



BURNOUT EM ENFERMEIROS DOS CUIDADOS CONTINUADOS

Laura Filipa Águia Alves

Trabalho de Projeto apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, para obtenção do Grau de Mestre em Cuidados Continuados.

Orientado por:

Doutora Guilhermina Carvalho

Professora Doutora Gorete Baptista

Bragança, Outubro de 2012

BURNOUT EM ENFERMEIROS DOS CUIDADOS CONTINUADOS

Laura Filipa Águia Alves

Trabalho de Projeto apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, para obtenção do Grau de Mestre em Cuidados Continuados.

Orientado por:

Doutora Guilhermina Carvalho

Professora Doutora Gorete Baptista

BRAGANÇA, OUTUBRO DE 2012

Resumo

A *Síndrome de Burnout* é geralmente definida como um conceito multidimensional, caracterizada por uma exaustão emocional elevada, desenvolvimento de atitudes de indiferença e afastamento emocional das pessoas a quem se prestam os serviços e/ ou cuidados e um sentimento de ineficácia. Esta síndrome é mais frequente entre os profissionais que trabalham no seu quotidiano com pessoas, ou seja, entre os profissionais que prestam ajuda e a sua origem, está relacionada com a exposição a uma carga excessiva de stress ocupacional crónico.

O objetivo geral para esta investigação é conhecer a existência da *Síndrome de Burnout* nos enfermeiros que trabalham nas Unidades de Cuidados Continuados (Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção) da zona Norte do país.

Metodologicamente trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, de carácter correlacional e de natureza transversal.

A população é constituída por 96 enfermeiros que exercem a sua actividade laboral nas unidades de cuidados continuados de média e de longa duração da zona Norte do país. A população-alvo é maioritariamente feminina, com idades compreendidas entre os 22 e os 42 anos.

O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário constituído pela escala de avaliação do *Burnout* (Maslach Burnout Inventory – MBI, 1981) e por questões para caracterização sociodemográfica e profissional da população.

A organização e o tratamento estatístico dos dados foram executados pelo programa estatístico SPSS (versão 18).

Os resultados obtidos na escala de Maslach *Burnout* Inventory (MBI), na população em estudo, indicam que em média a mesma apresenta um nível moderado de *Burnout* com um score de 54,75. Encontramos algumas correlações estatisticamente significativas entre *Burnout* e as variáveis, idade, género, tempo de serviço e satisfação no trabalho.

Palavras-chave: *Síndrome de Burnout*, Enfermeiros, Cuidados Continuados

Abstract

Burnout syndrome is generally defined as a multidimensional concept, characterized by a high emotional exhaustion develop attitudes of indifference and emotional distance from the people who provide the services and / or care and a sense of ineffectiveness. This syndrome is more common among professionals who work with people in their daily lives, or among professionals that provide help and their origin is related to exposure to excessive load of chronic occupational stress.

The overall objective for this research was to understand and assess the incidence of burnout syndrome in nurses working in Continuing Care Units (Average Duration and Long Term Rehabilitation and Maintenance) in the northern zone of the country.

Methodologically this is a descriptive study, quantitative character correlational and cross-sectional nature.

The target population is probabilistic and random this simple, being comprised of 96 nurses who are active in the labor units of continuing care and long-term average in the North of the country. The population is mostly female, aged 22 and 42 years.

The data collection instrument used was a questionnaire consisting of the evaluation scale of burnout (Maslach Burnout Inventory - MBI, 1981) and questions for socio demographic and occupational sample.

The organization and processing of the data were performed by SPSS (version 18).

The results on the scale of Maslach Burnout Inventory (MBI), the sample under study, indicate that on average the sample showed a moderate level of burnout with a score of 54,75. We found some statistically significant correlations between burnout and the variables, age, gender, length of service and job satisfaction.

Key-Words: *Burnout Syndrome*, Nurses, Continuous Care

Lista de abreviaturas e siglas

M.B.I. – Maslach Burnout Inventory

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidades de Média Duração e Reabilitação

ULDM – Unidades de Longa Duração e Manutenção

“ O local de trabalho, hoje, é um ambiente frio, hostil que exige muito, económica e psicologicamente. As pessoas estão emocional, física e espiritualmente exaustas. As exigências diárias do trabalho, da família e de tudo o resto corroem a energia e o entusiasmo dos indivíduos. A alegria do sucesso e a emoção da conquista estão cada vez mais difíceis de alcançar. A dedicação ao trabalho e o compromisso para com ele estão a diminuir. As pessoas vão ficando descrentes, mantendo-se distantes e tentando não se envolver demais.”

(Maslach & Leiter, 1997, p. 1)

Agradecimentos

Gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos a várias pessoas que, de forma directa ou indirecta, contribuíram para a realização deste trabalho.

À minha família, pelo eterno amor, carinho, presença amiga e apoio incondicional.

Aos meus pais José Alves (em memória) e Maria Alves por me terem colocado no mundo e por todo o apoio dado.

À minha mãe, espírito de força e de coragem, eterna amiga que sempre esteve presente com a sua compreensão, ânimo, bom humor e apoio incondicional.

À minha orientadora, Doutora Guilhermina Carvalho (em memória) pela sua preciosa orientação, apoio, compreensão, disponibilidade, profissionalismo, transmissão de conhecimentos, respeito e paciência que sempre fizeram parte da sua conduta nas orientações deste trabalho.

À Professora Doutora Gorete Baptista, directora do Mestrado em Cuidados Continuados, e orientadora deste trabalho, por todo o apoio dado ao longo destes dois anos e principalmente no decorrer da elaboração deste trabalho de projecto.

Agradeço também a todos os professores que durante estes dois anos me transmitiram o seu saber, apoio, e estímulo no desenvolvimento deste trabalho.

A todas as unidades de cuidados continuados que se mostraram recetivas e disponíveis para a participação no estudo e especialmente a todos os enfermeiros que de forma voluntária e anónima participaram na pesquisa, pois sem a sua colaboração este trabalho não seria possível.

Ao colega e formador Carlos Afonso por toda a paciência e ajuda dada ao longo do tratamento estatístico dos dados.

À minha colega Daniela Rico pela sua disponibilidade e ajuda ao longo da elaboração deste trabalho.

Às minhas colegas Cristina Morais, Julieta Afonso e Lia Paçô pela sua amizade, presença constante e apoio condicional nos momentos difíceis da elaboração desta investigação.

A todas as pessoas que sempre confiaram em mim e me deram força para continuar a lutar, e que me incentivaram a seguir o meu caminho.

A todos os colegas do Curso de Mestrado da Escola Superior de Saúde de Bragança, que sempre me apoiaram nos momentos mais difíceis....

A todos

Um bem-haja.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
------------------	---

CAPÍTULO I – ESTADO DA ARTE

1. Análise Concetual e Fenomenológica da <i>Síndrome de Burnout</i>	4
1.1. <i>Síndrome de Burnout</i> em Contexto de Enfermagem	8
1.2. Stress	15
1.3. Estratégias de Coping	16
2. Contextualização dos Cuidados Continuados	18
2.1. Unidades de Média Duração e Reabilitação	22
2.2. Unidades de Longa Duração e Manutenção	23

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPIRICO

3. METODOLOGIA	26
3.1. Considerações Metodológicas	26
3.2. Objetivos do Estudo	28
3.2.1. Variáveis em estudo	28
3.2.1.1. Variável Dependente	28
3.2.1.2. Variável Independente	31
3.3. Questões de Investigação	32
3.4. População	33
3.4.1. Caracterização da População em estudo	33
3.5. Instrumento de Recolha de Dados	36
3.6. Procedimentos da Recolha de Dados	39
3.7. Tratamento Estatístico	42
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	41
4.1. Comportamento da população nas <i>Síndrome de Burnout</i>	41
4.2. Relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais com o <i>Burnout</i> ...	42
5. Síntese dos resultados	47

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	52
CONCLUSÕES / SUGESTÕES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	66
Anexo I - Questionário Maslach <i>Burnout</i> Inventory	
Anexo II - Pedido para aplicação do questionário	
Anexo III - Solicitação de envio do questionário	
Anexo IV - Caracterização da população	
Anexo V - Análise da fiabilidade das dimensões da <i>Síndrome de Burnout</i> (MBI)	
Anexo VI - Testes de Independência do Qui – Quadrado	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das diferentes Unidades de Cuidados Continuados (Média e Longa Duração) da zona Norte do país	33
Figura 2 – Satisfação no local de trabalho	35
Figura 3 – Resultados obtidos nas dimensões da escala de Burnout (M.B.I.).....	43

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Tipologias das respostas previstas na RNCCI	19
Quadro 2- Dimensões e variáveis da <i>Síndrome de Burnout</i> segundo a MBI (Maslach e Jackson, 1981)	29
Quadro 3- Valores da escala do MBI desenvolvidos pelo núcleo de estudos avançados sobre a síndrome de Burnout, 2001 (Pontos de corte das dimensões da <i>Síndrome de Burnout</i>)	30
Quadro 4- Dimensões do MBI, Mínimo, Máximo e MBI total.....	31
Quadro 5- Variáveis independentes do estudo e sua operacionalização	32
Quadro 6- Dimensão: Exaustão Emocional da <i>Síndrome de Burnout</i> (MBI).....	37
Quadro 7- Dimensão: Despersonalização da <i>Síndrome de Burnout</i> (MBI).....	37
Quadro 8- Dimensão: Realização Profissional da <i>Síndrome de Burnout</i> (MBI)	38
Quadro 9- Unidades em estudo	39
Quadro 10- Questionários Enviados/ Recebidos (até 31 de Julho de 2011)	41
Quadro 11- Questionários Enviados/ Recebidos (até 10 de Outubro de 2011).....	41

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização social demográfica da população em estudo	34
Tabela 2 – Relação entre os níveis de Exaustão Emocional e as variáveis sociodemográficas	44
Tabela 3 – Relação entre os níveis de Despersonalização e as variáveis sociodemográficas	45
Tabela 4 – Relação entre os níveis de Realização Profissional e as variáveis sociodemográficas	46
Tabela 5 – Relação entre a satisfação no local de trabalho e as dimensões do <i>Burnout</i>	47

INTRODUÇÃO

No mercado de trabalho contemporâneo o trabalhador depara-se com várias mudanças a nível tecnológico, de gestão organizacional, transformação do emprego e do crescimento na importância do sector dos serviços no cenário económico. Tendo o trabalhador um maior número de responsabilidades que levam a novas exigências ao nível da qualidade e de competências da execução das tarefas e, por sua vez a uma maior qualificação faz com que as condições do trabalho gerem stress no profissional de saúde sendo neste sentido necessário atribuir maior importância à avaliação do nível de stress do profissional.

A *Síndrome de Burnout* pode ser definida como um fenómeno psicossocial que deriva de uma resposta a fatores geradores de stress ou angústia ocorridos no local de trabalho (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001 citado por Carlotto, 2010). Alguns fatores geradores de stress são, na óptica de Delbrouck (2006), a falta de sono, a sobrecarga no trabalho, o volume de trabalho, o trabalho por turnos, a ansiedade, ou seja, o “querer fazer tudo sozinho”.

Sendo psicóloga, tendo num futuro breve perspectivas de vir a trabalhar com a classe profissional dos enfermeiros e também pelo fato de ter conhecimento que estes constituem um grupo de risco ao surgimento desta síndrome o tema “*Burnout* em Enfermeiros dos Cuidados Continuados”, suscitou curiosidade e interesse em desenvolver a presente investigação, que se insere no âmbito do 1º Mestrado em Cuidados Continuados (2010-2012), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

De acordo com diversas pesquisas efetuadas ao longo deste trabalho (Lautert, Chaves e Moura (1999); Queirós (2005); Alves (2011)) constatou-se que os enfermeiros constituem uma das classes profissionais mais expostas a fontes contínuas geradoras de stress ocupacional, pois estão expostos a uma carga física e mental exagerada, a longos turnos de trabalho, ao número insuficiente de colegas no local de trabalho, bem como à falta de reconhecimento no seu trabalho.

Sem dúvida as Unidades de Cuidados Continuados integram um dos contextos de risco à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem e, dada a inexistência de estudos sobre *Burnout* nos enfermeiros que exercem funções nessas unidades, com a presente

investigação pretendemos verificar a ocorrência de tal fenómeno, analisando a existência da *Síndrome de Burnout* nos enfermeiros das Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção da zona Norte do País.

Os objetivos específicos definidos para esta investigação são:

- Avaliar o nível de *Burnout* nos enfermeiros que exercem funções nas Unidades de Cuidados Continuados em estudo;
- Analisar as diferentes dimensões do *Burnout* percecionadas pelos enfermeiros em estudo;
- Avaliar a relação do *Burnout* com as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, situação contratual, regime de contrato, anos de serviço, trabalho em segundo serviço, horário de trabalho) e profissionais (satisfação no trabalho).

A população é constituída pelos enfermeiros que exercem funções nas Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e de Reabilitação e de Longa Duração e de Manutenção da zona Norte do País, sendo constituída por 96 enfermeiros.

Este trabalho enquadra-se num modelo de investigação de carácter quantitativo, correlacional e de natureza descritiva e transversal.

Utilizou-se um instrumento de recolha de dados, na forma de questionário de auto-preenchimento com questões sociodemográficas e profissionais, assim como, aplicação da escala Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) e recorrendo-se à estatística descritiva e inferencial para tratamento estatístico dos dados.

A presente investigação encontra-se dividida em dois grandes capítulos. No primeiro capítulo é feita a análise conceptual e fenomenológica do *Burnout*, bem como da sua ocorrência em contexto de enfermagem, stress e coping, seguida da concetualização dos Cuidados Continuados. Num segundo capítulo apresentamos a investigação empírica que compreende três pontos essenciais. No primeiro ponto referente à metodologia são abordadas todas as fases do projeto de investigação, seguido do segundo ponto que compreende a apresentação e análise dos resultados. O terceiro ponto deste capítulo compreende a síntese dos resultados encontrados. O quarto ponto engloba a discussão dos resultados e as conclusões do estudo com sugestões para investigações futuras.

CAPÍTULO I

ESTADO DA ARTE

1. ANÁLISE CONCEPTUAL E FENOMENOLÓGICA DA *SÍNDROME DE BURNOUT*

A *Síndrome de Burnout* constitui nos dias de hoje um dos grandes problemas psicossociais despertando interesse e preocupação por parte da comunidade científica devido à severidade das suas consequências, tanto a nível individual, como a nível organizacional. Contudo, este conceito emergiu primariamente como um problema social, muito associado às profissões do trabalho com pessoas e não como um construto académico ou como uma construção empírica.

Este fenómeno tem sido pesquisado e desenvolvido ao longo dos últimos quarenta anos, pelo que tentaremos fazer uma abordagem conceptual numa perspetiva evolutiva.

Neste sentido, existem duas abordagens distintas que se desenvolveram e que coexistem de forma mais ou menos independente: a perspetiva clínica de Freudenberger que se centrou nos fatores pessoais preocupando-se com a avaliação, prevenção e tratamento; e a perspetiva de investigação social de Christina Maslach, que se centrou no ambiente profissional dedicando-se à investigação e à teoria.

O termo *Burnout* foi inicialmente utilizado por Brandley, em 1969, mas tornou-se mundialmente conhecido do ponto de vista científico, a partir dos artigos de Freudenberger de 1974, 1975 e 1979, psiquiatra que trabalhava com toxicodependentes em Nova Iorque. O termo era usado para designar uma manifestação radical do stress emocional e interpessoal no trabalho dos voluntários, com os quais trabalhava, dado que os voluntários apresentavam um processo gradual de desgaste de humor e desmotivação (Benevides-Pereira e Garcia, 2003, p.76), conceituando-o como um “estado de fadiga ou frustração causado pela devoção a uma causa, a um modo de vida ou a um relacionamento que falhou na produção de recompensa esperada” (Freudenberger, 1974, citado por Queirós, 2005, p. 27).

Christina Maslach, investigadora na área da Psicologia Social, no ano de 1976, utilizou o termo *Burnout* para explicar o processo de deterioração nos cuidados e atenção profissional aos utentes de organizações que prestavam serviços desenvolvendo o conceito de “*Síndrome de Burnout*”. Este nem sempre assumiu uma definição unânime por parte da comunidade científica. Os primeiros estudos sobre esta temática comportam

três dimensões que foram desenvolvidas por Maslach e Jackson em 1981. A primeira dimensão designada por exaustão emocional é caracterizada por uma falta ou carência de energia, entusiasmo, sentimento de sobrecarga emocional e esgotamento de recursos. A despersonalização - a segunda dimensão - caracteriza-se como endurecimento, insensibilidade, manifestada pela atitude fria e distante para com os que recebem os seus cuidados, clientes ou colegas, mostrando-se impessoal, muitas vezes cínico. A última - realização pessoal - que numa perspetiva negativa é compreendida como uma tendência de auto-avaliação negativa, com diminuição dos sentimentos de competência, frustração, inadequação e infelicidade para consigo e com o trabalho (Maslach & Jackson, 1981, p. 99). Nesta fase, estas investigadoras desenvolveram um instrumento de medida do *Burnout* - Maslach Burnout Inventory (MBI). Esta escala com propriedades psicométricas bastante fortes continua a ser a mais utilizada na actualidade.

Maslach et. al. (2001) citado por Oliveira (2008, p. 20) afirmam que no decorrer dos anos 80 a “investigação empírica sobre a temática do *burnout* tornou-se mais sistemática e de natureza quantitativa, utilizando instrumentos de recolha de dados como os questionários, e os inquéritos recorrendo a amostras mais alargadas”. O *Burnout* foi inicialmente estudado nas profissões de saúde e de ensino nos anos 50 tendo sido um dos temas mais estudados no decorrer dos anos 80. Nessa década a investigação decorreu essencialmente nos Estados Unidos e, posteriormente, o conceito começou a ser investigado também no Canadá, Inglaterra, França, Alemanha, Israel, Itália, Espanha, Suécia e Polónia.

A *Síndrome de Burnout* é abordada em diversas profissões, nomeadamente nas profissões orientadas para o contacto direto com o ser humano, como por exemplo: trabalhadores do serviço social, da saúde, da educação, forças de segurança, bancários, profissionais liberais, entre outros, sendo entendida como uma reação ao stress crónico que ocorre nesses profissionais. Deve ser definida como uma “síndrome de exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal, que ocorre nos indivíduos que fazem trabalho com pessoas” (Maslach & Jackson, 1986 citado por Cruz, Gomes, Melo, 1999, p. 597).

Não existe uma definição unânime sobre esta síndrome, existe pois um consenso em considerar que aparece no indivíduo como uma resposta ao stress laboral. Trata-se de uma experiência subjetiva interna que agrupa sentimentos e atitudes e que tem um semblante negativo para o indivíduo, dado que implica alterações, problemas e

disfunções psicofisiológicas com consequências nocivas para a pessoa e para a organização para a qual desempenha a sua atividade laboral.

Assim sendo, a síndrome pode ter várias terminologias tais como: stress laboral, stress profissional, stress assistencial, stress ocupacional, neurose profissional ou neurose de excelência, síndrome do esgotamento profissional e síndrome de “queimar-se pelo trabalho”, o que segundo Benavides-Pereira (2003) muitas vezes dificulta um levantamento de pesquisas na área.

No entanto verificamos que a maioria dos autores está de acordo em afirmar que o *Burnout* é uma síndrome característica do meio laboral, que surge nos profissionais que trabalham em contacto direto com pessoas, sendo predominante nos profissionais de saúde. Instala-se e permanece no organismo produzindo stress ocupacional com consequências negativas a nível individual, profissional, familiar e social.

Pines e Aronson (1993) citados por Vaz Serra (1999, p. 501) relatam a *Síndrome de Burnout* como um “estado de exaustão física, emocional e mental causando pelo envolvimento, por longo tempo, em situações emocionalmente desgastantes”.

Segundo Garcia (1990) citado por Sá (2002, p. 20) o *Burnout* pode ser interpretado como “uma síndrome resultante de um período prolongado de stress, caracterizado por um esgotamento emocional, físico e de atitudes”. Pines (1993) acrescenta que qualquer pessoa se pode sentir em stress, porém, a *Síndrome de Burnout* só é experimentada por aqueles indivíduos que entram para as suas carreiras com ideias elevadas, motivação e investimento pessoal e que posteriormente se sentem defraudados nos seus objetivos (Vaz Serra, 1999, p. 501).

Também Maslach & Leiter (1999, p.36) referem que o *Burnout* é uma situação em que o indivíduo ao mostrar comprometimento de objetivos que devem ser concretizados, percebe que todos os esforços vão sendo substituídos por sentimentos de irritabilidade, ansiedade, raiva e conseqüentemente falta de realização pessoal. Na perspectiva de Freitas (1999) citado por Queirós (2005, p. 23) o termo é «como uma metáfora usada para definir um estado de fadiga física e mental, que ocorre em múltiplos profissionais, fazendo lembrar a imagem da “vela ou fogueira que se apaga” ou da “bateria descarregada”».

McIntyre (1994) citado por Sá (2002, p. 20) usa a terminologia *Burnout*, para descrever de forma sistemática uma reação adversa ao stress ocupacional com componentes psicossociológicos, psicológicos e comportamentais. Para Maslach & Leiter

(1999) a *Síndrome de Burnout* é definida como "uma crise do indivíduo principalmente com o seu trabalho e não necessariamente com as pessoas envolvidas no trabalho". Segundo alguns autores, esta seria a última etapa do stress. Assim sendo, o *Burnout* pode ser considerado como uma "consequência da exposição continuada a eventos stressantes de origem laboral" (Maslach & Goldberg citado por Rainho 2005, p. 8), visto que para se produzir *Burnout* é necessária a interação entre as respostas individuais ao stress e a pressão laboral do ambiente de trabalho. Benevides-Pereira (2001, p. 31) refere que "a *Síndrome de Burnout* vai além do stress, sendo encarada como uma reação ao stress crónico"; os indivíduos devido à grande exaustão que sentem, percebem que nada mais podem oferecer aos demais em decorrência do desgaste físico e mental, sejam estes seus clientes, pacientes, alunos, colegas de trabalho ou outros.

Para Mendes (2002) a *Síndrome de Burnout* também difere do stress. A primeira caracteriza-se por atitudes e condutas exclusivamente negativas com relação aos usuários, enquanto o segundo pode apresentar-se com aspectos positivos e negativos, como desfalecimento pessoal que interfere na vida do indivíduo e não necessariamente na sua relação com o trabalho". Afirmo também que o stress não leva necessariamente ao desenvolvimento da *Síndrome de Burnout*. Para que tal aconteça é necessário que um conjunto de variáveis interfiram entre si: "predisposição constitucional para o stress, condições ambientais agressoras, personalidade e percepção subjetiva do sujeito, além da capacidade de enfrentamento". A pessoa cuja fadiga é acentuada por excesso de carga de trabalho pode não apresentar *Burnout*, pois a despersonalização e a falta de realização pessoal não estão presentes. Viana (2010) define-o como um estado de cansaço tanto a nível físico como mental e cuja principal origem está ligada à vida profissional e ao trabalho com os outros. É a maneira encontrada pelo indivíduo de enfrentar mesmo que de forma inadequada a cronificação do stress ocupacional, ou seja, emerge quando falham todas as outras estratégias para lidar com o stress.

