

Ana Carolina Loureiro Soares

Síndrome de Burnout em Enfermeiros

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Junho, 2020

Ana Carolina Loureiro Soares

Síndrome de Burnout em Enfermeiros

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Junho, 2020

Ana Carolina Loureiro Soares

Síndrome de Burnout em Enfermeiros

Ana Carolina Loureiro Soares

Projeto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de licenciado em enfermagem

RESUMO

O projeto de investigação, intitulado “Síndrome de Burnout em enfermeiros”, foi realizado no âmbito da unidade curricular de Projeto de Graduação integrada no 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa.

A síndrome de *burnout* é descrita como "uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização, e redução da realização pessoal, que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham com outras pessoas." (Maslach, Jackson e Leiter, 1996).

A evidência científica mostra que, nos profissionais dedicados à ajuda e serviço aos outros, com metas elevadas e que não as conseguem concretizar, observa-se a perda do significado do trabalho realizado (Schaufeli, Leiter e Maslach, 2008). Também segundo Schaufeli, et al. (2008), a frustração e desilusão, decorrentes de um confronto generalizado e institucionalizado de valores utilitaristas e organizacionais com os valores pessoais ou profissionais, contribuem ainda mais para a síndrome de *burnout*.

A presente investigação tem como objetivo identificar os diferentes níveis de *burnout* em Enfermeiros a trabalhar em hospitais na zona Norte de Portugal. Para este efeito, teve-se em consideração as três dimensões que o *burnout* compreende: a fadiga física, a exaustão emocional e a fadiga cognitiva, através da utilização do instrumento Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (MBSM), adaptado para a população portuguesa por A. Rui Gomes (2012).

Ao nível metodológico trata-se de um estudo tipo quantitativo, descritivo e transversal. A população estudada é composta por enfermeiros que desempenham funções em diferentes serviços de hospitais na zona Norte do país, sendo a amostra constituída por 49 enfermeiros.

Os resultados obtidos, permitem afirmar que de acordo com a escala utilizada, a maioria dos Enfermeiros que integra o estudo não apresenta valores indicativos da síndrome de burnout, com exceção dos Enfermeiros que trabalham no serviço de urologia.

ABSTRACT

The research project, entitled “Burnout Syndrome in nurses”, was conducted within the scope of the Graduation Project course unit, in the Nursing Degree’s 4th year.

Burnout syndrome is classified as "a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and reduction of personal fulfillment, which can occur among individuals who work with other people." (Maslach, Jackson and Leiter, 1996).

Scientific evidence points out that, in professionals dedicated to helping and serving others, with high goals and who fail to achieve them, there is a loss of the meaning of the work performed (Schaufeli, Leiter and Maslach, 2008). Also, according to Schaufeli, et al. (2008), frustration and disillusionment, resulting from a generalized and institutionalized confrontation of utilitarian and organizational values with personal or professional values, contribute even more to the burnout syndrome.

This research aims to identify the different levels of burnout in nurses working in hospitals and clinics in the Northern Portugal area. For this purpose, the three dimensions that burnout comprises were taken into account: physical fatigue, emotional exhaustion and cognitive fatigue, through the administration of the Shirom-Melamed Burnout Measure (MBSM), adapted for the portuguese population by A. Rui Gomes (2012).

The instrument that was used is a questionnaire consisting of two parts. The first part is intended for the presentation of the study, and for the collection of sociodemographic information of the participants. The second part consists of the aforementioned Shirom-Melamed Burnout Measure (MBSM).

At the methodological level, this is a quantitative, descriptive and cross-sectional study. The studied population was composed of 49 nurses who work in hospitals and in the Northern Portugal area.

The results obtained showed that the, according to the scale used, the majority of Nurses who are part of the study do not present values indicative of the burnout syndrome, with the exception of Nurses who work in the urology service.

DEDICATÓRIA

Dedico esta conquista com enorme gratidão e carinho aos meus pais e ao meu irmão, aqueles que sempre incumbiram em mim os melhores valores e sempre acreditaram em mim.

Aos meus avós paternos e à minha tia Zilda, que embora não estejam presentes fisicamente para celebrar esta conquista comigo, nunca deixaram de me acompanhar. Sei que estão orgulhosos por mais uma conquista.

AGRADECIMENTOS

Terminado este projeto de investigação é a concretização de um dos objetivos traçado tanto a nível académico como profissional. Como tal, para que todo este caminho fosse possível é necessário agradecer a todos que, o tornaram mais fácil, que sempre estiveram disponíveis e que contribuíram para o aperfeiçoamento e melhor orientação que poderia ter para tal.

Agradeço mais uma vez aos meus pais, ao meu irmão e à minha família, os responsáveis por alcançar mais um dos objetivos traçados por mim, aqueles que há 22 anos são o meu pilar diariamente e que sempre acreditaram em mim.

À minha orientadora, Professora Maria Amélia José, agradeço por toda a dedicação, disponibilidade e apoio neste que foi um dos grandes desafios desta licenciatura, mas também agradecer por toda a dedicação ao longo destes quatro anos. Estar-lhe-ei eternamente grata, um muito obrigada!

A todos os docentes que fizeram parte deste longo percurso de quatro anos, agradeço por todos os ensinamentos e disponibilidade que sempre tiveram para comigo.

Aos meus amigos que fizeram parte deste percurso académico, que estiveram presentes nas conquistas, nos bons e nos maus momentos, que nunca me deixaram desistir e que sempre me fizeram acreditar ser sempre capaz, muito obrigada.

A todos, o meu mais sincero obrigado.

PENSAMENTO

*“Todas as nossas palavras serão inúteis se não brotarem do fundo do coração.
As palavras que não dão luz aumentam a escuridão.” (Madre Teresa de Calcutá).*

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

DGS- Direção Geral de Saúde

MBI-Maslach Burnout Inventory

MBSM- Medida de Burnout de Shirom Melamed

OMS- Organização Mundial de Saúde

UFP- Universidade Fernando Pessoa

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
I. FASE CONCEPTUAL.....	19
1. O problema de investigação	19
i. Domínio da investigação	20
ii. Questões pivôt e questão de investigação	20
2. Revisão da literatura	22
i. Definição/conceito de Burnout	22
ii. Burnout/stress.....	25
iii. Sintomas de Burnout	27
iv. Fatores de risco potenciadores de Burnout	28
v. Escalas para avaliar o Burnout.....	32
vi. A Enfermagem profissão de risco e desgaste.....	34
3. Objetivos da investigação	39
II. FASE METODOLÓGICA.....	40
1. Desenho de investigação	40
i. Tipo de estudo	41
ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem	42
iii. Variáveis em estudo	42
iv. Instrumento de recolha de dados e pré-teste.....	43
v. Tratamento e apresentação dos dados	45
2. Salvaguarda dos princípios éticos.....	46
III. FASE EMPÍRICA	49
1. Apresentação, análise e interpretação dos dados.....	49
2. Discussão dos resultados	79

CONCLUSÃO.....	84
Anexo 1- Questionário	91
Anexo 2- Pedido Autorização de utilização escala Shirom-Melamed Burnout Measure	95
Anexo 3- Parecer da Comissão de Ética.....	97
Anexo 4 - Medida de “Burnout” de Shirom-Melamed (MBSM).....	99

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 - "Género".	50
Gráfico nº 2 - "Faixa etária".	50
Gráfico nº 3 - "Estado civil".	51
Gráfico nº 4 - "Filhos".	51
Gráfico nº 5 - "Habilitações académicas".	52
Gráfico nº 6 - "Especialidade em Enfermagem".	52
Gráfico nº 7 - "Área de Especialidade em Enfermagem".	53
Gráfico nº 8 - "Trabalha na área da sua especialização".	53
Gráfico nº 9 - "Local onde exerce funções".	54
Gráfico nº 10 - "Tempo de serviço em anos no atual serviço".	54
Gráfico nº 11 - "Satisfação com o seu serviço".	55
Gráfico nº 12 - "Exerce funções noutra local".	55
Gráfico nº 13 - "Sinto-me cansado/a".	56
Gráfico nº 14 - "Ao acordar, sinto-me sem energia para ir trabalhar".	56
Gráfico nº 15 - "Sinto-me fisicamente esgotado/a".	57
Gráfico nº 16 - "Sinto-me fatigado/a de trabalhar".	57
Gráfico nº 17 - "Sinto-me como se estivesse sem "bateria".	58
Gráfico nº 18 - "Sinto-me sem forças".	58
Gráfico nº 19 - "Sinto lentidão na minha capacidade de pensar".	60
Gráfico nº 20 - "Tenho dificuldades em concentrar-me".	60
Gráfico nº 21 - "Sinto que não consigo pensar com clareza".	61
Gráfico nº 22 - "Sinto que não consigo concentrar-me no que penso".	62
Gráfico nº 23 - "Tenho dificuldades em pensar sobre coisas complexas/ difíceis".	62
Gráfico nº 24 - "Sinto-me incapaz de ser sensível às necessidades dos outros (ex.: colegas de trabalho, clientes, etc.)".	64
Gráfico nº 25 - "Sinto-me incapaz de ter uma boa relação com os outros (ex.: colegas de trabalho, clientes, etc.)".	64
Gráfico nº 26 - "Sinto-me incapaz de ser simpático/a com os outros (ex.: colegas de trabalho, clientes, etc.)".	65
Gráfico nº 27 - "Satisfação com o Serviço de Urologia".	67
Gráfico nº 28 - "Satisfação com o serviço Bloco de Partos".	69

Gráfico nº 29 - "Satisfação com o serviço de Cuidados Intensivos".....	72
Gráfico nº 30 - "Satisfação com o serviço de Medicina".	74
Gráfico nº 31 - "Satisfação com o Serviço de Urgência".	76

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1- “Fadiga física”.....	59
Tabela nº 2 - "Fadiga cognitiva".....	63
Tabela nº 3 - "Exaustão emocional"	66
Tabela nº 4 - "Média fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional".	66
Tabela nº 5- “Fadiga física Serviço Urologia”.	67
Tabela nº 6 - "Fadiga cognitiva - Serviço Urologia".	68
Tabela nº 7 - "Exaustão emocional- Serviço Urologia"	68
Tabela nº 8- “Média fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional- Serviço Urologia”.	69
Tabela nº 9- “Fadiga física- Serviço Bloco de Partos”.....	70
Tabela nº 10 - "Fadiga cognitiva- Serviço Bloco de Partos".....	70
Tabela nº 11 - "Exaustão emocional- Serviço Bloco de Partos"	71
Tabela nº 12 - "Média fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional- Serviço Bloco de Partos".....	71
Tabela nº 13- “Fadiga física- Serviço Cuidados Intensivos”.....	72
Tabela nº 14 - "Fadiga cognitiva- Serviço Cuidados Intensivos".....	73
Tabela nº 15 - "Exaustão emocional- Serviço Cuidados Intensivos"	73
Tabela nº 16 - "Média fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional- Serviço Cuidados Intensivos".....	73
Tabela nº 17- “Fadiga física- Serviço de Medicina”.	74
Tabela nº 18- "Fadiga cognitiva- Serviço de Medicina".	75
Tabela nº 19- "Exaustão emocional- Serviço de Medicina"	75
Tabela nº 20 - "Média fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional- Serviço de Medicina".	76
Tabela nº 21- “Fadiga física- Serviço Urgência”.	77
Tabela nº 22- " Fadiga cognitiva- Serviço Urgência".	77
Tabela nº 23- "Exaustão emocional- Serviço Urgência"	78
Tabela nº 24 - "Média fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional- Serviço Urgência".....	78

INTRODUÇÃO

No decorrer da licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa (UFP), foi proposta a elaboração de um projeto de graduação como parte dos requisitos para a obtenção do grau de licenciada, tendo sido escolhida a temática “Síndrome de Burnout em enfermeiros”.

A escolha desta temática advém do contato e da aprendizagem resultantes dos Ensinos Clínicos que a aluna realizou ao longo dos quatro anos da licenciatura, e de estes terem permitido observar e constatar a fadiga física, a exaustão emocional e a fadiga cognitiva a que diariamente os enfermeiros são expostos e com a qual têm de lidar no exercício da sua profissão.

A síndrome de burnout é classificada como “uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização, e realização pessoal, que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham com outras pessoas.” (Maslach, Jackson e Leiter, 1996).

O burnout, frequentemente confundido com o stress, é uma resposta de um stress crónico que afeta o desempenho do trabalhador, o relacionamento interpessoal, a produtividade, bem como a qualidade de vida do indivíduo e da organização. Então, o stress refere-se a um processo de adaptação temporário, enquanto o burnout está ligado a uma quebra na adaptação, acompanhado de um mau funcionamento crónico (Pinto, 2008).

Os fatores de risco mais comumente identificados nos enfermeiros são a exposição a situações que implicam maior exaustão emocional, designadamente o contacto com o sofrimento, a dor, a morte e a preocupação com os doentes, o excesso de trabalho, a ambiguidade das funções e os conflitos ao nível das relações interpessoais (Chan, Lai, Ko e Boey, 2000; Escot, Artero, Gandubert e Boulanger, 2000).

A questão de investigação que suscitou a realização deste projeto centra-se na curiosidade de saber se os Enfermeiros sofrem da síndrome de Burnout, nas dimensões física, cognitiva e emocional, nos serviços onde desempenham funções.

Este estudo foi realizado junto de enfermeiros que trabalham em diferentes serviços de hospitais do Norte do país. É um estudo exploratório, descritivo, transversal e com abordagem quantitativa. O instrumento utilizado para dar resposta aos objetivos definidos foi um questionário constituído pelo instrumento Medida de Burnout de Shirom-Melamed (MBSM) adaptado para a população portuguesa por A. Rui Gomes (2012).

O presente projeto de investigação divide-se em três partes cruciais, sendo a especificidade de cada uma inerente às necessidades sentidas e com conteúdo igualmente relevante na concretização do mesmo.

A fase conceptual compreende a justificação do tema, as questões de investigação e objetivos e a fundamentação teórica acerca do tema em questão; na fase metodológica são evidenciados os processos metodológicos da investigação tais como: o tipo de estudo, as variáveis, população e amostra bem como as considerações éticas e o instrumento de recolha de dados; na fase empírica é apresentada a análise, discussão e interpretação dos dados obtidos.

Os resultados obtidos, permitem afirmar que a maioria dos 49 enfermeiros não apresenta valores indicativos da síndrome de burnout, de acordo com a recomendação do autor que validou a escala o qual refere como valores meramente indicativos para a definição de sentimentos de “burnout” (mas sem efeitos de diagnóstico pois não existem valores normativos), valores iguais ou superiores a cinco no conjunto das três dimensões. Esta situação não se verifica na maioria dos enfermeiros do nosso estudo no qual em relação às subescalas a dimensão mais afetada é a fadiga física, dimensão que apresentou um valor mais elevado com uma média de 4,18 %, seguida da fadiga cognitiva a qual apresentou um valor de 3,49 % e a exaustão emocional com um valor de 2,84 %. Os Enfermeiros que trabalham no serviço de Urologia são os únicos que apresentam valores indicativos de Burnout com uma média das três dimensões de 5,14, sendo a fadiga física a dimensão mais afetada com uma média de 5,46.

I. FASE CONCEPTUAL

A fase conceptual é uma etapa fundamental em todo o processo de investigação. É através desta que surge o levantamento de uma problemática e consequente procura de resposta, o que faz naturalmente gerar conhecimento (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2009), a fase conceptual visa “definir os elementos de um problema.” Por conseguinte, no decorrer da mesma: “o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma conceção clara do problema.”

Os passos iniciais num estudo quantitativo envolvem, tipicamente, atividade com um elemento conceitual ou intelectual forte. Estas atividades incluem pensar, ler, repensar, teorizar e rever ideias com colegas ou conselheiros. Durante esta fase, o pesquisador recorre a habilidades como a criatividade, o raciocínio dedutivo, a compreensão e a fundamentação em pesquisas anteriores sobre o tópico estudado. (Polit, D., Beck, C., Hungler, B., 2004).

1. O problema de investigação

Segundo Fortin (2009), qualquer que seja a investigação deve ter como ponto de partida uma situação considerada para o investigador como problemática, que cause um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exija uma explicação do fenómeno observado.

A investigação científica é um processo que irá permitir a resolução de problemas relacionados com fenómenos do mundo real pelo que nos leva a uma aquisição de conhecimentos de forma ordenada e sistemática e a encontrar respostas para as questões que consideramos serem necessárias de uma investigação (Fortin 2009).

Assim, neste estudo o problema de investigação será identificar a existência de Burnout nos Enfermeiros, conforme os serviços onde desempenham funções, avaliada nas dimensões física, cognitiva e emocional.

i. Domínio da investigação

Qualquer pessoa que quer empreender uma investigação começa por encontrar ou delimitar um campo de interesse preciso. Estes domínios de investigação não apelam a respostas imediatas, mas devem ser circunscritos de forma a suscitar uma questão que se relacione com o domínio (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2009), o domínio é o aspeto geral do problema que se quer estudar. O tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos do interesse do investigador impulsionando-o a fazer uma investigação, tendo em vista aumentar os seus conhecimentos. Escolher o tema de estudo é uma das etapas mais importantes do processo de investigação, porque influencia o desenrolar das etapas seguintes (Fortin, 2009).

Neste projeto o domínio de investigação que se pretende estudar são as diferentes dimensões da síndrome de Burnout em Enfermeiros.

ii. Questões pivô e questão de investigação

De acordo com Fortin, 2009, um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica será uma questão de investigação. Uma interrogação explícita relativa a um domínio que se pretende explorar com vista a obter novas informações.

Desta forma a questão de investigação definida para o presente estudo é: será que os Enfermeiros sofrem da síndrome de Burnout?

Uma questão pivô será a interrogação que irá proceder ao domínio do enunciado da questão e que precisa o rumo que será dado à investigação, de modo a que seja possível

situar o problema no contexto dos conhecimentos atuais. As questões pivô são interrogações simples que incluem a noção de medida, sendo as principais “quem”, “que”, “qual”, “porquê”, “quais os fatores”, “existe uma relação entre fatores”, “existe uma relação entre fatores”, “qual é a natureza da relação entre os fatores”, “porque tal acontecimento se produziu”. (Fortin, 2009).

Assim sendo, definiram-se como questões pivô as seguintes:

- Será que a satisfação dos Enfermeiros com o serviço influencia os níveis de Burnout na dimensão fadiga física, cognitiva e emocional?
- Qual será a dimensão de Burnout com nível mais elevado, em cada um dos serviços onde os enfermeiros desempenham funções?

2. Revisão da literatura

A revisão de literatura consiste em fazer um balanço do que já foi escrito no domínio da investigação em estudo, sendo esta fundamental à exploração de um domínio de investigação.

A fundamentação teórica será tanto necessária como fundamental em todo o processo de investigação, quer na formulação das questões de investigação, das hipóteses ou até mesmo na interpretação e análise dos resultados obtidos. (Fortin, 2009).

Neste capítulo serão abordadas as seguintes temáticas consideradas pertinentes à investigação: Definição/ conceito de Burnout; Burnout/stress; Sintomas de Burnout; Fatores de risco potenciadores de Burnout; Escalas para avaliar o Burnout; A enfermagem profissão de risco e desgaste.

i. Definição/conceito de Burnout

De acordo com a OMS (2019) que passou a incluir o Burnout na lista de doenças a 27 de maio de 2019, trata-se de uma síndrome resultante de ‘stress’ crónico no trabalho que não foi gerido com êxito, caracterizado por um sentimento de exaustão, cinismo ou sentimentos negativistas ligados ao trabalho e eficácia profissional reduzida.

O Burnout é classificado pelo Ministério da Saúde (2002) como um tipo de resposta prolongada a fatores de stress emocionais e interpessoais crónicos no ambiente de trabalho, sendo esta síndrome incluída no grupo de doenças ocupacionais, classificando-a como um transtorno mental e do comportamento relacionado ao trabalho.

O termo Burnout na língua inglesa surgiu a partir da união de dois termos: *burn* e *out*, que respetivamente significam queimar e fora. A união dos termos é melhor traduzida por algo como “ser consumido pelo fogo”. (Spinelli, J. 2014).

As primeiras raízes do burnout surgiram na década dos anos 70 nos Estados Unidos da América. Inicialmente foi apontado como sendo característico das “profissões

de ajuda”, cujo indivíduo “trabalha com pessoas”. Já em 1974, um psiquiatra chamado Herbert J. Freudenberger realizou um estudo sobre este conceito e escreveu alguns artigos tendo-o definido como o processo pelo qual os trabalhadores perdiam a sua energia, motivação e empenho, podendo posteriormente culminar num estado de esgotamento e depressão.

Anos mais tarde, a psicóloga Christina Maslach, realizou uma pesquisa exploratória e independente em grupos profissionais da área da saúde, com o objetivo principal de conseguir estudar a forma como as pessoas conseguem ou não lidar com as exigências e o ritmo acelerado do trabalho. Durante as entrevistas que realizou, a descrição que alguns profissionais fizeram das suas experiências vividas levaram a psicóloga a concluir que estes profissionais estariam em burnout (Maslach et. al., 2009). Inicialmente Christina Maslach pensava que o que estaria na origem do burnout seriam apenas as preocupações individuais de cada um e desumanização em autodefesa, mas após essa pesquisa rapidamente conclui que também as exigências do trabalho estariam na sua origem (Maslach et. al., 1993).

Assim, atualmente, a definição da síndrome de burnout mais aceite, estabelece-se numa perspetiva sociopsicológica proposta pela psicóloga Cristina Maslach classificando-a como: "uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização, e realização pessoal, que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham com outras pessoas." (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter, 1997; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2006).

