim sendo, os enfermeiros que apresentam vontade de mudar de profissão, apresentam significativamente níveis de *Burnout*

superiores em todas as dimensões. Na variável *mudança de instituição,* é possível afirmar que os enfermeiros que mudariam de instituição têm estatisticamente níveis significativos (p<0,05) mais elevados de *Burnout* quando comparados com os que referem que não mudariam. Na variável *mudança de serviço,* existem diferenças estatisticamente significativas no *Burnout* pessoal e trabalho, o que significa que os enfermeiros que referem intenção de mudar de serviço apresentam níveis superiores de *Burnout* nas dimensões pessoal e trabalho. Na dimensão *Burnout* clientes as diferenças não são estatisticamente significativas (p>0,05). Relativamente à *classificação da atividade*, parece existir uma associação entre os níveis elevados de *Burnout* (pessoal e no trabalho) com a classificação da atividade "menos boa", assim como uma associação entre a ausência de níveis elevados de *Burnout* (pessoal e no trabalho) com a classificação da atividade "muito boa". Não se verifica qualquer associação estatisticamente significativa (p>0,05) entre o *Burnout* relativo ao cliente e a classificação da atividade pelos enfermeiros.

Com base na consulta bibliográfica realizada, existem estudos de investigação que corroboram em parte com os resultados alcançados.

O estudo de Nogueira (2017) corrobora com os resultados alcançados em relação à variável antiguidade no serviço, mostrando que não interfere na síndrome de *burnout*. Já no estudo de Jesus et al., (2014), encontra-se significância estatística na relação entre as variáveis experiência profissional, título profissional, local de trabalho e tipo de serviço relativamente à dimensão de exaustão emocional, e nas variáveis experiência e *part-time* no que se refere à despersonalização (no MBI).

Relativamente ao tempo de exercício profissional, Muller (2004) mostra que os enfermeiros com menor tempo de experiência profissional, cujas atividades englobam um a cinco anos, apresentam índices mais altos de *burnout* quando comparados com outros enfermeiros. Para o autor, o tempo de vivência numa instituição profissional, no desenvolvimento da carreira pode levar indivíduos que executam o trabalho assistindo e cuidando de pessoas, à exaustão. De acordo com Souza e Silva (2002), os profissionais de saúde com maior tempo de carreira desenvolvem estratégias de *coping* frente aos e*stresso*res. Sobre este assunto não há consenso na literatura científica.

No estudo de França, Ferrari, Ferrari e Alves (2012), relativamente ao tempo de formação, os mais acometidos pela síndrome são aqueles com formação no intervalo de zero a cinco anos, assim como os enfermeiros que trabalham no setor administrativo. De acordo com os autores, o pouco tempo de serviço infuencia a saúde dos trabalhadores, facto que pode comprometer a qualidade dos serviços prestados. A

saída das universidades e a entrada no mercado de trabalho, na maioria dos casos, e nas variadas ocupações, é passível de gerar e*stress*e no indivíduo. Também no universo administrativo, os enfermeiros responsáveis têm de responder diretamente às resoluções exigidas pelo Conselho de Enfermagem e atribuições do Órgão Superior, por isso os níveis de exigência acarretam para o profissional um conjunto de condições que podem resultar na síndrome de *burnout*. Além disso, para os mesmos autores, os ambientes fechados são carregados de atribuções e responsabilidades que levam o profissional a sofrer fortes influências de agentes e*stress*ores.

No estudo de Silva et al. (2016), os resultados alertam para a prevenção do *burnout*, nomeadamente no que refere aos turnos, chamando a atenção para a sua influência no comportamento resiliente, e aumentando a vulnerabilidade ao *burnout*. Segundo o estudo de Rocha (2012), os enfermeiros que trabalham por turnos, não optariam pela mesma saída profissional.

Também no estudo de Dias, Queirós e Carlotto (2010), se pode concluir que a síndrome de *burnout*, sob a perpetiva organizacional, está altamente associada ao absentismo e à rotatividade de pessoal. Para França et al., (2012), o facto de o profissional possuir múltiplos empregos, realidade que persiste na enfermagem, pode intensificar o problema do absentismo.

Os resultados do estudo de Silva (2017), mostram existir diferenças estatisticamente significativas entre o *burnout* e a satisfação laboral, em função da variável desejo de mudança de profissão, instituição e serviço. Segundo a autora, esta variável apresenta menor poder preditivo do *burnout* quando comparada com a satisfação laboral. Segundo Lee e Ashforth (1996), a intenção de abandonar a organização ou profissão pode ser entendida como uma “saída psicológica” do trabalho, numa tentativa de lidar com a exaustão emocional e baixa realização profissional. Para Dias et al. (2010) este resultado deve ser encarado como um forte indicador de insatisfação, podendo resultar de um conflito interior profundo nos âmbitos pessoal e profissional, com desencontro dos significados e expectativas destes projetos, resultando em *burnout*.

Para França et al., (2012), os enfermeiros mais acometidos pela síndrome são aqueles que trabalham em regime de carga horária de 30 horas, e os contratados em regime temporário. Para os autores, o trabalhador ser contratado tende a deixá-lo ansioso a cada término do contrato, na dúvida de saber se o contrato será ou não renovado. O facto de ser contratado implica a preocupação de assegurar o emprego para garantir os seus compromissos financeiros, e a sustentabilidade da sua família. A estabilidade no trabalho garante ao profissional a despreocupação com o término do contrato e com o desemprego. Este aspeto, segundo os autores deveria ser considerado no

âmbito da satisfação profissional. Em relação à variável duplo vínculo, verifica-se não existir relação estatisticamente significativa com o *burnout*. Já para Santos, Joubert e Rodrigues (2009), são os enfermeiros que têm carga horária menor, os que na instituição possuem duplo vínculo empregador, e consequentemente maior sobrecarga laboral, sendo aqueles que apresentam maior número de desvios nas dimensões do *burnout* (segundo o MBI). Para estes autores, é importante refletir e desenvolver estudos sobre esta variável, para entender melhor a sua relação no processo saúde/doença. Silva (2000) no seu estudo, descreve que os enfermeiros se sentem obrigados a ter duplo e por vezes, triplo emprego devido aos salários baixos e humilhantes, incompatíveis com a dignidade das suas atividades, o que piora a sua qualidade de vida, levando-os a assumir mais do que um emprego para aumentar a capacidade económica familiar, implicando extensas jornadas de trabalho, e*stresse* e pouco tempo para o lazer, e para a família. No estudo de Rocha (2012), os resultados mostram que são os enfermeiros que trabalham mais horas por semana, que se apresentam mais e*stress*ados com a atividade profissional e excesso de trabalho, e mais exaustos emocionalmente. Por outro lado, mostra que os enfermeiros que dormem mais horas por dia, se revelam mais satisfeitos e realizados profissionalmente, menos e*stress*ados com a atividade profissional, e em lidar com os doentes. Segundo Sanchez e Oliveira (2016), um dos fatores desencadeadores do *burnout* nos enfermeiros é a sobrecarga de trabalho decorrente do duplo vínculo entre outros, levando à sobrecarga de ações, sofrimento físico e psíquico, baixa produtividade e descontentamento. Segundo os mesmos autores, outras pesquisas com enfermeiros, verificam a dimensão do esgotamento emocional pela síndrome de *burnout*, como consequência da sobrecarga de trabalho. Essa sobrecarga, como visto anteriormente em outros estudos, está relacionada com turnos e trabalho superiores a trinta horas semanais. Martino e Misko (2004) verificam o e*stresse* e modificações no perfil emocional do enfermeiro, no trabalho desenvolvido por turnos.

Q3- Qual a relação entre a satisfação profissional (satisfação no relacionamento com o chefe, satisfação com benefícios e recompensas, satisfação com as promoções, satisfação com o contexto de trabalho, satisfação com a comunicação, satisfação no relacionamento com a equipa) e os níveis de *Burnout* dos Enfermeiros do BO?

Os resultados obtidos nesta investigação, permitem concluir que os enfermeiros do sexo masculino da amostra são os que apresentam maiores níveis de satisfação profissional. Relativamente às diferentes dimensões da EAST-Enf, os enfermeiros do sexo feminino apresentam maior nível de “satisfação no relacionamento com o chefe”,

mantendo a mesma tendência no que respeita à dimensão “satisfação com o contexto de trabalho” e “satisfação no relacionamento com a equipa”. Por outro lado, os enfermeiros do sexo masculino apresentam níveis maiores no que respeita às restantes dimensões, “satisfação com benefícios e recompensas”, “satisfação com as promoções” e “comunicação”. Também se pode concluir que os valores superiores de *Burnout* se centram na dimensão *Burnout* no trabalho, seguida do *Burnout* pessoal e por fim, com os clientes. No que respeita ao *Burnout* pessoal, são os enfermeiros do sexo feminino que apresentam um nível superior, porém nas restantes dimensões são os enfermeiros do sexo masculino que apresentam níveis superiores. Relativamente à relação entre a satisfação profissional e os níveis de *Burnout* dos Enfermeiros do BO (do total da amostra), os resultados obtidos demostram globalmente uma relação linear negativa, ligeira a moderada, e *estatisticamente significativa entre os níveis de satisfação global no trabalho e os níveis de Burnout*. Assim, pode concluir-se que quanto menores forem os níveis de satisfação com o trabalho, maiores são os níveis de *Burnout* pessoal, no trabalho e com o cliente. A satisfação no relacionamento com o chefe (Sch), e a satisfação com o contexto de trabalho (SCT) apresentam diferenças estatisticamente significativas consoante os níveis de *Burnout* (pessoal, trabalho e clientes), surgindo valores de satisfação mais baixos nos enfermeiros com níveis elevados de *Burnout*. A satisfação com benefícios e recompensas (SBR), a satisfação com promoção (SP) e a satisfação com a comunicação (SCom), apresentam diferenças estatisticamente significativas de acordo com os níveis de *Burnout* pessoal e *Burnout* no trabalho, voltando a surgir valores de satisfação mais baixos nos enfermeiros com níveis elevados de *Burnout*. A satisfação no relacionamento com a Equipa (SE), apesar de apresentar valores de satisfação inferiores nos enfermeiros com elevados níveis de *Burnout*, essas diferenças apenas se revelam estatisticamente significativas no *Burnout* relativo ao trabalho. Desta forma, parece corroborar-se a hipótese, verificando-se globalmente que os níveis de satisfação mais baixos concorrem para a existência de níveis elevados de Burnout.