Burnout surge quando algo deixou de funcionar por "exaustão de energia", ou seja, quando um trabalhador, desmotivou-se e diminuiu a sua produtividade gerando assim insatisfação no local de trabalho. O profissional sente dificuldades em lidar com as emoções e utiliza estratégias negativas para enfrentar a situação, distanciando-se e encarando como algo destituído de qualidades humanas (Souza e Silva, 2002 citado por Soares, 2008, p. 75).

A *Síndrome de Burnout* é um fenómeno psicossocial caracterizado por sinais e sintomas de exaustão física e emocional. Estes, por sua vez, surgem /aparecem no individuo de forma lenta e gradual como consequência da não adaptação do individuo ao local de trabalho. Por sua vez, a relação que o ser humano tem com o local de trabalho origina um carga psicológica, na maioria das vezes superior aquela que o sujeito é capaz de suportar, entrando assim em *Burnout*.

Em síntese, a *Síndrome de Burnout* pode ser compreendida como um processo que se estabelece gradualmente, e que se inicia com o desenvolvimento de sentimentos de baixa realização pessoal e esgotamento emocional em paralelo. Posteriormente, em resposta a ambos, e como uma estratégia de afrontamento ou defensiva, instala-se a despersonalização. A despersonalização constitui assim a fase final do stress ocupacional que envolve comportamentos negativos para com os clientes, com o trabalho, mas também com a organização.

1.1. SÍNDROME DE BURNOUT EM CONTEXTO DE ENFERMAGEM

Uma vez que na literatura ainda não se verifica a existência de estudos na área dos cuidados continuados dado ser uma estrutura recente, achamos pertinente verificar estudos na área da saúde, nomeadamente em enfermagem, onde a temática da *Síndrome de Burnout* fosse abordada.

Os estudos sobre *Burnout* tiveram início com profissionais de serviços de saúde, ou seja: “ [...] com aqueles profissionais que pela natureza do seu trabalho necessitavam manter contacto direto e constante com outras pessoas (Carlotto e Gobbi,1999) citado por Benevides-Pereira e Garcia, 2003, p. 77).

Ao longo da pesquisa efectuada podemos constatar que a *Síndrome de Burnout* afeta os enfermeiros, em diversos contextos de trabalho e um pouco por todo o mundo, levando-os assim a desenvolver atitudes e sentimentos de frustração, frieza e principalmente indiferença em relação ao sofrimento dos utentes.

Neste sentido, importa referir que grande parte da fadiga ou exaustão do profissional de saúde, quer seja enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem entre outros, pode estar associada à natureza do seu trabalho diário, mas também à necessidade que os mesmos

têm de contrariar as suas emoções por forma a atingir os objetivos necessários e considerando que o recalçamento das emoções é um dos principais fatores que levam ao esgotamento psicológico dos mesmos.

Cuidar exige tensão emocional constante, atenção contínua; grandes responsabilidades são atribuídas ao profissional em cada gesto no seu trabalho. O trabalhador envolve-se assim afetivamente com os seus utentes desgasta-se e, num extremo, desiste, não aguenta mais entra em *Burnout*.

A profissão de enfermagem tem como exercício primordial prestar assistência e auxílio para a sobrevivência do ser humano, garantindo assim o seu bem-estar físico, psíquico e emocional, através da prática de uma filosofia humanística e de uma forma holística do cuidar. O profissional deve ser capaz de se adaptar aos diferentes contextos e funções a desempenhar no local de trabalho, de resolver situações de grande indefinição ou de se adaptar a todas as situações que comportam grandes níveis de imprevisibilidade, stress e/ou sofrimento tal como se observa nas situações de prestação de cuidados ao outro.

Os enfermeiros têm sido alvo de alguns estudos exaustivos por todo o mundo, uma vez que todas as exigências físicas, psicológicas e emocionais da profissão, podem e contribuem a maioria das vezes para o desenvolvimento dos sentimentos de ineficácia, *Burnout*, turnover e absentismo (Suzuki et al, 2006;2008, citado por Gomes, 2009, p. 5).

De acordo com estudos Europeus (2000) a *Síndrome de Burnout* afeta aproximadamente cerca de 25% de todos os enfermeiros (Demerouti, 2000).

Existem vários estudos sobre o *Burnout* nos enfermeiros, sendo esta profissão uma das que mais desgaste causa no ser humano, uma vez que é uma relação centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, único e indissociável ao longo de todos os momentos ou fases do cuidar.

Ao longo dos estudos a seguir expostos são analisadas diversas variáveis e apresentados resultados muito diferentes, o que demonstra a complexidade do fenómeno em estudo. No entanto, e de um modo geral, todos indicam que os enfermeiros são um grupo particularmente vulnerável a esta síndrome visto que têm uma relação direta com os utentes.

No ano de 1996, Mendes realizou um estudo com enfermeiros da área da psiquiatria, onde concluiu que os fatores pessoais eram mais importantes que os fatores ambientais e

que, quanto maior a satisfação no trabalho, menor era a ocorrência da *Síndrome de Burnout*.

Thomsen, et al. (1999) citado por Queirós (2005, p. 65) verificaram que a baixa satisfação no trabalho é uma variável importante para predizer a exaustão numa amostra constituída por 464 psiquiatras e 1090 enfermeiros. Os seguintes autores (Maslach e Pines, 1977; Jones, 1987; Porter, et al., 1987) citados por Queirós (2005,p. 65) consideram que os enfermeiros merecem uma atenção especial mediante a quantidade de agentes diários indutores de stress. Identificam-se como agentes específicos de stress e em meio hospitalar que mais afetam os enfermeiros, os seguintes:

- A proporção de doentes que estes devem atender, de forma que quanto mais doentes, menor satisfação;
- Escassez de pessoal que influencia diretamente a qualidade de assistência que se oferece;
- A possibilidade de cometer erros com consequências potenciais e reais para com os doentes;
- Falta de participação na tomada de decisões sobre temas profissionais e laborais;
- Desconhecimento dos problemas dos trabalhadores por parte da administração.

Outros autores tais como Marques-Teixeira (2002) também citado por Queirós (2005) dizem-nos que um vasto conjunto de dados demonstra que 25-30% dos profissionais de saúde desenvolvem *Burnout* como consequência da sua actividade profissional.

Para Spooner-Lane (2004), os primeiros estudos sobre a *Síndrome de Burnout* em enfermeiros demonstram que esta está diretamente relacionada com a quantidade de tempo que estes profissionais passam com os seus doentes, com a intensidade das exigências emocionais destes e com o cuidar de doentes em fase terminal de vida.

Estudos mais recentes da mesma autora demonstram que a *Síndrome de Burnout* está associada a fatores relacionados com o trabalho, tais como, sobrecarga laboral, baixo nível de suporte, conflitos interpessoais, preparação inadequada e contacto com a morte.

Num estudo efetuado por Pacheco (2005) com 357 profissionais de saúde de dois hospitais do Barlavento Algarvio num primeiro estudo, e num segundo estudo por 16 enfermeiras do Centro de Saúde de Olhão. Pacheco (2005) evidenciou os seguintes aspetos:

- Dos profissionais de saúde, 23,8% apresentam elevados níveis de Exaustão Emocional, 24,9% de Despersonalização e 39,2% de Realização Profissional;
- O estilo de vida destes profissionais de saúde de uma forma geral influencia o surgimento da *Síndrome de Burnout*;
- Nos enfermeiros o estilo de vida influencia a Exaustão Emocional e a Despersonalização, não influenciando a Realização Profissional;
- A satisfação com os estilos de vida influencia nos enfermeiros a Exaustão Emocional, a Despersonalização e a Realização Profissional;
- A frequência nas relações interpessoais nos profissionais de saúde influencia a Exaustão Emocional e a Realização Profissional;
- O tipo de organização hospitalar nos profissionais de saúde não influencia o *Burnout*;
- Nos profissionais de saúde o coping centrado no controlo influencia a Realização Profissional;
- Nos profissionais de saúde o coping centrado no escape influencia a Exaustão Emocional e a Despersonalização;
- A formação influencia os estilos de vida conduzindo a uma melhor percepção do estilo de vida, a relações interpessoais mais satisfatórias e a um consumo de substâncias mais adequado.

As autoras Vânia Lavrador e Rosa Romão (2007) elaboraram um estudo com o objetivo de compreender o risco de *Burnout* nos profissionais de saúde e de estudar o risco do mesmo nos enfermeiros e médicos do serviço de Hematologia Hospital dos Capuchos. Após o tratamento estatístico e para uma amostra de 36 profissionais de saúde (29 enfermeiros e 7 médicos) foi possível concluir que a maior parte dos inquiridos é jovem (50% com idade inferior a 30 anos) e que têm pouco tempo de experiência profissional (47% a exercer actividade laboral há menos de 5 anos) em serviços oncológicos (61,6% a exercer actividade no serviço de Oncologia há menos de 5 anos). É também de salientar

que um número significativo de inquiridos (63,9%) trabalha no serviço à relativamente pouco tempo (menos de 5 anos).

Relativamente aos três domínios da *Síndrome de Burnout* as autoras obtiveram os seguintes resultados:

- Relativamente ao Esgotamento Emocional concluíram que 41,7% de profissionais apresentam baixo nível, 50% apresentam nível moderado e 8,30% apresentam nível elevado;
- Relativamente à Despersonalização concluíram que 55,6% de profissionais inquiridos apresentam baixo nível, 33,3% apresentam nível moderado e 11,1% apresentam nível elevado;
- Relativamente à Realização Pessoal concluíram que 33,3% de profissionais apresentam baixo nível, 38,9% apresentam nível moderado e 27,8% apresentam nível elevado.

Carlotto e Silva (2008) elaboraram um estudo denominado *Síndrome de Burnout em trabalhadores da enfermagem de um hospital geral*, com o objetivo de verificarem a existência e/ ou associação entre a *Síndrome de Burnout* e as variáveis sociodemográficas, profissionais e psicossociais. A amostra foi constituída por 131 enfermeiros, dos quais 66 trabalhavam no bloco operatório e 65 na unidade de internamento de um hospital geral na cidade de Porto Alegre. A maioria da amostra pertence ao género feminino (85,5%), é solteiro, separado ou viúvo (55%) e 52,7% da amostra tem filhos. A idade média dos sujeitos é de 33,52 anos (DP=8,81). Quanto ao trabalho por turnos os resultados evidenciam que, mais da metade dos enfermeiros trabalham no turno diurno, das 8h às 16h, (64,1%). Possuem, em média, 9,45 anos de experiência profissional (DP=7,97) e 6,58 anos (DP=6,46) de exercício profissional na instituição pesquisada.

Através dos resultados obtidos neste estudo, as autoras indicam existir um índice elevado para a dimensão realização profissional (3,79; DP = 0,75), e um índice médio para as restantes dimensões: Exaustão Emocional (2,47; DP = 0,73) e Despersonalização (2,59; DP = 0,54).

Relativamente às variáveis qualitativas e a sua relação com a *Síndrome de Burnout*, as autoras verificaram que a Exaustão Emocional é mais elevada na medida em que esta

diminui a satisfação com as relações hierárquicas, a satisfação intrínseca com o trabalho e oportunidades de crescimento, a carga horária e o número de dias por licença-pessoal.

Em relação aos fatores de stress observa-se que quanto maior a percepção de que a profissão é stressante assim como a carga horária, a escala de trabalho, o tipo de paciente atendido, as condições de trabalho e a dificuldade de conciliar o trabalho e a família, maior é o sentimento de Exaustão Emocional. Por sua vez, a Despersonalização aumenta com a insatisfação em relação à hierarquia com o menor tempo de experiência profissional e número de dias de licença-saúde.

Já a Realização Profissional aumenta na medida em que aumenta a satisfação com a hierarquia, com o ambiente físico do trabalho, com o conteúdo das atividades desenvolvidas e com as oportunidades de crescimento profissional. Quanto maior a carga horária maior a realização profissional. No que diz respeito à satisfação no trabalho, verifica-se que quanto maior a satisfação com a estrutura hierárquica, com o trabalho efetuado pelo profissional e com a oportunidade de crescimento pessoal menor é o sentimento de desgaste emocional.

Queirós, Rodrigues & Silva em 2009 participaram na realização do IV congresso sobre Saúde e Qualidade de Vida, na Escola Superior de Saúde do Porto, onde foi debatido o tema “Ansiedade, Depressão e *Burnout* em enfermeiras”. O estudo tinha como objetivos conhecer os níveis de ansiedade, depressão e *Burnout* nas enfermeiras de cuidados de saúde primários da Sub-Região de Saúde de Bragança, bem como correlacionar os níveis de ansiedade com o *Burnout*. A amostra foi constituída por 48 enfermeiras a exercer funções em três centros de saúde da região de Bragança, e onde os resultados obtidos explicam índices reduzidos de *Síndrome de Burnout*, de ansiedade e de depressão. Contudo, e através de uma análise mais profunda verifica-se que apesar das diferenças estatisticamente significativas revela uma tendência maior para a ansiedade e *Síndrome de Burnout* em enfermeiras solteiras e sem filhos, enquanto que a depressão se verifica mais em enfermeiras casadas e com filhos. Relativamente às enfermeiras com maior experiência profissional, com contratos de trabalhos permanentes apresentam maior ansiedade e depressão. Em contrapartida, as enfermeiras com menor experiência profissional, com contratos de trabalho a termo percebem a profissão como instável e apresentam maior nível de *Burnout*. Os dados relativos à *Síndrome de Burnout* são coerentes com a literatura existente uma vez que tanto o tempo de serviço como a

instabilidade profissional são fatores de risco ao aparecimento da *Síndrome de Burnout* (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2000, citado por Queirós, Rodrigues & Silva, 2009).

No ano de 2010, Vasco Cumbe realizou um estudo no âmbito do Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental cujo tema era *Síndrome de Burnout em Profissionais de Saúde Cuidadores dos Pacientes em Tratamento Ambulatório em Serviços de Oncologia, e Avaliação da Influência dos Fatores Sócio-demográficos no Surgimento desta Entidade, e Sua Relação Com as Estratégias de Coping*. Neste estudo a amostra foi constituída por 46 profissionais de saúde, dos quais 37 eram enfermeiros e 9 médicos, com uma maior representação (91,3%) do sexo feminino (n=42) face ao sexo masculino (8,7%; n=4). Como objetivo geral do estudo pretendia-se avaliar a importância da *Síndrome de Burnout* no pessoal médico e de enfermagem das unidades oncológicas - ambulatório do Hospital São João, Hospital Geral do Santo António, Hospital Faro e de Beja. Os objetivos específicos prendiam-se com verificar a existência ou não de relação das dimensões do *Burnout* com os fatores sociodemográficos dos médicos e enfermeiros e com as estratégias de coping. O autor concluiu que o facto de o profissional de saúde ter filhos, e exercer actividades diversificadas apresentam-se como fatores protetores do não aparecimento da *Síndrome de Burnout* para a dimensão da Exaustão Emocional e para a dimensão da Realização Profissional.

O vínculo laboral definitivo apareceu como fator de risco para o desenvolvimento do *Burnout* na dimensão Realização Pessoal, onde os indivíduos com este vínculo obtiveram menor Realização Pessoal e consequentemente maior *Burnout* nesta dimensão.

Sem dúvida que a prevenção da *Síndrome de Burnout* nos enfermeiros é de extrema importância e, de forma resumida, segundo França e Rodrigues (1997) com os quais concordamos, passam por medidas como: aumentar a variedade de rotinas para evitar a monotonia, evitar o excesso de horas extra, para dar o melhor suporte social às pessoas, e melhorar as condições sociais e físicas de trabalho e para investir no aperfeiçoamento profissional e pessoal dos trabalhadores.

1.2. STRESS

O *stress* é tão antigo como a humanidade, mas se hoje tanto se fala, é porque a sociedade atual nos submete a um sem número de estímulos stressantes, que põem à prova a capacidade de adaptação do nosso organismo e da nossa mente. A origem etimológica da palavra *stress* está no latim *stringo*, *strigere*, *strinxi*, que significa apertar, restringir, comprimir. O *stress* pode ser definido como o desgaste que o nosso organismo sofre à medida que nos relacionamos com o meio em constante mudança. O *stress* é um fenómeno coerente e crescente com efeitos destruidores no recrutamento e permanência dos profissionais, qualidade dos cuidados e sobretudo com custos humanos e reais (Mckereth et al. (2005) citado por Batista, P. (2008).

Para Thelan (1993) o *stress* é um problema ocupacional da profissão de enfermagem independentemente da especialidade.

Os agentes que desencadeiam este processo designam-se como stressores. Estes são susceptíveis de provocar diversas reacções como medo, ansiedade, hostilidade entre outros.

Um dos autores que mais ênfase atribuiu ao termo numa perspectiva biológica foi Selye (1974), que defende o *stress* como “a resposta não específica do corpo a qualquer exigência”. Este é um processo inerente à vida de todos os organismos, podendo ser benéfico ou prejudicial dependendo da forma como reagimos ao ajuste que temos que fazer a diferentes circunstâncias da vida.

Uma situação indutora de *stress* é toda a condição em relação á qual o indivíduo tem a percepção de não ter preparados comportamentos automáticos de resposta, e por isso, exige uma nova adaptação (Serra, 1989 citado por Carvalho e Ramos (2007).

O *stress* é provocado por um desajustamento entre nós e o trabalho, por problemas de relacionamento, pela presença de violência psicológica ou física no local de trabalho ou ainda pela existência de conflitos entre o nosso papel no trabalho e fora dele.

Selye (1979) citado por Pais Ribeiro (2007, p. 276) explica o *stress* como a soma de fenómenos biológicos não específicos e, conseqüentemente um agente stressor é, por definição, não específico porque produz *stress*. Cada indivíduo reage de forma diferente às mesmas circunstâncias. Umhas pessoas reagem melhor do que outras à pressão de muitas solicitações. O que conta é a avaliação subjectiva que cada indivíduo faz da sua

situação, não sendo possível determinar com base exclusivamente na situação o *stress* que a mesma pode provocar.

O ser humano encontra-se cada vez mais exposto a situações indutoras de *stress* e sempre que experimenta uma tal disposição, ocorre um processo de ativação que envolve todo o organismo. De acordo com Vaz Serra (1999) todos os fatores de *stress* reproduzem vários tipos de resposta no ser humano. A resposta ao *stress* é por sua vez, uma resposta automática do indivíduo a qualquer alteração que se produza no meio externo e no meio interno na qual o indivíduo se prepara para fazer face às possíveis exigências geradas pela nova situação.

1.3. ESTRATÉGIAS DE *COPING*

A modernidade da vida, de todos os dias, trouxe para as instituições de saúde competitividade que origina uma maior necessidade de obter resultados a curto prazo.

Todos os atos, mesmo os mais simples do ser humano, como do nascer ao amar, do aprender ao lazer, do adoecer ao cuidar, todos eles originam *stress* e *coping*. Dependendo das situações o *stress* pode ser mais intenso, noutras o *coping* é mais complicado, mas em todas as situações estes dois conceitos têm um papel importante na vida das pessoas, tornando-se inseparáveis.

Ambos os conceitos se desenvolvem a par da psicologia e são hoje em dia elementos indissociáveis do seu universo, principalmente na área da psicologia da saúde e da doença.

Formalmente, a Psicologia da Saúde remonta aos anos 70. Esta década marcou uma mudança na maneira de conceptualizar o sistema de saúde no geral, e os cuidados de saúde em particular (Engel, 1977, citado por Pais Ribeiro, 2007, p.33).

A psicologia da saúde na perspectiva de Matarazzo (1980,1982) é definida com o domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da psicologia com vista à promoção e proteção da saúde, à prevenção e tratamento de doenças, à identificação das causas e diagnósticos relacionados com a saúde, com as doenças e disfunções associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e ao aperfeiçoamento da política de saúde, citado por Pais Ribeiro, (2007, p. 34).

A história do *coping* acompanha a psicologia desde os seus primórdios, focando-se no modo como os indivíduos se adaptam a contextos adversos. Historicamente, diversos autores (Suls, David & Harvey, 1996) afirmam que a investigação da psicologia sobre o *coping* comporta três gerações. A primeira geração representada pela psicanálise (princípio do século) afirma que têm sido observadas diferenças marcantes tanto a nível teórico como metodológico. Pesquisadores relacionados com a psicologia do ego têm concebido o *coping* como um mecanismo de defesa, motivado interna e inconscientemente como forma de lidar com conflitos sexuais e agressivos (Vaillant, 1994, citado por Antoniazzi, Aglio, Bandeira, 1998, p. 274). Assim, e para esta primeira geração de pesquisadores o estilo de *coping* utilizado pelos indivíduos era concebido com estável numa hierarquia de saúde versus psicopatologia.

A segunda geração esta muito associada aos trabalhos de grupo de Lazarus (inicia-se por volta de 1960), aponta para uma nova perspectiva em relação ao *coping*. Esta nova tendência procura enfatizar os comportamentos e os seus determinantes cognitivos e situacionais (Suls, David & Harvey, 1996, citado por Antoniazzi, Aglio, Bandeira, 1998, p. 275). Alguns investigadores passam a conceptualizar o *coping* como um processo transaccional entre a pessoa e o ambiente com ênfase nos traços de personalidade.

Por fim, a terceira geração integra a perspectiva integrativa (inicia-se em meados de 1990), citado por Pais Ribeiro, 2004, p. 297-302). Esta ultima geração de pesquisadores tem-se voltado mais para o estudo entre o *coping* e os traços de personalidade. Sulz et al., (1996) referem que esta geração de investigações resulta da consciência de que os fatores situacionais não explicam todas as variações no *coping* e existem estudos que sugerem que tanto as situações como a personalidade contribuem para explicar tais variações (Pais Ribeiro, 2004, p. 300). Neste sentido, esta geração procura essencialmente ligações entre a personalidade e o *coping*.

Os estudos sobre *coping* são frequentemente elaborados pela psicologia da saúde para avaliar como é a reação dos indivíduos e da família a transtornos, doenças e tratamentos.

O conceito de *coping* surge das investigações da psicologia sobre o stress, quando se concluiu que o stress não é um processo automático de estímulo-resposta, mas que existem fatores mediadores.

O stress pode ser definido como é um processo complexo através do qual um organismo responde aos acontecimentos que fazem parte da vida do dia-a-dia, e que são capazes de

ameaçar e/ou por em causa o bem-estar desse organismo. Por sua vez, o *coping* é o conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais desenvolvidas pelo sujeito para lidar com as exigências internas e externas da relação pessoa-ambiente que são avaliadas como excessivas, e as reações emocionais causadas por essas exigências (Lazarus & Folkman, 1984 citado por Costa e Leal, 2004, p.757).

O *coping* pode ser definido um processo cognitivo utilizado pelos indivíduos para lidar com situações de stress e que inclui os esforços para administrar os problemas no seu quotidiano. Assim, um *coping* adequado a uma determinada situação conduzirá a um ajustamento adequado.