As várias definições que existem do termo burnout, apresentam alguns aspetos que as distinguem entre si, mas todas têm presentes pelo menos cinco aspetos comuns sendo eles: um maior destaque nos sintomas comportamentais e mentais e não tanto nos sintomas físicos, a relação dos sintomas em associação com o trabalho, o predomínio de sintomas relacionados com a depressão, exaustão emocional e mental e a fadiga, a diminuição da eficiência e desempenho nas suas funções no trabalho desencadeadas por atitudes e comportamentos negativos e os sintomas desta síndrome estão presentes em pessoas ditas “normais”, que não tinham nenhum distúrbio psicopatológico anteriormente adquirido (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2007).

Bakker (2014) afirma que o burnout provoca um efeito negativo no desempenho diário dos trabalhadores, uma vez que, influencia a qualidade e quantidade de trabalho, o cansaço e o auto enfraquecimento. Os trabalhadores com burnout ou com risco de esgotamento necessitam da ajuda de outras pessoas, a fim de alterar as causas estruturais que desencadearam o seu estado atual de esgotamento e afetaram a sua capacidade de trabalho.

Vieira et al (2007, p. 156), referem que:

Por definição, burnout é uma condição de sofrimento psíquico relacionada ao trabalho. Está associado com alterações fisiológicas decorrentes do estresse (maior risco de infecções, alterações neuro endócrinas do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal, hiperlipemia, hiperglicemia e aumento do risco cardiovascular), abuso de álcool e substâncias, risco de suicídio e transtornos ansiosos e depressivos, além de implicações socioeconômicas (absentismo, abandono de especialidade, queda de produtividade).

A síndrome de burnout pode ser considerada uma resposta crônica a fatores de stress desencadeados por situações em ambiente laboral, uma vez que o ambiente de trabalho e sua organização podem ser responsáveis pelo sofrimento e desgaste que afetam os trabalhadores.

Assim, de acordo com Maslach, (o Síndrome de Burnout engloba três dimensões (Maslach,2006):

1. **Exaustão emocional-** relaciona-se com a ausência de recursos emocionais e exaustão.
2. **Despersonalização-** leva ao aparecimento de sentimentos e ações negativas, indiferença e insensibilidade para com as pessoas que o rodeiam.
3. **Baixa realização pessoal-** a predisposição para analisar o próprio trabalho de maneira negativa. As pessoas sentem-se culpadas por não atingirem os objetivos impostos e baixa autoestima profissional.

Segundo Christina Maslach (2008), no que diz respeito à fadiga emocional e cognitiva, a exaustão é o sintoma central desta síndrome, pois torna-se tão profunda que

impede o profissional de ser eficaz no trabalho uma vez que não se consegue concentrar em atividades que anteriormente eram consideradas pelo trabalhador fáceis e agradáveis de realizar. A exaustão sentida pelos Enfermeiros decorre das exigências inerentes ao trabalho, da subcarga de horários, das condições do posto de trabalho, da competência e responsabilidade exigidas, da pressão sob os trabalhadores dos conflitos e da necessidade de assegurar vários papéis quer no âmbito da vida profissional, mas também da vida pessoal.

Por meio de uma metáfora Schaufeli et. al. (2009) explica que o burnout é como extinguir um incêndio ou apagar uma vela. Uma vez, que o fogo começa a deflagrar, ele só consegue continuar a arder se existirem recursos suficientes que mantenham a sua combustão. O mesmo acontece nos trabalhadores que sofrem de burnout os quais com o tempo, perdem a capacidade de contribuir de forma eficaz nas suas funções, ou seja, o resultado das funções que desempenham é mais latente, o que acaba por ser percecionado não só pela sua perspetiva como pela dos outros. Esta metáfora tenta descrever como o esgotamento afeta a capacidade dos trabalhadores para manter um envolvimento ativo no seu trabalho e como isso tem um impacto negativo no mesmo.

ii. Burnout/stress

O stress tem sido alvo de estudo por inúmeros investigadores da área da saúde, na medida em que existe uma elevada preocupação com as consequências que pode vir acarretar na qualidade de vida dos profissionais de saúde. (Malagris & Fiorito, 2009).

O médico Han Selye, foi na década de 1930 o responsável pela realização dos primeiros estudos sobre o stress na área da saúde, definindo a reação ao stress como uma síndrome geral de adaptação ao fator desencadeante de stress.

A definição de stress quanto ao nível fisiológico diz que este se relaciona com as estratégias do nosso organismo de adaptação que seja ao aparecimento da necessidade de mudanças, novas exigências e constrangimentos.

Na área da psicologia, que tem grande interesse neste tema o termo stress tem inúmeras definições. Uma delas considera que o ambiente externo como problemas no

trabalho desencadeia o stress, e por sua vez, o stress surge como resposta da pessoa a fator desencadeante como a exaustão emocional. Assim sendo, o stress surge de alterações comportamentais, psicologias, bioquímicas e fisiológicas (Pais Ribeiro, 2008).

Diariamente no nosso organismo é inevitável a presença de um determinado nível de stress, sendo este, variável de pessoa para pessoa e em determinados contextos.

Podemos identificar e distinguir dois tipos distintos de stress:

1. **Eustress**- visto como positivo e benéfico para o ser humano, é visto como um mecanismo de adaptação, tornando-se dessa forma essencial à vida (Vara ,2007).
2. **Distress**- está diretamente relacionado com a frequência, grau e duração em que a pessoa se encontra sob stress, sendo visto assim como negativo e perigoso. (Vara ,2007).

Nos dias de hoje os trabalhadores são confrontados diariamente com um aumento da qualidade e produtividade imposta pelo mercado de trabalho, o aumento da competitividade e da pressão exercida sobre os mesmos pelos patrões, pressões que vão ter impacto nas suas vidas tanto a nível pessoal como social. Fatores que irão desencadear nos trabalhadores insegurança, ansiedade, isolamento social e aumentar os seus níveis de stress.

Alguns estudos concluíram que em profissões, onde o contacto humano está presente, o papel ocupacional, a idade, o estado civil e habilitações poderão contribuir para o desenvolvimento da síndrome de burnout (Dorz, Novaro, Sica & Sanavio, 2007).

Atualmente, grande parte dos enfermeiros estão sujeitos a sofrer com a alta carga de turnos e o curto tempo para desempenhar as suas intervenções de enfermagem com a qualidade que seria esperada.

Piero e colaboradores (2001; cit in Dorz, Novaro, Sica & Sanavio, 2009) concluíram que entre o “stress” e o burnout existe uma correlação entre as seguintes

variáveis: os conflitos, a exaustão emocional, a despersonalização e a sobrecarga. Apontando como fator que os distingue, a adaptação que cada ser humano é capaz de fazer perante diferentes situações, adaptação esta que pode ser alcançada de forma positiva e desta forma estamos a falar de stress ou se ocorrer um esgotamento no processo para alcançar a adaptação e aí estamos a falar em burnout.

iii. Sintomas de Burnout

Quando o stress laboral é muito intenso e a insatisfação pessoal está presente desencadeia o aparecimento do burnout (Martins, 2006).

Sendo a enfermagem uma profissão em que os profissionais estão diariamente envolvidos de forma intensa e durante muito tempo com outras pessoas e a interação desenvolvida entre enfermeiro/cliente se centra nos problemas, quer sejam de carácter psicológico, social e físico, tendem a desenvolver-se sentimentos de raiva, frustração medo e até mesmo desespero, segundo Maslach Jackson e Leiter.

A sintomatologia do burnout não se manifesta apenas a nível individual, mas também através de sintomas de carácter interpessoal na relação com as pessoas que o rodeiam no seu dia a dia no desempenho das suas funções e ao nível organizacional.

Segundo Mccornnell (2006), os sintomas da síndrome de Burnout podem ser classificados em três grupos distintos:

- 1. Sintomas físicos-** fadiga, exaustão, frieza ou indiferença, sensação de baixo rendimento profissional, enxaquecas, problemas gastrointestinais, pressão arterial elevada, insónia, dificuldades respiratórias e distúrbios gastrointestinais.
- 2. Sintomas de conduta-** alterações significativas no comportamento que grande parte das vezes se refletem nos colegas de trabalho, em pacientes e até mesmo nos seus familiares, vontade de desistir do emprego e diminuição da autoestima.

- 3. Sintomas psicológicos-** ansiedade, depressão, sentimentos de confusão, sensação de inutilidade, irritabilidade fácil, dificuldade de concentração, adoção de uma atitude negativista, trabalhar constantemente de uma forma cada vez mais intensa, sensação de impotência perante situações que aparecem de forma inesperada e insatisfação com o emprego.

A síndrome de burnout em associação com todos estes sintomas que a caracterizam tem consequências muito sérias para os trabalhadores, para os utentes e para os seus familiares. Vai potenciar nos profissionais um aumento do número de erros uma queda da sua autoestima e a desmotivação para se deslocarem para os seus trabalhos, colocando assim em causa o seu bom desempenho.

De acordo com Maslach, Jackson e Leiter (1996; cit in Oliveira & Guerra, 2010) a síndrome de burnout refere-se a um processo que se desenvolve de forma gradual e ao longo de um determinado período podendo tornar-se num problema psicológico.

Os altos níveis de burnout estão diretamente relacionados com baixos níveis de satisfação e um maior número de queixas relacionadas com o seu trabalho, podendo levar ao absentismo e à intenção de abandono do mesmo.

Soderfeldt (2005), verificou que em alguns casos existe recurso ao consumo de substâncias ilícitas e álcool, como forma de atenuar alguns dos efeitos impostos pela síndrome de burnout, como por exemplo o cansaço e a sensação de esgotamento.

iv. Fatores de risco potenciadores de Burnout

A síndrome de burnout resulta de uma associação de vários fatores de risco de acordo com vários autores. Maslach (2001) dividiu esses fatores em dois grupos: situacionais e individuais.

Fatores situacionais adaptados de Maslach et al., 2001:

- 1. Características laborais-** demasiado trabalho para o tempo disponível; conflito de papéis (o individuo tem que efetuar ações conflituosas entre si); ambiguidade de papéis (há falta de informação adequada; o individuo não sabe o que esperam dele); falta de suporte social; falta de suporte por parte dos superiores hierárquicos; falta de feedback pelo trabalho desenvolvido; falta de participação nas tomadas de decisão e falta de autonomia.
- 2. Características ocupacionais** - Problema na interação com os clientes; contacto frequente com pacientes crónicos ou em fase terminal e confrontação com a morte.
- 3. Características organizacionais** - Violação do contrato psicológico (que se traduz por uma falta de reciprocidade do empregador perante o esforço do empregado. Isto é, se por um lado os empregados têm de despende mais tempo, têm de se esforçar mais e têm de ser flexíveis, por outro lado, têm menos oportunidades de promoção na carreira e menos segurança no trabalho).

Fatores individuais adaptados de Maslach et al., 2001:

- 1. Características demográficas-** Juventude (empregados jovens têm níveis mais elevados de burnout do que aqueles acima dos 30 ou 40 anos); sexo masculino (têm tendência a apresentar valores mais elevados de despersonalização); sexo feminino (têm tendência a apresentar valores mais elevados de exaustão emocional); solteiros (em especial os homens) e níveis académicos elevados.
- 2. Características de personalidade-** Níveis baixos de vigor; pessoas que tem uma forma de atribuição de responsabilidade externa; coping defensivo e passivo e tendências neuróticas.
- 3. Atitudes perante o trabalho-** Indivíduos idealistas, com expectativas altas.

Segundo Ramos (2001) citado por Vara (2007), os fatores que podem desencadear o aparecimento de stress no profissional podem ser dividido em três grupos. O primeiro contempla os fatores relacionados com o trabalho, o segundo os fatores externos ou não relacionados com o trabalho e o terceiro características individuais ou pessoais.

Um estudo realizado por Carlotto (2011) em profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, que tinha como objetivo principal verificar a relação do burnout com algumas variáveis demográficas conclui que para além dos fatores de risco relacionados com o trabalho existem também fatores de risco não relacionados com o trabalho como os problemas conjugais, problemas com a família, doenças, problemas económicos, estilo de vida pouco saudável (Maslach et al., 2001). Os profissionais casados apresentam valores mais altos no que diz respeito à dimensão exaustão emocional e despersonalização e mais baixos na realização profissional Carlotto (2011). São também as mulheres que apresentam maiores níveis de exaustão emocional e despersonalização e menor de realização profissional. O que nos pode levar a concluir que provavelmente os profissionais casados não recebem o apoio necessário por parte do seu companheiro, ou até mesmo o facto de estes trabalharem por turnos, à noite e ou aos fins de semana e feriados pode não ser compatível com os horários do seu companheiro o que acabará por trazer implicações na sua vida social e familiar. Já no contexto familiar, Carlotto (2011) afirma que no caso de profissionais que têm filhos, a presença de crianças está relacionada com os níveis de despersonalização mais elevados e a realização pessoal no trabalho mais baixa, esses profissionais, apresentaram sentimentos de culpa por não conseguirem acompanhar o crescimento e desenvolvimento dos seus filhos e não conseguirem investir nas suas relações de pai filho, muito por culpa dos seus trabalhos por turnos.

No que diz respeito à faixa etária Carlotto (2011) concluiu que no intervalo entre os 18 anos e os 30 anos de idade é quando os profissionais de saúde apresentam um nível de exaustão emocional mais elevado, consequência da incapacidade que os jovens apresentam em lidar com a sobrecarga de trabalho e com as altas expectativas criadas inicialmente sobre o trabalho que grande parte das vezes, acabam por se revelar pouco realistas.

Os profissionais a exercer funções num intervalo compreendido entre os 6 e 10 anos apresentam elevados níveis de exaustão emocional, pois após esse mesmo tempo o profissional já transitou das suas altas expectativas em relação ao trabalho inicialmente criadas, tal como referido anteriormente, para uma prática quotidiana realista, levando a que o profissional se torne mais predisposto a desenvolver sintomas característicos do burnout (Carlotto, 2011).

Já o facto de alguns profissionais trabalharem entre 20 e 30 horas semanais e o facto de alguns desses poderem exercer funções noutras instituições resultando numa sobrecarga horária mensal, para Carlotto (2011), leva a que estes apresentem um maior nível de exaustão emocional, despersonalização e a uma falta de realização profissional. Os inquiridos no estudo de Carlotto que afirmaram exercer funções noutras instituições, apresentaram um maior nível de despersonalização, que pode ser associado a essa mesma sobrecarga de trabalho.

Segundo Delbrouck (2010) consideramos uma pessoa com um perfil de risco para o desenvolvimento da síndrome de burnout pessoas: idealistas, otimistas e com expectativas bastante elevadas. Os jovens nos seus primeiros anos de exercício profissional também são considerados um grupo de risco. Os profissionais de saúde em particular, os que estão em contacto permanente com pessoas mais vulneráveis (Hilton e Whiteford, 2010).

Nos profissionais de saúde existem alguns fatores de risco característicos das suas profissões como: a falta de controle sobre condições de trabalho e tomada de decisão; um ambiente de trabalho caótico, turnos de trabalho sucessivos, a privação de sono, a necessidade de lidar diariamente com o sofrimento e a morte; o medo de cometer erros; a competitividade e falta de apoio dos seus superiores (Hilton e Whiteford, 2010).

Uma forma eficaz de diminuir a incidência do burnout, deverá passar primeiro pela identificação dos fatores de risco presentes, e posteriormente, pela elaboração de soluções que visem melhorar cada fator identificado como sendo de risco (Maslach et. al., 2008).

v. Escalas para avaliar o Burnout

Um dos instrumentos de avaliação da síndrome de burnout mais utilizada é o Maslach Burnout Inventory (MBI), apresentada pela psicóloga Christina Maslach em 1978. (Schaufeli e Enzmann, 1998; Gil-Monte, 2003). Inicialmente a sua elaboração foi realizada com base em duas dimensões distintas a exaustão emocional e a despersonalização, sendo que a terceira dimensão a da realização profissional, surgiu após um estudo realizado junto de centenas de pessoas de diferentes áreas profissionais (Maslach, 1993)

O MBI (Maslach Burnout Inventory) surgiu pela primeira vez nos anos oitenta (Maslach e Jackson, 1981), tendo sido atualizada ao longo dos anos, e cinco anos depois surgiu a segunda edição (Maslach e Jackson, 1981), mais tarde foi então publicada a terceira edição do MBI (Maslach et al., 1996).

Este instrumento é composto por vinte e dois itens, os quais relatam estados de sentimentos percebidos no trabalho que devem ser avaliados por intermédio de uma escala de frequência constituída por sete pontos, em que a pessoa irá assinalar de 0 (nunca) até 6 (sempre). Encontra-se também dividida em três subescalas: a exaustão emocional (refere-se ao esgotamento físico e mental), a despersonalização (diz respeito às alterações das atitudes dos indivíduos, para com as pessoas que o rodeiam no seu local de trabalho e a sua atitude de frieza para com eles) e a reduzida realização profissional (sentimento de insatisfação para com o trabalho), (Maslach et al., 1996).

O MBI é autoaplicável e a sua resposta demora em norma cerca de 7 minutos. (Maslach et al., 1996; Schaufeli e Enzmann, 1998; Vieira et al., 2009). Para que o profissional apresente a síndrome do burnout segundo o MBI, terá de obter altas pontuações ao nível da exaustão emocional e da despersonalização associados a baixos valores ao nível da realização profissional.

No presente estudo o instrumento a que se recorreu para avaliar o burnout foi: Medida de Burnout de Shirom Melamed (MBSM). Este instrumento foi desenvolvido com o objetivo de avaliar os níveis de burnout (esgotamento) no trabalho. A sua adaptação

para a versão portuguesa foi efetuada a partir dos trabalhos originais de Armon, Shirom e Melamed (2012) e Shirom e Melamed (2006) por Gomes (2012).

Shirom e Melamed (2006) afirmam que a síndrome de burnout é caracterizada por três dimensões distintas: a exaustão emocional, a fadiga física e a fadiga cognitiva. A fadiga física diz respeito a sentimentos de cansaço físico face ao trabalho que leva a uma diminuição da energia física, da exaustão emocional fazem parte os sentimentos de cansaço emocional face ao relacionamento com os outros (colegas de trabalho, clientes, etc.) provocando uma diminuição da sensibilidade face às necessidades das outras pessoas, enquanto que na fadiga cognitiva estão presentes os sentimentos de desgaste cognitivo face ao trabalho, que provoca uma diminuição da capacidade de pensamento e concentração do profissional.

Na Medida de Burnout de Shirom Melamed para que o burnout esteja presente é necessário existir um decréscimo contínuo dos recursos energéticos de “coping” (confronto) que resulta da exposição continuada da pessoa a situações de stress profissional crónico e a acontecimentos de vida stressantes (Melamed, Shirom, Toker, Berliner, & Shapira, 2006; Shirom, 1989, 2007).

A Medida de Burnout de Shirom Melamed é constituída por 14 itens em que é pedido à pessoa que assinale numa escala de 1 a 7 sendo que 1 = Nunca e 7 = Sempre, quantas vezes nos últimos 30 dias se sentiu assim relativamente ao seu trabalho.

A pontuação é obtida através da soma dos itens de cada subescala, dividindo-se depois o resultado pelo número de itens correspondentes. Assim sendo elevados níveis de burnout estão associados a elevadas pontuações de fadiga física, exaustão emocional e fadiga cognitiva, número. Segundo A. Rui Gomes (2012), autor do instrumento Medida de Burnout de Shirom- Melamed um valor igual ou superior a cinco pode indicar problemas nesse domínio (Anexo 4).

Para além da MBI e da MBSM anteriormente referidos existente ainda outros instrumentos que nos permitem avaliar os níveis de burnout como: Staff Burnout Scale; 39 Indicadores del Burnout; Emener-Luck Burnout Scale; Tedium Measures (Burnout

Measure); Burnout Scale; Teacher Burnout Scale; Energy Depletion Index; Matthews Burnout Scale for Employees; Efectos Psíquicos del Burnout; Escala de variables predictoras del Burnout; Cuestionário de Burnout del Profesorado; Holland Burnout Assessment Survey; Rome Burnout Inventory (Silva, 2006).

vi. A Enfermagem profissão de risco e desgaste

O ambiente hospitalar em que os profissionais de saúde vivem diariamente faz com que sejam submetidos a uma carga de stress excessiva, que vai causar uma deterioração gradual do seu bem-estar, da sua qualidade de vida, saúde física e psicológica (Christofoletti, 2009).

Os enfermeiros são expostos a vários fatores que tornam a sua profissão de elevado risco, como os longos turnos de trabalho, o número insuficiente de profissionais no serviço nacional de saúde em Portugal, a falta de reconhecimento em termos económicos de carreira e o contacto diário que estes têm com o sofrimento, a dor e a morte. O que leva a que os enfermeiros necessitem de ter um maior controlo sobre o seu estado emocional e mental perante situações com que são confrontados, algo que não se verifica noutras profissões. (Lais et al., 2010; Muecke, 2009).

Os enfermeiros no exercício da sua profissão encontram-se expostos a diversos fatores de risco que podem ser de natureza física, biológicos e psicológicos, podendo desencadear o aparecimento de doenças nesses mesmos profissionais, o que coloca a enfermagem no grupo das profissões desgastantes e de risco (Rodrigues e Ferreira, 1999; Pereira et al 2008).