A corroborar com os resultados anteriores, temos o estudo realizado por Rocha (2012), que permite verificar que os enfermeiros em *burnout* se apresentam menos satisfeitos e realizados do ponto de vista profissional. O estudo de Sousa, Pereira, Borges e Queirós (2015), corrobora em parte com os resultados anteriores, na medida em que são as mulheres as menos despersonalizadas, e também as mais satisfeitas e dedicadas. Neste estudo, outras variáveis individuais e profissionais pouco influenciam o *burnout*, *engagement* e satisfação no trabalho. Para os autores, a satisfação no

trabalho e o *engagement* surgem como preditores do *burnout*. O estudo de Sá, Martins- Silva e Funchal (2014), também vem corroborar com os resultados obtidos, permitindo concluir que o fator satisfação com o ambiente reduz a exaustão emocional, o aumento com a satisfação no trabalho e a oportunidade de crescimento reduzem a exaustão emocional e despersonalização, aumentando a realização pessoal. Também no estudo de Neves, Oliveira e Alves (2014), os resultados estão de acordo com os desta investigação, mostrando que a satisfação com a natureza do trabalho é o melhor preditor de exaustão emocional, desumanização e deceção no trabalho, em relação inversa. À medida que diminui a satisfação com o trabalho, aumenta a possibilidade de *burnout*. Idêntico resultado, em relação inversa, é encontrado também com a perceção de suporte organizacional. A corroborar com esta ideia temos o estudo de Oliveira, Tristão e Neiva (2006), reforçando que a SB é o resultado das dinâmicas entre a organização e o indivíduo, assim o apoio e a valorização recebidos influenciam a síndrome. Segundo Neves et al., (2014), a Instituição deve oferecer aos seus enfermeiros estrutura e recursos adequados ao bom desenvolvimento das suas atividades, que intrinsecamente, implicam o contacto com a dor e a morte.

Como vimos anteriormente, os homens apresentam maiores níveis de satisfação global no trabalho, mas as mulheres têm níveis mais baixos de satisfação no âmbito das dimensões da escala EAST-Enf- benefícios e recompensas, promoção e comunicação. Estes resultados podem ser explicados pela insatisfação causada pela diferença salarial e benefícios da carreira de enfermagem comparativamente com outras Licenciaturas e respetivas carreiras profissionais. É comum na literatura que as pessoas relatem insatisfação com os seus ganhos, o que pode refletir expectativas elevadas que não correspondem aos seus ganhos reais. O estudo de Schmidt e Dantas (2006), revela resultado semelhante nos trabalhadores em geral, sendo a remuneração considerada como fonte de menor satisfação, enquanto o *status* profissional, o de maior satisfação. Neste estudo, a variável *status* profissional é determinante da satisfação profissional, e demonstra a importância do reconhecimento e respeito por parte da equipa e doentes, em relação ao trabalho realizado pela enfermagem.

Os resultados desta investigação, mostram que são as mulheres que apresentam maiores níveis de satisfação com o trabalho. Mas, no estudo de Neves et al., (2014), os enfermeiros mostram-se indiferentes quanto à satisfação com a natureza do

trabalho. Isto vem na direção oposta à literatura, em que outros estudos apontam os aspetos intrínsecos do trabalho como aqueles que detêm os melhores índices de satisfação (Ruviaro & Bardagi, 2010).

Como vimos anteriormente, as mulheres destacam-se com níveis superiores, na satisfação no relacionamento como chefe e equipa, enquanto no estudo de Neves et al., (2014) em relação à satisfação com colegas e chefias, os sentimentos vão da indiferença à satisfação. Resultado semelhante é alcançado por Ruviaro e Bardagi (2010), em que a satisfação com a chefia foi superior na maioria dos setores da instituição. Também no estudo de Larraguibel e Paravic (2003), foi identificada a interação com colegas enfermeiros e supervisores, como tendo o maior grau de satisfação.

Segundo Collière (2003), a enfermagem é uma profissão de fé, e tem como objetivo fundamental o "servir". Espera-se do enfermeiro dedicação, zelo, caridade, espírito de sacrifício, qualidades que garantam uma obrigação moral ou deveres de uma vocação profissional. Mas, estes enfermeiros estão sujeitos diariamente a situações de doença e morte, desafios que exigem além de preparação técnica, capacidade emocional para lidar com sofrimento, tristeza e tensões inerentes. A acrescentar, é necessário ter em consideração o contexto organizacional, como referido anteriormente, onde os enfermeiros estão inseridos, que nem sempre oferece condições otimas, ou mínimas necessárias para um desempenho profissional de qualidade (Schmidt, Paladini, Biato, Pais e Oliveira, 2013). Este ambiente pode gerar conflitos, uma vez que o enfermeiro se depara com inúmeras demandas dos doentes, que não consegue atender na totalidade, o que conduz a sentimentos de impotência e frustação com o seu trabalho. Quando esses recursos pessoais são insuficientes ou inadequados surge o *burnout* (Codo e Vasques-Menezes, 1999). A relação entre satisfação e saúde mental no trabalho é demonstrada no estudo de Neves et al., (2014), em que altos níveis de insatisfação no trabalho se traduzem em altos níveis de sofrimento mental, podendo levar ao desenvolvimento de doenças relacionadas com o trabalho, como o e*stresse* ocupacional, o *burnout*, e outras que afetam a qualidade de vida do trabalhador (Faragher, Cass & Cooper, 2005).

Numa pesquisa sobre o *burnout* em funcionários públicos, Palazzo, Carlotto e Aerts (2012) concluem que a perceção do ambiente de trabalho tem um importante papel preditor da síndrome. Este resultado vem reforçar a ideia de Aiken e Sloane (1997),

segundo a qual o *burnout* está mais relacionado com as caraterísticas do ambiente de trabalho do que com as do trabalhador.

Assim, quanto melhor for o ambiente de trabalho e as relações interpessoais nele desenvolvidas, mais satisfeito estará o enfermeiro, e consequentememte menos propenso ao *burnout* (Neves et al., 2014).

CONCLUSÕES/SUGESTÕES

A síndrome de *Burnout* destaca-se de entre os riscos psicossociais que têm assumido um relevo cada vez maior no contexto da saúde no trabalho (Gonçalves, 2013). As consequências do *Burnout* têm efeitos negativos nos Enfermeiros, nos utentes e na instituição na qual estão inseridos (Gonçalves, 2013). A avaliação da satisfação profissional na enfermagem merece especial destaque, dado o seu contributo ao nível da qualidade dos cuidados prestados, e da qualidade de vida em geral (Palha, 2013).

Na prestação de cuidados diferenciados ao doente e família, em situação crítica ou em manifesta falência orgânica ou multiorgânica, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve ter presente a aquisição e aprofundamento de competências científicas, técnicas, humanas e culturais. Neste contexto deve preconizar-se a vigilância e controlo dos níveis de *Burnout*, e de possíveis alterações da Satisfação Profissional, essenciais ao bom desempenho profissional.

O aprofundamento deste tema visa contribuir para a reflexão sobre as características e consequências do *Burnout* nos Enfermeiros do Bloco Operatório, numa lógica de produção de conhecimento que facilite o desenho de programas de intervenção.

Sendo a prevenção e o tratamento desta síndrome abordados como um problema coletivo e organizacional, e não apenas como um problema individual (Fonte, 2011), devem ser tomadas medidas para contribuir para a prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros.

Salienta-se a necessidade de propôr mudanças organizacionais, para o controlo e vigilância de fatores que possam influenciar os níveis de *burnout* nos enfermeiros do BO. Os resultados desta investigação identificam a influência dos Fatores Profissionais no *Burnout* em enfermeiros do BO, especialmente daqueles que interferem com a intenção ou vontade de mudar de Profissão, Instituição ou Serviço, e dos que conduzem a uma classificação da atividade desempenhada de “Menos Boa”. Também se pode verificar a existência de relação entre a satisfação global no trabalho e os níveis de *burnout*, com níveis estatisticamente mais baixos nos enfermeiros que apresentam níveis de *burnout* elevados, e vice-versa.

No enquadramento teórico faz-se referência aos fatores antecendentes que podem favorecer ou desfavorecer a instalação de *Burnout* nos Enfermeiros, nomeadamente os fatores pessoais, os relacionados com o trabalho, os organizacionais e os sociais (Sanchez e Oliveira, 2016). Também se faz referência aos aspetos do risco

organizacional para o *burnout*, agrupados em seis áreas principais. Cada um desses fatores tem uma relação distinta com o *burnout*, e uma avaliação global de todos torna-se essencial a uma análise aprofundada do impacto do local de trabalho nos Enfermeiros. Estes fatores têm uma variedade de consequências no modo como os indivíduos se sentem em relação ao trabalho. Esta visão interativa do *burnout* fornece abordagens ricas e dinâmicas para a compreensão do impacto do ambiente de trabalho sobre a saúde do trabalhador, neste caso do Enfermeiro (Leiter & Maslach, 2000).

Atualmente, os Enfermeiros estão sujeitos a constantes e repentinas mudanças na esfera organizacional, as empresas e as organizaões enfrentam desafios diáros para conseguir responder eficazmente aos utentes/doentes, e às exigências do mercado cada vez mais globalizado (Santos, 2015). Aos Enfermeiros é exigido mais empenho, mais dedicação, que sejam multifacetados e competitivos, e com tantas imposições não se pode ignorar o bem-estar dos trabalhadores e a saúde ocupacional, com pena de deteriorar a qualidade do trabalho ou serviço prestado pelos profissionais.