Segundo Lazarus e Folkman (1984), o *coping* tem duas funções:

Coping focado na emoção – consiste na regulação do estado emocional por meio do esforços que permitem ao sujeito pensar e agir de uma forma eficaz, falando com alguém e no recorrer evitando comportamentos patogénicos;

Coping focado no problema – que consiste na modificação ou alteração de relação individuo-ambiente por meio de esforços que permitam lidar adequadamente com situações indutoras de stress, estabelecendo planos de ação.

Em síntese, e na perspectiva de Pocinho & Capelo (2009) podemos afirmar que o *coping* significa: enfrentar, encarar, ultrapassar, fazer face, dar resposta a, reagir ou adaptar-se a situações adversas. O *coping* tem sido definido como um fator estabilizador, isto é, em momentos ou situações *stressantes* permite/facilita o ajustamento individual ou a adaptação.

Uma vez que pretendemos na presente investigação analisar a presença *Síndrome de Burnout* nos profissionais de enfermagem das Unidades de Cuidados Continuados, faremos de seguida uma abordagem ao modelo de Cuidados Continuados do nosso país.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS CONTINUADOS

Os valores da esperança média de vida têm vindo a aumentar ao longo dos tempos. Esse aumento na duração média da vida das pessoas tem sido mais evidente nas últimas

décadas, de 1950 até à actualidade. Assim, a diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade têm sido cruciais para o envelhecimento da população Portuguesa. Para o aumento deste valor contribuíram, entre outros fatores: a melhoria da assistência médica, medicamentosa e hospitalar, a ampliação de conhecimentos sobre a importância da higiene e das condições sanitárias; a melhoria na alimentação; o alargamento dos sistemas de protecção social, entre outros.

No entanto, continuaram a verificar-se algumas carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Neste contexto, surgem novas necessidades quer ao nível da saúde quer ao nível social, que requerem novas e diversificadas respostas que venham satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e/ou em fase terminal de vida. Tais respostas devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos, circunstâncias da evolução das doenças e das situações sociais e, conjuntamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com tais situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar.

Neste sentido pretende-se promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, o que constitui uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida e para o estabelecimento de uma sociedade mais justa e solidária.

Daí surgiu um projeto recente (junho de 2006) – a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que é um modelo de prestação de cuidados de saúde, prevendo-se que esteja em pleno funcionamento no ano de 2016. Os Cuidados Continuados são um programa que tem como objetivo prestar apoio a pessoas em situação de dependência física, mental e / ou social. Neste sentido, visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa dependente, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

A RNCCI tem como principal finalidade, segundo o artigo 4º ponto 1 do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, criar um sistema integrado de serviços de saúde e apoio social, que procura capacitar os seus utentes de autonomia, através da implementação de

um novo modelo de cuidados que visam reabilitar e informar os utentes e os seus familiares.

Esta rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e/ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais. Este novo modelo de intervenção implica o trabalho integrado e pró-ativo de equipas multidisciplinares que promovem o envolvimento, não só dos utentes como dos seus familiares/cuidadores, na prestação de cuidados, respeitando sempre as suas necessidades, preferências e os seus objetivos de reabilitação.

De um modo geral, pretende ser uma resposta de cuidados globais, direccionada para todas as pessoas que se encontrem em situação de dependência, independentemente da sua idade (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, 2006). Ao analisarmos o Artigo 4.º deste Decreto-Lei, podemos encontrar os vários objetivos específicos da RNCCI:

- Melhorar as condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, prestando apoio ao nível da saúde e apoio social, quando necessário;
- Garantir a manutenção das pessoas com perda ou em risco de perda de funcionalidade, não só em Unidades, mas também no domicílio, sempre que seja possível encaminhar os cuidados ao próprio domicílio do utente, promovendo o seu conforto e qualidade de vida;
- Promover apoio, acompanhamento e internamento tecnicamente adequado às necessidades específicas de cada utente;
- Procurar a melhoria contínua da qualidade dos serviços e cuidados prestados;
- Apoiar, envolver e capacitar os familiares e cuidadores informais na prestação de cuidados, promovendo a sua capacidade de resposta às necessidades dos seus familiares;
- Garantir a coordenação e a articulação em rede dos vários serviços, setores e níveis de diferenciação dos elementos envolvidos na Rede;
- Prevenir possíveis lacunas existentes nos serviços e nos equipamentos, uma vez que é um projeto de abrangência nacional, que pretende suprir as necessidades de

dependência em diferentes níveis de cuidados, quer em cuidados continuados integrados, quer em cuidados paliativos.

A RNCCI visa igualmente promover a prestação de cuidados de saúde individualizados e humanizados, dando em simultâneo grande importância à Pessoa, ao Utente, à sua vontade e às suas preferências. Este projeto procura garantir equidade e/ou imparcialidade no acesso e na mobilidade entre os vários tipos de unidades e equipas da rede, pois todos os indivíduos têm o direito de beneficiar da prestação de cuidados por parte da mesma.

A prestação de um serviço de proximidade, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade, é outro dos princípios que regem a intervenção deste modelo. Uma vez que se pretendem equipas capazes de dar diferentes tipos de respostas e estas adequadas às necessidades individuais de cada utente, a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade na prestação de cuidados, são outros dos princípios inerentes à Rede. De forma a garantir uma boa resposta é indispensável que seja feita uma avaliação integral das carências, definindo-se periodicamente para o efeito, os objetivos de funcionalidade e autonomia e avaliando-se constantemente os resultados obtidos.

Uma vez que se pretende promover a recuperação contínua ou a manutenção da funcionalidade e da autonomia do doente, a rede tem também como intuito, o envolvimento dos utentes e das suas famílias, não só no plano individual de intervenção, como também no encaminhamento para as unidades e equipas existentes. A família e o utente são envolvidos e estimulados a ter uma participação activa e constante em todo o processo de recuperação e/ou manutenção.

Deste modo, a RNCCI tenta incentivar a participação e a co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados. Todos estes princípios abordados colidem numa procura de eficácia e qualidade por parte de todas as unidades e equipas na prestação dos cuidados (Artigo 6.º do Decreto – lei n.º 101/2006 de 6 de Junho).

A RNCCI está organizada em diversas tipologias (cfr. quadro 1), de forma a poder abranger o maior número possível de carências. Estas visam prestar um serviço eficiente, não descurando os cuidados de saúde, mas tendo sempre presente um apoio humanizado envolvendo não só o utente, mas também a sua família. Os cuidados prestados são

centrados no utente, nas suas necessidades, nas suas expectativas e todas as suas preferências são tidas em conta.

Faz parte do próprio espírito das unidades, envolver a família e/ou o cuidador principal, para que o utente e a família estejam devidamente preparados para puderem prestar os cuidados necessários após a alta dos utente.

Quadro 1- Tipologias das respostas previstas na RNCCI

Tipologias da RNCCI	
Unidades de Internamento	Unidades de Convalescença; Unidades de Média Duração e Reabilitação; Unidades de Longa Duração e Manutenção; Unidades de Cuidados Paliativos.
Unidades de Ambulatório	Unidades de Dia e Promoção da Autonomia.
Equipas Hospitalares	Equipas de Gestão de Altas; Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos.
Equipas Domiciliárias	Equipas de Cuidados Continuados Integrados; Equipas Comunitárias de suporte em Cuidados Paliativos.

Fonte: Dec. Lei nº 101/2006

Como a presente investigação foi desenvolvida em Unidades de média e longa duração, faremos apenas, de seguida, uma caracterização das mesmas.

2.1 Unidades de Média Duração e Reabilitação

A Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) é uma “unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável” (Artigo 15.º do Decreto – lei n.º 101/2006 de 6 de Junho).

Estas unidades têm por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa em situação de dependência potencialmente recuperável. Este tipo de

unidades destinam-se a internamentos com duração previsível entre 30 a 90 dias, e podem coexistir com as unidades de convalescença e com as de longa duração e manutenção. Os utilizadores das unidades de média duração e reabilitação são doentes oriundos de outras respostas da Rede, de instituições de saúde, de solidariedade e da segurança social ou, ainda, do domicílio, que careçam de cuidados integrados em regime de internamento, mas não de cuidados tecnologicamente diferenciados.

A UMDR é gerida por um técnico da área da saúde ou da área psicossocial e assegura:

- Cuidados médicos diários;
- Cuidados de enfermagem permanentes;
- Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;
- Prescrição e administração de fármacos;
- Apoio psicossocial;
- Higiene, conforto e alimentação;
- Convívio e lazer.

Os cuidados a prestar nesta tipologia de unidades destinam-se, fundamentalmente, à reabilitação, manutenção e apoio social e à rápida reintegração dos seus utilizadores no seu meio habitual de vida, em condições da maior autonomia possível. Promovem igualmente o treino de funções cognitivas, sensoriais, e motoras, ressocialização e actividades socio-ocupacionais.

2.2 Unidades de Longa Duração e Manutenção

A Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) é uma “unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio” (Artigo 17.º do Decreto – lei n.º 101/2006 de 6 de Junho).

Estas unidades têm como objetivo proporcionar cuidados que impeçam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos. Podem proporcionar o

internamento por períodos inferiores ao previsto, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do cuidador principal, até ao máximo de 90 dias por ano. Os utilizadores destas unidades de internamento são doentes, que pela sua situação de dependência, por razões de doença ou de patologias associadas à idade necessitam de Cuidados Continuados Integrados. Os doentes desta tipologia são oriundos de outras respostas da Rede, de instituições de saúde ou de solidariedade e da segurança social ou, ainda, do próprio domicílio.

A ULDM é gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente:

- Actividades de manutenção e de estimulação;
- Cuidados de enfermagem diários;
- Cuidados médicos;
- Prescrição e administração de fármacos;
- Apoio psicossocial;
- Controlo fisiátrico periódico;
- Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;
- Animação sócio-cultural;
- Higiene, conforto e alimentação;
- Apoio no desempenho nas actividades da vida diária;
- Apoio nas actividades instrumentais da vida diária.

Os cuidados a prestar nas ULDM destinam-se, fundamentalmente, à reabilitação, manutenção e apoio social e contemplam a satisfação de necessidades e expectativas, bem como a relação com a família e com o meio social de referência.

A divulgação da informação de forma transparente e precisa das unidades corresponde a um sinal de maturidade e de confiança no funcionamento das mesmas. O empenho e a dedicação das unidades de cuidados continuados através da divulgação da informação de forma transparente e precisa demonstram que as boas práticas são uma prioridade, em termos de prestação de cuidados para as unidades da rede.

CAPÍTULO II

ESTUDO EMPIRICO

3 - METODOLOGIA

Neste capítulo, descrevemos a metodologia utilizada na atual investigação. Neste sentido, pretendemos explicar os objetivos, as questões formuladas, as variáveis em estudo, o instrumento de recolha de dados utilizado, os procedimentos de colheita de dados, a população e o respetivo tratamento estatístico.

3.1. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Temos verificado que nas últimas décadas, a investigação na área da saúde tem vindo a sofrer alterações, deixando de se debruçar exclusivamente nos componentes biomédicos e em dados epidemiológicos de doenças, voltando-se para uma perspetiva mais abrangente ou holística do ser humano cuidado ou cuidador. É nesta perspetiva de avaliação em contextos de saúde que emerge, neste estudo, a avaliação do *Síndrome de Burnout* em profissionais de enfermagem.

Desde as suas origens, a profissão de enfermagem está associada à noção do “cuidar”, noção esta que se refere essencialmente à prestação de cuidados e que está também relacionada com a noção de sobrevivência do ser humano.

Dado que os enfermeiros estão expostos a várias fontes de stress, pois têm diariamente um maior número de responsabilidades que por sua vez conduzem a novas exigências ao nível da execução das tarefas, maior número de qualificações e novas competências e, uma vez que trabalham diretamente e intensamente com pessoas em sofrimento, estão predispostos a desenvolver *Burnout* tornando-se importante avaliar a possibilidade da sua ocorrência (Rodrigues & Ferreira, 1999; Pereira et al., 2001 citado por Azevedo, 2007, p. 3).

A escolha do tema para a presente investigação - “*Burnout* em enfermeiros dos Cuidados Continuados”- baseou-se nessa constatação e pela escassez de investigações no contexto dos cuidados continuados, uma vez que é um modelo recentemente implementado e ainda em desenvolvimento.

Neste sentido e para dar resposta à finalidade da investigação, procedeu-se à realização de um estudo descritivo, quantitativo de carácter correlacional e de natureza transversal.

Pollit & Hungler (1994), referem que o estudo descritivo *"traduz-se pela procura descritiva, isto é, uma procura que se encaminha principalmente na descrição dos fenómenos..."* (p.18). No entanto, pretende-se ir para além da mera descrição dos fenómenos, tendo em mente que *"a investigação exploratória é uma ampliação da investigação descritiva"* (ibidem, p.18), "dado que as pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito..." (Gil, 1994, p. 45).

Segundo Pinto (1990, p. 46) *"a finalidade principal do método descritivo é fornecer uma caracterização precisa das variáveis envolvidas num fenómeno ou acontecimento"* embora *"ao método descritivo não compete determinar qual a natureza de tal relação"* entre as variáveis envolvidas num fenómeno ou acontecimento. Ainda segundo este autor (Ibidem, p. 58) *"estes procedimentos metodológicos são frequentemente usados nas fases iniciais de investigação de uma nova área do saber"* tendo como objetivo *"desenvolver ideias ou hipóteses sobre o modo como os fatos ou comportamentos se encontram relacionados entre si"*.

Dado o limite temporal inerente ao processo formativo optamos por um estudo transversal, isto é, efectuou-se uma única avaliação. Assumimos tal fato como uma condicionante do trabalho, pois estudos longitudinais permitir-nos-iam uma melhor validação dos resultados. Mas a morosidade do processo e os custos envolvidos são impeditivos deste estudo se realizar na vertente longitudinal.

O nosso propósito é descrever e documentar as diferentes dimensões do *Síndrome de Burnout* em contexto profissional da enfermagem nos cuidados continuados e descrever a relação entre algumas variáveis, mais do que inferir relação da causa-efeito, pois *"...apesar da considerável ênfase da investigação científica para entender as causas do comportamento em diversas situações, com frequência o investigador não pode senão descrever as relações existentes entre determinadas variáveis sem compreender de todo as complexas cadeias causais subjacentes..."* (Pollit et al, 1997, p. 47).

3.2. OBJETIVOS DO ESTUDO

A problemática em estudo e a metodologia que definimos para a consecução da presente investigação e tendo em conta as finalidades da mesma, pretendemos, como *objetivo geral*, conhecer a incidência da *Síndrome de Burnout* nos enfermeiros que exercem a sua actividade profissional nas unidades de cuidados continuados de média e de longa, duração, da zona norte do país.

Os objetivos específicos definidos para esta investigação são:

- Avaliar o nível de *Burnout* nos enfermeiros que exercem funções nas Unidades de Cuidados Continuados em estudo;
- Analisar as diferentes dimensões do *Burnout* percecionadas pelos enfermeiros em estudo;
- Avaliar a relação do *Burnout* com as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, situação contratual, regime de contrato, anos de serviço, trabalho em segundo serviço, horário de trabalho) e profissionais (satisfação no trabalho).

3.2.1. VARIÁVEIS EM ESTUDO

Na maioria das atividades de investigação o objetivo é compreender de que forma ou porque variam as coisas, com o fim de relacionar as diferenças de uma variável com as diferenças de outras. As variáveis designam-se como dependentes ou independentes em função do papel que desempenham em determinada investigação. "*A causa eventual denomina-se variável independente, e o efeito possível como variável dependente*" (Pollit & Hungler, 1994, p. 51).

3.2.1.1. Variável Dependente

Na perspetiva de Sousa (2005) as variáveis dependentes constituem aquelas que dependem dos procedimentos da investigação, conotando-se diretamente com as respostas que se procuram. São dados que se obtêm e que variam à medida que o investigador modifica as condições de investigação. Toda a investigação tem por objetivo

chegar à variável dependente, ou seja, ao resultado obtido com os procedimentos da investigação.

A variável dependente do presente estudo é a *Síndrome de Burnout*. Esta é operacionalizada através de uma escala a MBI (Maslach e Jackson, 1981) que aborda três dimensões (cfr. quadro 2).

Quadro 2 – Dimensões e variáveis da *Síndrome de Burnout* (MBI - Maslach e Jackson, 1981)

	Dimensões	Nº	Variáveis
<i>Síndrome de Burnout</i>	Exaustão Emocional (EE)	1	Sinto-me esvaziado emocionalmente pelo meu trabalho.
		2	Sinto-me usado no final do dia de trabalho
		3	De manhã sinto-me fatigado quando me levanto para enfrentar um novo dia de trabalho.
		6	Trabalhar com pessoas o dia todo é realmente um esforço para mim.
		8	Sinto-me derrotado pelo trabalho.
		13	Sinto-me frustrado com o meu trabalho.
		14	Sinto que estou a trabalhar demasiado.
		16	Trabalhar diretamente com as pessoas causa-me grande stress.
	20	Sinto-me como se tivesse chegado ao fim da linha.	
	Despersonalização (D)	5	Sinto que trato alguns utentes como se fossem objetos impessoais.
		10	Tornei-me mais insensível para as pessoas desde que iniciei o meu trabalho.
		11	Preocupa-me que este trabalho me possa estar a endurecer emocionalmente.
		15	Eu não me preocupo realmente com o que possa acontecer a alguns utentes.
		22	Sinto que alguns utentes me culpabilizam por alguns dos seus problemas.
	Realização Profissional (RP)	4	Posso compreender facilmente o que os utentes sentem acerca das coisas.
		7	Lido eficazmente com os problemas dos utentes.
		9	Sinto que através do meu trabalho estou a influenciar positivamente a vida dos outros.
		12	Sinto-me muito activo.
		17	Consigo facilmente criar uma atmosfera descontraída com os utentes.
		18	Sinto-me regozijado depois de um trabalho de grande interação com os utentes.
		19	Já consegui realizar coisas significativas no meu trabalho.
21	No meu trabalho lido com os problemas emocionais de uma forma mais calma.		

A variável dependente, *Síndrome de Burnout*, é apresentada como uma variável contínua o que significa que pode ser experienciada em termos de grau (baixo, moderado ou alto) e não como uma variável dicotômica, que ora está presente ou ausente (cfr. quadro 3).

Quadro 3 - Pontos de corte das dimensões da *Síndrome de Burnout*

Dimensões	Pontos de corte		
	Baixo	Moderado	Alto
Exaustão Emocional (EE)	0-15	16-25	26-54
Despersonalização (D)	0-02	03-08	09-30
Realização Profissional¹ (RP)	0-33	34-42	43-48

Fonte: Benevides-Pereira, 2001.

Para estes autores, a dimensão da Exaustão Emocional (EE) é apresentada sobre a forma de 9 questões (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20) podendo assumir um score mínimo de 0 e um score máximo de 54. Uma pontuação elevada nesta dimensão mostra que o sujeito está a suportar uma tensão para além dos seus limites. A dimensão da Despersonalização (D) é apresentada sobre a forma de 5 questões (5, 10, 11, 15, 22), podendo assumir um score mínimo de 0 e um score máximo de 30. Uma pontuação elevada nesta dimensão mostra que o inquirido tende a distanciar-se dos outros e a pensar neles como objetos. A dimensão Realização Profissional (RP) é nos apresentada sobre a forma de 8 questões (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21) sendo o score mínimo de 0 e o máximo de 48. O *Burnout* total pode variar entre o score mínimo de 0 e o score máximo de 132. Nesta subescala uma pontuação elevada indica que o sujeito considera que vale a pena executar o seu trabalho e que, o está a realizar de forma digna, já que possui um *score* contrário relativamente às outras duas dimensões.

Para um alto nível de *Burnout* será necessário que o profissional obtenha um score alto nas dimensões de Exaustão Emocional (EE) e de Despersonalização (D) e um score baixo na dimensão da Realização Profissional (RP). Um nível médio de *Burnout* é representado por valores de scores intermédios nas três sub-escalas. Neste sentido, um nível baixo de

¹ Esta dimensão apresenta os itens invertidos

Burnout reproduz-se em scores baixo nas dimensões da Exaustão Emocional (EE) e da Despersonalização (D) e um score alto na dimensão da Realização Profissional (RP).

Quadro 4 - Dimensões do MBI, Mínimo, Máximo e MBI total

Dimensões da MBI	Questões	Mínimo	Máximo
Exaustão Emocional (EE)	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20	0	54
Despersonalização (D)	5, 10, 11, 15 e 22	0	30
Realização Pessoal (RP)	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21	0	48
MBI Total	-	0	132

Através da análise do quadro 4, podemos analisar a distribuição das dimensões do MBI, as respectivas questões que constituem cada uma das dimensões, bem como, os valores mínimos e máximos para cada uma das dimensões e para o MBI total.

3.2.1.2. Variáveis Independentes

Para Sousa (2005) as variáveis independentes são aquelas que são independentes dos procedimentos da investigação, constituindo no entanto fatores determinantes que vão influenciar, recorrendo o investigador à sua manipulação para observar os efeitos produzidos nas variáveis dependentes.

No estudo em causa foram definidas como variáveis independentes as variáveis sociodemográficas e profissionais dos inquiridos (cfr. quadro 5).

Quadro 5 – Variáveis independentes do estudo e sua operacionalização

Variáveis Sócio Demográficas e Profissionais	Operacionalização/ Categorização
Género	Variável dicotómica: Masculino / Feminino
Idade	Número em anos
Local da Unidade	-Santa Casa da Misericórdia de Freixo de Espada à Cinta; -Santa Casa da Misericórdia de Vila Flor; -Santa Casa da Misericórdia de Alijó; -Santa Casa da Misericórdia de Chaves; -Santa Casa da Misericórdia de Murça; -Santa Casa da Misericórdia de Monção; -Santa Casa da Misericórdia de Arcos de Valdevez; -Santa Casa da Misericórdia de Riba D' Ave; -Carlton Life; -Montepio Residências; -Hospital de São Martinho; -Radelfe; -Santa Casa da Misericórdia de Santo Tirso; -Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde; -Clíhotel.
Natureza do Vínculo	Contrato (Recibos verdes, Prazo); Permanente (Lugar de quadro).
Tempo de serviço na profissão	Número em meses
Tempo de serviço na unidade	Número em meses
Integração na equipa	Variável dicotómica: Sim/Não
Exercício profissional noutra instituição	Variável dicotómica: Sim/Não
Residência no local da unidade	Variável dicotómica: Sim/Não
Distância da residência à unidade	Número em quilómetros
Tipo de horário	Variável dicotómica: Fixo/Turnos (Roulement)
Situação conjugal	-Casados/Juntos de Facto; -Separados/Divorciados; -Solteiro(a); -Viúvo(a).
Nº de filhos	Variável dicotómica: Sim/Não Se Sim, quantos?
Satisfação no local de trabalho	Escala de Likert com 5 itens: - Totalmente insatisfeito; - Insatisfeito; - Nem satisfeito nem insatisfeito; - Satisfeito; - Totalmente insatisfeito.

3.3. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A questão de investigação constitui o elemento fundamental do início de uma investigação. Para Fortin (1999, p. 101) a questão de investigação é definida como um

enunciado interrogativo preciso, escrito no presente que incluiu habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar.