Uma análise a estudos realizados sobre o burnout em enfermeiros, no Japão, permitiu concluir que estes profissionais têm um risco acrescido de desenvolver esta síndrome comparativamente a outros profissionais até mesmo profissionais de saúde, pela exposição que têm a exigências quer sejam elas a nível físico ou emocional que lhes são impostas (Suzuki et al, 2009).

O Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 proposto pela OMS diz que os enfermeiros, “estão no grupo dos mais propensos aos problemas de saúde mental.”, pelo contacto de proximidade que desenvolvem com os seus doentes, pelo acompanhamento que fazem do seu sofrimento, da sua dor física e psíquica, pela expectativa de melhora ou o declínio do estado de saúde. E por grande parte das vezes serem estes profissionais a terem um cuidado com as famílias que nem sempre conseguem aceitar a doença, o tratamento e a possível perda do seu ente querido.

Para Bakke e Araújo (2010), a profissão de enfermagem centra-se na preocupação em dar os melhores cuidados e assistência aos doentes, sendo que muitas vezes os enfermeiros priorizam os seus doentes em detrimento de si próprios, deixando de lado as suas necessidades e os riscos inerentes na execução de muitas intervenções de enfermagem, podendo estes riscos aumentarem devido à diversidade de doentes e à especialização de cuidados que cada doente precisa.

Segundo um estudo realizado por Marôco (2016), que reporta a prevalência do *burnout* em profissionais de saúde portugueses, dos quais 1262 eram enfermeiros e 466 médicos a exercer funções em todos os distritos nacionais incluindo as regiões autónomas, observou-se que em 10 (50%) e 13 (65%) dos 20 distritos/regiões autónomas os níveis de burnout foram elevados nos profissionais de enfermagem, sendo que nos distritos do Norte e centro se verificou uma maior concentração de burnout elevado. Cerca de 50% dos enfermeiros amostrados neste estudo apresentaram burnout elevado, tendo os níveis de burnout sido estimados pelo Maslach Burnout Inventory (Marôco et al., 2016).

Neste estudo, Marôco (2016) conclui que, entre 2011 e 2013, 21,6% dos profissionais de saúde apresentaram burnout moderado e 47,8% burnout elevado. A perceção de más condições de trabalho foi o principal preditor da ocorrência de burnout nos profissionais de saúde Portugueses. Concluiu também que os jovens profissionais em comparação com profissionais a exercer funções há mais tempo apresentam maiores níveis de burnout, o que vai de encontro a resultados obtidos num estudo realizado por Bilge afirma que o facto de os jovens profissionais apresentarem níveis mais elevados de burnout se deve ao facto de estes não terem ainda o tempo suficiente para desenvolver as suas estratégias de coping para lidar com o stress inerente à sua profissão (cit. in Bilge 2006).

Ferreira e Lucca (2015) afirmam que a falta de condições de trabalho pode ser um fator que coloca o profissional de saúde num risco acrescido para desenvolver a síndrome de burnout.

Nos profissionais de saúde a necessidade de tomar uma decisão revela-se uma atitude decisiva e sem retorno, pela necessidade de se optar pelo procedimento mais adequado às necessidades do doente, se essa decisão se revelar errada irá afetar o estado de saúde do paciente e até mesmo conduzir à sua morte, o facto de lidarem com paciente com doenças infecciosas também coloca os profissionais de saúde sob pressão devido ao risco de contágio, tornando-se uma profissão em que no exercício das suas funções se revela desafiadora e de risco algo que não se verifica noutras profissões. (Gomes et. al., 2009).

Também as condições de trabalho e os riscos associados ao contacto permanente com utentes e seus familiares que por razões ligadas ao processo de doença e hospitalização, ao afastamento dos familiares, falta de informação e iliteracia revelam incompreensão pelo desempenho dos profissionais de saúde o que se manifesta em atitudes de violência que podem agravar o Burnout.

Segundo estudos nacionais realizados pela Direção Geral de Saúde (DGS), com base no relatório publicado pelo Departamento de Qualidade na Saúde da Direção Geral de Saúde (Portugal, 2015), no ano de 2014 foram reportados um total de 531 episódios de violência, dos quais 28, foram notificações por parte de profissionais de saúde do setor privado. Os enfermeiros do género feminino, numa faixa etária entre os 30 e os 39 anos de idade foram os mais afetados, seguindo-se a faixa etária entre os 50 e os 59 anos de idade. A nível nacional verificou-se um maior número de notificações na zona de Lisboa, seguida da zona centro, sendo nos serviços de consulta externa e no serviço de urgência que se verificaram mais casos. Quanto ao grupo dos agressores é constituído pelos doentes e os seus acompanhantes e na sua maioria do sexo masculino. O nível de violência mais praticada sobre os profissionais de saúde foi a violência psicológica, sendo que também se registaram 133 casos de violência física. Necessitaram de solicitar tratamento e por consequência se ausentarem temporariamente do seu serviço cerca de 100

profissionais. De um total de 531 episódios de violência apenas 72 profissionais apresentaram queixa formal junto das autoridades (Portugal, 2015).

Segundo Staines (2009) uma das barreiras no combate à violência contra os profissionais de saúde era o facto, de estes, olharem para a violência como sendo “parte do seu trabalho”. Com esta campanha pretendia-se elucidar os utentes de quão inaceitável a violência contra os profissionais de saúde, através da implementação de normas para os profissionais saberem lidar com situações de violência e pelo fornecimento de indicações às instituições para implementarem políticas internas sobre como proceder e gerir situações de violência.

Vasconcellos et al (2012) por meio de um estudo realizado no Brasil, no serviço de urgência, em agosto de 2009, conseguiu concluir que da sua amostra de 30 enfermeiros, a maioria, cerca de 83,3% foi vítima de violência, tendo sido os agressores na sua maioria os acompanhantes dos doentes. Da violência exercida, grande parte foi de natureza psicológica e dos profissionais afetados cerca de 90% eram do sexo feminino.

Num estudo realizado por Fonseca (2012) sobre a violência exercida sobre os enfermeiros que trabalham no serviço de urgência, com entrevistas a 78 enfermeiros, entre fevereiro e março de 2011, permitiu concluir que 80% dos agredidos eram do sexo feminino e 20 % do sexo masculino, sendo a maioria pertencente a uma faixa etária entre os 20 e os 30 anos de idade. Os fatores apontados pelos profissionais como tendo contribuído diretamente para a ocorrência da violência foram um funcionamento a nível organizacional deficiente, os relacionamentos interpessoais, a sobrecarga de trabalho e a falta de recursos humanos. Os enfermeiros sentiram que na maioria das vezes foram culpabilizados pelas dificuldades que surgiam ao longo do processo de tratamento e hospitalização do paciente. Os participantes deste estudo relatam que já foram agredidos, quer fisicamente por meio de “(...) empurrões, bofetadas e as mordeduras (...)”, quer psicologicamente, sendo frequentes as ameaças de morte contra si. As consequências que foram apontadas como resultantes dessa violência foram a ansiedade, o medo, tremores, palpitações, irritabilidade, nervosismo, choro, mudança de rotinas devido às ameaças, cefaleias, falta de vontade para trabalhar, distanciamento físico e mental na prestação de cuidados e humor deprimido, podendo essas consequências serem experienciadas logo

após a agressão sofrida ou por consequência de um longo do tempo expostos repetitivamente a essa violência (Fonseca, 2012).

Em Portugal no início de 2020, mais de 2500 pessoas assinaram uma petição que defende que deve ser atribuído o estatuto de profissão de desgaste rápido aos enfermeiros. Os promotores desta petição defendem que no dia a dia do exercício da sua profissão os enfermeiros estão sujeitos ao stress e a condições de trabalho adversas. Afirmam que “a pressão de trabalhar em contexto de emergência, urgência, cuidados intensivos, bloco operatório... onde a linha que separa a vida da morte muitas vezes não existe o stress torna-se brutal”, mas realçam que é igualmente sentida a pressão pelos enfermeiros em contexto de cuidados primários, cuidados continuados e internamentos hospitalares. Recordam ainda que os enfermeiros desenvolvem uma “atividade cujas condições de trabalho são precárias e cuja remuneração pode e deve ser atualmente considerada baixa, podendo induzir-se assim um forte desgaste emocional” e ainda que estes profissionais trabalham por turnos, muitas vezes de noite, sem conseguirem ter um padrão de sono regular, o número de enfermeiros é reduzido para o que lhes é exigido, e que o aumento exponencial do absentismo na profissão obriga a turnos consecutivos de 16 horas.

Os estudos analisados e a visão do quotidiano vivenciada pela autora nos diferentes ensinamentos clínicos levam a reiterar a profissão de enfermagem como sendo uma profissão onde o risco está presente diariamente e por consequência leva a um desgaste rápido dos profissionais de enfermagem.

3. Objetivos da investigação

O presente projeto de investigação denominado “Síndrome de Burnout em Enfermeiros” tem como objetivo geral identificar a existência de Burnout em enfermeiros que trabalham em diferentes serviços hospitalares”.

Já os objetivos específicos estabelecidos foram:

- Avaliar se a satisfação dos Enfermeiros com o serviço influencia os níveis de Burnout na dimensão fadiga física, cognitiva e emocional.
- Identificar a dimensão de Burnout com nível mais elevado, em cada um dos serviços onde os enfermeiros desempenham funções.

II. FASE METODOLÓGICA

Nesta fase o investigador terá de determinar os métodos que irá utilizar de modo a obter as respostas que melhor respondam à questão de investigação ou hipóteses formuladas por si na fase anterior. Vai ser nesta fase que será delimitado o desenho da investigação que melhor se adequa ao seu estudo quer ele tenha objetivo de explorar, desenhar, descrever um fenómeno ou de examinar associações e diferenças ou de verificar hipóteses Fortin (2009).

De acordo com o que Fortin (2009) afirmou esta fase está fundamentalmente dividida em quatro etapas: a primeira na escolha do desenho de investigação, a segunda em definir a população e a amostra do estudo, a terceira em definir as variáveis e a quarta e última em escolher o método de colheita e análise de dados que melhor se adequa ao seu estudo.

1. Desenho de investigação

Segundo Fortin (2009), “*O desenho de investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formulados.*”

O desenho de investigação visa responder às questões das investigações definidas pelo investigador e controlar possíveis fontes de enviesamento, que poderão influenciar os resultados do estudo, dessa forma o investigador terá de elaborar cuidadosamente o seu projeto de investigação para controlar esses possíveis enviesamentos. É assim, definido como o conjunto das decisões a tomar, que permitam investigar empiricamente as questões da investigação ou verificar as possíveis hipóteses. Vai funcionar como uma fonte direcional do investigador na planificação e execução do seu estudo de forma a que os objetivos definidos para o seu estudo sejam alcançados (Fortin, 2009).

Já para Ribeiro (2010), o desenho da investigação pode ser visto como um plano de orientação de um estudo, que permitirá responder à questão de investigação, permitirá recolher de forma adequada a informação necessária, que levará o investigador a identificar e realçar os aspetos mais relevantes para a sua investigação. Este é composto pelo tipo de estudo, as variáveis, a população, o instrumento e método de recolha e tratamento de dados.

i. Tipo de estudo

Segundo Fortin (2009), a cada tipo de estudo irá corresponder um desenho que ilustrará as atividades que irão permitir chegar às respostas consideradas fiáveis da questão de investigação, O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade. Página

O estudo intitulado como “Síndrome de Burnout em Enfermeiros” é um estudo transversal, descritivo e com metodologia quantitativa.

Os estudos descritivos fornecem uma descrição dos dados, quer seja sob a forma de palavras, números, ou de enunciados descritivos de relações entre variáveis. Descreve o fenómeno dentro do seu próprio contexto. Visa compreender fenómenos, categorizar uma população ou concetualizar uma situação, com o objetivo de obter uma visão geral em relação a uma situação ou população, ou seja, descrever um conceito relativo à população (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2009), uma abordagem quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis (por exemplo dados numéricos), baseando-se na observação de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador, constituindo assim um processo dedutivo que fornece conhecimentos objetivos relativamente às variáveis em estudo.

ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem

Fortin (2009), define uma população como sendo um conjunto de elementos ou pessoas que partilham determinadas características em comum. Já uma população-alvo é uma população particular que é submetida a um estudo, sendo essa constituída por vários elementos que satisfazem um conjunto de critérios de seleção previamente definidos pelo investigador e para os quais este deseja realizar generalizações.

Já uma amostra define-se como sendo um subconjunto de uma população ou de um grupo de pessoas que fazem parte de uma mesma população e deverá satisfazer as características da população presentes na amostra selecionada (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2009), o processo de amostragem descreverá a estratégia utilizada pelo investigador para selecionar a amostra, vai fornecer os dados necessários sobre a forma como se deverá proceder relativamente à utilização de um método de amostragem para o estudo.

Desta forma, a população alvo definida para este estudo são Enfermeiros a trabalhar em hospitais e clínicas a norte do país há pelo menos dois anos no mesmo serviço. A amostra é constituída pelos Enfermeiros que aceitaram responder ao questionário.

iii. Variáveis em estudo

Uma variável é vista como a característica que varia (assume valores diferentes) na população estudada. Os investigadores nos seus estudos tentam perceber de que forma determinados fatores variam entre si e o que desencadeia essas variações (Polit, D. e Hungler, B.,2004).

As variáveis de um estudo podem ser classificadas como dependentes, independentes ou variável atributo. Fortin (2004), classifica a variável atributo como

sendo as características dos participantes de um estudo, normalmente são as variáveis demográficas. A informação recolhida através desta variável serve para traçar o perfil das características dos participantes do estudo.

Polit e Hungler (2004), definem uma variável dependente como sendo a variável que resultado que interessa ao investigador; a variável que é formulada como uma hipótese para depender de outra variável. É aquela que sofre o efeito esperado da variável independente, pode ser um comportamento, uma resposta ou um resultado observado desencadeado pela presença da variável independente em estudo Fortin (2004).

A variável independente é aquela que o investigador consegue manipular num estudo experimental, para avaliar o seu impacto e efeito na variável dependente, é aquela que sofre o efeito esperado da variável independente. O investigador tem interesse em compreender, explicar ou prever esta variável Fortin (2004).

Assim sendo para o presente estudo as variáveis atributo definidas foram o género, a idade, estado civil, se tem filhos, as habilitações académicas e em que serviço exercem funções e há quanto tempo estão nesse serviço, como variável dependente o investigador definiu a presença da síndrome de Burnout nas suas diferentes dimensões e como variável independente a satisfação com o serviço onde exercem funções.

iv. Instrumento de recolha de dados e pré-teste

Antes mesmo de o investigador dar início à recolha de dados para o seu estudo, este deve questionar-se se o instrumento de recolha escolhido lhe fornecerá a informação necessária para responder aos objetivos delineados por si no início do estudo (Fortin, 2009).

Para isso, depois de o investigador analisar os vários métodos de recolha de dados considerou que o melhor respondia ao objetivo do seu estudo e às questões de investigação colocadas seria através de uma medida subjetiva, ou seja, por meio de um questionário. Um questionário estruturado e limitado irá permitir que os participantes não

tenham a possibilidade de alterar ou precisar os seus pensamentos, permitindo ao investigador apenas colher informação real sobre os participantes, acontecimentos ou situações vivenciados por estes, que levará assim o investigador a atingir o objetivo que delimitou para o seu estudo. O questionário utilizado para proceder à recolha dos dados pode ser um questionário já existente ou criar-se um novo por parte do investigador, sendo que para isso no início do questionário nunca poderá faltar as instruções necessárias e de forma clara para responder às questões nele apresentadas. (Fortin, 2009).

Tal como qualquer método de recolha de dados, o questionário também tem as suas vantagens e desvantagens. Como vantagens identificou-se como sendo um método menos dispendioso, pode ser utilizado em simultâneo num grande número de participantes em várias regiões e permite recolher informação com uma certa rapidez comparativamente a outros métodos. Por outro lado, torna-se difícil motivar os interrogados no seu preenchimento, acresce de uma elevada taxa de dados em falta, não pode ser aplicado a toda a população e as condições em que o participante responde ao questionário é impossível de controlar. (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2009), as interpelações devem ser sempre feitas de modo a que o participante consiga responder a todas as questões de forma direta, para que assim, estas sejam apresentadas de uma forma lógica e o enviesamento dos resultados seja quase nulo.

No presente estudo o instrumento de recolha de dados utilizado foi um questionário, que se encontra dividido em duas partes. Da primeira parte, elaborada pelo investigador consta a apresentação do estudo e um conjunto de respostas abertas, onde os participantes forneceram algumas informações do âmbito sociodemográfico e socioprofissional, como a sua idade, género, estado civil, habilitações académicas, se possui alguma especialidade em enfermagem, o serviço onde exerce funções como enfermeiro, o tempo e anos em que exerce funções nesse serviço, entre outros. Na segunda parte, foi solicitado o preenchimento de questionário constituído pelo instrumento Medida de Burnout de Shirom-Melamed (MBSM) adaptado para a população portuguesa por A. Rui Gomes (2012), em que o participante teria de assinalar numa escala de 1 (nunca ou quase nunca) a 7 (sempre ou quase sempre) num conjunto de afirmações que descrevem diferentes sentimentos que pode ter relativamente ao seu trabalho. (Anexo 1)

A utilização instrumento Medida de Burnout de Shirom-Melamed (MBSM) adaptado para a população portuguesa por A. Rui Gomes (2012) foi autorizada pelo seu autor (Anexo 2).

Fortin (2009), afirma que o pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada (entre 10 e 30 sujeitos), a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. Esta fase tem como principais objetivos verificar se os termos utilizados no questionário são facilmente compreendidos e desprovidos de equívocos, se a informação que desejamos colher pode ser feita através das questões colocadas aos participantes, se o questionário não é muito longo podendo provocar desinteresse para quem o está a preencher e se as questões não apresentam uma possível ambiguidade.

Foi realizado um pré-teste antes da entrega dos questionários finais. Este foi realizado junto de 6 Enfermeiros de um hospital cuja população era semelhante à população alvo do estudo, tendo sido possível verificar que as questões foram bem interpretadas pelos participantes, pelo que foi decidido prosseguir com o estudo. Tendo sido esses 6 questionários incluídos na amostra final.

O questionário final foi entregue aos participantes em papel, juntamente com a folha de consentimento verdadeiramente informado, livre e esclarecido, nesse momento foi explicado aos inquiridos a finalidade do questionário, que o seu anonimato seria garantido e assegurado e que estes seriam livres de escolher ou não participar no estudo.

v. Tratamento e apresentação dos dados

Quando se realiza uma investigação os dados que o investigador colhe devem ser alvo de uma organização e análise pelo mesmo, como em grande parte das vezes os dados que se colheram neste estudo tomaram uma forma numérica, levando a que se proceda uma análise estatística dos mesmo.

A estatística é a ciência que permite ao investigador estruturar a informação numérica medida nem determinada amostra.

De acordo com Fortin (2009), a análise dos dados permite produzir resultados que possam ser interpretados pelo investigador, esses dados serão analisados em função do objeto em estudo.

Após efetuada a colheita dos dados, deu-se início à sua análise estatística, tendo por base a estatística descritiva. Como para o investigador quando dá início ao seu estudo o comportamento das variáveis medidas e as relações que possam ou não existir entre elas são desconhecidas a investigação do tipo descritivo será num contexto exploratório Fortin (2009).

O tratamento dos dados foi realizado através do SPSS. Após o investigador ter dado por terminada a colheita de dados efetuou uma primeira análise a todos os questionários, com o objetivo de utilizar os questionários que obedeciam aos critérios de inclusão definidos para o presente projeto de investigação.

Para o tratamento dos dados relativos à parte II dos questionários- Medida de Burnout de Shirom-Melamed (MBSM) foi utilizada a estatística descritiva através de frequências absolutas e frequências relativas.

2. Salvaguarda dos princípios éticos

O presente estudo denominado “Síndrome de Burnout em Enfermeiros” foi submetido à apreciação e autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, (Anexo 3). A colaboração no estudo foi de livre e esclarecida vontade, comprometendo-se a autora a salvaguardar a identidade dos participantes, mantendo a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.

Qualquer que seja o tipo de estudo, o investigador deve resolver determinadas questões éticas, devendo sempre salvaguardar os princípios éticos de todos os

participantes da investigação. Desta forma, foi assegurada a liberdade de qualquer participante em qualquer fase do estudo se recusar a participar ou a retirar o seu consentimento, sem penalização e prejuízo para o mesmo. Fortin (2009)

Para Fortin (2009) é claro afirmar que, a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações.

Tendo por base os direitos fundamentais das pessoas, Fortin (2009) definiu cinco princípios ou direitos que devem ser aplicados aos seres humanos, sendo estes estabelecidos pelos códigos de ética. O autor definiu, os cinco direitos como:

- 1. Direito à autodeterminação** – baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas. Desta forma, caberá a cada pessoa decidir livremente, a sua participação ou não na investigação, do mesmo modo que lhe assiste o direito de a qualquer momento se retirar da investigação, independentemente da fase em que se encontra, sem que seja alvo de qualquer ação sancionatória. Para garantir que este direito estaria assegurado a cada pessoa foi solicitada a sua participação voluntária na investigação.
- 2. Direito à intimidade-** investigações que sejam realizadas junto de seres humanos, traduzir-se-á numa forma de intrusão na vida pessoal dos participantes. Assim, a autora da investigação de forma a assegurar que este direito era cumprido, assegurou que do questionário fariam parte questões o menos invasivas possível, e assegurou que o anonimato de cada participante seria assegurado ao longo de todo o estudo, dando-lhes assim a liberdade de escolher participar ou não no mesmo.
- 3. Direito ao anonimato e à confidencialidade-** é respeitado se a identidade do inquirido não puder ser associada a nenhuma das respostas de carácter individual, mesmo que sendo pelo próprio investigador. Assim, para garantir a privacidade da informação recolhida, os questionários eram

entregues juntamente com um envelope a cada participante para que após o seu preenchimento fosse colocado no envelope.