O Enfermeiro que exerce funções no BO, uma unidade cirúrgica fechada e isolada do exterior, integrado numa equipa multidisciplinar abrangente, envolvido num ambiente de elevado nível tecnológico, na presença de variados riscos operatórios, com a possibilidade da ocorrência de erros, com momentos de *stress*, pode culminar com o aparecimento da síndrome de esgotamento profissional, o *Burnout*.

Os gestores dos recursos humanos, de acordo com Santos (2015), devem ser capazes de intervir para que os efeitos do *burnout*, no indivíduo e na organização sejam minimizados. Devem ser criadas condições de trabalho dentro de um clima organizacional estável e saudável, onde a saúde ocupacional e o bem-estar dos Enfermeiros sejam assegurados. Os Enfermeiros com a Síndrome de *Burnout* ou em risco de desenvolver esta síndrome, precisam da ajuda de outras pessoas, para que as causas estruturais que prejudicam a saúde e a capacidade de trabalho sejam modificadas. Para a autora, os órgãos de gestão das Instituições de Saúde, devem desenvolver políticas com condições favoráveis, em resposta às exigências estruturais do trabalho e a escassez de recursos. Discutir as condições de trabalho com os Enfermeiros é importante, e seria uma intervenção possível. Podem ainda tentar identificar e desenvolver recursos de trabalho que promovam o comprometimento e que ajudem a lidar com as exigências do trabalho. Os líderes institucionais devem receber formação para melhor gerir os seus subordinados, e para que aprendam a dar *feedback* adequado e construtivo, bem como estabelecer metas claras e alcançáveis.

As estratégias de prevenção e forma de atuar na presença desta síndrome, segundo Gil-Monte (2003), podem ser individuais que incluem a formação em resolução de problemas, assertividade e gestão eficaz do tempo. As estratégias de grupo que se baseiam na procura de apoio dos colegas e superiores. As estratégias organizacionais que permitem o desenvolvimento de medidas para melhorar o clima organizacional, nomeadamente programas de socialização para prevenir o choque com a realidade, e implantação de sistemas de avaliação que concedam aos Enfermeiros um papel ativo, e de participação nas decisões laborais.

Assim, a organização pode adotar algumas medidas gerais para a prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros em geral, e naqueles que exercem funções no BO, tais como: evitar o excesso de horas extras, proporcionar condições de trabalho atrativas e gratificantes, modificar os métodos de prestação de cuidados, reconhecer a necessidade de educação permanente e investir no aperfeiçoamento profissional (por exemplo, formação em assertividade), dar suporte social às equipas e fomentar a sua participação nas decisões, entre outras, de acordo com a especificidade do serviço e instituição. Assim, pode dizer-se que na presença desta síndrome, podem utilizar-se recursos físicos, psíquicos e sociais. Em cada um deles podem destacar-se: Físicos que incluem técnicas de relaxamento, alimentação adequada, exercícios físicos regulares, repouso, lazer e diversão, sono apropriado às necessidades individuais, medicação se necessária, e sob supervisão médica; Psíquicos através de métodos psicoterapêuticos, processos que favorecem o autoconhecimento, estruturação do tempo livre com atividades prazerosas e atrativas, avaliação periódica da qualidade de vida individual, reavaliação do limite individual de tolerância e exigência, busca de convivência menos conflituosa com pares e grupos; Sociais pela revisão e redimensionamento das formas de organização de trabalho, aprimoramento por parte da população em geral, do conhecimento dos seus problemas médicos e sociais, concomitância dos planejamentos: económico, social e de saúde.

Assim, se as ações descritas anteriormente forem fundamentadas, os resultados serão positivos e acrescidos de novas perspectivas de qualidade de vida para o Enfermeiro.

O suporte social no trabalho surge como um dos principais fatores de Satisfação Profissional dos enfermeiros, pela coesão entre a equipa de enfermagem, a colaboração com a equipa médica, e a relação com os restantes funcionários da organização (Zeytinoglu et al.,2007).

Torna-se fundamental a utilização sistemática de instrumentos de medida de Satisfação Profissional, e a intervenção para a sua melhoria deve ser um processo aplicado a toda a equipe multiprofissional, uma vez que o trabalho em saúde se faz no coletivo de ações e saberes, e a qualidade da assistência se dará como resultado de um bom desempenho pelos membros da equipe de saúde, das diferentes categorias profissionais (Borges et al., 2016).

Relativamente a possíveis limitações neste estudo de investigação, os resultados dizem respeito a uma Instituição de Saúde específica, pelo que as generalizações devem ser cuidadosas. Embora a amostra tenha um número razoável de participantes é necessário um aprofundamento, pois a adesão ao questionário pode não ter sido da totalidade, pelo constrangimento dos restantes em responder ao questionário. A pesquisa ter sido realizada por um Enfermeiro da Instituição, a trabalhar no Bloco Operatório poderá ser outro fator a influenciar os resultados.

Salienta-se a necessidade de incrememtar o investimento em novos estudos de investigação, o que pode ajudar à compreensão das relações saúde e trabalho, com relevo no indivíduo como pessoa e como sujeito, e não apenas como Enfermeiro.

O trabalho não pode constituir um fardo pesado, ou uma fonte de infortúnio ou desprazer. Pelo contrário, deve proporcionar aos Enfermeiros condições de desenvolvimento das suas potencialidades, e o incremento da sua autorrealização (França et al., 2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, A. & Bond, S. (2000). Hospital nurses job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 536-543. Recuperado de http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2000.01513.x/abstract

AESOP (2013). Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. *Enfermagem perioperatória: da filosofia á prática de cuidados*. Lisboa: Lusodidacta.

AESOP (2006) - *Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à prática dos cuidados.* Loures: Lusodidacta: Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda. 2006, ISBN 972-8930-16-x.

Aiken L. H. & Sloane D. M. (1997). Effects of organizational innovations in aids care on burnout among urban hospital nurses. *Work and Occupations, 24, 453-477.*

Alves, S. R. (2016). *Análise e discussão dos resultados*. Recuperado de http://www.delaube.com/pesquisa/?p=385

AORN (2014). Association of Perioperative Registered Nurses. *Perioperative standards and recommended practices: for inpatient and ambulatory settings, Author*. Denver.

Bakker, A. (2014). Top-down and bottom-up interventions to increse work engagement. *In P. J. Hartung, M. L. Savickas & W. B. Walsh (Eds.), APA Handbook of Career IntervenTion, vol. 2 (pp. 427-438).* Washington, DC: American Psychological Association. Recuperado de https://www.isonderhouden.nl/doc/pdf/arnoldbakker/articles/articles_arnold_bakker_445.pdf

Batista, V. L. D., Santos, R. M. F., Santos, P. M. F. & Duarte, J. C. (2010). Satisfação dos enfermeiros: estudo comparativo em dois modelos de gestão hospitalar. *Revista Referência, II Série (12), 57-69.*

Baumann, A. (2007). *Ambientes favoráveis á prática: condições de trabalhos= cuidados de qualidade.* Genebra, Suiça: Conselho Internacional de Enfermeiros.

Benevides-Pereira A. M. T. (2002). Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In: Benevides-Pereira AMT, organizador. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. *São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. p. 21-91*. Recuperado de http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722002000100003.

Bernardo, I. (2010). *Fases processo investigação*. Recuperado de https://pt.slideshare.net/isamab/fases-processo-investigacao-6732539

Bond M. A., Punnett L., Pyle J. L., Cazeca D. & Cooperman M. (2004). Gendered work conditions, health, and work outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology, 9(1), 28-45*

Borges J. L., Bezerra A. L. Q. & Tobias G. C. (2016). Nurses professional satisfaction of a public hospital. *Journal of nursing. ISSN: 1981-8963.* Recuperado de https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11367

Borritz M. & Kristensen T. S. (2004). *Copenhagen burnout Inventory: normative data from a representative danish population on personal burnout and results from the PUMA study on personal burnout, work burnout, and client burnout (PUMA; project on burnout, Motivation, and Job satisfaction.* National institute of occupational health, Denmark, Copenhagen.

Brattberg, G. (2006). Short communication: User Friendly and useworthy stress barometer. *Stress and Health, 22*, 105-114. doi: 10.1002/smi.1081

Buitrago S. C. C. & Martinez G. G. (2013). *Factores laborales psicosociales y calidad de vida laboral de los trabajadores de la salud de Assbasalud E.S.E. Manizales (Colombia). Archivos de Medicina, 11(2), 114-126.*

Carlotto, M. S. (2011). Fatores de risco da síndrome de burnout em técnicos de enfermagem. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Vol.14, 2: 7-26. Recuperado em 14 de janeiro de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200003&lng=pt&tlng=pt.

Castro J., Lago H., Fornelos M. C., Novo P., Saleiro R. M. & Alves O. (2011). Satisfação profissional dos enfermeiros em cuidados de saúde primários: o caso do centro de saúde de Barcelos/Barcelinhos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública,* 29(2), 157-172.

Cesário F. S., Gestoso C. G. & Peregrin F. M. M. (2012). Contrato de trabajo, compromisso y satisfacción: moderación de la empleabilidad. *Revista de Administração de Empresas, 52(3), 345-359.*

Codo W. & Vasques-Menezes I. (1999). O que é burnout? In: Codo W. (Coord.). Educação*: Carinho e trabalho, 4ªed., capítulo 13, pp. 237-254*. Petrópolis, Rj: Vozes.