Com base na revisão da literatura e no sentido de contribuir para o esclarecimento do problema de investigação e enquadrado dentro dos objetivos inicialmente traçados, formularam-se as seguintes questões de investigação:

Q1: Quais os níveis de *Burnout* experienciados pelos enfermeiros que exercem funções nas Unidades de Cuidados Continuados em estudo?

Q2: Quais as dimensões do *Burnout* percebidos pelos enfermeiros do estudo?

Q3: Será que as variáveis sociodemográficas e profissionais delineadas para o estudo influenciam o surgimento do *Burnout* nos indivíduos da população?

3.4. POPULAÇÃO

A população-alvo em estudo é constituída por todos os enfermeiros que trabalham nas Unidades de Cuidados Continuados de média e longa duração da zona norte do país, distribuídos por cinco distritos: Bragança, Vila Real, Viana do Castelo, Braga e Porto (cfr. Fig. 1).



Fig. 1 - Distribuição das diferentes Unidades de Cuidados Continuados (Média e Longa duração) da zona Norte do país.

Dos 252 enfermeiros a exercerem funções nas diferentes unidades em estudo, 96 responderam ao questionário constituindo a população do mesmo.

3.4.1. Caracterização da população em estudo

A tabela que se segue sintetiza a informação referente à caracterização social e demográfica da população.²

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da população

	Frequências Absolutas (N) ³	Frequências Relativas (%)
Sexo		
Feminino	77	81,9%
Masculino	17	18,1%
Categorias Etárias		
Até 29 anos	78	83,9%
30 ou mais anos	15	16,1%
Natureza do Vínculo		
Contrato	61	69,3%
Permanente	27	30,7%
Local da Unidade		
Santo Tirso	8	8,9%
Riba d' Ave	16	17,8%
Murça	11	12,2%
Paços de Ferreira	16	17,8%
Porto	4	4,4%
Chaves	8	8,9%
Alijó	7	7,8%
Vila Flôr	8	8,9%
Arcos de Valdevez	12	13,3%
Trabalho noutra instituição		
Sim	16	18,8%
Não	69	81,2%
Residência no local onde trabalha		
Sim	61	64,9%
Não	33	35,1%
Horário de trabalho		
Fixo	8	8,5%
Turno	86	91,5%
Situação Conjugal		
Casado	31	35,2%

² Todos os outputs referentes aos resultados apresentados constam no Anexo IV (Quadros 1 a 18).

³ Denote-se que o valor das frequências absolutas (**N**) não corresponde ao valor total da população (96 inquiridos) uma vez que os sujeitos não responderam correspondendo assim a *missing*.

Não Casado	57	64,8%
Filhos		
Sim	13	14,3%
Não	78	85,7%
Idade	Média 26,57 anos (DP 3,225)	
Tempo de serviço	Média 34,30 meses (DP 22,692)	
Tempo de serviço na Unidade	Média 24,92 meses (DP 14,640)	

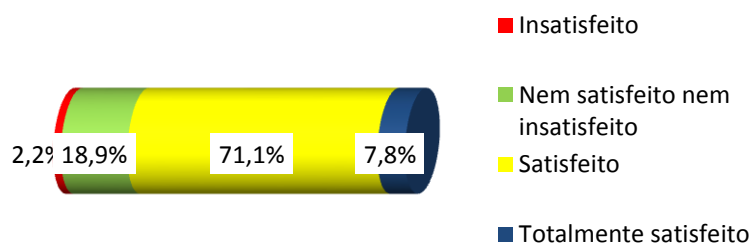
A população em estudo é constituída por 96 enfermeiros, é maioritariamente feminina (81,9%), com uma média etária relativamente baixa de 26,57 anos, sendo que a idade mínima é de 22 anos e a máxima de 42 anos. Sabe-se também que a maior parte da população (83,9%) tem até 29 anos e que 16,1% tem 30 anos ou mais.

Mais de metade da população (61,1%) está concentrada em Riba d'Ave (17,8%), Paços de Ferreira (17,8%), Arcos de Valdevez (13,3%) e Murça (12,2%).

Em termos de vínculo laboral, a maioria da população está a contrato (69,3%) e 30,7% está numa situação permanente. Apenas 8,5% dos inquiridos trabalha num horário fixo e 91,5% trabalha num horário por turnos. Verifica-se que 18,8% da população em estudo afirma trabalhar noutra instituição. Refira-se também que todos os inquiridos responderam afirmativamente quando questionados se sentiam integrados na equipa onde trabalham.

Mais de metade da população (64,9%) reside na localidade onde trabalha, sendo que os que não residem no local onde trabalham estão a uma distância média de 22,33 km (desvio padrão 15,78 km). Em termos de situação conjugal, sabe-se que a maior parte dos inquiridos não é casada (64,8%). Apenas 14,3% da população afirma ter filhos.

Figura 2 – Satisfação no local de trabalho



Fazendo um diagnóstico da satisfação no local de trabalho, pode-se afirmar que, na população em questão, estamos perante uma população que apresenta razoáveis níveis de satisfação, tendo em consideração que nenhum inquirido manifestou estar totalmente insatisfeito e que apenas 2,2% dos inquiridos respondeu estar insatisfeito (cfr. fig. 2).

3.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento de recolha de dados escolhido para a realização deste estudo foi o questionário. Este constituiu um “método de colheita de dados que necessita de respostas escritas por parte dos sujeitos e que os limita às questões formuladas, sem que estes tenham a possibilidade de as alterar ou descrever o seu pensamento” (Fortin, 1996, p. 249).

O questionário de auto-preenchimento divide-se em duas partes, sendo constituído por questões fechadas e estruturadas. A primeira parte é composta por 15 questões relativas a dados sócio-demográficos e profissionais dos inquiridos (género, idade, local da unidade, natureza do vínculo, tempo de serviço, tempo de serviço na unidade, integração na equipa, trabalho noutra instituição, local de residência, distância da residência ao local de trabalho, horário de trabalho, situação conjugal, se tem filhos ou não e grau de satisfação no local de trabalho). A segunda parte do questionário é constituída pela Escala Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach e Jackson, 1981). Este instrumento contém 22 questões sobre os sentimentos pessoais e atitudes do profissional em relação ao seu trabalho.

A escala de Maslach é composta por três dimensões. A primeira dimensão apresentada pela autora é a Exaustão Emocional (EE) com 9 itens, conforme expresso no quadro 6.

A Exaustão Emocional (EE) acompanha-se de “esgotamento físico e caracteriza-se pela sensação de não poder dar mais de si aos outros” (Alvarez, et al., 1993 citado por Queirós 2005, p. 28). Esta dimensão aparece como a mais dominante e robusta dimensão do Maslach Burnout Inventory (MBI).

Quadro 6 - Dimensão: Exaustão Emocional da *Síndrome de Burnout* (MBI)

Nº	ITENS
1	Sinto-me esvaziado emocionalmente pelo meu trabalho.
2	Sinto-me usado no final do dia de trabalho
3	De manhã sinto-me fatigado quando me levanto para enfrentar um novo dia de trabalho.
6	Trabalhar com pessoas o dia todo é realmente um esforço para mim.
8	Sinto-me derrotado pelo trabalho.
13	Sinto-me frustrado com o meu trabalho.
14	Sinto que estou a trabalhar demasiado.
16	Trabalhar diretamente com as pessoas causa-me grande stress.
20	Sinto-me como se tivesse chegado ao fim da linha.

A Despersonalização (D) é a segunda dimensão da escala de Maslach, e é constituída por 5 itens (cfr. quadro 7). Este conceito é segundo Moreno, et al. (1991) ap. Martín, et al. (1994), citado por Queirós (2005, p. 29) o elemento chave de entre as três características de *Burnout*. A Despersonalização (D) “constitui uma manifestação específica de stress das profissões assistências, já que, para Queirós, tanto a exaustão emocional, como a diminuição na realização pessoal, também se podem encontrar noutras síndromas depressivos”. Em suma, a Despersonalização (D) provoca a insensibilidade emocional e faz com que o profissional de saúde passe a tratar os pacientes, os colegas e a organização como meros objetos.

Quadro 7 - Dimensão: Despersonalização da *Síndrome de Burnout* (MBI)

Nº	ITENS
5	Sinto que trato alguns utentes como se fossem objetos impessoais.
10	Tornei-me mais insensível para as pessoas desde que iniciei o meu trabalho.
11	Preocupa-me que este trabalho me possa estar a endurecer emocionalmente.
15	Eu não me preocupo realmente com o que possa acontecer a alguns utentes.
22	Sinto que alguns utentes me culpabilizam por alguns dos seus problemas.

A Realização Profissional (RP) é a última dimensão da escala de Maslach e é constituída por 8 itens (cfr. quadro 8). Esta dimensão é segundo Alvarez et al. (1993) citado por Queirós (2005, p. 29) uma “sensação paradoxal de onnipotência, ou seja, perante a ameaça de se sentir incompetente, o profissional redobra os esforços no sentido de dar a impressão, perante os que o observam, que o seu interesse e dedicação são inesgotáveis”.

Quadro 8 - Dimensão: Realização Profissional da *Síndrome de Burnout* (MBI)

Nº	ITENS
4	Posso compreender facilmente o que os utentes sentem acerca das coisas.
7	Lido eficazmente com os problemas dos utentes.
9	Sinto que através do meu trabalho estou a influenciar positivamente a vida dos outros.
12	Sinto-me muito activo.
17	Consigo facilmente criar uma atmosfera descontraída com os utentes.
18	Sinto-me regozijado depois de um trabalho de grande interação com os utentes.
19	Já consegui realizar coisas significativas no meu trabalho.
21	No meu trabalho lido com os problemas emocionais de uma forma mais calma.

A forma de pontuação de todos os itens pesquisados adopta a escala do tipo Likert de 7 pontos, que varia de zero a seis, sendo: (0) nunca, (1) uma vez ao ano ou menos, (2) uma vez ao mês ou menos, (3) algumas vezes no mês, (4) uma vez por semana, (5) algumas vezes por semana, (6) todos os dias. Com esta escala, os inquiridos indicam o nível de frequência nas ações descritas. O preenchimento do respetivo questionário demora em média 10 a 15 minutos.

Importa igualmente referir que no questionário foi colocado um pequeno texto introdutório onde era referido o âmbito, objetivo do estudo, bem como, as instruções de preenchimento (ver anexo I).

3.6.PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Em Fevereiro de 2011 foi possível saber quais as Unidades de Cuidados Continuados da zona Norte do País, através da consulta do endereço electrónico da Rede Nacional (<http://www.umcci.min-saude.pt>). Nesta data, foi realizado o primeiro contacto com as unidades a estudar no sentido de obter a informação relativa ao número total de enfermeiros das respetivas unidades (cfr. quadro 9).

Quadro 9 - Unidades em estudo

Distrito	Unidades em estudo	N=252	Nº de enfermeiros que participaram no estudo (N=96)
Bragança	Santa Casa da Misericórdia de Freixo de Espada à Cinta	13	* ⁴
	Santa Casa da Misericórdia de Vila Flor	9	9
Vila Real	Santa Casa da Misericórdia de Alijó	14	9
	Santa Casa da Misericórdia de Chaves	13	8
	Santa Casa da Misericórdia de Murça	19	11
Viana do Castelo	Santa Casa da Misericórdia de Monção	14	* ²
	Santa Casa da Misericórdia de Arcos de Valdevez	21	12
Braga	Santa Casa da Misericórdia de Riba de Ave	25	16
Porto	Carlton Life	34	5
	Montepio Residências	17	* ²
	Hospital de S. Martinho	A unidade não participou no estudo.	
	Radelfe	20	17
	Santa Casa da Misericórdia de Santo Tirso	10	9
	Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde	8	* ²
	Clihotel	35	* ²
Total de enfermeiros		252	96

No contacto efetuado com as mesmas, foi feita uma breve apresentação do investigador (nome, formação base e mestrado a realizar), e foi igualmente esclarecido o objetivo do

⁴ Impossibilidade de resposta por motivos institucionais.

estudo. Algumas unidades disponibilizaram no momento o número de enfermeiros, contudo, outras solicitaram que o pedido fosse efetuado por escrito e/ou por correio electrónico a quem de direito, nomeadamente à secção de recursos humanos, aos diretores técnicos ou ao enfermeiro-chefe das já referidas unidades. Nas unidades que facultaram de imediato o número de enfermeiros, foi apenas necessário enviar o questionário para preenchimento por parte dos profissionais de enfermagem. Nas restantes unidades (aquelas que não facultaram no momento o número de enfermeiros) demorou em algumas delas mais de um mês a obter essa informação.

A maioria das unidades foi recetiva e no sentido de rentabilização de tempo optou-se por enviar o pedido de autorização para aplicação do Instrumento de Recolha de Dados (IRD) conjuntamente com o questionário a aplicar (cfr. anexo II) da seguinte forma:

- Foi elaborado um documento contendo: a) a carta de apresentação do estudo, consentimento para a aplicação do respetivo questionário aos profissionais de enfermagem e expondo os objetivos da investigação; b) um questionário relativo ao *Síndrome de Burnout* nos enfermeiros contendo as variáveis sociodemográficas e profissionais do inquirido e a escala de Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach e Jackson, 1981);

- Entre os dias 15 e 30 de Maio de 2011, foi enviado um envelope para todas as Unidades de Cuidados Continuados em estudo através de carta registada e aviso de receção dirigida aos provedores das Santas Casas da Misericórdia, ao Director Técnico ou de Recursos Humanos, ou ao enfermeiro chefe, com o pedido de autorização e juntamente com as fotocópias do instrumento de recolha de dados a utilizar (conforme secção 1.5), bem como um outro envelope para devolução do mesmo. A escolha deste critério prende-se essencialmente com a escassez e aproveitamento de tempo e recursos que dispunha para a aplicação do questionário e conseqüentemente para o seu tratamento estatístico;
- Foi igualmente referido que a participação dos profissionais de Enfermagem era absolutamente confidencial, voluntária e anónima.

Do dia 30 de Maio a 31 de Julho foram rececionados pelo investigador 35 questionários preenchidos dos 252 questionários enviados (cfr. quadro 10).

Quadro 10- Questionários Enviados/ Recebidos (até 31 de Julho de 2011).

	Total de questionários
Número de Questionários Enviados (De 15 e 30 de Maio de 2011)	252 Questionários
Número de Questionários Recebidos (até 31 de Julho de 2011)	35 Questionários

Neste sentido, e em virtude de não ter obtido o número de respostas suficiente para as mesmas serem representativas da população do estudo foi necessário elaborar um novo pedido de autorização e participação no estudo (cfr. anexo III) enviado novamente através de carta registada e dirigida aos provedores das Santas Casas da Misericórdia, ao Diretor Técnico ou de Recursos Humanos, ou ao enfermeiro chefe das unidades a solicitar uma resposta até ao dia 10 de Outubro de 2011 impreterivelmente. Foi igualmente comunicado que se a unidade não estivesse recetiva ao preenchimento dos mesmos, que essa informação fosse comunicada bem como o respetivo motivo. Com o aproximar da data limite para a devolução dos questionários por parte das unidades e em virtude de o procedimento descrito anteriormente não se ter verificado foram contactadas novamente por telefone as unidades em falta e obtida a informação de aceitação ou não para participar no estudo.

Até à data limite para a participação no estudo foram rececionados 96 questionários (cfr. quadro 11).

Quadro 11- Questionários Enviados/ Recebidos (até 10 de Outubro de 2011)

	Total de questionários
Número de Questionários Enviados (entre 15 e 30 de Maio)	252 Questionários
Número de Questionários Recebidos (até 10 de Outubro de 2011)	96 Questionários

A adesão das unidades em participar no estudo foi positiva, uma vez que a população é representativa. Das 15 unidades seleccionadas importa evidenciar que seis não se

mostraram recetivas à autorização e conseqüentemente ao preenchimento do instrumento de recolha de dados (questionários) pelo fato de já estarem a desenvolver projetos semelhantes e também pelo fato de implicar que os profissionais despendem de tempo e interferência no normal funcionamento da unidade.

3.7. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Para a análise estatística foi utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 18) através do qual se procedeu à construção da base de dados. Cada linha correspondeu a um participante (num total de 96) e cada coluna a uma questão. A análise estatística efectuada divide-se em duas partes: a primeira é de tipo descritivo, onde através da elaboração da base de dados procuramos obter resultados relativos à distribuição de frequências (no caso das variáveis nominais) e ao exame de algumas medidas tais como a média, desvio padrão, mínimo, máximo e mediana (no caso das variáveis quantitativas), caracterizando assim de forma simples e clara cada uma das variáveis e permitindo-nos obter uma ideia global das respostas da população.

Em seguida, e no sentido de averiguar se existiam relações estatisticamente significativas entre o nível de *Burnout* total, bem como nas três dimensões da escala Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) e as variáveis de natureza sociodemográfica, utilizou-se o Teste de Independência do Qui-Quadrado (χ^2), que serve para testar se duas ou mais populações (ou grupos) independentes diferem relativamente a uma determinada característica, isto é, se a frequência com que os sujeitos em estudo se repartem pelas classes de uma variável nominal categorizada é ou não idêntica. Assim, quanto maior o chi-quadrado, mais significativa é a relação entre a variável dependente e a variável independente. Este teste (Teste de Independência do Qui-Quadrado) (χ^2) pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada inferior a um e que não mais de 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Tendo em conta que em todos os cruzamentos não se respeitarem estas regras de utilização, analisou-se sempre o *p-value* do Qui-Quadrado por simulação de Monte Carlo ($\chi^{2\text{Monte Carlo}}$).

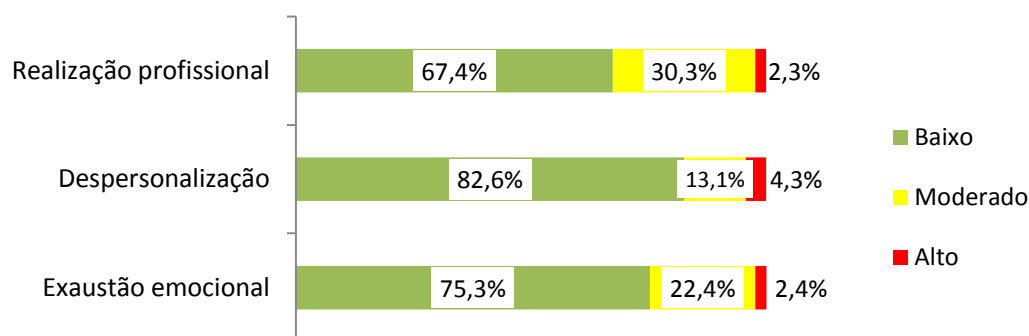
4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após a descrição dos pressupostos metodológicos, passamos à apresentação da análise descritiva dos resultados que dão resposta aos objetivos da investigação.

4.1. Comportamento da população nas Dimensões da *Síndrome de Burnout*⁵

Os indivíduos da população na presente investigação, analisando o desgaste profissional nas dimensões da Síndrome de Burnout (MBI), apresentam os seguintes comportamentos:

Figura 3 – Resultados obtidos nas dimensões da escala de *Burnout* (M.B.I.)



Como podemos observar na fig. 3 os indivíduos da população apresentam uma maior percentagem de nível baixo de Despersonalização (82,6%) em comparação com a Exaustão Emocional (75,3%). No que respeita às categorias que indicam a existência de desgaste profissional nestas dimensões (moderado e alto), verifica-se que existe uma percentagem de nível moderado de 13,1% e de nível alto de 4,3% na dimensão Despersonalização, uma percentagem de nível moderado de 22,4% e de nível alto de 2,4% na dimensão Exaustão Emocional. No que concerne à Realização Profissional, ressaltam os 67,4% de nível baixo e apenas 2,3% de nível alto de Realização Profissional. Assim sendo, podemos afirmar que os indivíduos da população apresentam uma maior Exaustão Emocional em comparação com a Despersonalização, mas nesta última podem-se encontrar níveis mais severos de desgaste.

⁵ Todos os outputs referentes aos resultados apresentados constam no Anexo V (Quadros 1 a 3).

4.2. Relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais com o *Burnout*⁶

Nas tabelas seguintes apresentamos os resultados que permitem dar resposta à segunda questão de investigação, verificando o tipo de correlação que existe as variáveis independentes delineadas para o estudo e a variável dependente *Burnout*, através dos níveis das três dimensões (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Profissional).

Tabela 2 – Relação entre os níveis de Exaustão Emocional e as variáveis sociodemográficas

Variáveis	Categorias	Nível de Exaustão Emocional			P Qui-Quadrado por simulação de Monte Carlo
		Baixo	Moderado	Alto	
Género	Feminino	74,3%	22,9%	2,9%	1,000
	Masculino	80,0%	20,0%	0,0%	
Idade	Até 29 anos	80,0%	17,1%	2,9%	0,040
	30 anos ou mais	50,0%	50,0%	0,0%	
Local da unidade	Santo Tirso	75,0%	25,0%	0,0%	0,661
	Riba d'Ave	73,3%	20,0%	6,7%	
	Murça	100,0%	0,0%	0,0%	
	Paços de Ferreira	78,6%	14,3%	7,1%	
	Porto	75,0%	25,0%	0,0%	
	Chaves	83,3%	16,7%	0,0%	
	Alijó	57,1%	42,9%	0,0%	
	Vila Flor	42,9%	57,1%	0,0%	
Natureza do vínculo	Arcos de Valdevez	70,0%	30,0%	0,0%	1,000
	Contrato	77,2%	21,1%	1,8%	
Tempo de serviço	Permanente	72,7%	22,7%	4,5%	0,523
	Até 30 meses	76,1%	19,6%	4,3%	
Tempo de serviço na unidade	Mais de 30 meses	75,0%	25,0%	0,0%	0,723
	Até 30 meses	75,5%	20,8%	3,7%	
Trabalho noutra instituição	Mais de 30 meses	76,0%	24,0%	0,0%	0,196
	Sim	60,0%	40,0%	0,0%	
Residência no local onde trabalha	Não	77,8%	19,0%	3,2%	0,236
	Sim	81,8%	16,4%	1,8%	
Horário de trabalho	Não	63,4%	33,3%	3,3%	0,490
	Fixo	62,5%	37,5%	0,0%	
Situação conjugal	Turno	76,6%	20,8%	2,6%	0,402
	Casados	66,7%	29,6%	3,7%	
«Tem filhos?»	Não casados	80,8%	17,3%	1,9%	0,663
	Sim	84,6%	15,4%	0,0%	
	Não	72,9%	24,3%	2,9%	

⁶ Todos os outputs referentes aos resultados apresentados constam no Anexo VI (Quadros 1 a 63).

Analisando o cruzamento do nível de Exaustão Emocional com as variáveis de caracterização sociodemográfica (cfr. tabela 2), apenas se registou relação estatisticamente significativa entre a idade e a Exaustão Emocional. No que diz respeito a esta variável podemos referir que os indivíduos até aos 29 anos de idade apresentam um baixo nível de Exaustão Emocional, correspondente a 80%, e um nível alto correspondente a 2,9%. Importa igualmente referir que relativamente aos inquiridos com 30 anos ou mais apresentam a percentagem de 100% repartida igualmente pelos níveis baixo e moderado, não apresentando níveis altos de Exaustão Emocional.