4. Direito à proteção contra o desconforto e prejuízo- baseia-se no princípio da beneficência, de forma a respeitar as regras de proteção das pessoas contra potenciais constrangimentos que possam advir da sua participação e, assim, as lesar. De forma a ser assegurado este direito, aos participantes era assegurada a sua liberdade de decisão pela sua participação ou não, sendo reforçado que a da sua atitude não resultaria qualquer tipo de constrangimento.

5. Direito ao tratamento justo e equitativo- antes, durante e após todo o processo investigacional, a todos os participantes assiste o direito a serem tratados de forma equitativa. O investigador informou sobre a natureza, duração e finalidade da investigação bem como dos métodos a utilizar no tratamento de dados.

III. FASE EMPÍRICA

De acordo com Fortin (2009), nesta fase deverá ser feita a colheita dos dados por parte do investigador no terreno, a sua organização e posterior análise estatística. A estatística vai permitir determinar se as relações observadas entre certas variáveis numa amostra são generalizáveis à população em estudo. É desta forma que o investigador vai colocar em prática o plano delineado na fase anterior.

Após terminada a análise dos resultados obtidos pela investigação, deve proceder-se à sua interpretação reportando-os ao quadro teórico ou concetual e sua posterior comunicação Fortin (2009).

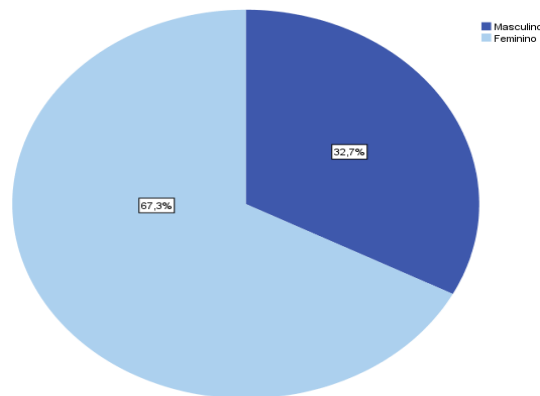
1. Apresentação, análise e interpretação dos dados

Para Fortin (2009), a análise descritiva de dados é realizada num contexto exploratório, sendo que para o investigador inicialmente o comportamento das variáveis em estudo e as suas respetivas relações lhe são desconhecidas. Segundo este é através da estatística descritiva que será possível descrever as características da amostra onde foram colhidos os dados e descrever os valores obtidos.

Fortin (2009), afirma ainda que “é conveniente apresentar os resultados da análise dos dados em quadros e figuras, porque estes dão uma informação clara e concisa.”

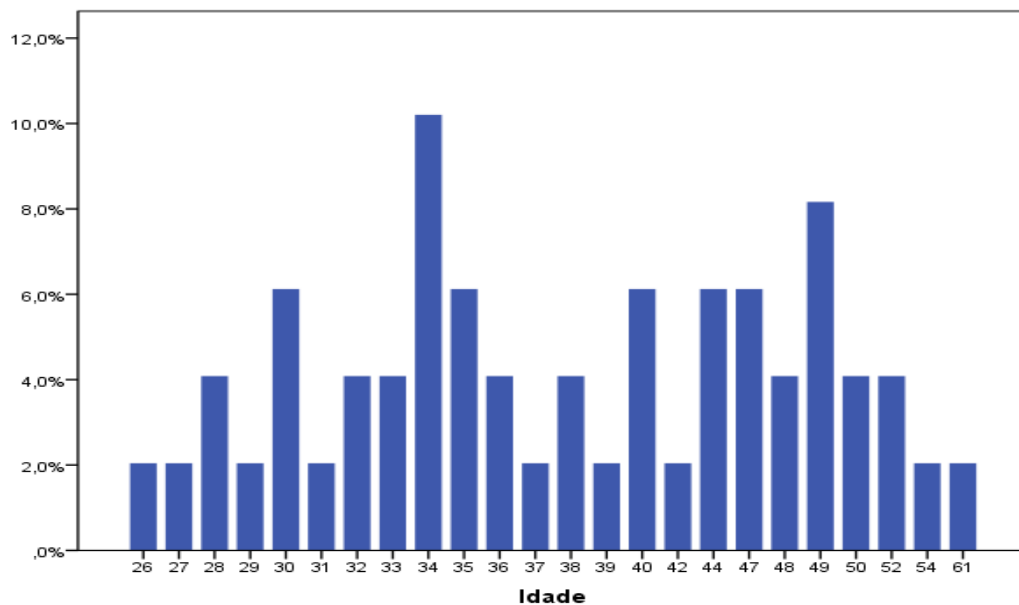
Apresentamos em seguida os gráficos com a caracterização da amostra dos respondentes, enfermeiros com um tempo de experiência profissional no mesmo serviço, igual ou superior a dois anos a exercer funções em diferentes serviços de estabelecimentos hospitalares no Norte do país.

Gráfico nº 1 - "Género".



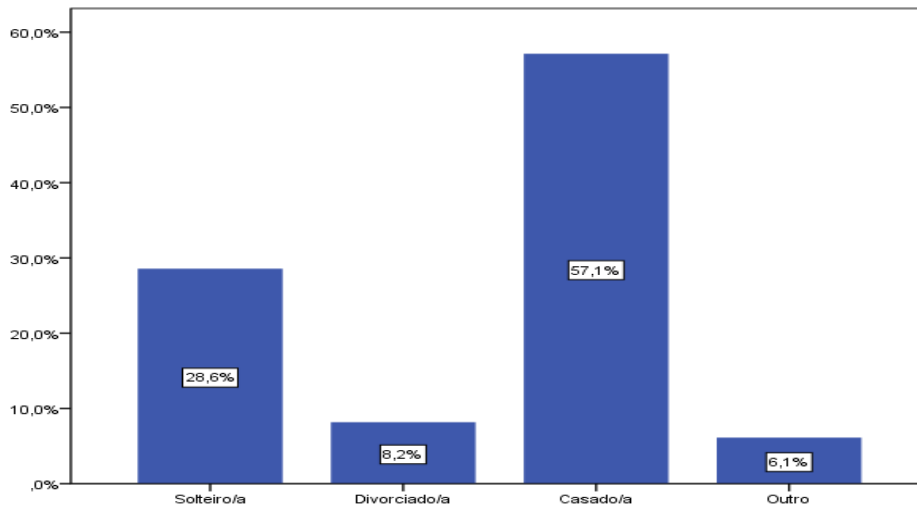
No que diz respeito ao género dos inquiridos verificou-se que a maioria 67,3 %, que corresponde a 33 Enfermeiros, são do sexo feminino e 32,7 %, 16 da amostra total de 49 enfermeiros são do sexo masculino.

Gráfico nº 2 - "Faixa etária".



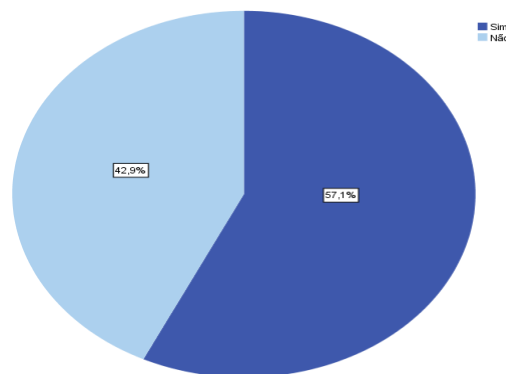
Relativamente à faixa etária dos inquiridos, verifica-se que a idade com maior prevalência foram os 34 anos com uma percentagem de 10,2 %, ou seja, 5 enfermeiros afirmaram ter essa idade, os 49 anos foram apontados por 4 enfermeiros, isto é 8,2 %, e com 6,1 %, ou seja, quinze dos inquiridos apresentaram as seguintes idades: 30, 35, 40, 44 e 47 anos.

Gráfico nº 3 - “Estado civil”.



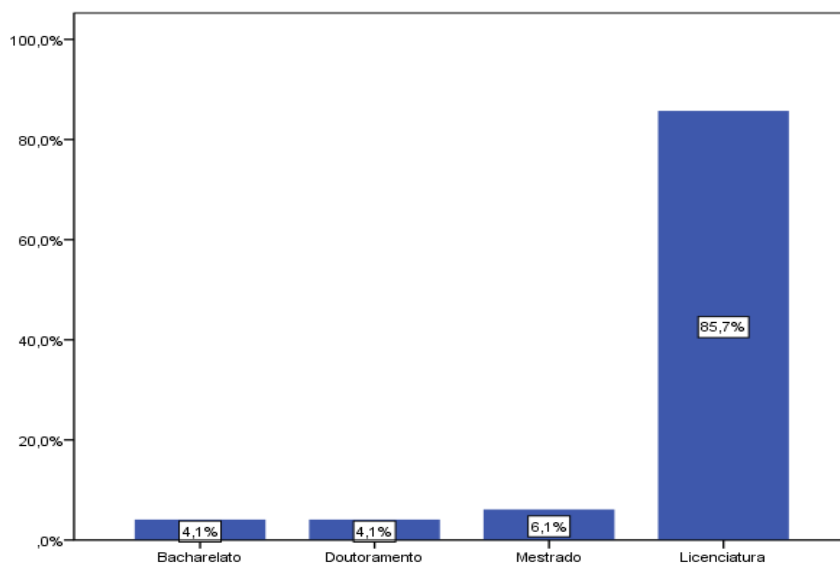
Relativamente ao estado civil dos 49 enfermeiros que constituíram a amostra, pudemos concluir que uma percentagem de 28,6%, ou seja, 14 enfermeiros, referiram estar solteiros. Com uma percentagem de 8,2%, (4) referiram ser divorciados. Mais de metade da amostra, uma percentagem de 57,1%, isto é, 28 enfermeiros, são casados. E uma percentagem de 6,1%, que corresponde a 3 enfermeiros referiram ter como estado civil outro que não seja solteiro/a, divorciado/a ou casado/a.

Gráfico nº 4 - “Filhos”.



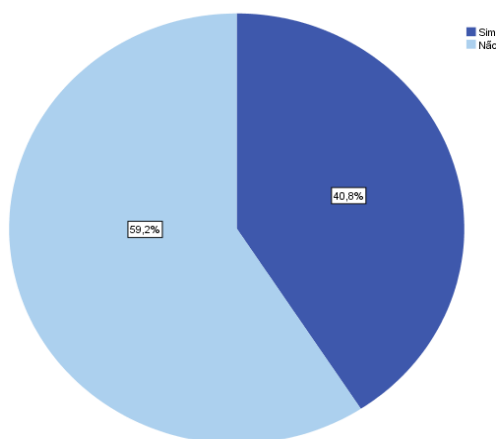
No que diz respeito à questão se os inquiridos têm filhos mais de metade afirmou ter filhos com uma percentagem de 57,1 %, (28 enfermeiros) e 42,9 % afirmaram não ter filhos, isto é, 21 enfermeiros.

Gráfico nº 5 – “Habilitações académicas”.



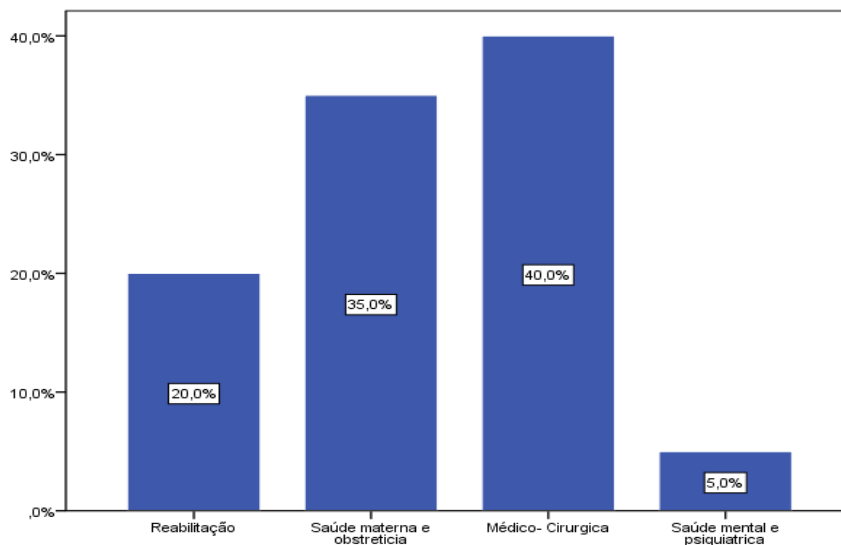
Relativamente às habilitações académicas de cada inquirido a grande maioria com uma percentagem de 85,7 %, (42 enfermeiros) têm licenciatura, 3 enfermeiros com uma percentagem de 6,1 %, referiram apresentar como habilitações académicas o mestrado, com uma percentagem de 4,1 %, dois enfermeiros referiram apresentar o doutoramento e outros dois com uma percentagem igualmente de 4,1 % o bacharelato.

Gráfico nº 6 – “Especialidade em Enfermagem”.



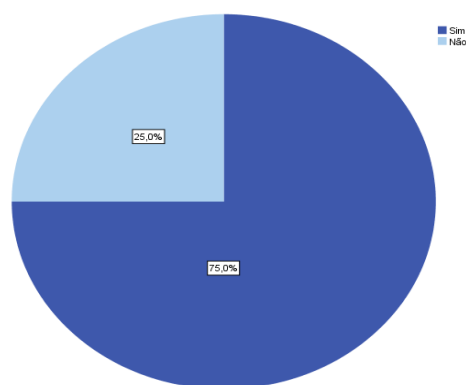
Relativamente à questão sobre se possuem ou não uma especialidade em Enfermagem, mais de metade da amostra 59,2%, 29 enfermeiros afirmaram não ter nenhuma especialidade e uma percentagem de 40,8%, 20 enfermeiros, afirmaram ter uma especialidade.

Gráfico nº 7 - “Área de Especialidade em Enfermagem”.



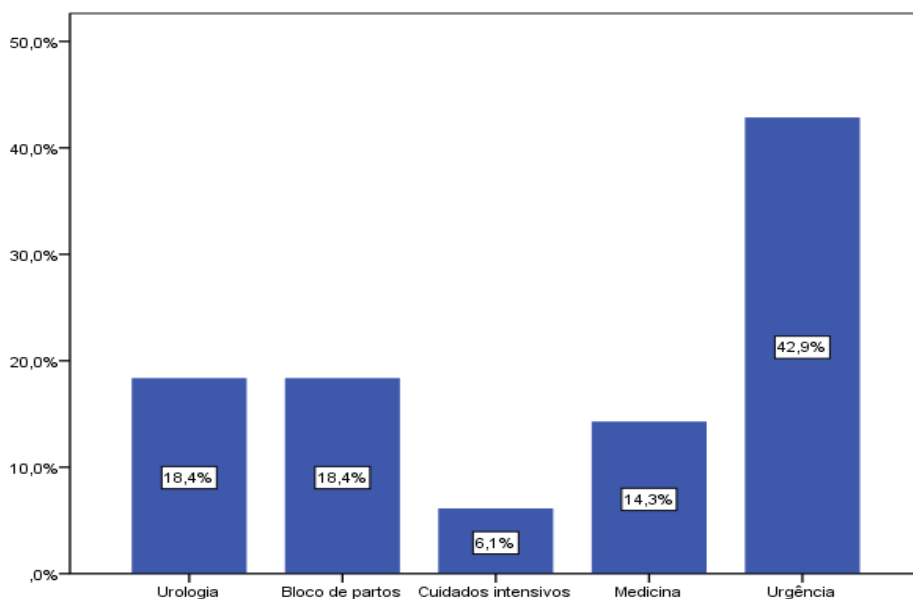
No que diz respeito à área de especialidade que cada enfermeiro apresenta foram identificadas quatro áreas distintas. Detentores da especialidade em reabilitação são 4 enfermeiros, cerca de 20,0 %, 7 enfermeiros possuem a especialidade em saúde materna e obstetrícia o que corresponde a 35,0 %, especialistas em enfermagem médico-cirúrgica são 8 enfermeiros uma percentagem de 40,0 %, e por fim a especialidade em saúde mental e psiquiátrica com 1 enfermeiro o que corresponde a 5,0 % da amostra.

Gráfico nº 8 - “Trabalha na área da sua especialização”.



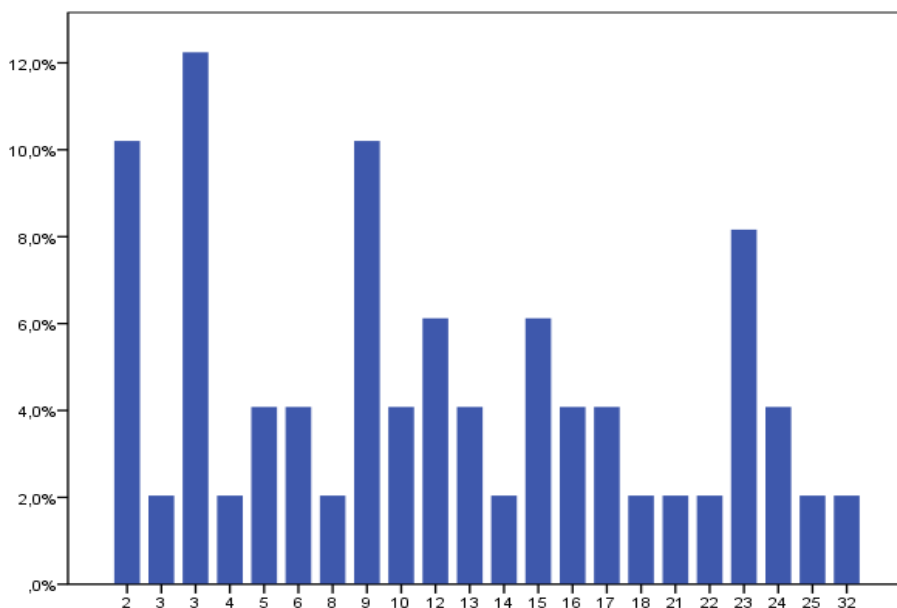
Dos enfermeiros que afirmaram possuir uma especialidade, 75,0 % (15), afirmaram trabalham na sua área de especialização e apenas 25,0 % (5) não trabalham na sua área de especialização.

Gráfico nº 9 - "Local onde exerce funções".



Relativamente ao local onde exercem funções foi possível identificar cinco serviços distintos, sendo que o serviço de urologia foi apontado por 18,4 % (9 enfermeiros) igual percentagem no bloco de partos, no serviço de cuidados intensivos trabalham 3 enfermeiros equivalente a uma percentagem de 6,1 % , já no serviço de medicina trabalham 7 enfermeiros com uma percentagem de 14,3 %, e o serviço que apresenta uma percentagem mais elevada é o serviço de urgência com 42,9 % (21 enfermeiros).

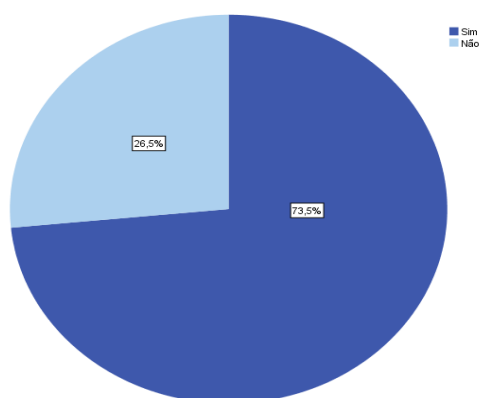
Gráfico nº 10 - "Tempo de serviço em anos no atual serviço".



Relativamente ao tempo em que cada inquirido trabalha no seu atual serviço obteve-se um intervalo de tempo compreendido entre os 2 e os 32 anos.

Como valores mais apontados de tempo de serviço foi possível identificar os 3 anos com uma percentagem de 12,2 % (6 enfermeiros) e os 2 e 9 anos, com uma percentagem de 10,2 %, cinco enfermeiros referiram trabalhar há 2 anos no seu atual serviço e cinco há 9 anos.

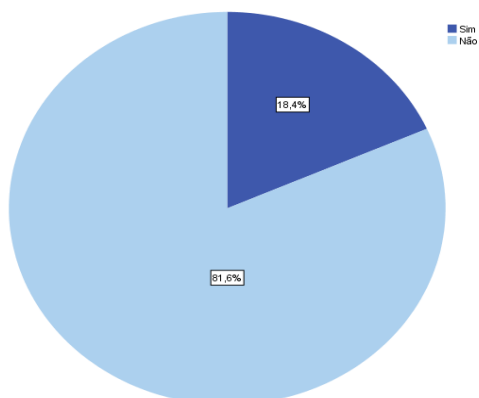
Gráfico n° 11 - "Satisfação com o seu serviço".



À questão que pretendia avaliar a satisfação dos inquiridos em relação ao serviço onde atualmente exercem funções, obtém-se uma percentagem maioritária de 73,5 %, isto é, 36 enfermeiros afirmaram estar satisfeitos com o seu local de trabalho.

Da amostra de 49 enfermeiros, 13 afirmaram não estar satisfeitos com o serviço onde atualmente exercem funções, com uma percentagem de 26,5 %.