Colliére M. F. (2003). *Cuidar: a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência. Recuperado de http://www.lusodidacta.pt/index.php?page=shop.product_details&flypage=flypage.tpl&product_id=62&category_id=6&option=com_virtuemart&Itemid=1

Correia, A. (1997). *O burnout nos profissionais dos centros de atendimento de toxicodependentes: causas e consequências.* Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Dissertação de Mestrado. Recuperado de http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/446

Cortese, C. G., Colombo, L. & Ghislieri, C. (2010). Determinants of nurses job satisfaction: the role of work-family conflict, job demand, emotional charge and social support. *Journal of Nursing Management, 18, 35-43.* Recuperado de http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-

2834.2009.01064.x/abstract;jsessionid=0C3FF677DED185BEBF88166149832041.f03t04?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=

Cruz, A. (2004). O desgaste profissional dos enfermeiros do bloco operatório na região autónima dos açores. *Revista de Investigação em Enfermagem. Formasau*; dir. Paulo Joaquim Pina Queirós. Coimbra. - *nº9- fevereiro 2004, p.35-44.*

Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C. & Cabral-Cardoso, C. (2006). *Manual de comportamento organizacional e gestão (5ªed.)*. Editora RH., Lisboa, Portugal.

D`Hainaut, L. (1992). *Conceitos e métodos da estatística*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1992. 366p. ISBN: 9789723105339

Diário da Rebúplica (2012). Consultado em https://diario.vlex.pt/

Dias C. M. (2015). *Estrutura de projeto de investigação, revisitada*. Artigos opinião-investigação, metodologia, objetivo, projeto. Recuperado de http://www.nursing.pt/estrutura-de-projeto-de-investigação-revisitada/.

Dias M. O. (2010). *Planos de investigação: avançando passo a passo*. Edição: o autor. ISBN 978-989-96786-0-6.

Dias S., Queirós C. & Carlotto M. S. (2010). Síndrome de *Burnout* e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia no.32 Canoas ago. 2010. versão impressa* ISSN 1413-0394. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942010000200002

Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2018. [consult. 2018-01-09 12:32:50]. Disponível na Internet: https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/satisfação

Direção Geral da Saúde (2014). *Cirurgia Segura Salva Vidas. Relatório de Monitorização- 2014*. Lisboa, Portugal: Autor.

Drobnic, S., Beham, B. & Prag, P. (2010). Good job, good life? *Working conditions and quality of life in Europe, Social Indicators. Research, 99(2), 205-225.* Recuperado de http://dx.doi.org/10.1007/s11205-010-9586-7

Enzmann, D., Schaufeli, W.B., Jansen, P. & Rozeman, P. (1998). Dimensionality and validity of the *Burnout* Measure. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71, 331-335. doi: 10.1111/j.2044-8325. 1998.tb00680.x

EORNA (2012)– EORNA Common Core Curriculum for Perioperative Nursing. April 2012. Acedido a 12 de dezembro de 2016. Recuperado de http://www.eorna.eu/.

Esteves, A.R., Fernandes, A.R., Pratas, A.R., Albuquerque A., Viegas, C., Dinis C., … Ferreira, R. (2016). *Pessoa e a Cirurgia- Normas e práticas perioperatórias recomendadas.* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Faragher E. B., Cass M. & Cooper C. L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational Environment Medicine, 62(2), 105-112.* Recuperado de http://oem.bmj.com/content/62/2/105.short

Ferreira M. M. F. & Loureiro L. M. J. (2012). EAST-ENF: uma escala para avaliação da satisfação no trabalho para enfermeiros. *Revista de investigação em enfermagem, 2ª Série (1), p.9-20.* Recuperado de http://www.sinaisvitais.pt/index.php/documentosuteis/RevistaInvestiga%C3%A7%C3%A3o-em-Enfermagem/

Ferreira, A. C. (2010). *O cuidar de si, como pessoa. Como o fazem os enfermeiros perioperatórios? (*Dissertação para o grau de Mestre em Ciências de Enfermagem) Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto.

Ferreira, M. M. F. (2006). *Organizações, trabalho e carreira*. Loures, Portugal: Lusociência.

Ferreira, M. M. F. (2005). *Empenhamento organizacional de profissionais de saúde em hospitais com diferentes modelos de gestão* (tese de Doutoramento). Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho, Braga, Portugal. Recuperado de http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4383

Fonseca E. F. (2013). *Cuidado de higiene- banho: significados nos cuidados de enfermagem. Perspetiva dos enfermeiros* (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Fonseca, S. (2007). A gestão de conflitos no bloco operatório e as dinâmicas de grupo. *Revista da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. Vol. VIII, nº 24, dezembro.*

Fonte, C. M. S. (2011). *Adaptação e validação para português do questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Portugal.

Fragata, J. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. 10(3), 17-26.* Recuperado de http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2010t%20seg%20doente/3erros%20e%20acidentes%20no%20bloco%20operat%C3%B3rio.pdf

França F. M. & Ferrari R. (2012). Síndrome de Burnout e os aspectos sociodemográficos em profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm[Internet].* 2012 [citado em 12 fev. 2016]; 25(5):743-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01032100201200050001 5&lng=en

França F. M., Ferrari R., Ferrari D. C. & Alves E. D. (2012). *Burnout* e os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte*. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.20 no.5 Ribeirão Preto Sept./Oct. 2012*. Recuperado de http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000500019

Freudenberger, H. J. (1974). Staff *burnout*. *Journal of Social Issues, 30: 159–165*. Recuperado de https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x

George, J. M. & Jones, G.R. (1996). *Understanding and managing organizational behavior (*6ªed*.).* Boston, MA: Addison-Wesley. Recuperado de file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/understanding_and_managing_organizational_behavior_6th_edit....pdf

Gil-Monte, P. R., Rojas, S. U. & Ocanã, J. I. S. (2009). Validez factorial del «Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos. *Salud mental; vol.32, Nº3.31:205-214*. Recuperado de http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2009/sam093d.pdf

Gil-Monte, P. R. (2003) - El Síndrome de Quemarse por el Trabajo en Enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy.* Ano 1, nº 1, 2003,19-33. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/263161122_El_sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_sindrome_de_*Burnout*_en_profesionales_de_enfermeria

Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrolo del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en profesionales de enfermaria. *Psicologia em Estudo*, Vol. 7, 1: 3-10. Recuperado de https://www.uv.es/unipsico/pdf/Publicaciones/Articulos/01_SQT/2002_Psicologia_em_Estudo.pdf

Gil-Monte, P.R., & Peiró, J.M. (1997). *Desgaste Psíquico en el Trabajo: el Sídrome de Quemarse*. Madrid: Editorial Sínteses. Recuperado de https://gepeb.files.wordpress.com/2011/12/pedrogil-monte.pdf

Gómez M. M. N., Nieto D. C., Forero A. C., Caycedo C. E., Palma R. M. & Montealegre M. M. D. P., et al. (2005). *Relación entre perfilpsicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal deenfermeira*. Univ Psychol Bogotá (Colombia) [Internet]. 2005 [citado em 09 jan. 2016]; 4(1):63-75. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64740108

Gonçalves A. R. V. (2013). *Gestão do stress em enfermeiros perioperatórios*. Associação de Politécnicos do Norte (APNOR). Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.

Graça, L. (2010). Satisfação profissional dos profissionais de saúde: um imperativo também para a gestão. *Revista portuguesa de Saúde Pública, 28 (1), 3-6.* Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a01.pdf

Greenberg, J. & Baron, R. A. (1993). *Behavior in organizations: understanding and managing the human side of work (4ªed.).* Estados Unidos da América: Allyn and Bacon. Recuperado de https://trove.nla.gov.au/goto?i=x&w=6380743&d=http%3A%2F%2Fopenlibrary.org%2Fbooks%2FOL991054M&s=LZ3EDdhG%2BNACuY%2FKCW8j%2BvCLahjNFGgelCLZinP0W9s%3D

Hayes, B., Bonner, A. & Pryor, J. (2010). Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. *Journal of Nursing Management, 18, 804-814.* Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20946216

Huot, R. (2002). *Métodos quantitativos para as ciências humanas* (tradução de Maria Luísa Figueiredo). Lisboa: Instituto Piaget.

ICN. International Council of Nurses (2010). *CIPE® Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2.0.* Edição Portuguesa, Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISBN: 978-92-95094-35-2.

Jesus, E. H., Pinto, A. M., Fronteira I. S. E., & Mendes, A. M. O. C., (2014). Estudo RN4Cast em Portugal: perceção dos Enfermeiros sobre *Burnout*. *Revista Investigação em Enfermagem-* novembro 2014:47-59. Recuperado de https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:4863

Kristensen, T, Borritz, M., Villadsen, E. & Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen *Burnout* Inventory: A new tool for the assessmente of *Burnout*. *Work&Stress, 19,3, 192-207.* Recuperado de https://doi.org/10.1080/02678370500297720

Landeiro, E. (2011). *Viagem pelo mundo da ansiedade, Burnout e perturbação depressiva.* Acedido a 15 de novembro de 2016. Recuperado de http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0592.pdf

Langle A. (2003). The *method of Personal Existential Analysis. In: European Psychotherapy 4, 1, 37-53.* Recuperado de https://pt.scribd.com/document/200777764/The-Method-of-Personal-Existential-Analysis-Alfried-langle

Larraguibel, B. F. & Paravic, T. (2003). Nível de satisfação laboral em enfermeras de hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción, Chile. *RevIsta Ciência Y Enfermeria, 9(2), 57-66. Recuperado de* https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1735359&pid=S0717-95532007000100004000013&lng=en

Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, *81*(2), 123-133. Recuperado de https://asu.pure.elsevier.com/en/publications/a-meta-analytic-examination-of-the-correlates-of-the-three-dimens

Leiter, M. P. & Maslach, C. (2000). Burnout and health. In A. Baum, T. Revenson, & J. Singer (Eds.). *Handbook of health psychology:* 415-426. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Christina_Maslach/publication/292913068_Burnout_in_health_professionals/links/576f40bb08ae10de639a4bb3/Burnout-in-health-professionals