Refira-se também que os inquiridos que trabalham na unidade de Murça, não apresentam Exaustão Emocional

Tabela 3 – Relação entre os níveis de Despersonalização e as variáveis sociodemográficas

Variáveis	Categorias	Nível de Despersonalização			P ^{Qui-Quadrado por simulação de Monte Carlo}
		Baixo	Moderado	Alto	
Género	Feminino	86,7%	8,0%	5,3%	0,013
	Masculino	64,7%	35,3%	0,0%	
Idade	Até 29 anos	84,2%	10,5%	5,3%	0,239
	30 anos ou mais	73,3%	26,7%	0,0%	
Local da unidade	Santo Tirso	87,5%	12,5%	0,0%	0,736
	Riba d'Ave	93,8%	0,0%	6,3%	
	Murça	80,0%	10,0%	10,0%	
	Paços de Ferreira	87,5%	6,3%	6,3%	
	Porto	75,0%	0,0%	25,0%	
	Chaves	75,0%	25,0%	0,0%	
	Alijó	85,7%	14,3%	0,0%	
	Vila Flor	75,0%	25,0%	0,0%	
Natureza do vínculo	Arcos de Valdevez	81,8%	18,2%	0,0%	0,563
	Contrato	85,0%	10,0%	5,0%	
Tempo de serviço	Permanente	76,9%	19,2%	3,8%	0,035
	Até 30 meses	92,0%	6,0%	2,0%	
Tempo de serviço na unidade	Mais de 30 meses	71,4%	20,0%	8,6%	0,096
	Até 30 meses	88,1%	10,2%	1,7%	
Trabalho noutra instituição	Mais de 30 meses	73,1%	15,4%	11,5%	0,082
	Sim	87,5%	0,0%	12,5%	
Residência no local onde trabalha	Não	80,6%	16,4%	3,0%	0,171
	Sim	86,9%	11,5%	1,6%	
Horário de trabalho	Não	74,2%	16,1%	9,7%	0,721
	Fixo	75,0%	25,0%	0,0%	
Situação conjugal	Turno	83,3%	11,9%	4,8%	0,729
	Casados	83,3%	10,0%	6,7%	
«Tem filhos?»	Não casados	82,1%	14,3%	3,6%	0,890
	Sim	83,3%	8,3%	8,3%	
	Não	81,8%	14,3%	3,9%	

Através da análise e observação da tabela 3 verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis - género e tempo de serviço - com o nível de Despersonalização. As mulheres apresentam uma maior percentagem de nível baixo de Despersonalização (86,7%) e de nível alto apenas 5,3%. Relativamente aos homens verifica-se que estes apresentam um nível moderado de Despersonalização (35,3%), não apresentando nível alto nesta dimensão. Também podemos observar que os enfermeiros com tempo de serviço até 30 meses, apresentam um nível baixo de Despersonalização (92%) em comparação com os enfermeiros com mais de 30 anos de serviço (71,4%). Denota-se também que os enfermeiros com mais de 30 anos apresentam maiores níveis de despersonalização (moderado e alto) em comparação com os enfermeiros até 30 anos.

Tabela 4 – Relação entre os níveis de Realização Profissional e as variáveis sociodemográficas

Variáveis	Categorias	Nível de Realização Profissional			P ^{Qui-Quadrado por simulação de Monte Carlo}
		Baixo	Moderado	Alto	
Género	Feminino	67,6%	31,0%	1,4%	0,466
	Masculino	66,7%	26,7%	6,7%	
Idade	Até 29 anos	69,4%	29,2%	1,4%	0,507
	30 anos ou mais	61,5%	30,8%	7,7%	
Local da unidade	Santo Tirso	50,0%	50,0%	0,0%	0,708
	Riba d'Ave	69,2%	30,8%	0,0%	
	Murça	63,6%	36,4%	0,0%	
	Paços de Ferreira	86,7%	6,7%	6,7%	
	Porto	50,0%	50,0%	0,0%	
	Chaves	50,0%	50,0%	0,0%	
	Alijó	57,1%	42,9%	0,0%	
	Vila Flor	85,7%	14,3%	0,0%	
Arcos de Valdevez	72,7%	27,3%	0,0%		
Natureza do vínculo	Contrato	63,8%	32,8%	3,4%	0,562
	Permanente	73,9%	26,1%	0,0%	
Tempo de serviço	Até 30 meses	77,1%	20,8%	2,1%	0,286
	Mais de 30 meses	59,4%	37,5%	3,1%	
Tempo de serviço na unidade	Até 30 meses	75,0%	21,4%	3,6%	0,090
	Mais de 30 meses	54,2%	45,8%	0,0%	
Trabalho noutra instituição	Sim	66,7%	33,3%	0,0%	0,840
	Não	69,8%	27,0%	3,2%	
Residência no local onde trabalha	Sim	69,6%	30,4%	0,0%	0,193
	Não	63,3%	30,0%	6,7%	
Horário de trabalho	Fixo	75,0%	25,0%	0,0%	1,000
	Turno	66,7%	30,8%	2,6%	
Situação conjugal	Casados	63,0%	37,0%	0,0%	0,287
	Não casados	73,6%	22,6%	3,8%	
«Tem filhos?»	Sim	58,3%	41,7%	0,0%	0,641
	Não	67,6%	29,6%	2,8%	

No que respeita ao cruzamento entre o nível de Realização Profissional e as variáveis de caracterização sociodemográfica (cfr. tabela 4), não se encontrou qualquer relação estatisticamente significativa. No entanto, podem-se tecer algumas considerações no que respeita a todos estes cruzamentos:

- Somente em Paços de Ferreira é que se encontram níveis altos de realização profissional;
- Quanto maior o tempo de serviço, maior o nível de realização profissional.

Tabela 5 – Relação entre a satisfação no local de trabalho e as dimensões do *Burnout*

			Satisfação no local de trabalho	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Profissional
Spearman's	Satisfação no local de trabalho	Coeficiente de correlação	1,000	-,279*	-,216*	,185
		Sig. (2-tailed)	.	,011	,043	,097
		N	90	82	88	82
	Exaustão Emocional	Coeficiente de correlação	-,279*	1,000	,443**	-,129
		Sig. (2-tailed)	,011	.	,000	,254
		N	82	85	84	80
	Despersonalização	Coeficiente de correlação	-,216*	,443**	1,000	-,256*
		Sig. (2-tailed)	,043	,000	.	,018
		N	88	84	92	85
	Realização Profissional	Coeficiente de correlação	,185	-,129	-,256*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,097	,254	,018	.
		N	82	80	85	86

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Existem correlações estatisticamente significativas e negativas entre as variáveis “Satisfação no local de trabalho” e as dimensões “Exaustão Emocional” e

“Despersonalização”, sendo que à medida que a satisfação no local de trabalho aumenta, a Exaustão Emocional e a Despersonalização diminuem, ou pelo contrário, o indivíduo que não está satisfeito no seu local de trabalho apresenta Exaustão Emocional e Despersonalização.

Apesar de não encontrarmos significância estatística entre a satisfação e a realização profissional, verificamos que há uma relação positiva, ou seja, o aumento da satisfação promove o aumento da realização.

5. Síntese de resultados

Em termos de síntese, a apresentação e análise dos resultados que dão resposta às questões de investigação formuladas para o presente estudo, permitiu-nos verificar a existência de algumas relações estatisticamente significativas entre as variáveis. Podemos rever os resultados estatísticos, na seguinte síntese:

Tendo em consideração que o *Burnout* total pode variar entre o score mínimo de 0 e o score máximo de 132, pode-se afirmar que em média a população apresenta um nível moderado de *Burnout* com um score médio de 54,75 (desvio padrão 9,247). O score do *Burnout* total mínimo é de 40 e o máximo é de 85. Sabe-se também que 50% dos profissionais inquiridos apresentam no mínimo um score de 53.

- Uma grande percentagem de inquiridos (75,3%) apresenta um nível baixo de Exaustão Emocional.

- A maioria dos inquiridos (82,6%) apresentam um baixo nível de Despersonalização.

- 67,4% dos indivíduos da população apresentam um baixo nível de Realização Profissional.

-Não se verificou relação estatisticamente significativa entre a variável “Género” e “Burnout”.

No que diz respeito à dimensão Despersonalização e Realização Profissional versus gênero do inquirido- não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, visto que o nível de significância associado ao Qui Quadrado por simulação de Monte Carl leva-nos à não rejeição da hipótese nula de Independência. No que diz respeito à dimensão Despersonalização e Exaustão Emocional versus gênero do inquirido- existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, visto que o nível de significância associado ao Qui Quadrado por simulação de Monte Carl leva-nos à rejeição da hipótese nula de Independência.

-Existe relação estatisticamente significativa entre a “**Idade**” e o “Burnout”.

No que diz respeito à dimensão Despersonalização e Realização Profissional versus idade do inquirido- não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, visto que o nível de significância associado ao Qui Quadrado por simulação de Monte Carl leva-nos à não rejeição da hipótese nula de Independência. No que diz respeito à dimensão Despersonalização e Exaustão Emocional versus idade do inquirido- existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, visto que o nível de significância associado ao Qui Quadrado por simulação de Monte Carl leva-nos à rejeição da hipótese nula de Independência.

-Não se verificou relação estatisticamente significativa entre a variável “Local da unidade” e “Burnout”.

-Não se verificou relação estatisticamente significativa entre a variável “Natureza do vínculo” e “Burnout”.

-Não se verificou relação estatisticamente significativa entre a variável “Tempo de serviço (meses) ” e “Burnout”. Tendo por base os resultados obtidos através do teste aplicado (0,523) encontramos significância entre as variáveis “tempo de serviço” e o “surgimento de Burnout”, logo leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis, nas dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização. Relativamente às dimensões de Despersonalização e de Realização Profissional verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis, uma vez que o teste de

significância associado ao Qui Quadrado por simulação de Monte Carlo leva-nos á rejeição da hipótese nula de independência das variáveis.

-Não se verificou relação estatisticamente significativa entre a variável “Tempo de serviço na unidade ” e “*Burnout*”.

-Não se verificou relação estatisticamente significativa entre a variável “Trabalha noutra instituição ” e “*Burnout*”.

-Não se verificou relação estatisticamente significativa entre a variável “Local de residência” e “*Burnout*”.

-Não se verificou relação estatisticamente significativa entre a variável “Horário de trabalho” e “*Burnout*”.

-Não se verificou relação estatisticamente significativa entre a variável “Situação conjugal” e “*Burnout*”.

-Não se verificou relação estatisticamente significativa entre a variável “Ter filhos” e “*Burnout*”.

-Existe relação estatisticamente significativa entre a “**Satisfação no local de trabalho**” e o “*Burnout*”. Tendo por base os resultados obtidos através do teste do Qui Quadrado por simulação de Monte Carlo conclui-se que existem duas correlações estatisticamente significativas entre as variáveis ‘Satisfação no local de Trabalho’, e as variáveis ‘Exaustão Emocional’ e “Despersonalização”. No que diz respeito à dimensão Despersonalização e Exaustão Emocional versus satisfação no local de trabalho existem duas correlações estatisticamente significativas. Sendo que à medida que a satisfação no local de trabalho aumenta a Exaustão Emocional e a Despersonalização diminuem. Relativamente à correlação entre satisfação no local de trabalho e a realização profissional, embora não tenha significância estatística, pode-se afirmar que quando a

satisfação no local de trabalho aumenta a Realização Profissional também segue a mesma tendência.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação e análise dos resultados é chegado o momento de fazermos a discussão dos mesmos, tendo como principal referência os achados teóricos apresentados neste trabalho.

O mundo do trabalho é um dos contextos onde as pessoas passam a maior parte da sua vida, e neste sentido, todas elas necessitam de sentir a profissão como uma fonte de desenvolvimento tanto pessoal como profissional. Porém estas duas vertentes de desenvolvimento podem transformar-se numa fonte geradora de stress podendo, em casos extremos levar o indivíduo a um estado crónico de exaustão física e emocional, denominando-se de *Síndrome de Burnout*.

Atendendo que o principal objetivo deste estudo foi verificar a incidência da *Síndrome de Burnout* nos enfermeiros que trabalham nas Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção da zona norte do país, podemos verificar que existem estudos na literatura que nos dizem que a profissão de enfermagem é uma profissão maioritariamente feminina e relativamente jovem, o que vai de encontro à população do nosso estudo.

As autoras Vânia Lavrador e Rosa Romão no ano de 2007, no estudo realizado afirmam que os inquiridos são jovens, 50% da amostra tem menos de 30 anos e têm pouca ou nenhuma experiência profissional. No ano seguinte, Carlotto e Silva no estudo realizado com enfermeiros de um hospital geral concluíram que a amostra também era maioritariamente feminina e com uma média de idades de 33,25 anos.

Este fato surge uma vez que as mulheres têm apresentado ao longo dos tempos pontuações mais elevadas de Exaustão Emocional, o que fará sentido, no caso em que as mulheres vão á “luta”, tentam conciliar tendências internas e externas e mobilizam todos os seus esforços para a manutenção do seu núcleo familiar.

O fato das Unidades de Cuidados Continuados em estudo serem relativamente recentes, bem como a nossa população, faz-nos evidenciar que os jovens licenciados têm pouca ou nenhuma experiência na área, o que vai novamente de encontro aos estudos existentes na literatura. Vânia Lavrador e Rosa Romão (2007) referem que 47% dos inquiridos exercem actividade laboral há menos de 5 anos.

Todavia, pelo fato de existir uma equipa de trabalho jovem nas unidades, com expectativas elevadas e porque começam a receber os seus vencimentos, faz com que os 95,8% jovens da população se encontram integrados na instituição onde trabalham.

No ano de 1996, Mendes concluiu que os fatores pessoais eram mais importantes que os fatores ambientais e que quanto maior a satisfação no trabalho, menor a ocorrência da *Síndrome de Burnout*, o que por sua vez, vai de encontro aos resultados da presente investigação. Thomsen, et. Al (1999) citado por Queirós (2005) verificam que a baixa satisfação no trabalho é um fator importante para predizer a Exaustão Emocional. Segundo Spooner- Lane (2004) entre 25 a 30% dos profissionais de saúde desenvolvem *Burnout* como consequência da sua actividade laboral.

De uma forma geral podemos afirmar que se atribui ao casamento e/ou à situação do companheirismo estável uma menor propensão para o *Burnout*. Mais de metade da população não é casada (64,8%), seguidos dos enfermeiros casados (35,2%), o que corrobora o estudo de Carlotto e Silva (2008).

Por outro lado Maslach e Jackson (1985), citado por Horta (2005) afirmam que ser casado ou ter filhos poderá funcionar como fator protetor contra o surgimento desta Síndrome. Na população em estudo verificamos que a maioria dos inquiridos é não casada e não tem filhos, o que pode ser um fator desencadeador de *Burnout*. Corroborando estes dados, as autoras Queirós, Rodrigues e Silva (2009) mostraram no seu estudo uma tendência maior para a ansiedade e desenvolvimento da *Síndrome de Burnout* em enfermeiras solteiras e sem filhos.

Relativamente à satisfação no local de trabalho, podemos afirmar que a nossa população apresenta níveis intermédios de satisfação no trabalho (71,1%), tendo em consideração que nenhum inquirido manifestou estar totalmente insatisfeito e apenas 2,2% manifestaram estar insatisfeitos. Verificamos correlações estatisticamente significativas entre as variáveis “Satisfação no local de Trabalho”, e as variáveis “Exaustão Emocional” e “Despersonalização”, sendo que à medida que a Satisfação no local de trabalho aumenta a Exaustão Emocional e a Despersonalização diminuem. Relativamente à correlação entre “Satisfação no local de trabalho” e a “Realização Profissional”, embora não tenha significância estatística, pode-se afirmar que quando a Satisfação no local de trabalho aumenta a Realização Profissional também segue a mesma tendência. Thomsen, et al. (1999) citado por Queirós (2005, p. 65) verificaram que a baixa satisfação no

trabalho é uma variável importante para predizer a Exaustão Emocional e Mendes (1996) concluiu que quanto maior a satisfação no trabalho, menor a ocorrência da *Síndrome de Burnout*.

Pretendíamos neste estudo correlacionar os dados pessoais dos indivíduos com a escala de Maslach Burnout Inventory (MBI), mas tal não foi possível devido à nossa população não ser representativa. No entanto, podemos constatar que a maioria dos profissionais de enfermagem apresentou um score de *Burnout* total mínimo de 40 e máximo de 85. Os limites do *Burnout* na escala Maslach *Burnout* Inventory variam entre um score mínimo de 0 e o score máximo de 132, podemos ainda afirmar que em termos médios a população em estudo apresenta um nível moderado de *Burnout* com um score de 54,75 (dp= 9,247). De um modo geral, os enfermeiros que participaram no presente estudo manifestam um nível moderado de *Burnout* em todos os domínios, contudo podemos verificar a existência de uma maior Despersonalização em comparação com a Exaustão Emocional. Estes dados corroboram o estudo de Vânia Lavrador e Rosa Romão (2007) em que obtiveram níveis baixos nos três domínios (Esgotamento Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal). No entanto Pacheco (2005) encontrou níveis altos de Exaustão Emocional, Despersonalização e de Realização Profissional.

Para Gil-Monte (2002), a classificação alta em Exaustão Emocional reflete a incidência da síndrome. O autor acredita que a síndrome se inicia por essa dimensão que, posteriormente causa a Despersonalização, como uma defesa para amenizar a Exaustão ou o Esgotamento Emocional levando então ao sentimento de baixa Realização Pessoal no trabalho e ao baixo envolvimento pessoal.

Carlotto e Silva (2008) através dos resultados obtidos no seu estudo indicam um índice elevado para a dimensão Realização Profissional e um nível médio para as dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização.

Na população em estudo, apesar dos elementos serem relativamente jovens e terem pouca experiência profissional na área, a incidência da *Síndrome de Burnout* é baixa. Para Queirós, Rodrigues & Silva (2009), tanto o tempo de serviço como a instabilidade profissional são fatores de risco para o surgimento da *Síndrome de Burnout*.

As exigências da vida moderna e do mercado de trabalho, nas últimas décadas, vêm consumir energia física e mental dos trabalhadores, minando o seu compromisso, a sua dedicação e tornando-os descrentes quanto às suas conquistas e ao sucesso no trabalho.

Tal como refere Maslach e Leiter (1997) o *Burnout* é definido com “uma crise da relação com o trabalho, não necessariamente uma crise com as pessoas no trabalho”, o que de certa forma é o que se observa no presente estudo, já que a Exaustão Emocional manifestada está relacionada com as características do trabalho e não propriamente com os doentes ou colegas de profissão.

O profissional que sofre de *Burnout* na perspectiva de Rossi (2003) apresenta exaustão física e mental, sente-se sem recursos para dar continuidade aos seus projetos, relata forte cansaço, desencadeando problemas emocionais e de relacionamento na vida pessoal e profissional.

CONCLUSÕES / SUGESTÕES

Este projeto visa a realização e a concretização de uma meta de vida académica e pessoal que, apesar de parecer que termina com a sua apresentação, na realidade pode possibilitar o início de uma nova etapa de estudos, ou de uma nova meta a nível profissional.

Partimos para a realização desta pesquisa com o objetivo de conhecer a existência da *Síndrome de Burnout* está presente nos enfermeiros que exercem a sua actividade nas unidades de Cuidados Continuados de Média e Longa duração da zona Norte do País.

Neste sentido, a população poderia ter sido superior se todas as unidades tivessem participado no estudo. Compreendemos porém, que o preenchimento dos questionários requer tempo/disponibilidade por parte dos profissionais, podendo interferir com o funcionamento das unidades.

Sendo a *Síndrome de Burnout*, um processo de resposta a agentes geradores de stress crónico, emocionais e interpessoais que se repercutem no ambiente de trabalho e que por sua vez se manifestam, através de valores altos nos *scores* das dimensões Exaustão Emocional (EE) e Despersonalização (D) e valores baixos nos *scores* da dimensão Realização Pessoal (RP), verificamos que os indivíduos da população em estudo apresentam níveis baixos a moderados de *Burnout*, o que de uma forma geral se podem considerar significativos.

Do ponto de vista organizacional, o profissional em estado de *Burnout* pode apresentar consequências ao processo de trabalho, afetando a qualidade de assistência de enfermagem.

Neste estudo demonstrámos que nos enfermeiros das unidades de cuidados continuados de média e de longa duração da zona Norte do país e tendo em consideração que o *Burnout* total na escala de Maslach *Burnout* Inventory pode variar entre um *score* mínimo de 0 e um *score* máximo de 132, podemos afirmar que em termos médios a população em estudo apresenta um nível moderado de *Burnout*, mas com tendência a aumentar. Assim sendo, refletimos na possibilidade de intervenção psicológica neste grupo profissional.

Com o intuito de evitar que os níveis moderados de *Burnout* se propagem no seio das unidades em estudo (passando estes a *scores* altos) é necessário que através de uma cultura organizacional adequada que favoreça a realização de actividades preventivas do

stress crónico, a partir da actuação em equipas multidisciplinares, numa perspetiva de resgatar as características afectivas contidas no quotidiano de quem cuida.

Com base nos resultados obtidos seria interessante que mais estudos fossem efetuados com populações de maiores dimensões pois estes poderiam permitir constatar os resultados obtidos para a população-alvo que inicialmente foi definida, e que por sua vez poderia permitir ajudar na delineação de algumas estratégias preventivas. Seria também importante incluir/avaliar outros profissionais, nomeadamente administrativos, assistentes operacionais, psicólogos, assistentes sociais, médicos e com uma representação equitativa relativamente ao género.

Denote-se que esta análise surge de uma abordagem à temática em estudo no momento e não distanciada no tempo, pois outros investigadores com mais sabedoria, distanciamento, capacidade de análise crítica, poderão julgar objetivamente. No entanto, todo este esforço reflexivo torna-se importante, nem que mais não seja para servir de base à identificação de pistas para investigações futuras sobre a presente temática.

A qualidade do cuidado prestado está diretamente relacionado com o bem-estar do profissional que presta assistência. Desta forma, medidas que visem garantir condições de trabalho que reduzam o desgaste físico e emocional, medidas que se tomem para prevenir ou ajudar os enfermeiros a lidar com o *Burnout* fazem-se imperar na profissão de enfermagem, uma vez que a sensibilização dos profissionais e das instituições sobre a natureza e ocorrência do stress e/ou *Burnout* trarão benefícios a ambos.

Ao concluirmos que a nossa população apresenta níveis moderados de *Burnout*, níveis estes não alarmantes mas preocupantes (pois muitas das vezes os profissionais que padecem de *Burnout* não reconhecem este fenómeno e tão pouco procuram ajuda, tornando-se, deste modo, um problema crónico bastante debilitante), mostra-se importante a intervenção de profissionais especialistas, nomeadamente do psicólogo.

A Psicologia da Saúde define-se como um campo genérico da psicologia que recorre aos conhecimentos de diversas áreas da psicologia com o objetivo de promoção e proteção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, bem como à sua etiologia e diagnósticos relacionados com a saúde, análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde.