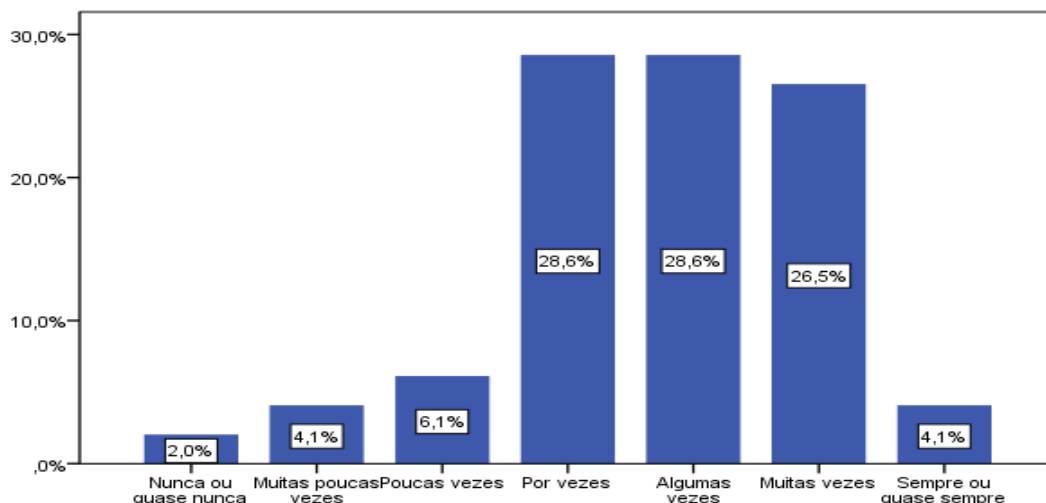
Gráfico n° 12 - "Exerce funções noutra local".



Relativamente ao facto de os inquiridos exercerem funções noutra local a grande maioria, 81,6%, 40 afirmaram não exercer funções noutra local e apenas 9, uma percentagem de 18,4% afirmaram exercer funções noutra local.

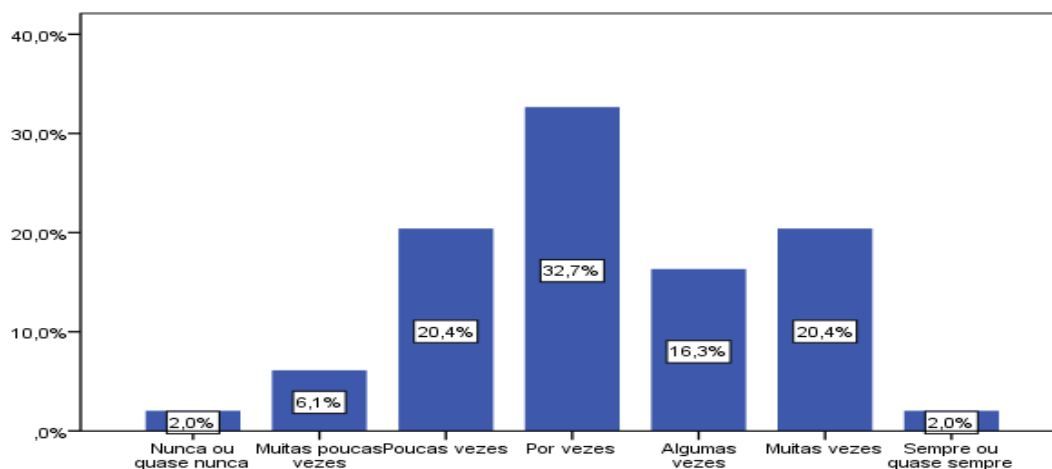
Finalizada a apresentação dos dados referentes à caracterização da amostra segue-se a apresentação gráfica dos resultados relativos aos itens da subescala dimensão fadiga física percebida pela totalidade da amostra.

Gráfico n° 13 - "Sinto-me cansado/a".



Relativamente à questão "Sinto-me cansado/a", verifica-se que 2,0% (1 inquirido) afirmou "sentir-se cansado/a" nunca ou quase nunca, com 4,1 % (2 inquiridos) muitas poucas vezes, com 6,1 % (3 inquiridos) poucas vezes, com 28,6 % (14 inquiridos) por vezes, igualmente com 28,6 % (14 inquiridos) algumas vezes, com 26,5 % (13 inquiridos) muitas vezes e por fim com 4,1% (2 inquiridos) afirmaram sentir-se cansado/a sempre ou quase sempre.

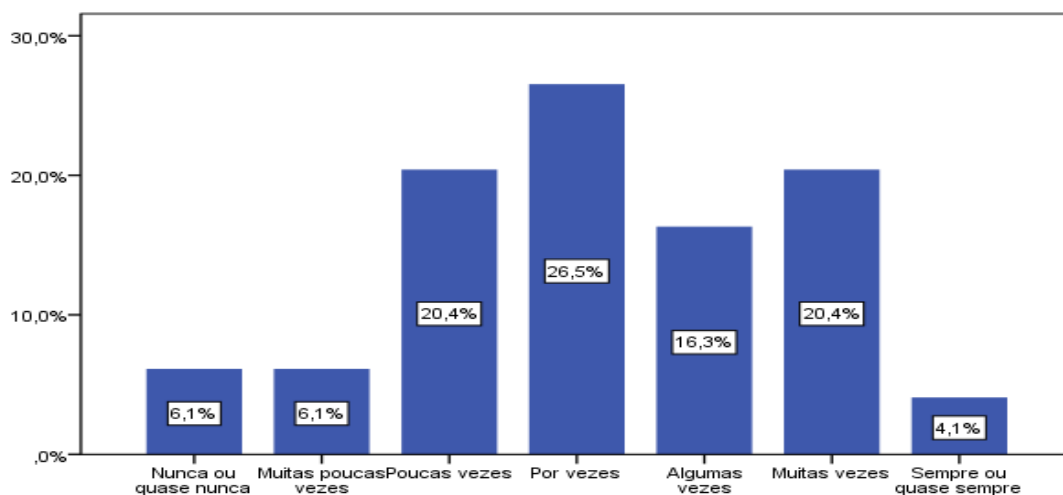
Gráfico n° 14 - "Ao acordar, sinto-me sem energia para ir trabalhar".



Relativamente à questão "Ao acordar, sinto-me sem energia para ir trabalhar", verifica-se que 2,0 % (1 inquirido) afirmou "Ao acordar, sinto-me sem energia para ir

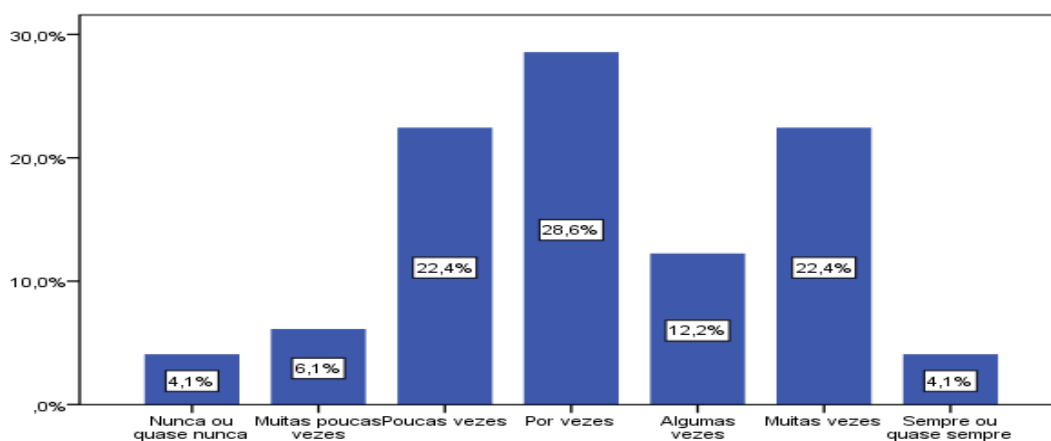
trabalhar” nunca ou quase nunca, com 6,1 % (3 inquiridos) muitas poucas vezes, com 20,4 % (10 inquiridos) poucas vezes, com 32,7 % (16 inquiridos) por vezes, com 16,3 % (8 inquiridos) algumas vezes, com 20,4 % (10 inquiridos) muitas vezes e por fim com 2,0 % (1 inquirido) afirmou ao acordar, sentir-se sem energia para ir trabalhar sempre ou quase sempre.

Gráfico nº 15 "Sinto-me fisicamente esgotado/a".



Relativamente à questão "Sinto-me fisicamente esgotado/a", verifica-se que 6,1 % (3 inquiridos) afirmaram “Sinto-me fisicamente esgotado/a” nunca ou quase nunca, com 6,1 % (3 inquiridos) muitas poucas vezes, com 20,4 % (10 inquiridos) poucas vezes, com 26,5 % (13 inquiridos) por vezes, com 16,3 % (8 inquiridos) algumas vezes, com 20,4 % (10 inquiridos) muitas vezes e por fim com 4,1 % (2 inquiridos) afirmaram sentir-se fisicamente esgotado/a sempre ou quase sempre.

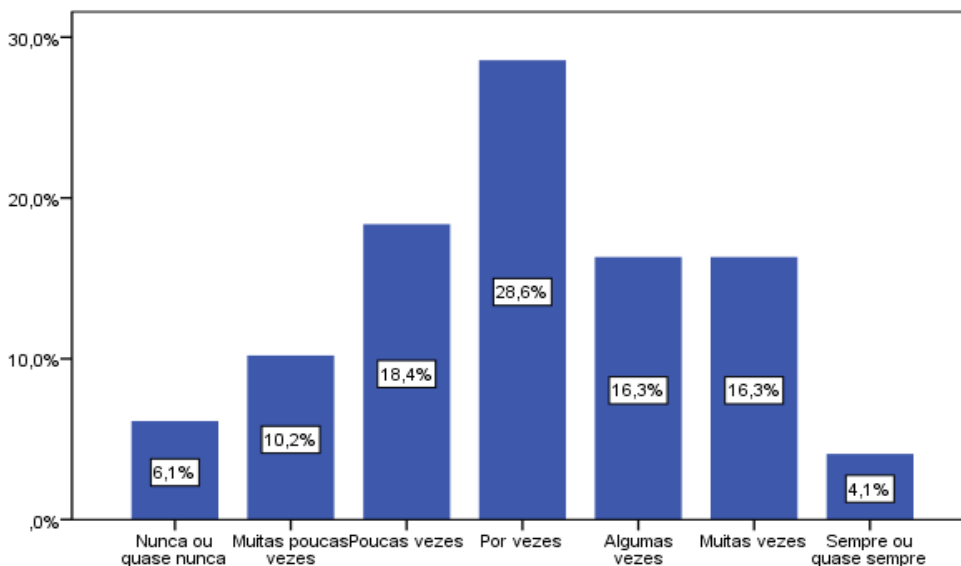
Gráfico nº 16 - "Sinto-me fatigado/a de trabalhar".



Relativamente à questão "Sinto-me fatigado/a de trabalhar", verifica-se que 4,1 % (2 inquiridos) afirmaram “Sinto-me fatigado/a de trabalhar” nunca ou quase nunca, com

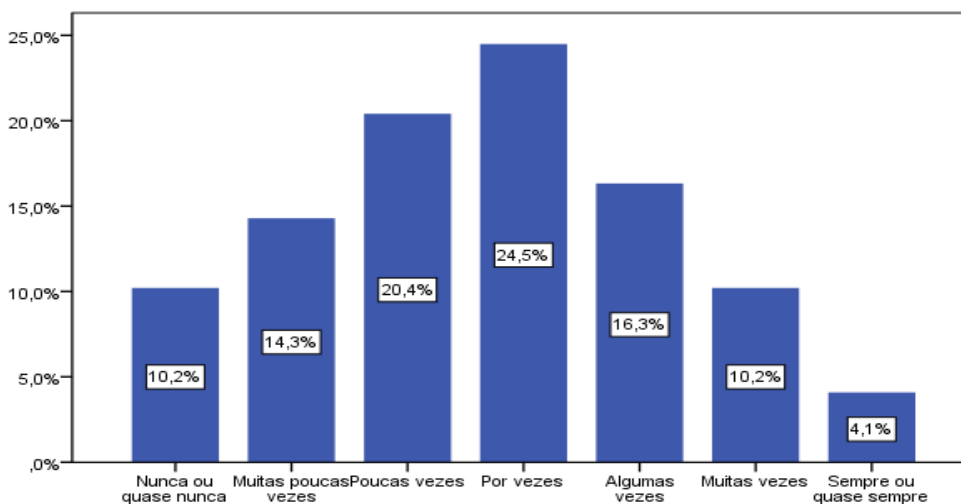
6,1 % (3 inquiridos) muitas poucas vezes, com 22,4 % (11 inquiridos) poucas vezes, com 28,6 % (14 inquiridos) por vezes, com 12,2 % (6 inquiridos) algumas vezes, com 22,4 % (11 inquiridos) muitas vezes e por fim com 4,1 % (2 inquiridos) afirmaram sentir-se fatigado/a de trabalhar sempre ou quase sempre.

Gráfico n° 17 - "Sinto-me como se estivesse sem "bateria".



Relativamente à questão " Sinto-me como se estivesse sem "bateria ", verifica-se que 6,1 % (3 inquiridos) afirmaram “Sinto-me como se estivesse sem "bateria” nunca ou quase nunca, com 10,2 % (5 inquiridos) muitas poucas vezes, com 18,4 % (9 inquiridos) poucas vezes, com 28,6 % (14 inquiridos) por vezes, com 16,3 % (8 inquiridos) algumas vezes, com 16,3 % (8 inquiridos) muitas vezes e por fim com 4,1% (2 inquiridos) afirmaram sentir-se como se estivessem sem “bateria” sempre ou quase sempre.

Gráfico n° 18 - "Sinto-me sem forças".



Relativamente à questão " Sinto-me sem forças ", verifica-se que 10,2 % (5 inquiridos) afirmaram "Sinto-me sem forças" nunca ou quase nunca, com 14,3 % (7 inquiridos) muitas poucas vezes, com 20,4 % (10 inquiridos) poucas vezes, com 24,5 % (12 inquiridos) por vezes, com 16,3 % (8 inquiridos) algumas vezes, com 10,2 % (5 inquiridos) muitas vezes e por fim com 4,1 % (2 inquiridos) afirmaram sentir-se sem força sempre ou quase sempre.

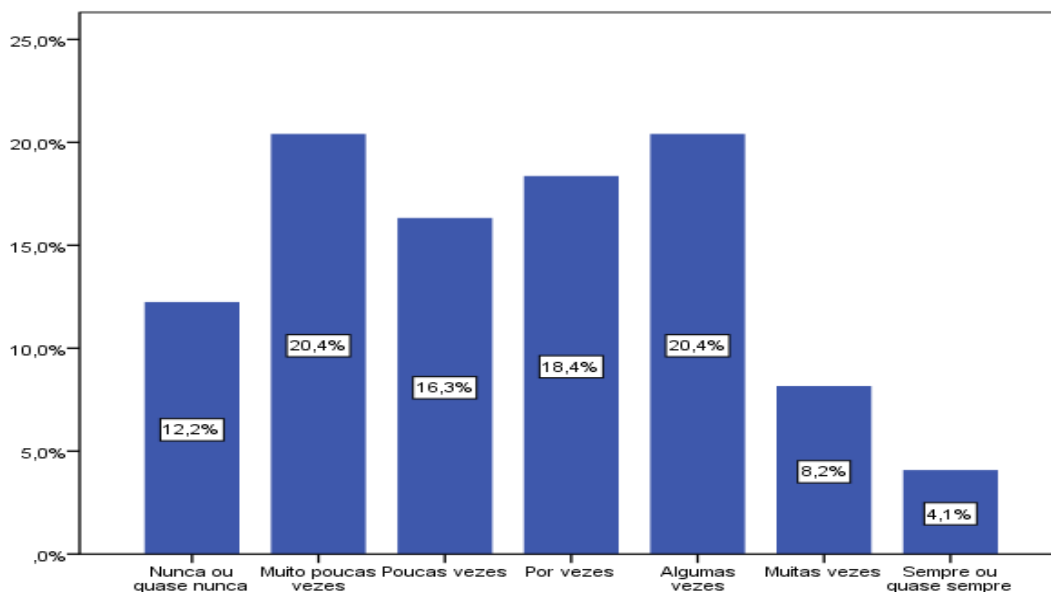
Para melhor visualização apresenta-se uma tabela com um resumo dos valores referentes à dimensão fadiga física na totalidade da amostra.

Tabela nº 1- "Fadiga física".

	Sinto-me cansado/a	Ao acordar, sinto-me sem energia para ir trabalhar	Sinto-me fisicamente esgotado/a	Sinto-me fatigado/a de trabalhar	Sinto-me como se estivesse sem "bateria"	Sinto-me sem forças
N Válido	49	49	49	49	49	49
Ausente	0	0	0	0	0	0
Média	4,73	4,24	4,18	4,22	4,04	3,69
Média fadiga física						4,18

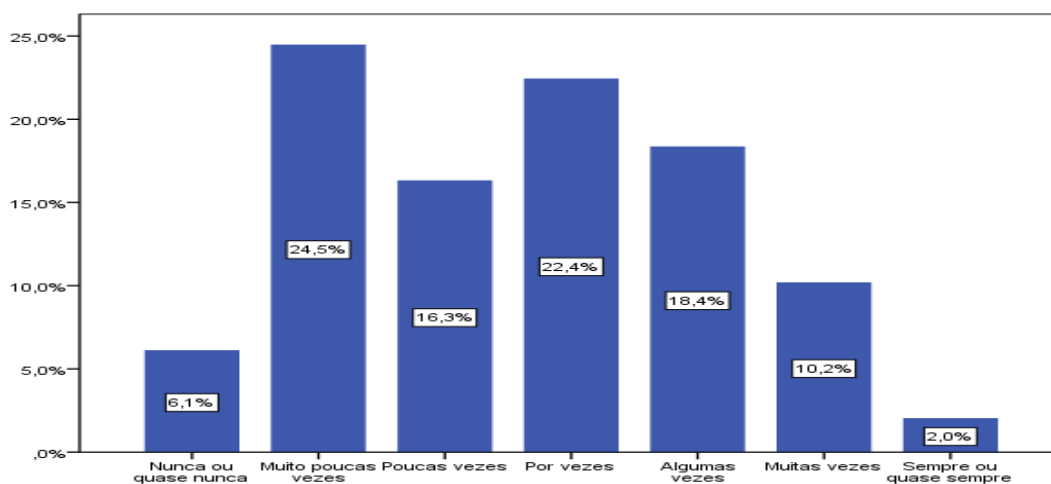
Representação gráfica dos resultados relativos aos itens da subescala dimensão exaustão emocional percecionada pela totalidade da amostra.

Gráfico nº 19 - "Sinto lentidão na minha capacidade de pensar".



Relativamente à questão "Sinto lentidão na minha capacidade de pensar", verifica-se que 12,2 % (6 inquiridos) afirmaram "Sinto lentidão na minha capacidade de pensar" nunca ou quase nunca, com 20,4 % (10 inquiridos) a referir muitas poucas vezes, com 16,3 % (8 inquiridos) poucas vezes, com 18,4 % (9 inquiridos) por vezes, com 20,4 % (10 inquiridos) algumas vezes, com 8,2 % (4 inquiridos) muitas vezes e por fim com 4,1 % (2 inquiridos) afirmaram sentir lentidão na sua capacidade de pensar sempre ou quase sempre.

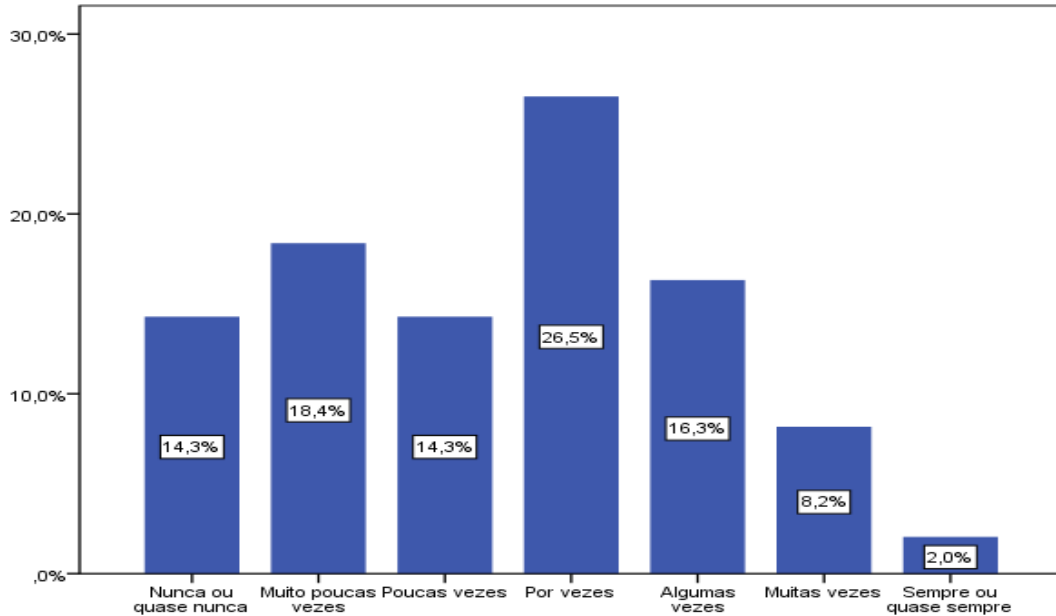
Gráfico nº 20 - "Tenho dificuldades em concentrar-me".