Lima I. M. R. (2016*). A perceção dos enfermeiros do serviço do bloco operatório do Hospital Baptista de Sousa sobre a síndrome de Burnout (*Trabalho de conclusão de Curso de Licenciatura em Enfermagem). Universidade do Mindelo, Escola Superior

de Saúde, Cabo Verde. Recuperado de http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/4962/1/In%C3%AAs%20Lima%202017.%20A%20perce%C3%A7%C3%A3o%20dos%20enfermeiros%20do%20Servi%C3%A7o%20do%20Bloco%20Operat%C3%B3rio.pdf

Lorber, M. & Savic, B. S. (2012). Job satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in Slovenian Hospitals*. Croation Medical Journal, 53, 263-270.* Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3368291/

Marôco, J. (2007*). Análise estatística: com utilização do SPSS* (3ªEd.). Lisboa: Sílabo. 822p. ISBN 978-972-618-452-2

Marques A. T. (2007). *Factores de (In)Satisfação Docente na Escola de Hoje.* Universidade Portucalense, Porto. Recuperado de http://repositorio.uportu.pt/bitstream/11328/45/2/TME%20331.pdf

Marqueze, E. C. & Moreno, C. R. C. (2005). Satisfação no trabalho- uma breve revisão. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 30 (112), 69-79.* Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000156&pid=S0123-91552012000010000900045&lng=en

Martinez M. C. & Paraguay A. I. B. B. (2003). Satisfação e saúde no trabalho- aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 2003, vol. 6, pp.59-78. Recuperado de http://www.academia.edu/3847476/Satisfa%C3%A7%C3%A3o_e_sa%C3%BAde_no_trabalho_-_aspectos_conceituais_e_metodol%C3%B3gicos

Martino M. M. F. & Misko M. D. (2004). Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2004 [citado em 23 fev. 2016]; 38(2):161-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/06.pdf

Martins L. M. S. (2014). *Formação da equipa de enfermagem do bloco operatório no reprocessamento de dispositivos médicos (DM) reutilizáveis*. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Portugal. Recuperado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/7627/1/Relat%C3%B3rio%20est%C3%A1gio.pdf

Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM® SPSS®.* Editor: Psiquilibrios. ISBN: 9789898333087

Martins, J. M. M. T. (2008). *Burnout na profissão docente*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Recuperado de https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/39380/2/29848.pdf

Martins, M. (2004). *O stress no trabalho em médicos e enfermeiros do bloco operatório de um Hospital Central do Porto* (Dissertação para o grau de Mestre em Medicina Legal). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto.

Maslach, C. & Leiter, M. P. (2005). Reversing *burnout*: How to rekindle your passion for your work. *Stanford Social Innovation Review*, Vol. 3, 4: 42-49. Recuperado de https://ssir.org/articles/entry/reversing_burnout

Maslach, C. (2003). Job *Burnout*: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions. Psychological Science* 12.5: 189-192. Recuperado de https://doi.org/10.1111/1467-8721.01258

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job *Burnout*. In S.T. Fiske, D.L. Schacter, e C. Zahn-Waxler (Eds.), *Annual Review of Psychology. Vol.52, p.397-422.* Recuperado de *https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397*

Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). *Pr*evention of *burnout*: New perspectives. Applied *and Preventive Psychology, 7: 63-74.* Recuperado de https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S096218499880022X

Maslach, C. & Leiter, M. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it.* São Francisco: Jossey-Bass Publishers. Recuperado de https://www.amazon.com/Truth-About-Burnout-Organizations-Personal/dp/1118692136

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). Maslach *Burnout* Inventory. (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/277816643_The_Maslach_*Burnout*_Inventory_Manual

Maslach, C. & Jackson, S. (1985). The role of sex and family variables in *burnout*. *Sex Roles*. Vol. 12, 7/8: 837-851. Recuperado de https://link.springer.com/article/10.1007/BF00287876

Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced *Burnout*. *Journal of Occupational Behaviour*. Vol. 2.99-113. doi: 10.1002/job.4030020205

Maslach C., Jackson S. E. & Leiter M. (1981). The *Maslach Burnout Inventory Manual.* Recuperado de https://www.researchgate.nt/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual

Muller D. V. K. (2004). *A síndrome de Burnout no trabalho de assistência à saúde: estudo junto a profissionais da equipe de enfermagem do hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre*. Porto Alegre. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Engenharia; 2004. Recuperado de http://hdl.handle.net/10183/4751

Myers, M. S. (1964). Who are your motivated workers? *Harvard Business Review, 64110, 117-132.* Recuperado de https://hbr.org/1964/01/who-are-your-motivated-workers

Nascimento, L. B. C. (2016). *O estresse ocupacional, Burnout, satisfação e realização do docente enfermeiro de ensino superior* (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa. Instituto de Ciências da

Educação, Portugal. Recuperado de http://recil.grupolusofona.pt/xmlui/bitstream/handle/10437/7427/Nascimento%2C%20L.%20B.%20C.%20%282015%29%20-%20Disserta__o%20final%20-%20PORTUGAL%20-%20FORMATA__O%20FINAL%2008.09.16.pdf?sequence=1

Neves V. F., Oliveira A. F. & Alves P. C. (2014). *Síndrome de burnout: impacto da satisfação no trabalho e da percepção de suporte organizacional*. Recuperado de http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/12520

Neves J. G., Caetano A. & Ferreira J. M. C. (2011). *Manual de psicossociologia das organizações.* ISBN: 9789725922972. Editor: escolar editoral. Idioma: português.

Nogueira C. (2017). *Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência.* IV Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Portugal. Recuperado de *http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1864/1/Carlos_Nogueira.pdf*

Nowak, P., Holmes, G. & Murrow, J. (2010). A model for reducing health care employee *turnover*. *Journal of Hospital Marketing & Public Relations, 20, 14-25.* Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20054733

Nunes L., Amaral M. & Gonçalves R. (Coords.) (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentaários à análise de casos.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Oliveira, S. M. R. (2011). *O stress ocupacional e Burnout nos professores do ensino superior (*Tese apresentada obtenção do grau de Mestre). Faculdade de Filosofia da Universidade Católica, orientada por Eleonora Cunha Veiga Costa e António Rui da Silva Gomes, Braga, Portugal.

Oliveira, P. R., Tristão R. M., & Neiva E. R. (2006). Burnout e suporte organizacional em profissionais de UTI-neonatal. *Educação profissional: Ciência e Tecnologia, 1(1), 27-37. Recuperado de* https://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/123456789/7337/1/Burnout%20e%20suporte%20organizacional%20em%20profissionais%20de%20UTI-Neonatal.pdf

Paixão, C. M., & Reichenheim, M.E. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(1): 7-19.*

Palazzo, L. S., Carlotto M. S. & Aerts D. R. G. C. (2012). Síndrome de burnout: estudo de base populacional com servidores do setor público. *Revista de Saúde Pública, 46 (6), 1066-1073.*

Palha, M. F. G. (2013). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Unidades de Cuidados Continuados Integrados*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão das Organizações). Instituto Politécnico do Porto, Portugal.

Pereira, A. C. M. (2010). *Factores de satisfação profissional dos técnicos de diagnóstico e terapêutica* (Dissertação de mestrado). Universidade da Beira Interior, Departamento de gestão e economia, Portugal. Recuperado de

https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/443/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Ana%20Pereira.pdf

Pereira, A. M. T. B. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo. ISBN 85-7396-193-7. Recuperado de http://www.abrapee.psc.br/xconpe/trabalhos/1/151.pdf

Pestana, H. P., & Gageiro, J.N. (2014). *Análise de dados para Ciências Sociais*. A complementaridade do SPSS (6ªed.). Edições Sílabo. 1237p. ISBN 978-972-618-775-2

Pillay, R. (2009). Work satisfaction of profissional nurses in South Africa: a comparative analysis of the public and private sectors. Human *Resources for Health, 7(15), 1-10.* Recuperado de https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZZ5n8i5qrYUJ:https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-7-15+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt

Pinheiro, D. (2007). Competências dos Enfermeiros Perioperatórios. *Revista da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. Vol. VIII, nº22.*

Polit D. F., Beck C. T. & Hungler B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5. ed.). Porto Alegre (RGS): Artmed, 2004. p.487, abril.

Polycarpo, É. (2011). *Noções rápidas de estatística e tratamento de dados.* Recuperado de http://www.if.ufrj.br/~poly/pdf/Modulo5.pdf

Queirós, C. (2012).*"Burnout": quando já não aguentas mais o teu trabalho*. Recuperado de http://www.p3.publico.pt/actualidade/sociedade/2914/quot*Burnout*quot-quando-ja-nao-aguentas-mais-o-teu-trabalho

Rebelo, S. M. S. R. S. (2013). *Segurança do doente no Bloco Operatório (Dissertação de Mestrado).* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Richardsen, A. M. & Burke, R. J. (1995). Models of *Burnout*: Implications for Interventions. *International Journal of Stress Management, vol.2.Nº.1,31-43.* Recuperado de https://link.springer.com/article/10.1007%2FBF01701949

Robbins, S. P. & Judge, T.A. (2007). *Organizational behavior* (15ªed.). New Jersey, NJ: Pearson Prentice Hall. Recuperado de http://bba12.weebly.com/uploads/9/4/2/8/9428277/organizational_behavior_15e_-_stephen_p_robbins__timothy_a_judge_pdf_qwerty.pdf

Rocha S. F. F. (2012). *Stress*, *Burnout*, satisfação e realização profissional na enfermagem (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA). Lisboa. Consultado em *Atas do II Congresso Ibero-Americano/III Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde.* Recuperado de https://abpsa.org.br/congresso_2013/resumos_eposters_p.htm

Roelen, C. A. M., Koopmans, P. C. & Groothoff, J. W. (2008). *Which work factores determine job satisfaction?* Work, 30(4), 433-439. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18725706

Ruviaro M.F.S.& Bardagi M.P. (2010). *Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais da área de enfermagem do interior do RS.* Universidade de Santa Cruz do Sul, Brasil. Recuperado de https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1555/1317