A atuação do Psicólogo da saúde neste contexto é assim de extrema importância no âmbito da pluralidade das suas intervenções em conjunto com a equipa multidisciplinar, e no valor que este pode acrescentar a médio e a longo prazo no comportamento

organizacional. O psicólogo será o mediador no sentido de este possibilitar, orientar e intervir, de modo a privilegiar o contacto e a trazer mais benefícios para as pessoas e para a organização onde as mesmas estão inseridas.

Neste sentido, podem ser sugeridas algumas estratégias tais como: a criação de reuniões informais (espaço para expressão de sentimentos e emoções, relativos a casos clínicos), organização de encontros e/ou convívio extra serviço (atividades de grupo, desportivas, de lazer), realização de sessões de terapias de grupo com apoio profissional (gestão de conflitos, psicoterapia de grupo, relaxamento), formação em serviço entre outras.

Importa igualmente referir que a prevenção da *Síndrome de Burnout*, não depende só de uma parte, depende em simultâneo do indivíduo e da organização onde o mesmo está inserido.

É imperativo pensar que não devemos somente “sobreviver” no trabalho mas sim fazer do trabalho uma fonte de saúde e realização. Neste sentido, cabe a cada um de nós mais do que chorar e lamentar-se, iniciar um processo de mudança pessoal e institucional, com propostas construtivas e participativas, ou, se os nossos ambientes são mais fechados e resistentes, administrar a própria saúde e buscar aliados para iniciar um movimento que leve a construção de espaços mais saudáveis no contexto de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. & Freire, T. (1997). *Metodologias de investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: APPORT.
- Alves, A. C., (2011) *Estresse e o trabalho do enfermeiro: Uma revisão bibliográfica*. Consultado em 4 de Maio 4 de 2012 através de www.inicepg.univap.br
- Antoniazzi, A. S., Aglio, D. D. e Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3, 273-294. Consultado em 1 de Outubro de 2012 através de www.psicologia.com.pt
- Azevedo, F. I. O. (2007). *Profissões de risco Enfermagem, uma profissão exposta a diversos fatores de risco*. Trabalho realizado no âmbito da disciplina de fonte de informação Sociológica leccionada pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Batista, P. M. P. M. M (2008). *Stress e coping nos enfermeiros dos cuidados paliativos de oncologia*. Dissertação de mestrado em oncologia apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas da Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Benevides-Pereira, A.M. T. (2001). *A saúde mental de profissionais de saúde mental: uma investigação da personalidade de psicólogos*. Maringá, Eduem.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benevides, P. (2002). *A síndrome de Burnout*. Consultado em 11 Abril de 2012.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2003). O Estado da Arte do Burnout no Brasil. *Revista electrónica interacción Psy*, 1, 4-11.
- Benevides-Pereira, A. M. T. e Garcia, L.P. (2003). Investigando o Burnout em professores universitários. *Revista electrónica interacción Psy*, 1, 76-89.
- Carlotto, M. S. (2010). A relação profissional – paciente e a síndrome de Burnout. *Encontro Revista de Psicologia*, 12, 7-20.
- Codo, W. e Vasques, M. (1999). *O que é o Burnout? Educação carinho e trabalho*. Rio de Janeiro: Brasília.

- Carneiro, R. M. (2010). *Síndrome de Burnout: Um Desafio para o Trabalho do Docente Universitário*. Dissertação de Mestrado Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente, Centro Universitário de Anápolis.
- Carlotto, M. S. e Silva, T. D. (2008). Síndrome de Burnout em trabalhadores da enfermagem de um hospital geral. *Revista SBPH*, 11, 113-130.
- Costa, E. e Leal, I. (2004). *Estratégias de coping e saúde mental em estudantes universitários de Viseu*. Acta do 5º congresso Nacional de Psicologia, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 757-762. Consultado em 1 de Outubro de 2012 através de www.psicologia.com.pt
- Cruz, J. F., Gomes, A. M., Melo, B. T (1999). Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica para os profissionais de psicologia. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 6, 596-603.
- Cumbe, V. (2010). *Síndrome de Burnout em Profissionais de Saúde Cuidadores dos Pacientes em Tratamento Ambulatório em Serviços de Oncologia, e Avaliação da Influência dos Fatores Sócio-demográficos no Surgimento desta Entidade, e Sua Relação Com as Estratégias de Coping*. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Decreto – Lei nº 101/2006 de 6 de Junho de 2006. Lisboa Portugal. Consultado em 24 de Fevereiro de 2011.
- Dias, S. & Queirós, C. (2011). *Burnout e Engagement em Enfermeiros Portugueses. Saúde e Qualidade de Vida: uma meta a atingir*, 300-308. Consultado em 8 de Maio de 2011, através da fonte http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F721889083/E-book_final.pdf
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Demerouti, E., Brakker, A., Nachreiner, F. & Shaufeli, W. (2000). *A model of Burnout and life satisfaction amongst nurses*. *Jornal of advancer Nursing*, 454-464.
- Fernandes, S. M. A. (2005). *Stress ocupacional e o mundo do trabalho atual: Repercussões na vida quotidiana das enfermeiras de uma instituição hospitalar pública*. Dissertação de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação*. Coimbra: Lusociência.
- França, A. C. L. & Rodrigues, A. L. (1997). *Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas.
- Garcia, L. P. et al (2003). Investigando o Burnout em professores universitários. *Revista electrónica interacción Psicológica*, 1, 76-89.
- GIL, A.C. (1994). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (4ª ed.) São Paulo, Ed. Atlas.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (*Burnout*) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*, 7, 3-10.
- Gomes, S. P. S. (2009). *Burnout em enfermeiros no início de carreira*. Tese de mestrado integrado em Psicologia, faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa.
- Horta, A. M. (2005). *Síndrome de Burnout nos Médicos do Serviço de Urgência do Hospital de São João*. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Jodas, D.A; Haddad, M.C.L. (2009) Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto de socorro de hospital universitário. *Acta Paul Enferm.* 22,192-197.
- Lautert, L., Chaves, E. H. B. e Moura, G. M. S. S. (1999, Maio). O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. *Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 6, 415-425. Consultado em Maio 4, 2012, através da fonte www.scielosp.org
- Lavrador, V. e Romão, R. (2007). *Síndrome de Burnout. Retrato de um Serviço de Hematologia*.
- Marques, S.N. (2007) *Formação de Professores Felizes: Evitando a Síndrome de Burnout*. Dissertação de Pós-Graduação em Educação, Área de Concentração: Aprendizagem e Ação Docente, Universidade Estadual de Maringá.
- Maslach, C. e Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1997). *The Truth About Burnout*. San Francisc: Jossey- Bass Publishers.
- Maslach, C., & Leiter, M.P. (1999). Trabalho: Fonte de prazer ou desgaste? *Guia para vencer o estresse na empresa* (original publicado em 1997). Campinas: Papirus.

- Mendes, A. (1996). Síndrome de Burnout em enfermeiros de Psiquiatria. (1ª Eds.) In *Saúde e Desenvolvimento*, 61-86.
- Mendes, F. M. P. (2002). *Incidência de Burnout em professores universitários*. Dissertação de mestrado em engenharia de produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Muller, D. A. (2004). *A síndrome de Burnout no trabalho de assistência à saúde. Estudo junto dos profissionais da equipa de enfermagem do hospital de Santa Casa da Misericórdia de Porto Alegre*. Tese de mestrado profissionalizante em Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Oliveira, M. M. (2008). *Burnout e emoções: Estudo exploratório em médicos de um hospital do Porto*. Tese de mestrado em psicologia da saúde, Faculdade de psicologia e de ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Pacheco, J. (2005). *Burnout e Estímulos de Vida em Profissionais de Saúde*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade do Algarve, Faro.
- Pais Ribeiro, J.L (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Pais Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de investigação em Psicologia da Saúde* (3ª ed.). Porto: Legis Editora.
- Parreira, P. D. e Sousa, F. (2000). Contato com a morte e Síndrome de Burnout: estudo comparativo com três grupos de enfermeiros de oncologia. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 1, 17-23.
- Pereira, A. M. S. (2009). *Burnout e o Conflito Trabalho-Família / Família-Trabalho em Profissionais de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Ramo da Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS* (5ªed.) Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto, A. C. (1990). *Metodologia da investigação psicológica*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.
- Pocinho, M. & Capelo, M. (2009). Vulnerabilidade ao stress, estratégias de *coping* e auto-eficácia em professores portugueses. *Educação e Pesquisa*, 35 (2), 351-367. Consultado em Outubro de 2012 através da fonte: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v35n2/a09v35n2.pdf>

- Pollit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Preto, V. A. (2008). *O estresse entre enfermeiros que actuam em unidade de terapia intensiva*. Tese de mestrado em enfermagem psiquiátrica, Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto.
- Queirós, P. J. P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.
- Queirós, C., Rodrigues, S. & Silva, M. (2009, Fevereiro). Ansiedade, Depressão e Burnout em enfermeiras. *Poster apresentado no IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida*, Escola Superior de Enfermagem, Porto. Consultado em 10 de Maio de 2012, através da fonte [b-on](#).
- Queirós, C., Dias, S. & Carlotto, M. S. (2011). Burnout, Hardiness e Satisfação com o Trabalho. *Saúde e Qualidade de Vida: uma meta a atingir*, 292-299. Consultado em 8 de Maio de 2011, através da fonte http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F721889083/E-book_final.pdf
- Rainho, C. (2005). *Síndrome de Burnout em enfermeiros. Aplicação do questionário breve do Burnout*. *Nursing*, 12, 6-11.
- Ramos, S.I.V. & Carvalho, A. J.R. (2007). Nível de stress e estratégias de coping dos estudantes do primeiro ano do ensino universitário de Coimbra. Consultado em 1 de Outubro de 2012, através da fonte www.psicologia.com.pt
- Rodrigues, J. V. (2007). *Síndrome de Burnout em médicos que trabalham nos serviços de oncologia de um hospital da cidade de Fortaleza: um estudo sobre o sofrimento psíquico no trabalho*. Memória de Mestrado em Psicologia do centro de Ciências Humanas, Universidade de Fortaleza.
- Rossi, A. M. et al. (2005). *Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas actuais da saúde ocupacional*. São Paulo: Atlas.
- Sá, L. O. (2002). *Burnout e controlo sobre o trabalho em enfermagem oncológica estudo correlacional*. Tese de mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, Faculdade de Medicina do Porto.
- Santana, R. M. C. (2011). *O financiamento por capitação ajustada pelo risco em contexto de integração vertical de cuidados de saúde: a utilização dos consumos com medicamentos como proxy da carga de doença em ambulatório*. Tese de candidatura ao

grau de Doutor em Saúde Pública na especialidade de Administração de Saúde pela Universidade Nova de Lisboa.

- Santos, D. M. (2011) *Burnout, estratégias de Coping e qualidade de vida nos profissionais de saúde*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde Universidade Católica, Centro Regional de Braga.
- Silva, D.C.M; Loureiro, M.F; Peres, R.S. (2008) *Burnout em profissionais de enfermagem no contexto hospitalar*. *Psicologia Hospitalar*, 6, 39-51.
- Silva, F. P. P. (2000). *Burnout: Um Desafio à mn Saúde do Trabalhador*. Consultado em 23 de Outubro de 2010, através da fonte <http://www.psicologia.pt/artigos>
- Silva, R. M. D. F. (2009). *Burnout, Coping e resiliência em Auxiliares de Ação Educativa*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Ramo de Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (2000). Risco. Penosidade e Insalubridade – Uma Realidade na Profissão de Enfermagem. *Revista do Sindicato Português*.
- Soares, A. S. (2008). *Mobbing: Relações com a Síndrome de Burnout e a qualidade de vida dos trabalhadores de uma instituição universitária da Campo Grande*. Memória de Mestrado em Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande.
- Spooner, L. R. (2004). *The influence of work stress and work support on Burnout in public hospital nurses*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade de tecnologia, Queensland.
- Sousa, A. B. (2005). *Investigação em Educação*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout: Concepts, modèles, interventions*. Paris: Dunod.
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Adriana Vaz Serra.
- Viana, J. S. (2010). *Uma proposta de aplicação de métodos de psicopedagogia institucional na prevenção à síndrome de burnout* (Trabalho para conclusão de curso para obtenção do título em psicopedagogia). São Paulo: Centro universitário adventista de São Paulo.

- Volpato, D. C., Gomes, F. B., Silva, S. G., Justo, T. & Benevides-Pereira, A. M. (2002). Burnout: O desgaste dos professores de Maringá. *Revista electrónica Interação Psicológica*, 1, 90-101.
- UMCCI (2006); Manual de Procedimentos de Referenciação, RNCCI.
- [Www.google.pt](http://www.google.pt)
- www.psicologia.com.pt
- [Www.unidademissão.pt](http://www.unidademissão.pt)
- [Www.rncci.min-saude.pt](http://www.rncci.min-saude.pt)

Anexos

Anexo I

Questionário de Maslach Burnout Inventory



Questionário Maslach Burnout Inventory (M.B.I.)

Laura Filipa Águia Alves

Laura

Excelentíssimo (a) Enfermeiro (a):

Sou aluna do 1º Mestrado em Cuidados Continuados, da Escola Superior de Saúde de Bragança – IPB.

Este trabalho, insere-se na tese para conclusão do mestrado, cujo tema é o “*Síndrome de Burnout nos profissionais de enfermagem das Unidades de Cuidados Continuados (de média e longa duração) da zona Norte do País*”.

A aplicação deste questionário, tem como objectivo “*conhecer e verificar a incidência deste síndrome nos enfermeiros das 15 unidades de Cuidados Continuados de média e longa duração, da zona norte do país.*”

Para isso, basta a sua colaboração, respondendo às questões relacionadas com o próprio (*variáveis sócio-demográficas e profissionais*) e às que constituem a Escala de Maslach (*avaliação da Síndrome de Burnout*), o mais sinceramente possível, pois só assim será possível realizar um trabalho fiável e útil.

Instruções para o preenchimento do questionário:

1. Leia de forma atenta todas as questões que lhe são colocadas, antes de responder;
2. Não deixe nenhuma questão por responder, uma vez que isso impossibilitaria uma análise adequada dos dados;
3. Não escreva o seu nome em nenhuma parte deste questionário, pois é absolutamente confidencial e anónimo;
4. O seu preenchimento é individual;
5. Nas questões em que existir um quadrado deve assinalar com uma cruz (X) a resposta que corresponde à sua situação; nas questões onde as respostas estão numeradas colocar um círculo (○) à volta do número que melhor ilustre os seus sentimentos e atitudes; nas questões em que encontrar um traço (____), responder claramente, de forma legível à questão que lhe é colocada, para que não restem dúvidas sobre a sua intenção;
6. No final certifique-se de que respondeu a todas as questões que lhe foram colocadas.

Obrigada pela sua disponibilidade e colaboração

Apresento os melhores cumprimentos.

Laura Filipa Águia Alves

I. Caracterização sócio-demográficas e profissional do inquirido

- 1.1. Género: Feminino ; Masculino 1.2. Idade _____ 1.3. Local da unidade _____
- 1.4. Natureza do vínculo: Contrato (recibos verdes; praz; etc) Permanente (lugar de quadro) 1.5. Tempo de serviço _____ (meses) 1.6. Tempo de serviço na unidade _____ (meses)
- 1.7. Sente-se integrado na equipa? Sim Não 1.8. Trabalha noutra instituição? Sim Não
- 1.9. Reside na localidade onde trabalha? Sim Não 1.10. Se respondeu não, a que distância reside do seu local de trabalho? _____ (km)
- 1.11. Horário de trabalho: Fixo Turno (Roulement) 1.12. Situação conjugal: Casados/juntos em união de facto ; Separados/divorciados ; solteiro (a) ; viúvo (a)
- 1.13. Tem filhos: Sim Não 1.14. Se respondeu sim, quantos filhos tem _____
- 1.15. Qual a sua satisfação no local de trabalho? Totalmente insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Satisfeito Totalmente satisfeito

II. Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) (Maslach e Jackson, 1981)

	Nunca	Algumas vezes por ano	Algumas vezes por mês ou menos	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1. Sinto-me esvaziado emocionalmente pelo meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
2. Sinto-me usado no final do dia de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
3. De manhã sinto-me fatigado quando me levanto para enfrentar um novo dia de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
4. Posso compreender facilmente o que os utentes sentem acerca das coisas	0	1	2	3	4	5	6
5. Sinto que trato alguns utentes como se fossem objectos impessoais	0	1	2	3	4	5	6
6. Trabalhar com pessoas o dia todo é realmente um esforço para mim	0	1	2	3	4	5	6
7. Lido eficazmente com os problemas dos utentes	0	1	2	3	4	5	6
8. Sinto-me derrotado pelo trabalho	0	1	2	3	4	5	6
9. Sinto que através do meu trabalho estou a influenciar positivamente a vida dos outros	0	1	2	3	4	5	6
10. Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que iniciei o meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
11. Preocupa-me que este trabalho me possa estar a endurecer emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12. Sinto-me muito activo	0	1	2	3	4	5	6
13. Sinto-me frustrado com o meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado	0	1	2	3	4	5	6
15. Eu não me preocupo realmente com o que possa acontecer a alguns utentes	0	1	2	3	4	5	6
16. Trabalhar directamente com as pessoas causa-me grande stress	0	1	2	3	4	5	6
17. Consigo facilmente criar uma atmosfera descontraída com os utentes	0	1	2	3	4	5	6
18. Sinto-me regozijado depois de um trabalho de grande interacção com os utentes	0	1	2	3	4	5	6
19. Já consegui realizar coisas significativas no meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
20. Sinto-me como se tivesse chegado ao fim da linha	0	1	2	3	4	5	6
21. No meu trabalho lido com os problemas emocionais de uma forma muito calma	0	1	2	3	4	5	6
22. Sinto que alguns utentes me culpabilizam por alguns dos seus problemas	0	1	2	3	4	5	6

O questionário terminou. Muito obrigado pela sua colaboração!

Anexo II

Pedido de autorização para aplicação do questionário



Exmo. (a) Sr. (a) Provedor(a) da

Santa Casa da Misericórdia de

Sou psicóloga de formação e, actualmente, estou a frequentar o Mestrado em “**Cuidados Continuados**” (2010/2012) promovido pela Escola Superior de Saúde de Bragança - IPB.

Venho por este meio comunicar a V. Excelência o meu interesse em desenvolver um estudo de investigação cujo objectivo principal é: “Verificar a incidência da Síndrome de Burnout nos enfermeiros que trabalham nas Unidades de Cuidados Continuados (de média e longa duração) da zona norte do país”. Este trabalho insere-se no âmbito da tese final do mestrado. O instrumento de recolha de dados a aplicar será um questionário de forma a garantir o anonimato e confidencialidade das respostas, a aplicar a todos os enfermeiros das Unidades de Cuidados Continuados, de média e longa duração que coloco em anexo.

Com os mais sinceros e respeitosos cumprimentos.

Pede deferimento:

Bragança, 9 de Maio de 2011

(Laura Filipa Águia Alves)

Anexo III

Solicitação de envio do questionário



Exmo.(a) Sr.(a) Provedor(a) da
Santa Casa da Misericórdia de

Chamo-me Laura Alves, sou psicóloga da formação e encontro-me a frequentar o Mestrado em “**Cuidados Continuados**” (2010/2012) promovido pela escola Superior de Saúde de Bragança – IPB.

Neste sentido, e uma vez que já enviei o pedido de autorização para o preenchimento de um questionário sobre o Síndrome de Burnout (por parte dos profissionais de enfermagem), bem como o referido questionário, venho por este meio solicitar a esta unidade o envio do mesmo até ao dia 12 de Setembro de 2011 impreterivelmente. Este pedido deve-se sobretudo à falta de tempo de que disponho para efectuar o tratamento estatístico dos dados e conseqüentemente a respectiva entrega da dissertação.

Mais informo que se a unidade não estiver receptiva ao preenchimento dos mesmos, que essa informação me seja comunicada bem como o respectivo motivo.

Grata pela atenção dispensada.

Bragança, 17 de Agosto de 2011

(Laura Filipa Águia Alves)

Anexo IV

Caracterização da Amostra

A informação relevante para variáveis nominais refere-se às frequências simples, à moda e ao gráfico de barras ou diagrama circular.

O quadro de distribuição de frequências distribui os valores da variável estatística em frequências simples e acumuladas, que tanto podem ser absolutas (N) como relativas (%).

As frequências absolutas (F_i) indicam o número de vezes que cada elemento da variável se repete. As frequências relativas exprimem o número de vezes que a categoria da variável qualitativa se verifica face ao total de observações, isto é, As $f_i = \frac{F_i}{N}$ frequências relativas são interpretadas em termos percentuais.

Para as variáveis de natureza quantitativa procede-se ao exame de algumas medidas tais como a média, mediana, percentis, desvio padrão, mínimo, máximo e intervalo de variação.

Quadro 1 – Distribuição de amostra segundo género

Sexo					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	77	80,2	81,9	81,9
	Masculino	17	17,7	18,1	100,0
	Total	94	97,9	100,0	
Missing	System	2	2,1		
Total		96	100,0		

Estamos perante uma amostra feminizada, tendo em consideração que 81,9% dos enfermeiros inquiridos é do sexo feminino (ver Quadro 1).

Quadro 2 – Análise Descritiva da variável ‘Idade’

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	93	22	42	26,57	3,225
Valid N (listwise)	93				

A amostra tem uma média etária relativamente baixa de 26,57 anos (desvio padrão 3,225 anos). A idade mínima é de 22 anos e a máxima é de 42 anos (ver Quadro 2).

Quadro 3 – Distribuição de amostra segundo categoria etária

		Categorias Etárias			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 29 anos	78	81,3	83,9	83,9
	30 ou mais anos	15	15,6	16,1	100,0
	Total	93	96,9	100,0	
Missing	System	3	3,1		
Total		96	100,0		

Sabe-se também que a maior parte da amostra (83,9%) tem até 29 anos e que 16,1% tem 30 anos ou mais (ver Quadro 3).

Quadro 4 – Distribuição de amostra segundo categoria etária

		Local da Unidade			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Santo Tirso	8	8,3	8,9	8,9
	Riba d' Ave	16	16,7	17,8	26,7
	Murça	11	11,5	12,2	38,9
	Paços de Ferreira	16	16,7	17,8	56,7
	Porto	4	4,2	4,4	61,1
	Chaves	8	8,3	8,9	70,0
	Alijó	7	7,3	7,8	77,8
	Vila Flôr	8	8,3	8,9	86,7
	Arcos de Valdevez	12	12,5	13,3	100,0
	Total	90	93,8	100,0	
Missing	System	6	6,3		
Total		96	100,0		

Mais de metade de amostra (61,1%) respondeu ser de Riba d'Ave (17,8%), de Murça (12,2%), de Paços de Ferreira (17,8%) e de Arcos de Valdevez (13,3%) (ver Quadro 4).

Quadro 5 – Distribuição de amostra segundo natureza do vínculo

		Natureza do vínculo			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Contrato	61	63,5	69,3	69,3
	Permanente	27	28,1	30,7	100,0
	Total	88	91,7	100,0	
Missing	System	8	8,3		
Total		96	100,0		

Em termos de vínculo laboral, a maioria da amostra está a contrato (69,3%) e 30,7% está numa situação permanente (ver Quadro 5).

Quadro 6 – Análise Descritiva das variáveis “Tempo de serviço (meses)” e “Tempo de serviço na Unidade (meses)”.