Relativamente à questão "Tenho dificuldade em concentrar-me", verifica-se que 6,1 % (3 inquiridos) afirmaram "Tenho dificuldade em concentrar-me" nunca ou quase nunca, com 24,5 % (12 inquiridos) muitas poucas vezes, com 16,3 % (8 inquiridos)

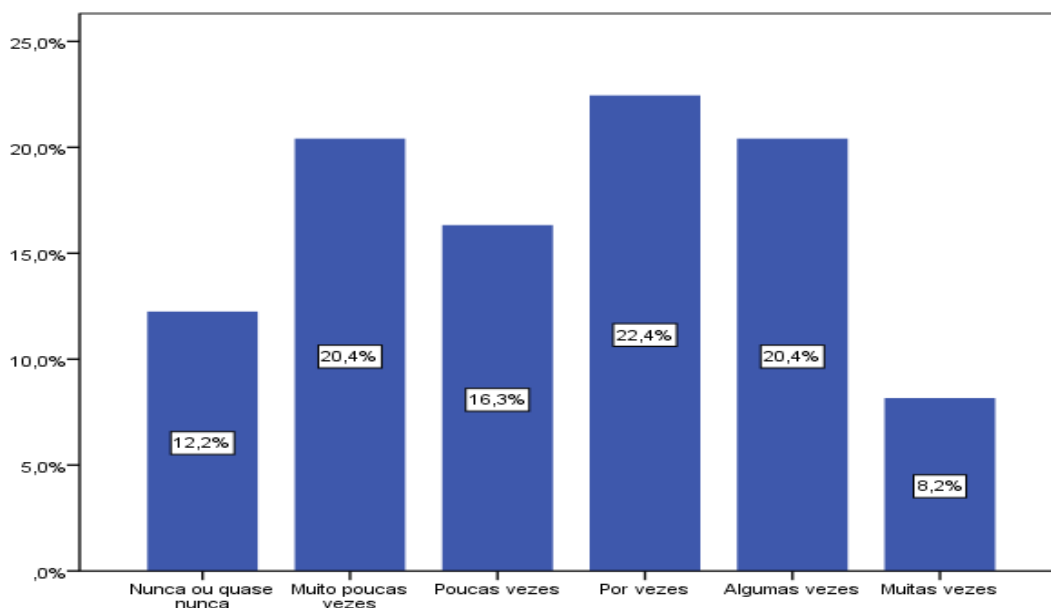
poucas vezes, com 22,4 % (11 inquiridos) por vezes, com 18,4 % (9 inquiridos) algumas vezes, com 10,2 % (5 inquiridos) muitas vezes e por fim com 2,0 % (1 inquiridos) afirmou sentir dificuldade em concentrar-se sempre ou quase sempre.

Gráfico n° 21 - "Sinto que não consigo pensar com clareza".



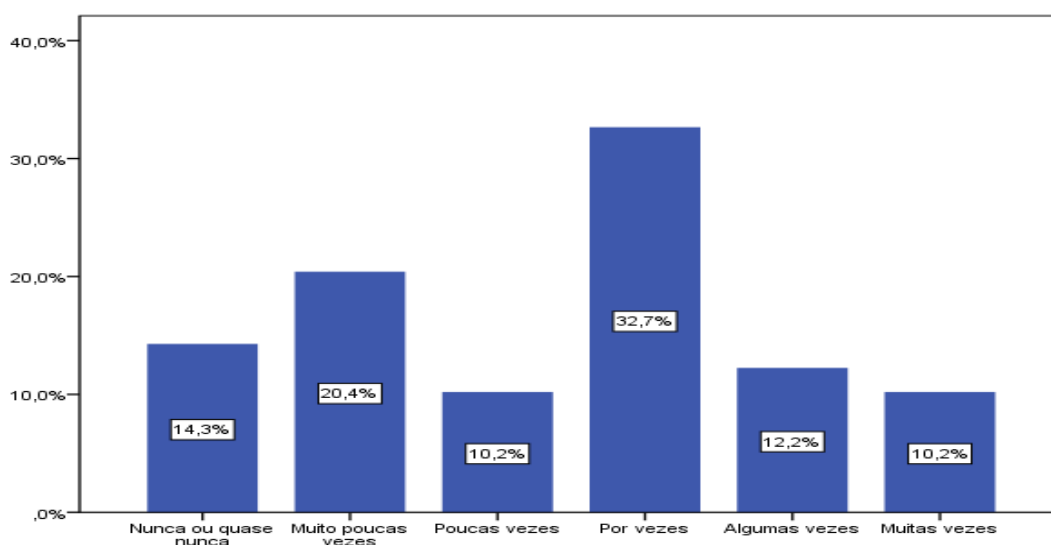
Relativamente à questão "Sinto que não consigo pensar com clareza", verifica-se que 14,3 % (7 inquiridos) afirmaram “Sinto que não consigo pensar com clareza” nunca ou quase nunca, com 18,4 % (9 inquiridos) muitas poucas vezes, com 14,3 % (7 inquiridos) poucas vezes, com 26,5 % (13 inquiridos) por vezes, com 16,3 % (8 inquiridos) algumas vezes, com 8,2 % (4 inquiridos) muitas vezes e por fim com 2,0 % (1 inquiridos) afirmou sentir que não consegue pensar com clareza sempre ou quase sempre.

Gráfico nº 22 - "Sinto que não consigo concentrar-me no que penso".



Relativamente à questão "Sinto que não consigo concentrar-me no que penso", verifica-se que 12,2 % (6 inquiridos) afirmaram “Sinto que não consigo concentrar-me no que penso” nunca ou quase nunca, com 20,4 % (10 inquiridos) muitas poucas vezes, com 16,3 % (8 inquiridos) poucas vezes, com 22,4 % (11 inquiridos) por vezes, com 20,4 % (10 inquiridos) algumas vezes e com 8,2 % (4 inquiridos) muitas vezes e por fim com 0% (0 inquiridos) afirmaram sentir que não consegue concentrar-se no que pensa sempre ou quase sempre.

Gráfico nº 23 - “Tenho dificuldades em pensar sobre coisas complexas/ difíceis”.



Relativamente à questão "Tenho dificuldades em pensar sobre coisas complexas/ difíceis", verifica-se que 14,3 % (7 inquiridos) afirmaram “Tenho dificuldades em pensar

sobre coisas complexas/ difíceis” nunca ou quase nunca, com 20,4 % (10 inquiridos) muitas poucas vezes, com 10,2 % (5 inquiridos) poucas vezes, com 32,7 % (16 inquiridos) por vezes, com 12,2 % (6 inquiridos) algumas vezes, com 10,2 % (5 inquiridos) muitas vezes e por fim com 0% (0 inquiridos) afirmaram sentir dificuldade em pensar sobre coisas complexas/ difíceis sempre ou quase sempre.

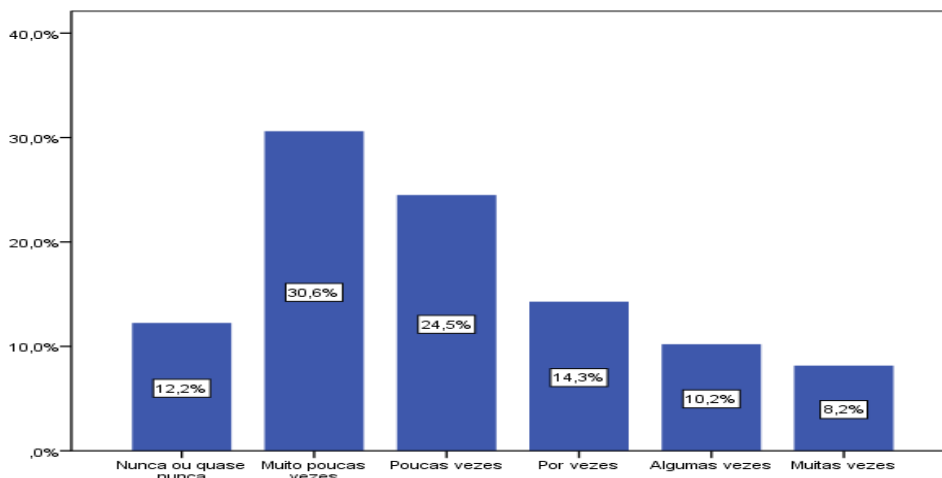
Para melhor visualização apresenta-se uma tabela com um resumo dos valores referentes à dimensão fadiga cognitiva percecionada pela totalidade da amostra.

Tabela nº 2 - "Fadiga cognitiva".

	Sinto lentidão na minha capacidade de pensar	Tenho dificuldades em concentrar-me	Sinto que não consigo pensar com clareza	Sinto que não consigo concentrar-me no que penso	Tenho dificuldades em pensar sobre coisas complexas/difíceis
N Válido	49	49	49	49	49
Ausente	0	0	0	0	0
Média	3,55	3,61	3,45	3,43	3,39
Média fadiga cognitiva	3,49				

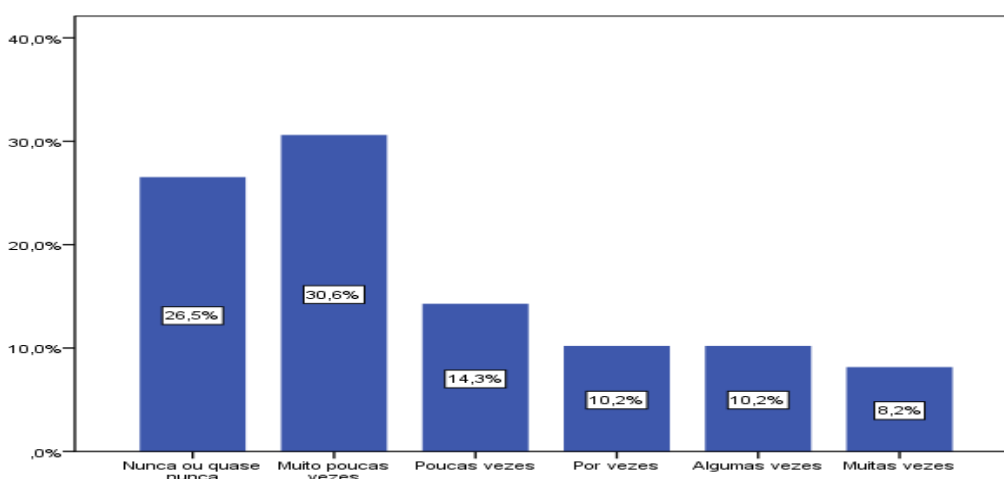
Representação gráfica dos resultados relativos aos itens da subescala dimensão exaustão emocional percecionada pela totalidade da amostra.

Gráfico nº 24 - "Sinto-me incapaz de ser sensível às necessidades dos outros (ex.: colegas de trabalho, clientes, etc.)".



Relativamente à questão " Sinto-me incapaz de ser sensível às necessidades dos outros (ex.: colegas de trabalho, clientes, etc.) ", verifica-se que 12,2 % (6 inquiridos) afirmaram "Sinto-me incapaz de ser sensível às necessidades dos outros (ex.: colegas de trabalho, clientes, etc.)" nunca ou quase nunca, com 30,6 % (15 inquiridos) muitas poucas vezes, com 24,5 % (12 inquiridos) poucas vezes, com 14,3 % (7 inquiridos) por vezes, com 10,2 % (5 inquiridos) algumas vezes, com 8,2 % (4 inquiridos) muitas vezes e por fim com 0% (0 inquiridos) afirmaram sentir-se incapaz de ser sensível às necessidades dos outros (ex.: colegas de trabalho, clientes, etc.) sempre ou quase sempre.

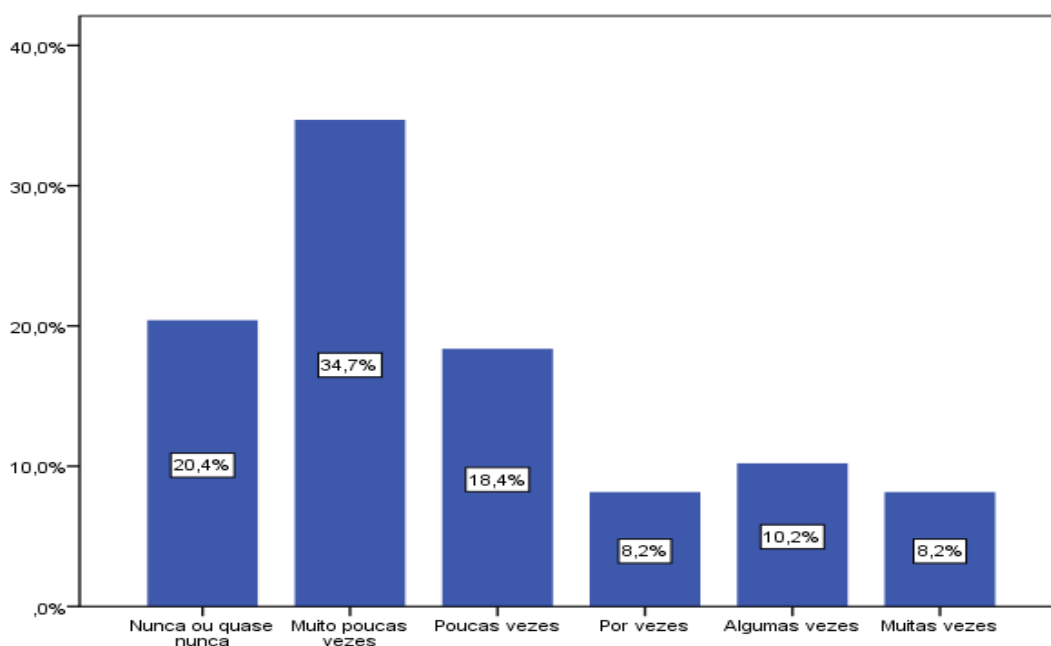
Gráfico nº 25 - "Sinto-me incapaz de ter uma boa relação com os outros (ex.: colegas de trabalho, clientes, etc.)".



Relativamente à questão " Sinto-me incapaz de ter uma boa relação com os outros (ex.: colegas de trabalho, clientes, etc.)", verifica-se que 26,5 % (13 inquiridos) afirmaram "Sinto-me incapaz de ter uma boa relação com os outros (ex.: colegas de trabalho,

clientes, etc.)” nunca ou quase nunca, com 30,6 % (15 inquiridos) muitas poucas vezes, com 14,3 % (7 inquiridos) poucas vezes, com 10,2 % (5 inquiridos) por vezes, com 10,2 % (5 inquiridos) algumas vezes, com 8,2 % (4 inquiridos) muitas vezes e por fim com 0% (0 inquiridos) afirmaram sentir-se incapaz de ter uma boa relação com os outros (ex.: colegas de trabalho, clientes, etc.) sempre ou quase sempre.

Gráfico nº 26 - “Sinto-me incapaz de ser simpático/a com os outros (ex.: colegas de trabalho, clientes, etc.) ”.



Relativamente à questão " Sinto-me incapaz de ser simpático/a com os outros (ex.: colegas de trabalho, clientes, etc.) ", verifica-se que 20,4 % (10 inquiridos) afirmaram “Sinto-me incapaz de ser simpático/a com os outros (ex.: colegas de trabalho, clientes, etc.)” nunca ou quase nunca, com 34,7 % (17 inquiridos) muitas poucas vezes, com 18,4 % (9 inquiridos) poucas vezes, com 8,2 % (4 inquiridos) por vezes, com 10,2 % (5 inquiridos) algumas vezes, com 8,2 % (4 inquiridos) muitas vezes e por fim com 0% (0 inquiridos) afirmaram sentir-se incapaz de ser simpático/a com os outros (ex.: colegas de trabalho, clientes, etc.) sempre ou quase sempre.

Tabela com um resumo dos valores referentes à dimensão exaustão emocional percebida pela totalidade da amostra.

Tabela nº 3 - "Exaustão emocional"

		Sinto-me incapaz de ser sensível às necessidades dos outros (Ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	Sinto-me incapaz de ter uma boa relação com os outros (Ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	Sinto-me incapaz de ser simpático/a com os outros (Ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)
N	Válido	49	49	49
	Ausente	0	0	0
	Média	3,04	2,71	2,78
Média exaustão emocional				2,84

Apresentação de tabela com a média das três subescalas

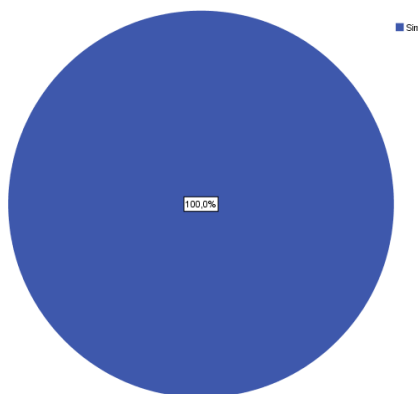
Tabela nº 4 - "Média fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional".

Dimensão	Média
Fadiga física	4,18
Fadiga cognitiva	3,49
Exaustão emocional	2,84
Fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional	3,50

A média das três dimensões da síndrome de *burnout*, permite concluir que a amostra total dos 49 enfermeiros não apresenta valores indicadores de sentimentos de *burnout*, uma vez que, segundo A. Rui Gomes (2012) seria necessário obter um valor igual ou superior a cinco, tal não foi verificado uma vez que se obteve um valor final de 3,50.

Para melhor compreensão das diferentes percepções de síndrome de Burnout apresentada pelos enfermeiros que compõem a amostra do estudo e de modo a pretender conhecer se o tipo de serviço e a satisfação no serviço influenciam a percepção de Burnout apresentam-se os dados discriminados por serviço.

Gráfico nº 27 - "Satisfação com o Serviço de Urologia".



Relativamente à questão que pretendia avaliar a satisfação dos inquiridos em relação ao serviço onde atualmente exercem funções, Serviço de Urologia, obtém-se uma percentagem de 100,0 %, isto é, os 9 enfermeiros desse serviço afirmaram estar satisfeitos com o seu local de trabalho.

RESULTADOS RELATIVOS À DIMENSÃO FADIGA FÍSICA

Tabela nº 5- “Fadiga física Serviço Urologia”.

	Sinto-me cansado/a	Ao acordar, sinto-me sem energia para ir trabalhar	Sinto-me fisicamente esgotado/a	Sinto-me fatigado/a de trabalhar	Sinto-me como se estivesse sem “bateria”	Sinto-me sem forças
N Válido	9	9	9	9	9	9
Ausente	1	1	1	1	1	1
Média	5,44	5,33	5,56	5,67	5,44	5,33
Média fadiga física						5,46

RESULTADOS RELATIVOS À DIMENSÃO FADIGA COGNITIVA

Tabela nº 6 - "Fadiga cognitiva - Serviço Urologia".

	Sinto lentidão na minha capacidade de pensar	Tenho dificuldades em concentrar-me	Sinto que não consigo pensar com clareza	Sinto que não consigo concentrar-me no que penso	Tenho dificuldades em pensar sobre coisas complexas/difíceis
N Válido	9	9	9	9	9
Ausente	1	1	1	1	1
Média	5,22	5,22	5,22	5,00	5,11
Média fadiga cognitiva	5,15				

RESULTADOS RELATIVOS À DIMENSÃO EXAUSTÃO EMOCIONAL

Tabela nº 7 - "Exaustão emocional- Serviço Urologia"

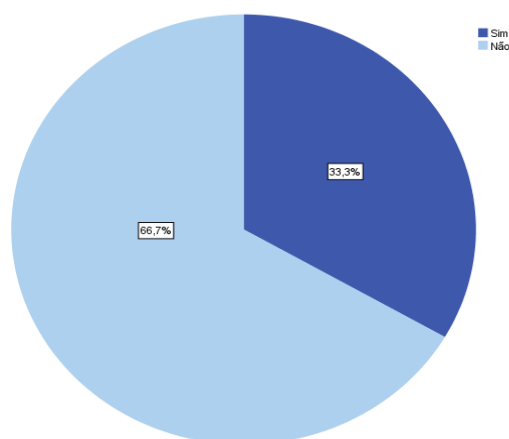
	Sinto-me incapaz de ser sensível às necessidades dos outros (Ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	Sinto-me incapaz de ter uma boa relação com os outros (Ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	Sinto-me incapaz de ser simpático/a com os outros (Ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)
N Válido	9	9	9
Ausente	1	1	1
Média	4,89	4,78	4,78
Média exaustão emocional	4,82		

Tabela nº 8- “Média fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional- Serviço Urologia”.

Dimensão	Média
Fadiga física	5,46
Fadiga cognitiva	5,15
Exaustão emocional	4,82
Fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional	5,14

No serviço de Urologia a média obtida das três dimensões da síndrome de *burnout*, de 5,14 permite concluir que a amostra de 9 enfermeiros deste serviço apresentam valores indicadores de sentimentos de *burnout*, uma vez que, segundo A. Rui Gomes (2012) para que isso aconteça é necessário obter um valor igual ou superior a cinco.

Gráfico nº 28 - "Satisfação com o serviço Bloco de Partos".



Relativamente à questão que pretendia avaliar a satisfação dos inquiridos em relação ao serviço onde exercem funções, Bloco de Partos, obtém-se uma percentagem de 66,7 %, isto é, os 6 enfermeiros desse serviço afirmaram não estar satisfeitos com o seu local de trabalho.

E apenas 3 enfermeiros afirmaram estar satisfeitos com o serviço onde atualmente exercem funções, com uma percentagem de 33,3 %.

RESULTADOS RELATIVOS À DIMENSÃO FADIGA FÍSICA

Tabela nº 9- “Fadiga física- Serviço Bloco de Partos”.