Sá, A. M. S., Martins-Silva P. O. & Funchal B. (2014). *Burnout*: o impacto da satisfação no trabalho em profissionais de enfermagem. *Psicol. Soc. vol.26 no.3 Belo Horizonte Sept. /Dec. 2014*. Recuperado de http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000300015

Sanchez F.F.S. & Oliveira R. (2016). Aspectos mediadores e desencadeadores da síndrome de *burnout* nos enfermeiros. *Cuid Enferm. 2016 janeiro-junho; 10(1):61-67*. Recuperado de https://scholar.google.com/citations?user=oWxKl7IAAAAJ&hl=pt-BR

Santos R. N. D. (2015). *Burnout: um estudo em profissionais de saúde* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal. Portugal. Recuperado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10513/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20mestrado_RebeccaSantos.pdf

Santos, S. C., Spagnoli, P., Ramalho, N., Passos, A. & Caetano, A. (2010). *Aspectos da satisfação geral do trabalho: existirá uma mudança de padrão ao longo do tempo?* In VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Simpósio conduzido pela Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Santos F. E, Joubert A. A. & Rodrigues A. B. (2009). Síndrome de *Burnout* em enfermeiros atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Einstein. 2009;7(1):58-6.* Recuperado de http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/979-Einsteinv7n1p58_63.pdf

Schaufeli, W. B. & Buunk, B. P. (2003). *Burnout*: An Overview of 25 years of Research and Theorizing. In: M.J. Schabracq, J:A:M.Winnubst and C.L. Cooper (Eds), *The Handbook of Work and Health Psychology. New York: Jonh Wiley e Sons, Ltd:383-425*. Recuperado de https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=Cmr1aIWsGI4C&oi=fnd&pg=PA383&dq=*Burnout*:+An+overview+of+25+years+of+research+and+theorizing.+M.+J.+Schabracq,+J.+A.+M.+Winnubst,+%26+C.+L.+Cooper+(Eds.).&ots=5Q0u_twiyM&sig=4honKIm0i1vG2O4gKRhpPksW9yU&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Schaufeli, W. B. & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to Special Issue on Burnout and Health. *Psychology and Health*, 16: 501-510. Recuperado de https://pdfs.semanticscholar.org/61a2/1990bdbbb1412efd0c549da43194b146548e.pdf

Schmidt D. R. C., Paladini M., Biato C., Pais J. D.& Oliveira, A. R. (2013). Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de

Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem, 66(1), 13-27*. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa

Schmidt, D. R. C. & Dantas R. A. S. (2006). Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Rev latino-americana de enfermagem, 14(1), 54-60.* Recuperado de *http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692006000100008&script=sci_abstract&tlng=pt*

Scott K. & Taylor G. (1985). An examination of conflicting findings on the relationship between job satisfaction and absentism: A meta-analysis. *Academy of Management Journal, 599-612.* Recuperado de https://www.jstor.org/stable/256116

Silva M. P. (2017) *Burnout, engagement, tecnostress e satisfação laboral em profissionais de saúde do Interior-Norte de Portugal* (Tese). Universidade do Porto, Portugal. Recuperado de https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/104846

Silva S. M., Borges E., Abreu M., Queirós C., Baptista P.C.P. & Felli V.E.A. (2016). Relação entre resiliência e *Burnout*: Promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental no.16 Porto dez. 2016.* Recuperado de http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0156

Silva M., Queirós C., Cameira M., Vara N. & Galvão A. (2015). *Burnout* e *engagement* em profissionais de saúde do interior: norte de Portugal. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças Pesquisar Publicações da Revista Vol. 16 Páginas: 286-299* ISSN: 1645-0086 Editora: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Recuperado de https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=116021&pi_pub_r1_id=

Silva F. P. P. (2000). *Burnout*: um desafio à saúde do trabalhador. *Rev Psicol Soc Instituc. [periódico na Internet]*; 2000; [acesso 13 out 2011]. 2(1). Disponível em: http://www.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm

Soares L. A. S. (2016). *A gestão do stresse em profissionais de saúde no bloco operatório* (Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila real, Portugal.

Soares, J. J. F., Grossi, G. & Sundin, Ö. (2007). Burnout among women: associations with demographic/socio-economic, work, life-style and health factors. *Archives of Women's Mental Health*, Vol. 10, 2: 61-71. Recuperado de https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-007-0170-3

Sousa L. M. C., Pereira A. M. S., Borges E. M. N. & Queirós C. M. L. (2015). *Influência da satisfação no trabalho e do engagement no burnout de enfermeiros*. Recuperado de https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id_abstract=7258&id_event=157

Souza W. C. & Silva A. M. M. (2002). A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no Burnout em profissionais de saúde. *Estud Psicol [Internet]*. 2002 [citado em 09 fev. 2016]; 19(1):37-48. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v19n1/a04.pdf

Spector P. E. (1997). Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences. Thousand Oaks, CA: Sage

Stacciarini J. M. & Tróccoli B. T. (2001). O estresse na atividade ocupacional doenfermeiro. *RevLatino-Am Enfermagem [Internet]*. 2001 [citado em09 fev. 2016]; 9(2):17-25. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11510.pdf

Tecedeiro M. M. V. (2004). *Factores psicológicos na síndrome de burnout: O narcisismo como variável preditora do síndrome*. Recuperado de http://hdl.handle.net/10400.12/998

Telles H. & Pimenta A. M. C. (2009). Síndrome de *Burnout* em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. *Saude soc. vol.18 no.3 São Paulo July/Sept. 2009.* Recuperado de http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000300011

Tourangeau, A. E., Cummings, G., Cranley, L. A., Ferron, E. M. & Harvey, S. (2009). Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding. *Journal of Advanced Nursing, 66(1), 22-32.* Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20423434

Tsai, Y. & Wu, S. W. (2010). The relationships between organizational citizenship behavior, job satisfaction and *turnover* intention. *Journal of Clinical Nursing, 19, 3564-3574.* Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20964747

Ubaque, J. C. G., Lizarazo, A. H. B. & López, M. L. D. (2011). Autoevaluación de condiciones de trabajo de enfermería en alta complejidad. *Avances en Enfermería, 29 (2), 331-341.* Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a12.pdf

Vara, N. (2007). *Burnout e Satisfação no trabalho em bombeiros que trabalham na área da emergência pré-hospitalar* (Dissertação para o grau de mestre em Psicologia da Saúde). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.

Vargas, M. (2010). *Gestão de conflitos e desgaste profissional no bloco operatório- o caso dos enfermeiros* (Dissertação para o grau de mestre em Comunicação em Saúde. Universidade aberta. Lisboa. Portugal.

Vecchio, R. P. (2000). *Organizational behavior: Core concepts (4ªed.).* Fort Worth, TX: The Dryden Press.

Vieira, F. M. (2010). Trabalho: atividade, ofício ou profissão? *Blog de Felipe. Reflexões sobre Direito, Filosofia e Política.* Recuperado de http://felipemarinvieira.blogspot.pt/2010/04/recentemente-em-uma-aula-ministrada.html

Wegge, J., Schmidt, K. H., Parkes, C. & Dick, R. (2007). Taking a sickie: Job satisfaction and job involvement as interactive predictors of absenteeism in a public organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 80, 77-89*. Recuperado de https://tu-dresden.de/mn/psychologie/wop/ressourcen/dateien/alte_dateien/2007_pub/2007_Wegge_Schmidt_Parkes_Dick.pdf?lang=en

Westover, J. H. (2012). Comparitive International differences in intrinsic and extrinsic job quality characteristics and worker satisfaction, 1989-2005. *International Journal of Business and Social Science, 3(7), 1-15.* Recuperado de http://www.ijbssnet.com/journals/Vol_3_No_7_April_2012/1.pdf

World Health Organization (2009). *Orientações da OMS para a cirurgia Segura 2009: cirurgia segura salva vidas.* Direcção-Geral da Saude.

Zeytinoglu, I. U., Denton, M., Davies, S., Baumann. A., Blythe, J. & Boos, L. (2007). Associations between work intensification, *stress* and job satisfaction: the case of nurses in Ontario. *Relations industrielles/Industrial Relations, 62(2), 201-225.* Recuperado de https://www.riir.ulaval.ca/sites/riir.ulaval.ca/files/2007_62-2_1.pdf

Zomer F. B. & Gomes K. M. (2017). Síndrome de *Burnout* e estratégias de enfrentamento em profissionais de saúde: uma revisão não sistemática. *Revista de Iniciação Científica, Criciúma*, v. 15, n. 1, 2017 | ISSN 1678-7706. Recuperado de file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/3339-10709-1-PB.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Questionário “*Burnout* nos Enfermeiros do Bloco Operatório”

Burnout nos Enfermeiros do Bloco Operatório

Não existem respostas certas ou erradas, e as respostas serão apenas utilizadas para fins de investigação, sendo confidenciais.