	Sinto-me cansado/a	Ao acordar, sinto-me sem energia para ir trabalhar	Sinto-me fisicamente esgotado/a	Sinto-me fatigado/a de trabalhar	Sinto-me como se estivesse sem “bateria”	Sinto-me sem forças
N Válido	9	9	9	9	9	9
Ausente	1	1	1	1	1	1
Média	3,89	3,89	3,56	3,22	3,11	2,89
Média fadiga física						3,43

RESULTADOS RELATIVOS À DIMENSÃO FADIGA COGNITIVA

Tabela nº 10 - "Fadiga cognitiva- Serviço Bloco de Partos".

	Sinto lentidão na minha capacidade de pensar	Tenho dificuldades em concentrar-me	Sinto que não consigo pensar com clareza	Sinto que não consigo concentrar-me no que penso	Tenho dificuldades em pensar sobre coisas complexas/difíceis
N Válido	9	9	9	9	9
Ausente	1	1	1	1	1
Média	2,78	2,78	2,67	2,67	2,56
Média fadiga cognitiva					2,69

RESULTADOS RELATIVOS À DIMENSÃO EXAUSTÃO EMOCIONAL

Tabela nº 11 - "Exaustão emocional- Serviço Bloco de Partos"

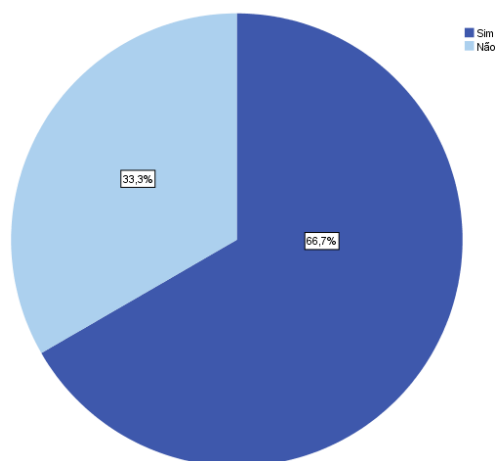
	Sinto-me incapaz de ser sensível às necessidades dos outros (Ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	Sinto-me incapaz de ter uma boa relação com os outros (Ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	Sinto-me incapaz de ser simpático/a com os outros (Ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)
N Válido	9	9	9
Ausente	1	1	1
Média	2,33	2,11	2,22
Média exaustão emocional	2,22		

Tabela nº 12 - "Média fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional- Serviço Bloco de Partos".

Dimensão	Média
Fadiga física	3,43
Fadiga cognitiva	2,69
Exaustão emocional	2,22
Fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional	2,78

No serviço bloco de partos a média das três dimensões da síndrome de *burnout*, permite concluir que a amostra total dos 9 enfermeiros não apresenta valores indicadores de sentimentos de *burnout*, uma vez que, segundo A. Rui Gomes (2012) seria necessário obter um valor igual ou superior a cinco, tal não foi verificado uma vez que se obteve um valor final de 2,78, estes valores parecem-nos contraditórios pois comumente considera-se e existem estudos que o demonstram que a insatisfação no serviço potencia o aparecimento de sentimentos de Burnout o que não é o caso deste serviço em particular.

Gráfico n° 29 - "Satisfação com o serviço de Cuidados Intensivos".



Relativamente à questão que pretendia avaliar a satisfação dos inquiridos em relação ao serviço onde atualmente exercem funções, Serviço de Cuidados Intensivos, obteve-se uma percentagem de 66,7 %, isto é, 2 enfermeiros desse serviço afirmaram estar satisfeitos com o seu local de trabalho.

Apenas 1 enfermeiro da amostra de 3 enfermeiros deste serviço afirmaram não estar satisfeitos com o serviço onde atualmente exercem funções, com uma percentagem de 33,3 %.

RESULTADOS RELATIVOS À DIMENSÃO FADIGA FÍSICA

Tabela n° 13- “Fadiga física- Serviço Cuidados Intensivos”.

	Sinto-me cansado/a	Ao acordar, sinto-me sem energia para ir trabalhar	Sinto-me fisicamente esgotado/a	Sinto-me fatigado/a de trabalhar	Sinto-me como se estivesse sem “bateria”	Sinto-me sem forças
N Válido	3	3	3	3	3	3
Ausente	1	1	1	1	1	1
Média	6,00	4,67	6,00	5,67	5,67	4,67
Média fadiga física						5,45

RESULTADOS RELATIVOS À DIMENSÃO FADIGA COGNITIVA

Tabela nº 14 - "Fadiga cognitiva- Serviço Cuidados Intensivos".

	Sinto lentidão na minha capacidade de pensar	Tenho dificuldades em concentrar-me	Sinto que não consigo pensar com clareza	Sinto que não consigo concentrar-me no que penso	Tenho dificuldades em pensar sobre coisas complexas/difíceis
N Válido	3	3	3	3	3
Ausente	1	1	1	1	1
Média	5,00	5,00	5,33	5,33	4,67
Média fadiga cognitiva	5,07				

RESULTADOS RELATIVOS À DIMENSÃO EXAUSTÃO EMOCIONAL

Tabela nº 15 - "Exaustão emocional- Serviço Cuidados Intensivos"

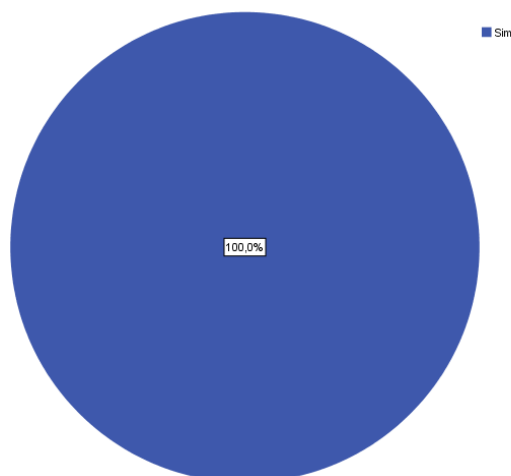
	Sinto-me incapaz de ser sensível às necessidades dos outros (Ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	Sinto-me incapaz de ter uma boa relação com os outros (Ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	Sinto-me incapaz de ser simpático/a com os outros (Ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)
N Válido	3	3	3
Ausente	1	1	1
Média	4,00	3,33	3,33
Média exaustão emocional	3,55		

Tabela nº 16 - "Média fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional- Serviço Cuidados Intensivos".

Dimensão	Média
Fadiga física	5,45
Fadiga cognitiva	5,07
Exaustão emocional	3,55
Fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional	4,69

No serviço de cuidados intensivos a média das três dimensões da síndrome de *burnout*, permite concluir que a amostra de 3 enfermeiros não apresenta valores indicadores de sentimentos de *burnout*, uma vez que, segundo A. Rui Gomes (2012) seria necessário obter um valor igual ou superior a cinco, tal não foi verificado uma vez que se obteve um valor final de 4,69.

Gráfico n° 30 - "Satisfação com o serviço de Medicina".



Relativamente à questão que pretendia avaliar a satisfação dos inquiridos em relação ao serviço onde atualmente exercem funções no serviço de Medicina obtém-se uma percentagem de 100,0 %, isto é, os 7 enfermeiros desse serviço afirmaram estar satisfeitos com o seu local de trabalho.

RESULTADOS RELATIVOS À DIMENSÃO FADIGA FÍSICA

Tabela n° 17- “Fadiga física- Serviço de Medicina”.

	Sinto-me cansado/a	Ao acordar, sinto-me sem energia para ir trabalhar	Sinto-me fisicamente esgotado/a	Sinto-me fatigado/a de trabalhar	Sinto-me como se estivesse sem “bateria”	Sinto-me sem forças
N Válido	7	7	7	7	7	7
Ausente	1	1	1	1	1	1
Média	4,86	4,14	4,00	3,86	3,71	3,71
Média fadiga física						4,05

RESULTADOS RELATIVOS À DIMENSÃO FADICA COGNITIVA

Tabela nº 18- "Fadiga cognitiva- Serviço de Medicina".

	Sinto lentidão na minha capacidade de pensar	Tenho dificuldades em concentrar-me	Sinto que não consigo pensar com clareza	Sinto que não consigo concentrar-me no que penso	Tenho dificuldades em pensar sobre coisas complexas/difíceis
N Válido	7	7	7	7	7
Ausente	1	1	1	1	1
Média	3,43	3,71	3,57	3,71	3,71
Média fadiga cognitiva	3,63				

RESULTADOS RELATIVOS À DIMENSÃO EXAUSTÃO EMOCIONAL

Tabela nº 19- "Exaustão emocional- Serviço de Medicina"

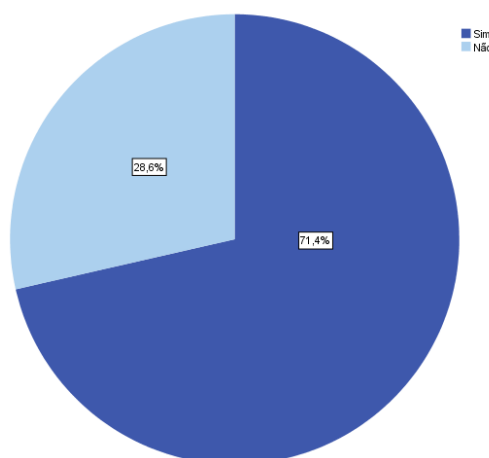
	Sinto-me incapaz de ser sensível às necessidades dos outros (Ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	Sinto-me incapaz de ter uma boa relação com os outros (Ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	Sinto-me incapaz de ser simpático/a com os outros (Ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)
N Válido	7	7	7
Ausente	1	1	1
Média	3,29	3,29	3,43
Média exaustão emocional	3,34		

Tabela nº 20 - "Média fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional- Serviço de Medicina".

Dimensão	Média
Fadiga física	4,05
Fadiga cognitiva	3,63
Exaustão emocional	3,34
Fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional	3,67

No serviço de medicina a média das três dimensões da síndrome de *burnout*, permite concluir que a amostra de 7 enfermeiros não apresenta valores indicadores de presença de sentimentos de *burnout*, uma vez que, segundo A. Rui Gomes (2012) seria necessário obter um valor igual ou superior a cinco, tal não foi verificado uma vez que se obteve um valor final de 3,67.

Gráfico nº 31 - "Satisfação com o Serviço de Urgência".



Relativamente à questão que pretendia avaliar a satisfação dos inquiridos em relação ao serviço onde atualmente exercem funções, Serviço de Urgência, obtém-se uma percentagem de 71,4 %, isto é, 15 enfermeiros desse serviço afirmaram estar satisfeitos com o seu local de trabalho.

Da amostra de 21 enfermeiros, 6 afirmaram não estar satisfeitos com o serviço onde atualmente exercem funções, com uma percentagem de 28,6 %.

RESULTADOS RELATIVOS À DIMENSÃO FADIGA FÍSICA

Tabela nº 21- “Fadiga física- Serviço Urgência”.

	Sinto-me cansado/a	Ao acordar, sinto-me sem energia para ir trabalhar	Sinto-me fisicamente esgotado/a	Sinto-me fatigado/a de trabalhar	Sinto-me como se estivesse sem “bateria”	Sinto-me sem forças
N Válido	21	21	21	21	21	21
Ausente	0	0	0	0	0	0
Média	4,57	3,90	3,67	3,95	3,71	3,19
Média fadiga física						3,83

RESULTADOS RELATIVOS À DIMENSÃO FADIGA COGNITIVA

Tabela nº 22- " Fadiga cognitiva- Serviço Urgência".

	Sinto lentidão na minha capacidade de pensar	Tenho dificuldades em concentrar-me	Sinto que não consigo pensar com clareza	Sinto que não consigo concentrar-me no que penso	Tenho dificuldades em pensar sobre coisas complexas/difíceis
N Válido	21	21	21	21	21
Ausente	0	0	0	0	0
Média	3,00	3,05	2,71	2,71	2,71
Média fadiga cognitiva					2,84

RESULTADOS RELATIVOS À DIMENSÃO EXAUSTÃO EMOCIONAL

Tabela nº 23- "Exaustão emocional- Serviço Urgência"

	Sinto-me incapaz de ser sensível às necessidades dos outros (Ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	Sinto-me incapaz de ter uma boa relação com os outros (Ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	Sinto-me incapaz de ser simpático/a com os outros (Ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)
N Válido	21	21	21
Ausente	0	0	0
Média	2,33	1,81	1,86
Média exaustão emocional	2,00		

Tabela nº 24 - "Média fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional- Serviço Urgência".

Dimensão	Média
Fadiga física	3,83
Fadiga cognitiva	2,84
Exaustão emocional	2,00
Fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional	2,89

No serviço de urgência a média das três dimensões da síndrome de *burnout*, permite concluir que a amostra total dos 21 enfermeiros não apresenta valores indicadores de presença de sentimentos de *burnout*, uma vez que, segundo A. Rui Gomes (2012) seria necessário obter um valor igual ou superior a cinco, tal não foi verificado uma vez que se obteve um valor final de 2,89.

2. Discussão dos resultados

Para Fortin (2009), a “simples apresentação dos resultados não é suficiente. É necessário apreciá-los.” (...) “o investigador examina os principais resultados da investigação ligando-os ao problema, às questões ou às hipóteses. Confronta os resultados obtidos com os de outros trabalhos de investigação. O investigador deve justificar a sua interpretação dos resultados, assim como as conclusões a que levaram as comparações estabelecidas com outros estudos científicos.”

O estudo foi realizado a partir de uma amostra da qual fizeram parte 49 enfermeiros que exercem funções em hospitais na zona norte do país, dos quais 9 exercem funções no serviço de Urologia, 9 no serviço de bloco de partos, 2 no serviço de cirurgia, 3 nos cuidados intensivos, 7 no serviço de medicina e 21 no serviço de urgência.

Quanto à caracterização da amostra verificou-se que 67,3 % dos inquiridos são do sexo feminino e 32,7 % são do sexo masculino, já em 2010, 81% dos profissionais de enfermagem em Portugal eram do sexo feminino (Instituto Nacional de Estatística, 2011: 155), tal como os autores Rios- Castilho et all. (2010), referem a enfermagem é uma profissão tradicionalmente feminina.

No que respeita ao estado civil verifica-se que 57,1 % dos inquiridos são casados/as, 28,6 % solteiros/as e 8,2 % divorciados/as.

Quanto às suas habilitações literárias 85,7 % possui a licenciatura em enfermagem, 4,1 % bacharelato ou doutoramento e 6,1 % o mestrado. 59,2 % não apresenta uma especialidade e 40,8 % apresenta em especialidade em enfermagem.

No que ao tempo de exercício profissional respeita, a grande maioria trabalha no seu atual serviço há dois ou mais anos, critério de inclusão definido para o presente estudo.

Importante sublinhar que mais de metade da amostra 73,5 % está satisfeita com o seu local de trabalho permitindo concluir que esse fator contribui para os baixos níveis de Burnout identificados na amostra total. Obteve-se um valor de 3,50 numa escala de 0 a 7 para sentimentos de burnout.

De referir também e passível de reflexão neste e em futuros estudos, embora não fossem objetivos específicos, é o facto de a maioria dos Enfermeiros que integram esta amostra com uma percentagem de 81,6 % (40 enfermeiros) estar a trabalhar só num local e a exercer funções na área da sua especialidade uma percentagem de 75,0 % (15 enfermeiros), o que pode explicar os resultados.

Era expectável, para a autora, que fossem observadas diferenças muito significativas nas três dimensões, avaliadas pelo instrumento Medida de Burnout de Shirom- Melamed que avaliou os níveis de burnout experienciados pelos 49 enfermeiros que constituíram a amostra, nos diferentes serviços. Porém, as diferenças encontradas não apresentaram grande significância estatística. De salientar que na amostra total a fadiga física foi a dimensão que apresentou um valor mais elevado com uma média de 4,18 %, a fadiga cognitiva apresentou um valor de 3,49 % e a dimensão que apresentou um valor mais baixo com 2,84 % foi a exaustão emocional. Tal como no estudo realizado por Rabaça (2008) em enfermeiros dos serviços de Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular (serviços de internamento) e os enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e da Unidade de Cuidados Intensivos da Urgência do Hospital de S. João – Porto, não se encontraram diferenças significativas. Apesar do SI ter valores superiores de Burnout, não podemos concluir que se trata do grupo que sofre mais de Burnout.

Num estudo realizado em 2012 junto de enfermeiros a exercer funções no centro de atendimento da saúde 24 com base na revisão bibliográfica realizada nesse projeto também era expectável que os resultados fossem diferentes pelo facto de os enfermeiros que desempenham funções na Saúde 24 trabalharem em prestação de serviços em regime de acumulação de funções com outras instituições de saúde, o que implica um maior desgaste físico, psicológico e emocional, do que outros enfermeiros que trabalham num único local.

Ainda acerca da fadiga física (4,18%), a afirmação “Sinto-me cansado/a” apresentou uma maior média de cerca de 4,73% em que 28,6 % (14 inquiridos) afirmou sentir-se cansado por vezes e igualmente com 28,6 % (14 inquiridos) algumas vezes, apontando este fator como o maior provocador de sentimentos de Burnout ao nível da fadiga física

No que respeita à fadiga cognitiva importa referir que o sentimento mais apontado pelos enfermeiros foi “Tenho dificuldades em concentrar-me.” com uma média de 3,61%, em que 18,4 % (9 inquiridos) afirmou ter dificuldades em concentrar-se algumas vezes, com 10,2 % (5 inquiridos) muitas vezes e com 2,0 % (1 inquiridos) sempre ou quase sempre.

A dimensão que menos afetou os sentimentos de Burnout na amostra de 49 enfermeiros foi a exaustão emocional (2,84 %), que afirmaram com uma média de 3,04 % " Sinto-me incapaz de ser sensível às necessidades dos outros (ex.: colegas de trabalho, clientes, etc.) " . O que vai de encontro ao estudo realizado a enfermeiros a exercer funções no centro de atendimento da saúde 24, (2012) a amostra apresenta ausência de *burnout* e no que respeita à exaustão emocional apesar do resultado obtido se situar no nível médio, a maioria das respostas situa-se dentro do score baixo desta dimensão.

Da análise posterior dos dados pelos cinco serviços foi possível retirar algumas conclusões que importam ressaltar. O serviço que apresentou valores mais elevados e indicativos de sentimentos de Burnout foi o serviço de Urologia, com um valor médio das três dimensões de 5,14, que segundo A. Rui Gomes (2012), autor do instrumento Medida de Burnout de Shirom- Melamed um valor igual ou superior a cinco pode indicar problemas nesse domínio.

Muito embora a satisfação com o serviço de Urologia seja de 100 %, os 9 enfermeiros afirmaram estar satisfeitos a exercer funções nesse serviço, a dimensão fadiga física é a que apresenta uma média mais elevada de 5,46 %, sendo que o sentimento mais apontado pelos enfermeiros de urologia com uma percentagem de 5,67 % foi “ Sinto-me fatigado/a de trabalhar” mais de metade dos inquiridos apresenta este sentimento “muitas vezes” (55,6 % - 5 inquiridos).

Foi também no serviço de Urologia que se obteve uma média mais elevada no que respeita à fadiga cognitiva de 5,15 % sendo que os sentimentos mais apontado pelos enfermeiros de desse serviço com uma percentagem de 5,22 % foram “Sinto lentidão na minha capacidade de pensar”, “Tenho dificuldades em concentrar-me “e “ Sinto que não consigo pensar com clareza” respetivamente. Valores que nos permitem concluir que

existem problemas neste domínio afetando o bom desempenho das suas funções como enfermeiros.

Por fim no que respeita à exaustão emocional foi também no serviço de urologia que se obteve uma percentagem mais elevada comparativamente aos restantes serviços com 4,82 %, tendo sido o sentimento mais apontado o “Sinto-me incapaz de ser sensível às necessidades dos outros (Ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)”, 3 inquiridos com 33,3 % afirmaram sentir-se assim “muitas vezes”.

Também o serviço do bloco de partos permitiu retirar conclusões com interesse, cerca de 66,7 % mais de metade dos enfermeiros desse serviço (6 enfermeiros) afirmaram não estar satisfeitos com o serviço onde exercem funções e apenas 33,3 % (3 enfermeiros) afirmaram estar satisfeitos. O que se revela uma incongruência aquando da análise dos dados do instrumento da Medida de Burnout de Shirom- Melamed obtidos nesse mesmo serviço, uma vez que se obteve um valor médio das três dimensões por ele avaliado de apenas 2,78.

Na dimensão fadiga física neste serviço obteve-se uma percentagem de 3,43% tendo os sentimentos “Sinto-me cansado/a” e “Ao acordar sinto-me sem energia para ir trabalhar” com uma percentagem de 3,89 % os mais apontados.

Já a exaustão emocional que poderia ser afetada pelo facto de uma percentagem de 66,7% não estar satisfeito com o serviço onde exerce funções, como referido acima, pudesse revelar valores que nos levassem a concluir que existissem problemas neste domínio não foi o que aconteceu, uma vez que se obteve uma percentagem de apenas 2,22%.

Em resposta à questão será que a satisfação dos Enfermeiros com o serviço influencia os níveis de Burnout na dimensão fadiga física, cognitiva e emocional dos cinco serviços onde os enfermeiros que constituem a amostra exercem funções no serviço de cuidados intensivos, medicina e urgência mais de metade da amostra estava satisfeita com o seu serviço o que se traduziu em valores de fadiga física, cognitiva e exaustão emocional não indicadores de problemas nesse domínio. Com exceção ao serviço de urologia em que 100 % da amostra estava satisfeita com o seu serviço, mas os valores das

três dimensões já se revelaram indicadores de problemas nesses domínios. Situação contrária foi possível verificar no serviço Bloco de partos em que 66,7% da amostra não estava satisfeita com o seu local de trabalho, mas os valores obtidos nas três dimensões não se revelaram indicadores de problemas nesses domínios. Dessa forma, com a análise destes dados não é possível afirmar que a satisfação dos Enfermeiros com o serviço influencie os níveis de Burnout na dimensão fadiga física, cognitiva e exaustão emocional.

Em resposta à questão qual será a dimensão de Burnout com nível mais elevado, em cada um dos serviços onde os enfermeiros desempenham funções, foi possível concluir que nos cinco serviços que constituíram a amostra em todos os serviços a dimensão fadiga física foi a que obteve níveis mais elevados de Burnout. Tendo sido o serviço de urologia seguido do serviço de cuidados intensivos que obtiveram níveis de Burnout mais elevado de fadiga física., tal como afirmou Christofolletti (2009), o ambiente hospitalar em que os profissionais de saúde vivem diariamente faz com que sejam submetidos a uma carga de stress excessiva, que vai causar uma deterioração gradual do seu bem-estar, da sua qualidade de vida, saúde física e psicológica.

Por fim é possível concluir que a maioria da amostra total de 49 enfermeiros não apresentou valores indicadores da síndrome de burnout, após análise detalhada pelos cinco serviços que constituíram a amostra, o único serviço onde se verificaram valores indicadores da síndrome de *burnout*, foi o serviço de urologia apesar da totalidade dos enfermeiros desse serviço estejam satisfeitos com o seu local de trabalho. É também possível afirmar que a fadiga física é a dimensão que mais afeta os enfermeiros, foi no serviço de urologia e cuidados intensivos que se obtiveram valores de 5,46 e 5,45 respetivamente, valores esses que indicam problemas nesse domínio.

CONCLUSÃO

Dada por terminada esta investigação é agora possível afirmar que esta se revelou num enorme contributo ao nível da formação no que respeita à área de investigação.

Face à situação atualmente vivida no mundo provocada pela pandemia do Covid-19 este estudo acabou por abordar uma problemática que se agravou bastante no decorrer desta pandemia, elevando bastante os níveis de burnout nos enfermeiros. A investigação desta temática deverá ser um contributo para melhor estudar e aliviar o nível de Burnout a que os enfermeiros diariamente são sujeitos e, por conseguinte, melhorar os cuidados por estes prestados.

Através de toda a consulta bibliográfica feita ao longo desta investigação, foi possível concluir que a síndrome de burnout é classificado como uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização, e realização pessoal, que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham com outras pessoas.” (Maslach, Jackson e Leiter, 1996). Esta síndrome é característica de profissões que implicam o cuidar dos outros, tal como os enfermeiros o fazem, tornando-se num grupo de risco pelo contacto diário com o sofrimento, a morte e a preocupação constante com os doentes.

O objetivo delineado para este estudo conhecer os níveis de Burnout, nas dimensões física, cognitiva e emocional, sentidos pelos enfermeiros nos serviços onde desempenham funções, permitiu afirmar que a dimensão fadiga física foi a que apresentou níveis mais elevados de Burnout nos cinco serviços onde os 49 enfermeiros que constituíram a amostra exercem funções, o que se compreende pois são conhecidas as dotações insuficientes de Enfermeiros no nosso país.

Ao longo da elaboração das diferentes etapas inerentes a um projeto de investigação a maior dificuldade encontrada foi a inexperiência na área da investigação. Certa da importância que a investigação tem na área da saúde, neste trabalho em concreto na área de enfermagem este foi elaborado com bastante empenho e gosto na ânsia de que futuramente este possa ser visto como ponto de partida e de motivação para novos estudos realizados nesta área tão importante para a saúde dos enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, A. et alii. (2019). *Depressão entre Profissionais de Enfermagem no Contexto Hospitalar: Uma Revisão de Literatura*. Disponível em <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190805_073050.pdf > [Consultado a 23/03/2020].

Bakker, A. (2014). *Chronic job burnout and daily functioning: A theoretical analysis*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213058614000096>> [Consultado a 5/11/2019].

CHAN, B.K., LAI, G., KO, C.Y., & BOEY, K. W. - *Work stress among six professional groups: The Singapore experience*. (2000) [Em linha]. Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10741577/> > [Consultado a 17/03/2020].

Cardoso, H., Batista, M., Sousa, D., Júnior, E. (2017). *Síndrome de burnout: Análise da literatura nacional entre 2006 e 2015*. [Em linha]. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572017000200007 > [Consultado a 17/03/2020].

Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª ed.) Coimbra. [Consultado a 10/10/2019].

Costa, S. (2018). *Síndrome de Burnout em Profissionais de Enfermagem*. [Em linha]. Disponível em <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem> > [Consultado a 15/04/2020].

Carlotto, M. S. (2011). *Fatores de risco da síndrome de burnout em técnicos de enfermagem*. [Em linha]. Disponível em <

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200003> [Consultado a 29/03/2020].

Delbrouck, M. (2003). *Síndrome de exaustão (burnout)*. Manuais Universitários 1 n.47 Climepsi Editores.

FONSECA, A. (2012). *Saúde do trabalhador: A violência sofrida pelo profissional de enfermagem em emergência hospitalar*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.unirio.br/ppgenf/dissertacoes/dissertacoes-ppgenf-unirio-ano-2012/dissertacao-ana-paula-lobes-abreu-fonseca>> [Consultado a 17/03/2020].

Fortin, F. (2009). *O processo de investigação*. Lisboa, Lusodidacta. Loures: Lusodidacta. [Consultado a 10/11/2019].

Fortin, F. (2009). *O processo de investigação: da conceção à realização*. (2ª edição). Loures Lusociência. [Consultado a 10/11/2019].

Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência [Consultado a 10/11/2019].

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. Aveiro: UA Editora. [Consultado a 10/11/2019].

GOMES, R. et alii. *Stresse, "Burnout", Saúde Física, satisfação e Realização em Profissionais de saúde: Análise das Diferenças em Função do Sexo, Estado Civil e Agregado familiar*. [Em linha]. Disponível em <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7824/1/2-Actas-Enfermeiros-Fam%20adlia.pdf>> [Consultado a 15/04/2020].

Gomes, A. (2012). *Medida de “Burnout” de Shirom-Melamed (MBSM)*. Disponível em <https://www.psi.uminho.pt/pt/CIPsi/Unidades_Investigacao/ARDH-GI/PublishingImages/Paginas/Burnout_Esgotamento/Medida%20de%20Burnout.pdf> [Consultado a 05/11/2019].

Hilton, M., Whiteford A: *Interacting with the public as a risk factor for employee psychological distress*. [Em linha]. Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20653982/>> [Consultado a 17/03/2020].

Manual de Estilo de Elaboração de Trabalhos Científicos. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ufp.pt>> [Consultado a 10/11/2019].

Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*. (3^ªed). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press,

Marôco, J. et alii. (2016). *Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional*. Disponível em <<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6460/4534>> [Consultado a 30/03/2020].

Martins, M. (2006). *Situações indutoras de stress no trabalho dos Enfermeiros em ambiente hospitalar*. Em linha]. Disponível em <<http://www.ipv.pt/millennium/Millennium28/18.htm>> [Consultado a 5/11/2019].

Meira, C., Botas, T., Mendes, A. (2017). *Burnout em Enfermeiros Portugueses: uma Revisão Integrativa*. Disponível em <<http://www.rpso.pt/burnout-enfermeiros-portugueses-revisao-integrativa/>> [Consultado a 20/05/2020].

Nogueira, C. et alii. (2016). *Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência*. [Em linha]. Disponível em

<http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1864/1/Carlos_Nogueira.pdf >
[Consultado a 29/03/2020].

Pinto, A. (2009). *Maslach Burnout Inventory (MBI) - Human Services Survey. Tradução a partir da versão original (Maslach et al., 1996)*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. [Consultado a 10/11/2019].

Poli, D. Beck, C. Hungler, B., (2004) *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. (5ª ed.) Porto Alegre. Artmed Editora. [Consultado a 10/11/2019].

Rabaça, L. (2008). *O Burnout nos Enfermeiros: Estudo Comparativo entre Enfermeiros de Internamento e Enfermeiros de Unidades de Cuidados Intensivos, do Hospital de S. João – Porto*. Disponível em < <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/135>> [Consultado a 20/05/2020].

Ribas, C. (2010). *Síndrome de Burnout em Profissionais de Saúde: Uma Abordagem Bioética num Estudo Preliminar*. Disponível em < <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9464/3/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Pedro%20Sim%C3%B5es.pdf>> [Consultado a 30/03/2020].

Ribeiro, J (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. (3). Oliveira de Azeméis, Portugal. [Consultado a 5/11/2019].

Santos, E. (2018). *A Era do Burnout*. [Em linha]. Disponível em <https://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/gv_v17n2_ce2.pdf > [Consultado a 20/03/2020].

Santos, R. (2015). *Burnout: um estudo em profissionais de saúde*. Disponível em < <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/10513>> [Consultado a 30/03/2020].

Silva, A., Sanchez, G., Mambrini, N., Oliveira, M. (2019). *Predictor variables for burnout among nursing professionals*. [Em linha]. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/330074413_Predictor_variables_for_burnout_among_nursing_professionals> [Consultado a 17/03/2020].

Simões, P. (2012). *Burnout dos enfermeiros nos serviços de saúde em Portugal*. Disponível em <<https://run.unl.pt/bitstream/10362/9464/3/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Pedro%20Sim%C3%B5es.pdf>> [Consultado a 30/03/2020].

Suzuki, E et alii. (2008). Factors affecting Rapid Turnover of Novice Nurses in University Hospitals: A two year longitudinal study. *Japan Journal of Nursing Science*. Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19689764/>> [Consultado a 30/03/2020].

Schaufeli, W. et alii. *Burnout and engagement in university students: A cross-national study*. [Em linha]. Disponível em <<https://psycnet.apa.org/record/2002-04040-003>> [Consultado a 17/03/2020].

STAINES, R. (2009). *An end to violence? Nursing Times. United Kingdom* [Em linha]. Disponível em <<http://www.nursingtimes.net/whats-new-in-nursing/acute/an-end-to-violence/5001440.article>> [Consultado a 5/11/2019].

Vara, N. *Burnout e satisfação no trabalho em bombeiros que trabalham na área da emergência pré-hospitalar*. [Em linha]. Disponível em <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/88975/2/169361.pdf>> [Consultado a 17/03/2020].

Vasconcellos, I. et alii. (2012). *Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do Serviço de Pronto Atendimento Hospitalar*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/24.pdf>>. [Consultado a 15/04/2020].

Vieira, I., Ramos A. *Burnout na Clínica Psiquiátrica: relato de um caso*. [Em linha]. Disponível em <https://www.academia.edu/8967733/Burnout_na_cl%C3%ADnica_psiqui%C3%A1trica_relato_de_um_caso> [Consultado a 17/03/2020].

ANEXOS

Anexo 1- Questionário

O meu nome é Ana Carolina Loureiro Soares e sou finalista da licenciatura em Enfermagem da UFP. Este questionário faz parte dum projeto de investigação que me encontro a desenvolver no âmbito da Licenciatura, intitulado “Síndrome de Burnout em Enfermeiros”

O questionário é constituído por duas partes: uma de caracterização socioprofissional e outra constituída pelo instrumento Medida de Burnout de Shirom-Melamed (MBSM) adaptado para a população portuguesa por A. Rui Gomes (2012)

A sua participação que muito agradeço é de carácter voluntário. Os dados recolhidos para o presente estudo são estritamente confidenciais e de uso exclusivo, salvaguardando-se que a identificação dos participantes nunca será tomada pública.

Parte I

Com esta parte do questionário, pretendem-se conhecer alguns aspetos sociodemográficos que caracterizam a amostra.

Instruções: Por favor assinale com um (X) a opção correta.

1. Género

Masculino

Feminino

2. Idade

_____ (Anos)

3. Estado Civil:

Solteiro/a

Casado/a

Outro

Divorciado/a

Viúvo/a

4. Tem filhos:

Sim

Não

5. Habilitações Académicas

Bacharelato

Mestrado

Doutoramento

Licenciatura

6. Tem alguma especialidade?

Sim

Não

6.1. Se sim qual?

6.2. Se sim, trabalha na sua área de especialização?

Sim

Não

7. Em que serviço trabalha:

8. Há quanto tempo trabalha como Enfermeira(o) nesse serviço?

9. Está satisfeita(o) no serviço onde trabalha?

Sim

Não

10. Exerce funções noutra local?

Sim

Não

Parte II
Como se sente no seu trabalho?

A parte II do questionário é constituída pelo instrumento Medida de Burnout de Shirom-Melamed (MBSM) adaptado para a população portuguesa por A. Rui Gomes (2012) e que tem como objetivo avaliar os níveis de “burnout” (esgotamento) no trabalho.

Abaixo vai encontrar um conjunto de afirmações que descrevem diferentes sentimentos que pode ter relativamente ao seu trabalho.

Por favor, indique quantas vezes nos últimos 30 dias (1 mês) se sentiu assim no seu trabalho.

Se nunca ou quase nunca teve esse sentimento, assinale “1” (um), no espaço reservado depois da afirmação.

Caso contrário, se experienciou esse sentimento sempre ou quase sempre assinale “7” (sete) no espaço reservado depois da afirmação.

	1 Nunca ou quase nunca	2 Muito poucas vezes	3 Poucas vezes	4 Por vezes	5 Algumas vezes	6 Muitas vezes	7 Sempre ou sempre
1. Sinto-me cansado(a)	1	2	3	4	5	6	7
2. Ao acordar, sinto-me sem	1	2	3	4	5	6	7
3. Sinto-me fisicamente	1	2	3	4	5	6	7
4. Sinto-me fatigado(a) de	1	2	3	4	5	6	7
5. Sinto-me como se estivesse	1	2	3	4	5	6	7
6. Sinto-me sem forças	1	2	3	4	5	6	7
7. Sinto lentidão na minha	1	2	3	4	5	6	7
8. Tenho dificuldades em	1	2	3	4	5	6	7
9. Sinto que não consigo	1	2	3	4	5	6	7
10. Sinto que não consigo concentrar-me no que penso	1	2	3	4	5	6	7
11. Tenho dificuldades em pensar sobre coisas complexas/difíceis	1	2	3	4	5	6	7
12. Sinto-me incapaz de ser sensível às necessidades dos outros (ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
13. Sinto-me incapaz de ter uma boa relação com os outros (ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
14. Sinto-me incapaz de ser simpático(a) com os outros (ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 2- Pedido Autorização de utilização escala Shirom-Melamed Burnout Measure

Síndrome de Burnout em Enfermeiros



Ana Soares <carolinaloureirosoares@gmail.com>
para António ▾

15:10 (há 57 minutos) ☆ ↶ ⋮

Exmo Professor Doutor Rui Gomes

O meu nome é Ana Carolina Loureiro Soares sou estudante da licenciatura em enfermagem da Universidade Fernando Pessoa e pretendo desenvolver um estudo sobre "Síndrome do burnout em Enfermeiros", sob a orientação da Professora Amélia José Monteiro. Neste âmbito venho pelo presente solicitar a autorização para a aplicação da escala Shirom-Melamed Burnout Measure.

Grata pela atenção dispensada, aguardo atentamente a sua resposta, encontrando-me disponível para qualquer esclarecimento

Assina, Ana Carolina Loureiro Soares.



António Rui Silva Gomes
para mim ▾

15:37 (há 30 minutos) ☆ ↶ ⋮

Sim, pode descarregar no nosso site em ardh.pt, instrumentos

Anexo 3- Parecer da Comissão de Ética

Síndrome de Burnout em Enfermeiros



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Exma. Senhora
Prof. Doutora Sandra Gavinha
Diretora da FCS

Nº	Data
FCS/CEN - 35/20	10 de Março de 2020

Exma. Senhora Prof. Doutora,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de Graduação em Enfermagem, de Ana Carolina Loureiro Soares, intitulado "Síndrome de Burnout em Enfermeiros", considera nada haver a opor ao mesmo.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Teresa Toldy

*Autoriza-se estas
das ce as investigações*



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

NIPC: 502 057 602 - Reg. Comercial n.º 26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

REITORIA - [Faculdade de Ciências Humanas e Sociais] - [Faculdade de Ciências e Tecnologia] Praça 9 de Abril, 345 - 4200-004 Porto-Portugal - T. +351 22 507 1200 - F. +351 22 550 8269 - geral@ufp.pt
[Faculdade de Ciências da Saúde] - [Escola Superior de Saúde] R. Carlos Da Maia, 296 - 4200-150 Porto - Portugal - T. +351 22 507 4630 - F. +351 22 507 4632 - R. Diogo Maia, 334 - 4200-253 Porto - Portugal
T. +351 22 509 8371 - geral.asaude@ufp.pt UNIDADE de Ponte de Lima - Casa da Garrida - R. Conde de Bertiandos - 4990-078 Ponte de Lima-Portugal - T. +351 258 741 026 - F. +351 258 741 412 - geral.plima@ufp.pt

Anexo 4 - Medida de “Burnout” de Shirom-Melamed (MBSM)



UNIVERSIDADE MINHO

Escola de Psicologia

Campus de Gualtar

4710-057 Braga

**Medida de “Burnout” de Shirom-Melamed (MBSM)
Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM)**

Tradução e adaptação:

A. Rui Gomes (2012)

(rgomes@psi.uminho.pt)

Grupo de investigação

www.ardh-gi.com

Adaptado de G. Armon, A. Shirom & S. Melamed (2012)

Disponível em <http://www.shirom.org/arie/index.html>

Referências do instrumento

- Armon, G., Shirom, A., & Melamed, S. (2012). The Big Five personality factors as predictors of changes across time in burnout and its facets. *Journal of Personality, 80*(2), 403-427.
- Gomes, A. R. (2012). *Medida de "Burnout" de Shirom-Melamed (MBSM)*. Relatório técnico não publicado. Braga: Escola de Psicologia, Universidade do Minho.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin, 132*(3), 327-353.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of Type 2 diabetes: A prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosomatic Medicine, 68*, 863-869.
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. In C. L. Cooper & I. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (pp. 25- 48). New York: Wiley.
- Shirom, A. (2003). Job-related burnout: A review. In J. C. Quick & L. E. Tetrick, (eds.). *Handbook of occupational health psychology* (pp. 245-265). Washington DC: American Psychological Association.
- Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management, 13*(2), 176–200.

DESCRIÇÃO

Este instrumento foi desenvolvido com o objetivo de avaliar os níveis de “burnout” (esgotamento) no trabalho.

A adaptação portuguesa foi efetuada a partir dos trabalhos originais de Armon, Shirom e Melamed (2012) e Shirom e Melamed (2006) por Gomes (2012).

De acordo com Shirom e Melamed (2006), o fenómeno de “burnout” deve ser entendido como um estado afetivo caracterizado pela exaustão emocional, fadiga física e fadiga cognitiva. Assim sendo, a ocorrência de “burnout” é identificada por um decréscimo contínuo dos recursos energéticos de “coping” (confronto) que resulta da exposição continuada da pessoa a situações de stress profissional crónico e a acontecimentos de vida stressantes (Melamed, Shirom, Toker, Berliner, & Shapira, 2006; Shirom, 1989, 2003).

Assim sendo, este instrumento avalia três dimensões:

1) Fadiga física: sentimentos de cansaço físico face ao trabalho, traduzindo-se por uma diminuição da energia física.

2) Exaustão emocional: sentimentos de cansaço emocional face ao relacionamento com os outros (ex: colegas de trabalho, clientes, etc.), traduzindo-se pela diminuição da cordialidade e sensibilidade face às necessidades das outras pessoas.

3) Fadiga cognitiva: sentimentos de desgaste cognitivo face ao trabalho, traduzindo-se por uma diminuição da capacidade de pensamento e concentração.

O instrumento é constituído por 14 itens, distribuídos pelas três subescalas referidas, sendo os itens respondidos numa escala tipo “Likert” de 7 pontos (1 = Nunca; 7 = Sempre).

A pontuação é obtida através da soma dos itens de cada subescala, dividindo-se depois o resultado final pelo número de itens correspondentes. Assim sendo, valores mais elevados significam maiores níveis de fadiga física, exaustão emocional e fadiga cognitiva.

Elevados níveis de “burnout” estão associados a elevados “scores” de fadiga física, exaustão emocional e fadiga cognitiva. Dada o facto do instrumento avaliar o esgotamento dos recursos energéticos do indivíduo a diferentes níveis, é possível calcular um “score” total resultante da soma dos valores obtidos nas três subescalas, efetuando-se depois a divisão por três.

Como valores meramente indicativos para a definição de sentimentos de “burnout” (mas sem efeitos de diagnóstico pois não existem valores normativos), pode-se sugerir valores iguais os superiores a cinco da escala “Likert” (“Algumas vezes”) como indicador de problemas neste domínio.

COTAÇÃO

Subescala	Itens
Fadiga física (6 itens)	1, 2, 3, 4, 5, 6 Total = 1 – 7
Fadiga cognitiva (5 itens)	7, 8, 9, 10, 11 Total = 1 – 7
Exaustão emocional (3 itens)	12, 13, 14 Total = 1 – 7
	Total = 14 itens “Score” total = 1 – 7

CONDIÇÕES DE APLICAÇÃO

1) Analisar a aplicação do instrumento com os participantes, explicando o objetivo da sua utilização (“analisar a experiência laboral”) e o carácter confidencial da recolha dos dados.

2) Planear 10 a 15 minutos para a aplicação e preenchimento.

3) Organizar um contexto reservado e sossegado: evitar a presença de pessoas não implicadas na avaliação durante o preenchimento do instrumento.