Por favor, faça o preenchimento do espaço □, que corresponde à sua opinião.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.Sexo	□Feminino	□Masculino		
2.Idade	_____			
3.Estado Civil	□Solteiro(a)	□Casado(a) /União de Facto	□Divorciado(a) /Separado(a)	□Viúvo(a)
4.Habilitações Literárias	□Bacharelato	□Licenciatura	□Mestrado	□Doutoramento

DADOS INDIVIDUAIS

1.Há quanto tempo fez férias do Serviço, pela última vez?	_____ Mês/Meses			
2.No último mês pensou alguma vez, que se pudesse mudaria de Profissão?	□Sim	□Não		
3.No último mês pensou alguma vez, que se pudesse mudaria de Instituição?	□Sim	□Não		
4.No último mês pensou alguma vez, que se pudesse mudaria de Serviço?	□Sim	□Não		
5.Está neste Serviço por opção?	□Sim	□Não		
6. No último mês faltou ao Serviço?	□Nunca	□Raramente	□Algumas Vezes	□Muitas Vezes
7.No último ano faltou ao Serviço?	□Nunca	□Raramente	□Algumas Vezes	□Muitas Vezes
8.Como classificaria a atividade que desempenha neste Serviço?	□Menos boa	□Satisfatória	□Boa	□Muito Boa

DADOS PROFISSIONAIS

1.Categoria Profissional	□Enfermeiro	□Enfermeiro Especialista	□Enfermeiro Chefe/Responsável			
2.Qual o Serviço em que exerce funções?	□BOC- HUC	□BOC- HG	□BOC- HP			
3.Qual a carga horária de trabalho semanal no Serviço, que é mais frequente realizar?	□<35Horas	□35-40Horas	□>40Horas			
4.Tipo de horário que pratica no Serviço	□Por turnos	□Fixo				
5.Se trabalha por turnos, qual o turno que semanalmente realiza com mais frequência?	□8-16H	□16-24H	□24-8H	□15-23H	□8-20H	□Se outro, qual? _____ H
6.Se trabalha com horário fixo, qual o horário que realiza semanalmente com mais frequência?	□8-14H	□8-16H	□8-20H	□Se outro, qual? _____H		
7.Vínculo profissional no Serviço	□CIT Sem Termo	□CIT Com Termo	□CIT em Funções Públicas			
8.Tempo de exercício em Enfermagem	_____Anos					
9.Tempo de exercício na Instituição	_____Anos					
10.Tempo de exercício no Serviço	_____Anos					
11.Exerce funções noutro Serviço (além do BOC no CHUC)?	□Sim	□Não				
12.Se sim, qual a carga horária de trabalho semanal?	□<8H	□8-16H	□>16H			

Por favor, faça o preenchimento do espaço □, que corresponde à sua opinião.

Questionário de Copenhagen Burnout Inventory - PT (CBI-PT)

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/Quase nunca
1. Esta cansado(a) de trabalhar com utentes?	□	□	□	□	□
2. Com que frequência se sente cansado(a)?	□	□	□	□	□
3. Sente-se esgotado(a) no final de um dia de trabalho?	□	□	□	□	□
4. Com que frequência se sente fisicamente exausto(a)?	□	□	□	□	□
5. Sente-se exausto(a) de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	□	□	□	□	□
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	□	□	□	□	□
7. Com que fequência se sente emocionalmente exausto(a)?	□	□	□	□	□
8. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	□	□	□	□	□
9. Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?	□	□	□	□	□
10. Com que frequencia se sente fatigado(a)?	□	□	□	□	□
11. Com que frequência se sente frágil e suscetivel a ficar doente?	□	□	□	□	□
12. Tem energia suficiente para a familia e os amigos durante o tempo de lazer?	□	□	□	□	□

	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
13. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	□	□	□	□	□
14. O seu trabalho deixa-o(a) frustado(a)?	□	□	□	□	□
15. Acha dificil trabalhar com utentes?	□	□	□	□	□
16. Acha frustante trabalhar com utentes?	□	□	□	□	□
17. Sente-se esgotado(a) por causa do seu trabalho?	□	□	□	□	□
18. Trabalhar com utentes deixa-o(a) sem energia?	□	□	□	□	□
19. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	□	□	□	□	□

Por favor, faça o preenchimento do espaço identificado com números, de ① a ⑤, que corresponde à sua opinião.

EAST-ENF: Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho Para Enfermeiros		Discordo em Absoluto	Discordo em parte	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo em parte	Concordo em Absoluto
1.	*Gosto do meu chefe*	①	②	③	④	⑤
2.	*O meu chefe é bastante competente a fazer o seu trabalho*	①	②	③	④	⑤
3.	*O meu chefe mostra pouco interesse nos sentimentos dos seus subordinados*	①	②	③	④	⑤
4.	*O meu chefe é injusto comigo*	①	②	③	④	⑤
5.	*Os aumentos salariais são poucos e distantes*	①	②	③	④	⑤
6.	*Nesta organização há benefícios que não temos e devíamos ter*	①	②	③	④	⑤
7.	*Sinto que os meus esforços não são recompensados como deveriam ser*	①	②	③	④	⑤
8.	*Tenho muito que fazer no meu trabalho*	①	②	③	④	⑤
9.	*Sinto várias vezes que não sei o que se passa dentro desta organização*	①	②	③	④	⑤
10.	*Sinto-me satisfeito com as possibilidades de promoção que me são dadas*	①	②	③	④	⑤
11.	*Aqueles que realizam um bom trabalho têm possibilidade de serem promovidos*	①	②	③	④	⑤
12.	*Nesta organização o pacote de benefícios que nós temos é equitativo*	①	②	③	④	⑤
13.	*As pessoas conseguem progredir mais aqui do que noutros locais*	①	②	③	④	⑤
14.	*Julgo que me é paga uma quantia justa pelo trabalho que faço*	①	②	③	④	⑤
15.	*Quando faço um bom trabalho sou reconhecido por isso*	①	②	③	④	⑤
16.	*A comunicação parece boa dentro desta organização*	①	②	③	④	⑤
17.	*O meu trabalho é agradável*	①	②	③	④	⑤
18.	*Gosto de fazer o que faço no meu trabalho*	①	②	③	④	⑤
19.	*Tenho um sentimento de orgulho em fazer o meu trabalho*	①	②	③	④	⑤
20.	*Muitas das regras e procedimentos criam dificuldades na realização do trabalho*	①	②	③	④	⑤
21.	*Não sinto que o trabalho que faço seja apreciado*	①	②	③	④	⑤
22.	*Os objetivos desta organização não são claros para mim*	①	②	③	④	⑤
23.	*Nesta organização os acordos de trabalho não são totalmente explicados*	①	②	③	④	⑤
24.	*Gosto das pessoas com quem trabalho*	①	②	③	④	⑤
25.	*Gosto dos meus colegas de trabalho*	①	②	③	④	⑤

Obrigada pela sua participação!

APÊNDICE 2

Autorização para aplicação do CBI-PT

Subject: Re: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO CBI

From: rivieramaria@yahoo.co.uk
To: cesaltinofonte@gmail.com
Date: Friday, 13 May 2016, 21:49:15 WEST

Boa noite Enfº Cesaltino Fonte, agradeço confirmação do pedido de autorização !
Obrigada!
Assunção Albuquerque

On Friday, 13 May 2016, 10:45, Cesaltino Fonte <cesaltinofonte@gmail.com> wrote:

Bom Dia

Muito obrigado pelo interesse demonstrado para a utilização do questionário CBI - PT.
Informo que pode aplicar a escala no vosso trabalho de investigação.

Com os melhores cumprimentos,

Cesaltino Fonte

No dia 6 de maio de 2016 às 18:21, maria albuquerque <rivieramaria@yahoo.co.uk> escreveu:

> Bom tarde Enfermeiro Cesaltino Fonte, sou Enfermeira Maria Assunção Albuquerque, aluna (a21416007) do IX Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Estou a desenvolver dissertação - " *Burnout* nos Enfermeiros do Bloco Operatório " e irei utilizar como instrumento de colheita de dados o questionário de *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), validado por si para Português. Venho desta forma pedir a sua autorização para aplicação do CBI que irá ser aplicado aos enfermeiros do bloco operatório do CHUC.
>
> Caso não disponha de modelo de autorização, envio em anexo.
>
> Muito Obrigada.
> Cumprimentos,
> Maria Assunção Albuquerque

--
Cesaltino Fonte
cesaltinofonte@gmail.com

APÊNDICE 3

Autorização para aplicação da EAST-Enf

Escala de "satisfação profissional dos enfermeiros"

Solicitação de envio da escala, para utilização

Nome Mónica Assunção Almeida Albuquerque

Finalidade da utilização da escala

Avaliar o modo como a satisfação profissional pode influenciar os níveis de burnout nos Enfermeiros do Bloco Operatório.

População/Amostra Enfermeiros do Bloco Operatório.

Se se trata de uma formação académica, especifique

Curso de _____

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da E.S.Enf. Coimbra.

Doutoramento em _____

Título do trabalho/ dissertação/tese "Burnout nos Enfermeiros do Bloco Operatório".

Escola/Universidade Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Compromisso

Citar :

- Ferreira, M.; Loureiro, L. (2012). EAST-ENF: Uma Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros (Revista de Investigação em Enfermagem, Número: Nº1, Série: 2ª Série, 2012, p. 9 - 20.

Colocar © na designação da escala.

Enviar referência da produção científica realizada.

Data **Assinatura**

__/__/____ Mónica Assunção Albuquerque

Concordamos com a utilização e cedemos artigo

22/4/2016

Pedido de Escala – Satisfação profissional dos enfermeiros
Manuela Frederico-Ferreira, PhD
Luis Loureiro, PhD
mfrederico@esenfc.pt

APÊNDICE 4

Parecer favorável da Comissão de Ética e Autorização do Conselho de Administração do CHUC

CHUC
CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Unidade de Inovação e Desenvolvimento
Centro de Ensaios Clínicos

Exm.ª Senhora
Enf.ª Maria Assunção Albuquerque
Bloco Operatório

29/08/2016

Junto envio a V. Ex.ª, o parecer da Comissão de Ética e a autorização do Conselho de Administração do CHUC em relação ao Projecto de Investigação:

CHUC-050-16 - *BURNAUT NOS ENFERMEIROS DO BLOCO OPERATÓRIO*

Com os melhores cumprimentos,

Pl' Unidade de Inovação e Desenvolvimento

(M.ª do Rosário Conceição)
Assistente Técnico

Av.ª Bissaya Barreto - 3000-075 Coimbra // Telef. 239 400 477 // Ext. 13724 //Fax 239 832 241 // e-mail: gai@huc.min-saude.pt

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

CHUC
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Visto / À U.I.D.
para difusão
Prof. Doutor José Pedro Figueiredo
Director Clínico
C.H.U.C.
7-6-16

Exmo. Senhor
Prof. Doutor José Pedro Figueiredo
Digmº Director Clínico do CHUC

S/Refª	S/Comunicação	N/Ref. – Ofício n.º	Data
		CES/0124	28.06.2016

Assunto: [CHUC-050-16] – *Estudo Observacional "Burnaut nos Enfermeiros do Bloco Operatório"* - Maria Assunção Albuquerque - Enfermeira do bloco Operatório dos HUC-CHUC e aluna do IX Curso de Pós-Licenciatura de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (estudo a ser realizado no Bloco Operatório Central do pólo HUC-CHUC).
(Entrada do processo na CES a 05/05/2016)

Cumpre informar Vossa Ex.ª de que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 24 de Junho de 2016, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projeto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu **parecer favorável** à sua realização. Parecer aprovado por unanimidade.

Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente atualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos.

PI´A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
DO CHUC

Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros
Presidente da CES do CHUC

A CES do CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Enf.º Adélio Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Padre José António Afonso Pais; Dr. José António Feio; Dr. José Alves Grilo Gonçalves; Enf.º Fernando Mateus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Praceta Prof. Mota Pinto,
3000-075 Coimbra - Portugal
Telefone: +351 239 400 400

Contacto:
Telefone: 239 400 408
Telefax: 239 405 646
E-mail: dirclinica@huc.min-saude.pt

9.2

CHUC CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Unidade de Inovação e Desenvolvimento
Centro de Ensaios Clínicos

Exm.º Senhor
Dr. José Martins Nunes
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Ao CA para autorizar.
2016/7/15
Enf.º António Manuel Marques
Enfermeiro Diretor
C.H.U.C. - EPE

Dr. José Martins Nunes
Presidente do Conselho de Administração
C.H.U.C. - EPE

Ref.ª: **CHUC-050-16**

07/07/2016

A pedido de ***Enf.ª Maria Assunção Albuquerque***, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projecto de Investigação sobre ***"BURNOUT NOS ENFERMEIROS DO BLOCO OPERATÓRIO"***, ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril e colheu parecer **favorável** da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Exª. que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Pl' A Directora da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

(Prof. Doutor José Saraiva da Cunha)

C.H.U.C. - EPE
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Reg. N.º 5862
Origem
Data 8.7.2016

CHUC
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
Unidade de Inovação e Desenvolvimento
Centro de Ensaios Clínicos

AUTORIZAÇÃO DE PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

CHUC	050	16

NOME DO PROJECTO:

BURNOUT NOS ENFERMEIROS DO BLOCO OPERATÓRIO

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Enf.ª Maria Assunção Albuquerque

Tendo por base o parecer da Comissão de Ética, é autorizada a realização, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, do Projecto de Investigação supracitado.

DATA: 21 / 7 / 16

Presidente do Conselho de Administração

C.H.U.C. - EPE
Conselho de Administração

(Dr. José Martins Nunes)

APÊNDICE 5

Consentimento Informado

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

IX CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA

VI CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA

CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro(a) Colega
O presente estudo *Burnout* nos Enfermeiros do Bloco Operatório, faz parte de um projeto da responsabilidade da Enfermeira Maria Albuquerque, aluna da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Este trabalho decorre sob orientação do Sr. Prof. Coordenador Luís Sarnadas (docente da ESEnfC).
A investigação tem por base a aplicação, num período de tempo determinado, deste questionário aos enfermeiros dos Blocos Operatórios Centrais, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

O exercício da profissão de Enfermagem requer boa saúde física e mental.

Tendo consciência desta realidade, e reconhecendo a importância do conhecimento sobre *burnout* nos Enfermeiros em Bloco Operatório, procedeu-se à realização de uma pesquisa nesta temática.

Os objetivos deste estudo são avaliar os níveis de *burnout* nos Enfermeiros do BO, determinar a influência de fatores sociodemográficos no *burnout* em Enfermeiros do BO, identificar a influência de fatores profissionais no *burnout* em Enfermeiros do BO, avaliar a influência da satisfação profissional no *burnout* em Enfermeiros do BO, e verificar a relação entre a satisfação profissional e os níveis de *burnout* nos Enfermeiros do BO.

Neste sentido, solicito a sua colaboração para o preenchimento deste questionário que demorará aproximadamente 10 minutos. O mesmo será anónimo e confidencial, e os dados recolhidos serão tratados, analisados e divulgados de acordo com as regras de investigação científica. Deste modo, se estiver de acordo em participar pedimos-lhe que assine a presente declaração.

Com a sua participação está a declarar a aceitação livre e voluntária no estudo.
Qualquer tipo de informação adicional poderá ser solicitado através do *email- maaalbukeke@gmail.com*

Declaro que após convenientemente esclarecido/a e informado/a pelo investigador e ter entendido o que me foi explicado, dou o meu consentimento como participante nesta investigação.

_____, _____ de. _____ de 2016

Assinaturas:

Individuo de pesquisa (inquirido)- _____

Investigador/a- _____

ANEXOS

ANEXO 1

Questionário de *Copenhagen Burnout Inventory*- CBI-PT

Questionário de Copenhagen Burnout Inventory – PT (CBI - PT)

As perguntas do questinário de Copenhagen Burnout Inventory - PT (CBI - PT) não devem ser impressas no questionário pela mesma ordem como a apresentada neste documento. As questões podem ser misturadas com os restantes temas, para evitar padrões de respostas estereotipadas.

Burnout pessoal

Avalia o grau de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada pela pessoa.

Burnout pessoal	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
1. Com que frequência se sente cansado/a?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Com que frequência se sente fatigado/a?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Com que frequência se sente frágil e susceptível a ficar doente?	☐	☐	☐	☐	☐

Pontuação: Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Considera-se como um elevado nível de *burnout* aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

Burnout relacionado com o trabalho

Analisa o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho;

Burnout relacionado com o trabalho	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
3. O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?	☐	☐	☐	☐	☐
	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
4. Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	☐	☐	☐	☐	☐
	Nunca/quase nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre
7. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	☐	☐	☐	☐	☐

Nas primeiras três questões:

Pontuação: Muito– 100; Bastante – 75; Assim, assim – 50; Pouco – 25; Muito pouco – 0.

Nas últimas quatro questões:

Pontuação: Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca – 0.

Na última questão os scores são invertidos.

Pontuação: Nunca/quase nunca – 100; Raramente – 75; Às vezes – 50; Frequentemente – 25; Sempre – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Considera-se como um elevado nível de *burnout* aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

Burnout relacionado com o Cliente

Avalia o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa como relacion
com o trabalho com os utentes.

Burnout relacionado com os clientes	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pou
1. Acha difícil trabalhar com utentes?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Acha frustrante trabalhar com utentes?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Trabalhar com clientes deixa-o/a sem energia?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	☐	☐	☐	☐	☐
	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca/qu nunca
5. Está cansado de trabalhar com utentes?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	☐	☐	☐	☐	☐

Nas primeiras quatro questões:

Pontuação: Muito– 100; Bastante – 75; Assim, assim – 50; Pouco – 25; Muito pouco – 0.

Nas últimas duas questões:

Pontuação: Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca –

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Nota: o termo cliente pode ser adaptado ao contexto do estudo. Por exemplo, num questinário destinac
enfermeiros o termo "cliente" o termo mais apropriado será utente ou doente; num questionário destinac
professores o termo a empregar será alunos ou estudantes.

Considera-se como um elevado nível de *burnout* aos valores iguais ou superiores a cinquenta
pontos.

ANEXO 2

Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para enfermeiros- EAST-Enf

Por favor, faça o preenchimento do espaço identificado com números, de ① a ⑤, que corresponde à sua opinião.

EAST-ENF: Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho Para Enfermeiros		Discordo em Absoluto	Discordo em parte	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo em parte	Concordo em Absoluto
1.	*Gosto do meu chefe*	①	②	③	④	⑤
2.	*O meu chefe é bastante competente a fazer o seu trabalho*	①	②	③	④	⑤
3.	*O meu chefe mostra pouco interesse nos sentimentos dos seus subordinados*	①	②	③	④	⑤
4.	*O meu chefe é injusto comigo*	①	②	③	④	⑤
5.	*Os aumentos salariais são poucos e distantes*	①	②	③	④	⑤
6.	*Nesta organização há benefícios que não temos e devíamos ter*	①	②	③	④	⑤
7.	*Sinto que os meus esforços não são recompensados como deveriam ser*	①	②	③	④	⑤
8.	*Tenho muito que fazer no meu trabalho*	①	②	③	④	⑤
9.	*Sinto várias vezes que não sei o que se passa dentro desta organização*	①	②	③	④	⑤
10.	*Sinto-me satisfeito com as possibilidades de promoção que me são dadas*	①	②	③	④	⑤
11.	*Aqueles que realizam um bom trabalho têm possibilidade de serem promovidos*	①	②	③	④	⑤
12.	*Nesta organização o pacote de benefícios que nós temos é equitativo*	①	②	③	④	⑤
13.	*As pessoas conseguem progredir mais aqui do que noutros locais*	①	②	③	④	⑤
14.	*Julgo que me é paga uma quantia justa pelo trabalho que faço*	①	②	③	④	⑤
15.	*Quando faço um bom trabalho sou reconhecido por isso*	①	②	③	④	⑤
16.	*A comunicação parece boa dentro desta organização*	①	②	③	④	⑤
17.	*O meu trabalho é agradável*	①	②	③	④	⑤
18.	*Gosto de fazer o que faço no meu trabalho*	①	②	③	④	⑤
19.	*Tenho um sentimento de orgulho em fazer o meu trabalho*	①	②	③	④	⑤
20.	*Muitas das regras e procedimentos criam dificuldades na realização do trabalho*	①	②	③	④	⑤
21.	*Não sinto que o trabalho que faço seja apreciado*	①	②	③	④	⑤
22.	*Os objetivos desta organização não são claros para mim*	①	②	③	④	⑤
23.	*Nesta organização os acordos de trabalho não são totalmente explicados*	①	②	③	④	⑤
24.	*Gosto das pessoas com quem trabalho*	①	②	③	④	⑤
25.	*Gosto dos meus colegas de trabalho*	①	②	③	④	⑤

Obrigada pela sua participação!