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Tempo de serviço (meses)	87	6	120	34,30	22,692
Tempo de serviço na Unidade (meses)	87	1	56	24,92	14,640
Valid N (listwise)	85				

Analisando o tempo de serviço dos profissionais inquiridos, verifica-se uma média de 34,30 meses (desvio padrão de 22,69 meses). No que respeita ao tempo de serviço na unidade, verifica-se uma média de 24,92 meses (desvio padrão de 14,64 meses) (ver Quadro 6).

Quadro 7 – Distribuição de amostra segundo sentimento de integração na unidade

		Sente-se integrado na unidade?			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	92	95,8	100,0	100,0
Missing	System	4	4,2		
Total		96	100,0		

Analisando a variável “ Sente-se integrado na unidade” podemos verificar que 95,8% dos inquiridos estão integrados na unidade onde exercem a sua actividade laboral.

Quadro 8 – Distribuição de amostra segundo trabalho noutra instituição

Trabalha noutra Instituição?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	16	16,7	18,8	18,8
	Não	69	71,9	81,2	100,0
	Total	85	88,5	100,0	
Missing	System	11	11,5		
Total		96	100,0		

Verifica-se que 18,8% da amostra afirma trabalhar noutra instituição (ver Quadro 8).

Quadro 9 – Distribuição de amostra segundo residência da localidade onde trabalha

Reside na localidade onde trabalha?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	61	63,5	64,9	64,9
	Não	33	34,4	35,1	100,0
	Total	94	97,9	100,0	
Missing	System	2	2,1		
Total		96	100,0		

Mais de metade da amostra (64,9%) reside na localidade onde trabalha. (ver Quadro 9)

Quadro 10 – Análise Descritiva: ‘Se respondeu não, a que distância reside do seu local de trabalho?’

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Se respondeu não, a que distância reside do seu local de trabalho? (km)	33	2	50	22,33	15,775
Valid N (listwise)	33				

Dos inquiridos que afirmam não residir na localidade onde trabalham, verificamos através da análise do quadro 10 que em média têm que percorrer 22,33 Km (dp= 15,775). Sabemos igualmente que o mínimo de km's que os enfermeiros têm que percorrer são 2 Km e o máximo 5 km.

Quadro 11 – Distribuição de amostra segundo horário de trabalho

		Horário de trabalho			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Fixo	8	8,3	8,5	8,5
	Turno	86	89,6	91,5	100,0
	Total	94	97,9	100,0	
Missing	System	2	2,1		
Total		96	100,0		

Apenas 8,5% dos inquiridos trabalha num horário fixo e 91,5% trabalha num horário por turnos (ver Quadro 11).

Quadro 12 – Distribuição de amostra segundo situação conjugal

		Situação conjugal			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Casados	31	32,3	35,2	35,2
	Não casados	57	59,4	64,8	100,0
	Total	88	91,7	100,0	
Missing	System	8	8,3		
Total		96	100,0		

Em termos de situação conjugal, sabe-se que a maior parte dos inquiridos não é casada (64,8) (Quadro 12).

Quadro 13 – Distribuição de amostra segundo filhos

		Tem filhos?			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	13	13,5	14,3	14,3
	Não	78	81,3	85,7	100,0
	Total	91	94,8	100,0	
Missing	System	5	5,2		
Total		96	100,0		

Apenas 14,3% da amostra afirma ter filhos (ver Quadro 13)

Quadro 14 – Grau de satisfação no local de trabalho

		Satisfação no local de trabalho			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Insatisfeito	2	2,1	2,2	2,2
	Nem satisfeito nem insatisfeito	17	17,7	18,9	21,1
	Satisfeito	64	66,7	71,1	92,2
	Totalmente satisfeito	7	7,3	7,8	100,0
	Total	90	93,8	100,0	
Missing	System	6	6,3		
Total		96	100,0		

Relativamente ao grau de satisfação no local de trabalho, 71,1% dos inquiridos afirmam estar satisfeitos (64 sujeitos).

Quadro 15 – Exaustão emocional na amostra

		Exaustão emocional categorizado			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baixo	64	66,7	75,3	75,3
	Moderado	19	19,8	22,4	97,6
	Alto	2	2,1	2,4	100,0
	Total	85	88,5	100,0	
Missing	System	11	11,5		
Total		96	100,0		

Quadro 16 – Despersonalização na amostra

		Despersonalização Categorizado			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baixo	76	79,2	82,6	82,6
	Moderado	12	12,5	13,0	95,7
	Alto	4	4,2	4,3	100,0
	Total	92	95,8	100,0	
Missing	System	4	4,2		
Total		96	100,0		

Quadro 17 – Realização profissional na amostra

Realização profissional Categorizado					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baixo	58	60,4	67,4	67,4
	Moderado	26	27,1	30,2	97,7
	Alto	2	2,1	2,3	100,0
	Total	86	89,6	100,0	
Missing	System	10	10,4		
Total		96	100,0		

Quadro 18 – Análise Descritiva do Score *Burnout* Total
Descriptives

		Statistic	Std. Error
Score Total Burnout	Mean	54,75	1,040
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	52,68	
	Upper Bound	56,82	
	5% Trimmed Mean	54,27	
	Median	53,00	
	Variance	85,499	
	Std. Deviation	9,247	
	Minimum	40	
	Maximum	85	
	Range	45	
	Interquartile Range	14	
	Skewness	,785	,271
	Kurtosis	,526	,535

Tendo em consideração que o *burnout* total pode variar entre o score mínimo de 0 e o score máximo de 132, podemos afirmar que em média a amostra apresenta um nível intermédio de *burnout* com um score médio de 54,75 (desvio padrão 9,247). O score do *burnout* total mínimo é de 40 e o do máximo é de 85. Sabe-se também que 50% dos profissionais inquiridos apresentam no mínimo um score de 53.

Anexo V

**Análise de Fiabilidade das dimensões Burnout - Maslach Burnout
Inventory (M.B.I.)**

O *alpha* de *Cronbach* é uma das medidas mais usadas para verificação interna de um grupo de variáveis (itens), podendo definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica. A escala seguinte dá uma indicação aproximada para avaliar o valor de uma medida de fiabilidade:

Muito boa ⇔ Alpha superior a 0,9

Boa ⇔ Alpha entre 0,8 e 0,9

Razoável ⇔ Alpha entre 0,7 e 0,8

Fraca ⇔ Alpha entre 0,6 e 0,7

Inaceitável ⇔ Alpha inferior a 0,6

1.1 Exaustão emocional

Quadro 1 – Análise de Fiabilidade: Exaustão Emocional

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,777	9

Diagnóstico: Fiabilidade Razoável

1.2 Despersonalização

Quadro 2 – Análise de Fiabilidade: Despersonalização

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,530	5

Diagnóstico: Inaceitável

1.3 Realização Profissional

Quadro 3 – Análise de Fiabilidade: Realização Profissional

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.414	8

Diagnóstico: Inaceitável

Anexo VI

Testes de independência do Qui-Quadrado

Tendo em conta a natureza qualitativa das variáveis que indicam o nível de burnout (nível baixo, nível moderado e nível alto), nas três dimensões (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Profissional) o teste mais indicado será o teste de independência do Qui-Quadrado de *Pearson*, ou então o Qui-Quadrado por simulação de Monte Carlo quando não se respeitarem as regras de utilização do Qui-Quadrado de *Pearson*.

Exaustão emocional

Exaustão emocional consoante género

Quadro 1 – Tabela de Contingência

Crosstab

			Exaustão emocional categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Sexo	Feminino	Count	52	16	2	70
		Expected Count	52,7	15,6	1,6	70,0
		% within Sexo	74,3%	22,9%	2,9%	100,0%
	Masculino	Count	12	3	0	15
		Expected Count	11,3	3,4	,4	15,0
		% within Sexo	80,0%	20,0%	,0%	100,0%
Total		Count	64	19	2	85
		Expected Count	64,0	19,0	2,0	85,0
		% within Sexo	75,3%	22,4%	2,4%	100,0%

Quadro 2 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,527 ^a	2	,768	1,000 ^b	1,000	1,000
Likelihood Ratio	,876	2	,645	1,000 ^b	1,000	1,000
Fisher's Exact Test	,292			1,000 ^b	1,000	1,000
Linear-by-Linear Association	,367 ^c	1	,545	,602 ^b	,589	,615
N of Valid Cases	85					

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,527 ^a	2	,768	1,000 ^b	1,000	1,000
Likelihood Ratio	,876	2	,645	1,000 ^b	1,000	1,000
Fisher's Exact Test	,292			1,000 ^b	1,000	1,000
Linear-by-Linear Association	,367 ^c	1	,545	,602 ^b	,589	,615
N of Valid Cases	85					

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,35.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

c. The standardized statistic is -,606.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (1,000) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Exaustão emocional consoante categorias etárias

Quadro 3 – Tabela de Contingência

Crosstab

			Exaustão emocional categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Categorias Etárias	Até 29 anos	Count	56	12	2	70
		Expected Count	52,5	15,8	1,7	70,0
		% within Categorias Etárias	80,0%	17,1%	2,9%	100,0%
	30 ou mais anos	Count	7	7	0	14
		Expected Count	10,5	3,2	,3	14,0
		% within Categorias Etárias	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
Total		Count	63	19	2	84
		Expected Count	63,0	19,0	2,0	84,0
		% within Categorias Etárias	75,0%	22,6%	2,4%	100,0%

Quadro 4 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,368 ^a	2	,025	,040^b	,035	,045
Likelihood Ratio	6,733	2	,035	,061 ^b	,055	,067
Fisher's Exact Test	6,392			,048 ^b	,042	,053
Linear-by-Linear Association	3,446 ^c	1	,063	,081 ^b	,074	,088
N of Valid Cases	84					

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

c. The standardized statistic is 1,856.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,040) leva-nos à rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Exaustão emocional consoante local da unidade

Quadro 5 – Tabela de Contingência

Local da Unidade * Exaustão emocional categorizado Crosstabulation						
			Exaustão emocional categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Local da Unidade	Santo Tirso	Count	6	2	0	8
		Expected Count	5,9	1,9	,2	8,0
		% within Local da Unidade	75,0%	25,0%	,0%	100,0%
	Riba d' Ave	Count	11	3	1	15
		Expected Count	11,1	3,5	,4	15,0
		% within Local da Unidade	73,3%	20,0%	6,7%	100,0%
	Murça	Count	10	0	0	10
		Expected Count	7,4	2,3	,2	10,0
		% within Local da Unidade	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Paços de Ferreira	Count	11	2	1	14	
	Expected Count	10,4	3,3	,3	14,0	

	% within Local da Unidade	78,6%	14,3%	7,1%	100,0%
Porto	Count	3	1	0	4
	Expected Count	3,0	,9	,1	4,0
	% within Local da Unidade	75,0%	25,0%	,0%	100,0%
Chaves	Count	5	1	0	6
	Expected Count	4,4	1,4	,1	6,0
	% within Local da Unidade	83,3%	16,7%	,0%	100,0%
Alijó	Count	4	3	0	7
	Expected Count	5,2	1,6	,2	7,0
	% within Local da Unidade	57,1%	42,9%	,0%	100,0%
Vila Flôr	Count	3	4	0	7
	Expected Count	5,2	1,6	,2	7,0
	% within Local da Unidade	42,9%	57,1%	,0%	100,0%
Arcos de Valdevez	Count	7	3	0	10
	Expected Count	7,4	2,3	,2	10,0
	% within Local da Unidade	70,0%	30,0%	,0%	100,0%
Total	Count	60	19	2	81
	Expected Count	60,0	19,0	2,0	81,0
	% within Local da Unidade	74,1%	23,5%	2,5%	100,0%

Quadro 6 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	13,571 ^a	16	,631	,661 ^b	,649	,674
Likelihood Ratio	15,413	16	,495	,470 ^b	,457	,483
Fisher's Exact Test	15,585			,422 ^b	,410	,435
Linear-by-Linear Association	1,088 ^c	1	,297	,301 ^b	,289	,313
N of Valid Cases	81					

a. 20 cells (74,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,10.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 957002199.

c. The standardized statistic is 1,043.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,661) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Exaustão emocional consoante natureza do vínculo

Quadro 7 – Tabela de Contingência

Natureza do vínculo * Exaustão emocional categorizado Crosstabulation

			Exaustão emocional categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Natureza do vínculo	Contrato	Count	44	12	1	57
		Expected Count	43,3	12,3	1,4	57,0
		% within Natureza do vínculo	77,2%	21,1%	1,8%	100,0%
	Permanente	Count	16	5	1	22
		Expected Count	16,7	4,7	,6	22,0
		% within Natureza do vínculo	72,7%	22,7%	4,5%	100,0%
Total	Count	60	17	2	79	
	Expected Count	60,0	17,0	2,0	79,0	
	% within Natureza do vínculo	75,9%	21,5%	2,5%	100,0%	

Quadro 8 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,551 ^a	2	,759	1,000 ^b	1,000	1,000
Likelihood Ratio	,500	2	,779	1,000 ^b	1,000	1,000
Fisher's Exact Test	1,006			,770 ^b	,759	,781
Linear-by-Linear Association	,336 ^c	1	,562	,623 ^b	,611	,636
N of Valid Cases	79					

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,56.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 92208573.

c. The standardized statistic is ,579.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (1,000) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Exaustão emocional consoante tempo de serviço

Quadro 9 – Tabela de Contingência

Tempo de serviço (meses) * Exaustão emocional categorizado Crosstabulation

			Exaustão emocional categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Tempo de serviço (meses)	Até 30 meses	Count	35	9	2	46
		Expected Count	34,8	10,0	1,2	46,0
		% within Tempo de serviço (meses)	76,1%	19,6%	4,3%	100,0%
	Mais de 30 meses	Count	24	8	0	32
		Expected Count	24,2	7,0	,8	32,0
		% within Tempo de serviço (meses)	75,0%	25,0%	,0%	100,0%
Total	Count	59	17	2	78	
	Expected Count	59,0	17,0	2,0	78,0	
	% within Tempo de serviço (meses)	75,6%	21,8%	2,6%	100,0%	

Quadro 10 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,650 ^a	2	,438	,523 ^b	,510	,536
Likelihood Ratio	2,368	2	,306	,523 ^b	,510	,536
Fisher's Exact Test	1,314			,643 ^b	,631	,655
Linear-by-Linear Association	,080 ^c	1	,777	,828 ^b	,818	,838
N of Valid Cases	78					

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,82.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1993510611.

c. The standardized statistic is -,283.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,523) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Exaustão emocional consoante tempo de serviço na unidade

Quadro 11 – Tabela de Contingência

Tempo de serviço da unidade (meses) * Exaustão emocional categorizado Crosstabulation

			Exaustão emocional categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Tempo de serviço da unidade (meses)	Até 30 meses	Count	40	11	2	53
		Expected Count	40,1	11,6	1,4	53,0
		% within Tempo de serviço da unidade (meses)	75,5%	20,8%	3,8%	100,0%
	Mais de 30 meses	Count	19	6	0	25
		Expected Count	18,9	5,4	,6	25,0
		% within Tempo de serviço da unidade (meses)	76,0%	24,0%	,0%	100,0%
Total	Count	59	17	2	78	
	Expected Count	59,0	17,0	2,0	78,0	
	% within Tempo de serviço da unidade (meses)	75,6%	21,8%	2,6%	100,0%	

Quadro 12 – Testes de Independência do Qui-Quadrado
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,026 ^a	2	,599	,723 ^b	,711	,734
Likelihood Ratio	1,627	2	,443	,657 ^b	,645	,670
Fisher's Exact Test	,706			1,000 ^b	1,000	1,000
Linear-by-Linear Association	,125 ^c	1	,724	,819 ^b	,809	,829
N of Valid Cases	78					

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,64.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 79654295.

c. The standardized statistic is -,354.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,723) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Exaustão emocional consoante trabalha noutra instituição

Quadro 13 – Tabela de Contingência
Trabalha noutra Instituição? * Exaustão emocional categorizado Crosstabulation

		Exaustão emocional categorizado			Total
		Baixo	Moderado	Alto	
Trabalha noutra Instituição? Sim	Count	9	6	0	15
	Expected Count	11,2	3,5	,4	15,0
	% within Trabalha noutra Instituição?	60,0%	40,0%	,0%	100,0%
Trabalha noutra Instituição? Não	Count	49	12	2	63
	Expected Count	46,8	14,5	1,6	63,0
	% within Trabalha noutra Instituição?	77,8%	19,0%	3,2%	100,0%
Total	Count	58	18	2	78
	Expected Count	58,0	18,0	2,0	78,0
	% within Trabalha noutra Instituição?	74,4%	23,1%	2,6%	100,0%

Quadro 14– Testes de Independência do Qui-Quadrado
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,296 ^a	2	,192	,196 ^b	,186	,206
Likelihood Ratio	3,393	2	,183	,196 ^b	,186	,206
Fisher's Exact Test	2,952			,240 ^b	,229	,251
Linear-by-Linear Association	1,005 ^c	1	,316	,394 ^b	,381	,407
N of Valid Cases	78					

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 475497203.

c. The standardized statistic is -1,003.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,192) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis

Exaustão emocional consoante residência no local onde trabalho

Quadro 15 – Tabela de Contingência
Reside na localidade onde trabalha? * Exaustão emocional categorizado Crosstabulation

			Exaustão emocional categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Reside na localidade onde trabalha?	Sim	Count	45	9	1	55
		Expected Count	41,4	12,3	1,3	55,0
		% within Reside na localidade onde trabalha?	81,8%	16,4%	1,8%	100,0%
	Não	Count	19	10	1	30
		Expected Count	22,6	6,7	,7	30,0
		% within Reside na localidade onde trabalha?	63,3%	33,3%	3,3%	100,0%
Total	Count	64	19	2	85	
	Expected Count	64,0	19,0	2,0	85,0	
	% within Reside na localidade onde trabalha?	75,3%	22,4%	2,4%	100,0%	

Quadro 16 – Testes de Independência do Qui-Quadrado
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,571 ^a	2	,168	,236 ^b	,225	,247
Likelihood Ratio	3,464	2	,177	,236 ^b	,225	,247
Fisher's Exact Test	3,823			,116 ^b	,108	,124
Linear-by-Linear Association	3,139 ^c	1	,076	,105 ^b	,097	,112
N of Valid Cases	85					

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,71.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 726961337.

c. The standardized statistic is 1,772.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,236) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Exaustão emocional consoante horário de trabalho

Quadro 17 – Tabela de Contingência
Horário de trabalho * Exaustão emocional categorizado Crosstabulation

			Exaustão emocional categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Horário de trabalho	Fixo	Count	5	3	0	8
		Expected Count	6,0	1,8	,2	8,0
		% within Horário de trabalho	62,5%	37,5%	,0%	100,0%
	Turno	Count	59	16	2	77
		Expected Count	58,0	17,2	1,8	77,0
		% within Horário de trabalho	76,6%	20,8%	2,6%	100,0%
Total	Count	64	19	2	85	
	Expected Count	64,0	19,0	2,0	85,0	
	% within Horário de trabalho	75,3%	22,4%	2,4%	100,0%	

Quadro 18 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,306 ^a	2	,520	,490 ^b	,477	,503
Likelihood Ratio	1,366	2	,505	,490 ^b	,477	,503
Fisher's Exact Test	1,642			,490 ^b	,477	,503
Linear-by-Linear Association	,389 ^c	1	,533	,712 ^b	,700	,723
N of Valid Cases	85					

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,19.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 126474071.

c. The standardized statistic is -,624.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,490) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Exaustão emocional consoante situação conjugal

Quadro 19 – Tabela de Contingência

Situação conjugal * Exaustão emocional categorizado Crosstabulation

			Exaustão emocional categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Situação conjugal	Casados	Count	18	8	1	27
		Expected Count	20,5	5,8	,7	27,0
		% within Situação conjugal	66,7%	29,6%	3,7%	100,0%
	Não casados	Count	42	9	1	52
		Expected Count	39,5	11,2	1,3	52,0
		% within Situação conjugal	80,8%	17,3%	1,9%	100,0%
Total	Count	60	17	2	79	
	Expected Count	60,0	17,0	2,0	79,0	
	% within Situação conjugal	75,9%	21,5%	2,5%	100,0%	

Quadro 20 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,942 ^a	2	,379	,402 ^b	,389	,414
Likelihood Ratio	1,884	2	,390	,561 ^b	,548	,574
Fisher's Exact Test	2,297			,291 ^b	,279	,302
Linear-by-Linear Association	1,801 ^c	1	,180	,235 ^b	,224	,246
N of Valid Cases	79					

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,68.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1487459085.

c. The standardized statistic is -1,342.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,402) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Exaustão emocional consoante filhos

Quadro 21 – Tabela de Contingência

Tem filhos? * Exaustão emocional categorizado Crosstabulation

			Exaustão emocional categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Tem filhos?	Sim	Count	11	2	0	13
		Expected Count	9,7	3,0	,3	13,0
		% within Tem filhos?	84,6%	15,4%	,0%	100,0%
	Não	Count	51	17	2	70
		Expected Count	52,3	16,0	1,7	70,0
		% within Tem filhos?	72,9%	24,3%	2,9%	100,0%
Total		Count	62	19	2	83
		Expected Count	62,0	19,0	2,0	83,0
		% within Tem filhos?	74,7%	22,9%	2,4%	100,0%

Quadro 22 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,954 ^a	2	,621	,663 ^b	,651	,675
Likelihood Ratio	1,298	2	,523	,663 ^b	,651	,675
Fisher's Exact Test	,639			,810 ^b	,800	,820
Linear-by-Linear Association	,931 ^c	1	,335	,398 ^b	,385	,410
N of Valid Cases	83					

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,31.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1507486128.

c. The standardized statistic is ,965.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,621) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Despersonalização

Despersonalização consoante género

Quadro 23 – Tabela de Contingência

Sexo * Despersonalização Categorizado Crosstabulation

			Despersonalização Categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Sexo	Feminino	Count	65	6	4	75
		Expected Count	62,0	9,8	3,3	75,0
		% within Sexo	86,7%	8,0%	5,3%	100,0%
	Masculino	Count	11	6	0	17
		Expected Count	14,0	2,2	,7	17,0
		% within Sexo	64,7%	35,3%	,0%	100,0%
Total		Count	76	12	4	92
		Expected Count	76,0	12,0	4,0	92,0
		% within Sexo	82,6%	13,0%	4,3%	100,0%

Quadro 24 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,631 ^a	2	,008	,013^b	,010	,016
Likelihood Ratio	8,574	2	,014	,010 ^b	,007	,012
Fisher's Exact Test	7,600			,019 ^b	,016	,023
Linear-by-Linear Association	1,474 ^c	1	,225	,295 ^b	,283	,306
N of Valid Cases	92					

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,74.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1131884899.

c. The standardized statistic is 1,214.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,013) leva-nos à rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis

Despersonalização consoante categorias etárias

Quadro25 – Tabela de Contingência

Categorias Etárias * Despersonalização Categorizado Crosstabulation

			Despersonalização Categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Categorias Etárias	Até 29 anos	Count	64	8	4	76
		Expected Count	62,6	10,0	3,3	76,0
		% within Categorias Etárias	84,2%	10,5%	5,3%	100,0%
	30 ou mais anos	Count	11	4	0	15
		Expected Count	12,4	2,0	,7	15,0
		% within Categorias Etárias	73,3%	26,7%	,0%	100,0%
Total	Count	75	12	4	91	
	Expected Count	75,0	12,0	4,0	91,0	
	% within Categorias Etárias	82,4%	13,2%	4,4%	100,0%	

Quadro 26 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,444 ^a	2	,179	,239 ^b	,228	,250
Likelihood Ratio	3,655	2	,161	,189 ^b	,179	,199
Fisher's Exact Test	2,850			,313 ^b	,301	,325
Linear-by-Linear Association	,151 ^c	1	,698	,790 ^b	,779	,800
N of Valid Cases	91					

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,66.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1122541128.

c. The standardized statistic is ,388.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,239) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis

Despersonalização consoante local da unidade

Quadro 27 – Tabela de Contingência

Local da Unidade * Despersonalização Categorizado Crosstabulation

			Despersonalização Categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Local da Unidade	Santo Tirso	Count	7	1	0	8
		Expected Count	6,7	,9	,4	8,0
		% within Local da Unidade	87,5%	12,5%	,0%	100,0%
	Riba d' Ave	Count	15	0	1	16
		Expected Count	13,5	1,8	,7	16,0
		% within Local da Unidade	93,8%	,0%	6,3%	100,0%
	Murça	Count	8	1	1	10
		Expected Count	8,4	1,1	,5	10,0
		% within Local da Unidade	80,0%	10,0%	10,0%	100,0%
	Paços de Ferreira	Count	14	1	1	16
		Expected Count	13,5	1,8	,7	16,0
		% within Local da Unidade	87,5%	6,3%	6,3%	100,0%
	Porto	Count	3	0	1	4
		Expected Count	3,4	,5	,2	4,0
		% within Local da Unidade	75,0%	,0%	25,0%	100,0%
	Chaves	Count	6	2	0	8
		Expected Count	6,7	,9	,4	8,0
		% within Local da Unidade	75,0%	25,0%	,0%	100,0%
	Alijó	Count	6	1	0	7
		Expected Count	5,9	,8	,3	7,0
		% within Local da Unidade	85,7%	14,3%	,0%	100,0%
	Vila Flôr	Count	6	2	0	8
		Expected Count	6,7	,9	,4	8,0
		% within Local da Unidade	75,0%	25,0%	,0%	100,0%
	Arcos de Valdevez	Count	9	2	0	11
		Expected Count	9,3	1,3	,5	11,0
		% within Local da Unidade	81,8%	18,2%	,0%	100,0%
Total		Count	74	10	4	88

Expected Count	74,0	10,0	4,0	88,0
% within Local da Unidade	84,1%	11,4%	4,5%	100,0%

Quadro 28 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	12,673 ^a	16	,696	,736 ^b	,725	,748
Likelihood Ratio	14,082	16	,593	,800 ^b	,789	,810
Fisher's Exact Test	12,374			,640 ^b	,627	,652
Linear-by-Linear Association	,120 ^c	1	,729	,758 ^b	,747	,769
N of Valid Cases	88					

a. 19 cells (70,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,18.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2110151063.

c. The standardized statistic is ,347.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,736) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis

Despersonalização consoante natureza do vínculo

Quadro 29 – Tabela de Contingência

Natureza do vínculo * Despersonalização Categorizado Crosstabulation

			Despersonalização Categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Natureza do vínculo	Contrato	Count	51	6	3	60
		Expected Count	49,5	7,7	2,8	60,0
		% within Natureza do vínculo	85,0%	10,0%	5,0%	100,0%
Natureza do vínculo	Permanente	Count	20	5	1	26
		Expected Count	21,5	3,3	1,2	26,0
		% within Natureza do vínculo	76,9%	19,2%	3,8%	100,0%
Total		Count	71	11	4	86

Expected Count	71,0	11,0	4,0	86,0
% within Natureza do vínculo	82,6%	12,8%	4,7%	100,0%

Quadro 30 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,404 ^a	2	,496	,563 ^b	,550	,575
Likelihood Ratio	1,323	2	,516	,563 ^b	,550	,575
Fisher's Exact Test	1,550			,500 ^b	,487	,513
Linear-by-Linear Association	,324 ^c	1	,569	,662 ^b	,650	,675
N of Valid Cases	86					

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,21.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 605580418.

c. The standardized statistic is ,569.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,563) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis

Despersonalização consoante tempo de serviço

Quadro 31 – Tabela de Contingência

Tempo de serviço (meses) * Despersonalização Categorizado Crosstabulation

			Despersonalização Categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Tempo de serviço (meses)	Até 30 meses	Count	46	3	1	50
		Expected Count	41,8	5,9	2,4	50,0
		% within Tempo de serviço (meses)	92,0%	6,0%	2,0%	100,0%
	Mais de 30 meses	Count	25	7	3	35
		Expected Count	29,2	4,1	1,6	35,0

	% within Tempo de serviço (meses)	71,4%	20,0%	8,6%	100,0%
Total	Count	71	10	4	85
	Expected Count	71,0	10,0	4,0	85,0
	% within Tempo de serviço (meses)	83,5%	11,8%	4,7%	100,0%

Quadro 32 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6,362 ^a	2	,042	,035^b	,031	,040
Likelihood Ratio	6,336	2	,042	,070 ^b	,063	,076
Fisher's Exact Test	6,118			,035 ^b	,031	,040
Linear-by-Linear Association	5,742 ^c	1	,017	,020 ^b	,016	,023
N of Valid Cases	85					

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,65.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 205597102.

c. The standardized statistic is 2,396.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,035) leva-nos à rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis

Despersonalização consoante tempo de serviço na unidade

Quadro 33 – Tabela de Contingência

Tempo de serviço da unidade (meses) * Despersonalização Categorizado Crosstabulation

			Despersonalização Categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Tempo de serviço da unidade (meses)	Até 30 meses	Count	52	6	1	59
		Expected Count	49,3	6,9	2,8	59,0
		% within Tempo de serviço da unidade (meses)	88,1%	10,2%	1,7%	100,0%
	Mais de 30 meses	Count	19	4	3	26

	Expected Count	21,7	3,1	1,2	26,0
	% within Tempo de serviço da unidade (meses)	73,1%	15,4%	11,5%	100,0%
Total	Count	71	10	4	85
	Expected Count	71,0	10,0	4,0	85,0
	% within Tempo de serviço da unidade (meses)	83,5%	11,8%	4,7%	100,0%

Quadro 34 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,623 ^a	2	,099	,096 ^b	,088	,103
Likelihood Ratio	4,239	2	,120	,146 ^b	,136	,155
Fisher's Exact Test	4,388			,096 ^b	,088	,103
Linear-by-Linear Association	4,237 ^c	1	,040	,062 ^b	,055	,068
N of Valid Cases	85					

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,22.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1615198575.

c. The standardized statistic is 2,058.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,096) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis

Despersonalização consoante trabalha noutra instituição

Quadro 35 – Tabela de Contingência

Trabalha noutra Instituição? * Despersonalização Categorizado Crosstabulation

		Despersonalização Categorizado			Total
		Baixo	Moderado	Alto	
Trabalha noutra Instituição? Sim	Count	14	0	2	16
	Expected Count	13,1	2,1	,8	16,0
	% within Trabalha noutra Instituição?	87,5%	,0%	12,5%	100,0%
Não	Count	54	11	2	67

	Expected Count	54,9	8,9	3,2	67,0
	% within Trabalha noutra Instituição?	80,6%	16,4%	3,0%	100,0%
Total	Count	68	11	4	83
	Expected Count	68,0	11,0	4,0	83,0
	% within Trabalha noutra Instituição?	81,9%	13,3%	4,8%	100,0%

Quadro 36 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,128 ^a	2	,077	,082 ^b	,075	,089
Likelihood Ratio	6,682	2	,035	,068 ^b	,061	,074
Fisher's Exact Test	4,955			,082 ^b	,075	,089
Linear-by-Linear Association	,032 ^c	1	,858	1,000 ^b	1,000	1,000
N of Valid Cases	83					

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,77.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 792558341.

c. The standardized statistic is -,179.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,082) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis

Despersonalização consoante residência no local onde trabalha

Quadro 37 – Tabela de Contingência

Reside na localidade onde trabalha? * Despersonalização Categorizado Crosstabulation

			Despersonalização Categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Reside na localidade onde trabalha?	Sim	Count	53	7	1	61
		Expected Count	50,4	8,0	2,7	61,0
		% within Reside na localidade onde trabalha?	86,9%	11,5%	1,6%	100,0%
	Não	Count	23	5	3	31

	Expected Count	25,6	4,0	1,3	31,0
	% within Reside na localidade onde trabalha?	74,2%	16,1%	9,7%	100,0%
Total	Count	76	12	4	92
	Expected Count	76,0	12,0	4,0	92,0
	% within Reside na localidade onde trabalha?	82,6%	13,0%	4,3%	100,0%

Quadro 38 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,797 ^a	2	,150	,171 ^b	,161	,180
Likelihood Ratio	3,588	2	,166	,272 ^b	,261	,283
Fisher's Exact Test	3,661			,152 ^b	,143	,161
Linear-by-Linear Association	3,398 ^c	1	,065	,085 ^b	,078	,093
N of Valid Cases	92					

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,35.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 79996689.

c. The standardized statistic is 1,843.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,171) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis

Despersonalização consoante horário de trabalho

Quadro 39 – Tabela de Contingência

Horário de trabalho * Despersonalização Categorizado Crosstabulation

			Despersonalização Categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Horário de trabalho	Fixo	Count	6	2	0	8
		Expected Count	6,6	1,0	,3	8,0
		% within Horário de trabalho	75,0%	25,0%	,0%	100,0%
Turno	Count	70	10	4	84	
	Expected Count	69,4	11,0	3,7	84,0	

	% within Horário de trabalho	83,3%	11,9%	4,8%	100,0%
Total	Count	76	12	4	92
	Expected Count	76,0	12,0	4,0	92,0
	% within Horário de trabalho	82,6%	13,0%	4,3%	100,0%

Quadro 40 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,403 ^a	2	,496	,721 ^b	,709	,732
Likelihood Ratio	1,566	2	,457	,609 ^b	,597	,622
Fisher's Exact Test	1,439			,516 ^b	,503	,528
Linear-by-Linear Association	,036 ^c	1	,850	1,000 ^b	1,000	1,000
N of Valid Cases	92					

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,35.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1634676757.

c. The standardized statistic is -,189.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,721) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Despersonalização consoante situação conjugal

Quadro 41 – Tabela de Contingência

Situação conjugal * Despersonalização Categorizado Crosstabulation

			Despersonalização Categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Situação conjugal	Casados	Count	25	3	2	30
		Expected Count	24,8	3,8	1,4	30,0
		% within Situação conjugal	83,3%	10,0%	6,7%	100,0%

Não casados	Count	46	8	2	56
	Expected Count	46,2	7,2	2,6	56,0
	% within Situação conjugal	82,1%	14,3%	3,6%	100,0%
Total	Count	71	11	4	86
	Expected Count	71,0	11,0	4,0	86,0
	% within Situação conjugal	82,6%	12,8%	4,7%	100,0%

Quadro 42 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,686 ^a	2	,710	,729 ^b	,717	,740
Likelihood Ratio	,679	2	,712	,729 ^b	,717	,740
Fisher's Exact Test	,829			,729 ^b	,717	,740
Linear-by-Linear Association	,026 ^c	1	,871	1,000 ^b	1,000	1,000
N of Valid Cases	86					

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,40.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 846668601.

c. The standardized statistic is -,163.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,729) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis

Despersonalização consoante filhos

Quadro 43 – Tabela de Contingência

Tem filhos? * Despersonalização Categorizado Crosstabulation

		Despersonalização Categorizado			Total
		Baixo	Moderado	Alto	
Tem filhos? Sim	Count	10	1	1	12
	Expected Count	9,8	1,6	,5	12,0

	% within Tem filhos?	83,3%	8,3%	8,3%	100,0%
Não	Count	63	11	3	77
	Expected Count	63,2	10,4	3,5	77,0
	% within Tem filhos?	81,8%	14,3%	3,9%	100,0%
Total	Count	73	12	4	89
	Expected Count	73,0	12,0	4,0	89,0
	% within Tem filhos?	82,0%	13,5%	4,5%	100,0%

Quadro 44 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,731 ^a	2	,694	,890 ^b	,882	,898
Likelihood Ratio	,690	2	,708	,890 ^b	,882	,898
Fisher's Exact Test	1,097			,652 ^b	,640	,664
Linear-by-Linear Association	,033 ^c	1	,855	1,000 ^b	1,000	1,000
N of Valid Cases	89					

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,54.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 391318613.

c. The standardized statistic is -,182.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,890) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis

Realização Profissional

Realização profissional consoante género

Quadro 45 – Tabela de Contingência

Sexo * Realização profissional Categorizado Crosstabulation

			Realização profissional Categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Sexo	Feminino	Count	48	22	1	71
		Expected Count	47,9	21,5	1,7	71,0

	% within Sexo	67,6%	31,0%	1,4%	100,0%
Masculino	Count	10	4	1	15
	Expected Count	10,1	4,5	,3	15,0
	% within Sexo	66,7%	26,7%	6,7%	100,0%
Total	Count	58	26	2	86
	Expected Count	58,0	26,0	2,0	86,0
	% within Sexo	67,4%	30,2%	2,3%	100,0%

Quadro 46 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,550 ^a	2	,461	,466 ^b	,453	,479
Likelihood Ratio	1,184	2	,553	,678 ^b	,666	,690
Fisher's Exact Test	1,916			,466 ^b	,453	,479
Linear-by-Linear Association	,172 ^c	1	,679	,793 ^b	,783	,804
N of Valid Cases	86					

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,35.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 263739791.

c. The standardized statistic is ,414.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,466) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis

Realização profissional consoante categorias etárias

Quadro 47 – Tabela de Contingência

Categorias Etárias * Realização profissional Categorizado Crosstabulation

			Realização profissional Categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Categorias Etárias	Até 29 anos	Count	50	21	1	72
		Expected Count	49,1	21,2	1,7	72,0

	% within Categorias Etárias	69,4%	29,2%	1,4%	100,0%
30 ou mais anos	Count	8	4	1	13
	Expected Count	8,9	3,8	,3	13,0
	% within Categorias Etárias	61,5%	30,8%	7,7%	100,0%
Total	Count	58	25	2	85
	Expected Count	58,0	25,0	2,0	85,0
	% within Categorias Etárias	68,2%	29,4%	2,4%	100,0%

Quadro 48 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,970 ^a	2	,373	,507 ^b	,495	,520
Likelihood Ratio	1,428	2	,490	,507 ^b	,495	,520
Fisher's Exact Test	2,329			,279 ^b	,267	,290
Linear-by-Linear Association	,808 ^c	1	,369	,385 ^b	,372	,397
N of Valid Cases	85					

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,31.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1110856691.

c. The standardized statistic is ,899.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,507) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Realização profissional consoante local da unidade

Quadro 49 – Tabela de Contingência

Local da Unidade * Realização profissional Categorizado Crosstabulation

		Realização profissional Categorizado			Total	
		Baixo	Moderado	Alto		
Local da Unidade	Santo Tirso	Count	4	4	0	8

	Expected Count	5,5	2,4	,1	8,0
	% within Local da Unidade	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
Riba d' Ave	Count	9	4	0	13
	Expected Count	8,9	4,0	,2	13,0
	% within Local da Unidade	69,2%	30,8%	,0%	100,0%
Murça	Count	7	4	0	11
	Expected Count	7,5	3,4	,1	11,0
	% within Local da Unidade	63,6%	36,4%	,0%	100,0%
Paços de Ferreira	Count	13	1	1	15
	Expected Count	10,2	4,6	,2	15,0
	% within Local da Unidade	86,7%	6,7%	6,7%	100,0%
Porto	Count	2	2	0	4
	Expected Count	2,7	1,2	,0	4,0
	% within Local da Unidade	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
Chaves	Count	3	3	0	6
	Expected Count	4,1	1,8	,1	6,0
	% within Local da Unidade	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
Alijó	Count	4	3	0	7
	Expected Count	4,8	2,1	,1	7,0
	% within Local da Unidade	57,1%	42,9%	,0%	100,0%
Vila Flôr	Count	6	1	0	7
	Expected Count	4,8	2,1	,1	7,0
	% within Local da Unidade	85,7%	14,3%	,0%	100,0%
Arcos de Valdevez	Count	8	3	0	11
	Expected Count	7,5	3,4	,1	11,0
	% within Local da Unidade	72,7%	27,3%	,0%	100,0%
Total	Count	56	25	1	82
	Expected Count	56,0	25,0	1,0	82,0
	% within Local da Unidade	68,3%	30,5%	1,2%	100,0%

Quadro 50 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	12,753 ^a	16	,691	,708 ^b	,696	,720

Likelihood Ratio	12,750	16	,691	,502 ^b	,489	,515
Fisher's Exact Test	18,291			,406 ^b	,393	,418
Linear-by-Linear Association	,389 ^c	1	,533	,553 ^b	,540	,565
N of Valid Cases	82					

a. 22 cells (81,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1831435319.

c. The standardized statistic is -,624.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,708) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis

Realização profissional consoante natureza do vínculo

Quadro 51 – Tabela de Contingência

Natureza do vínculo * Realização profissional Categorizado Crosstabulation

			Realização profissional Categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Natureza do vínculo	Contrato	Count	37	19	2	58
		Expected Count	38,7	17,9	1,4	58,0
		% within Natureza do vínculo	63,8%	32,8%	3,4%	100,0%
Natureza do vínculo	Permanente	Count	17	6	0	23
		Expected Count	15,3	7,1	,6	23,0
		% within Natureza do vínculo	73,9%	26,1%	,0%	100,0%
Total		Count	54	25	2	81
		Expected Count	54,0	25,0	2,0	81,0
		% within Natureza do vínculo	66,7%	30,9%	2,5%	100,0%

Quadro 52 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,284 ^a	2	,526	,562 ^b	,549	,575

Likelihood Ratio	1,830	2	,401	,461 ^b	,448	,474
Fisher's Exact Test	,875			,800 ^b	,789	,810
Linear-by-Linear Association	1,072 ^c	1	,300	,363 ^b	,351	,375
N of Valid Cases	81					

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,57.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1810951851.

c. The standardized statistic is -1,036.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,526) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis

Realização profissional consoante tempo de serviço

Quadro 53 – Tabela de Contingência

Tempo de serviço (meses) * Realização profissional Categorizado Crosstabulation

			Realização profissional Categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Tempo de serviço (meses)	Até 30 meses	Count	37	10	1	48
		Expected Count	33,6	13,2	1,2	48,0
		% within Tempo de serviço (meses)	77,1%	20,8%	2,1%	100,0%
	Mais de 30 meses	Count	19	12	1	32
		Expected Count	22,4	8,8	,8	32,0
		% within Tempo de serviço (meses)	59,4%	37,5%	3,1%	100,0%
Total		Count	56	22	2	80
		Expected Count	56,0	22,0	2,0	80,0
		% within Tempo de serviço (meses)	70,0%	27,5%	2,5%	100,0%

Quadro 75 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,883 ^a	2	,237	,286 ^b	,275	,298

Likelihood Ratio	2,850	2	,240	,377 ^b	,364	,389
Fisher's Exact Test	3,123			,226 ^b	,215	,237
Linear-by-Linear Association	2,474 ^c	1	,116	,128 ^b	,119	,137
N of Valid Cases	80					

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,80.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2129180967.

c. The standardized statistic is 1,573.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,286) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis

Realização profissional consoante tempo de serviço na unidade

Quadro 54 – Tabela de Contingência

Tempo de serviço da unidade (meses) * Realização profissional Categorizado Crosstabulation

			Realização profissional Categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Tempo de serviço da unidade (meses)	Até 30 meses	Count	42	12	2	56
		Expected Count	38,5	16,1	1,4	56,0
		% within Tempo de serviço da unidade (meses)	75,0%	21,4%	3,6%	100,0%
	Mais de 30 meses	Count	13	11	0	24
		Expected Count	16,5	6,9	,6	24,0
		% within Tempo de serviço da unidade (meses)	54,2%	45,8%	,0%	100,0%
Total		Count	55	23	2	80
		Expected Count	55,0	23,0	2,0	80,0
		% within Tempo de serviço da unidade (meses)	68,8%	28,8%	2,5%	100,0%

Quadro 77 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,398 ^a	2	,067	,090 ^b	,083	,098

Likelihood Ratio	5,743	2	,057	,056 ^b	,050	,062
Fisher's Exact Test	4,822			,073 ^b	,066	,080
Linear-by-Linear Association	1,807 ^c	1	,179	,246 ^b	,235	,257
N of Valid Cases	80					

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,60.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1291153757.

c. The standardized statistic is 1,344.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,090) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Realização profissional consoante trabalho noutra em instituição

Quadro 55 – Tabela de Contingência

Trabalha noutra Instituição? * Realização profissional Categorizado Crosstabulation

			Realização profissional Categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Trabalha noutra Instituição?	Sim	Count	10	5	0	15
		Expected Count	10,4	4,2	,4	15,0
		% within Trabalha noutra Instituição?	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
	Não	Count	44	17	2	63
		Expected Count	43,6	17,8	1,6	63,0
		% within Trabalha noutra Instituição?	69,8%	27,0%	3,2%	100,0%
Total		Count	54	22	2	78
		Expected Count	54,0	22,0	2,0	78,0
		% within Trabalha noutra Instituição?	69,2%	28,2%	2,6%	100,0%

Quadro 79 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,667 ^a	2	,716	,840 ^b	,830	,849

Likelihood Ratio	1,038	2	,595	,763 ^b	,752	,774
Fisher's Exact Test	,504			,840 ^b	,830	,849
Linear-by-Linear Association	,000 ^c	1	1,000	1,000 ^b	1,000	1,000
N of Valid Cases	78					

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1156607048.

c. The standardized statistic is ,000.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,840) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Realização profissional consoante residência no local onde trabalha

Quadro 56 – Tabela de Contingência

Reside na localidade onde trabalha? * Realização profissional Categorizado Crosstabulation

			Realização profissional Categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Reside na localidade onde trabalha?	Sim	Count	39	17	0	56
		Expected Count	37,8	16,9	1,3	56,0
		% within Reside na localidade onde trabalha?	69,6%	30,4%	,0%	100,0%
	Não	Count	19	9	2	30
		Expected Count	20,2	9,1	,7	30,0
		% within Reside na localidade onde trabalha?	63,3%	30,0%	6,7%	100,0%
Total	Count	58	26	2	86	
	Expected Count	58,0	26,0	2,0	86,0	
	% within Reside na localidade onde trabalha?	67,4%	30,2%	2,3%	100,0%	

Quadro 57 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,849 ^a	2	,146	,193 ^b	,182	,203

Likelihood Ratio	4,330	2	,115	,203 ^b	,193	,214
Fisher's Exact Test	3,272			,215 ^b	,205	,226
Linear-by-Linear Association	1,188 ^c	1	,276	,287 ^b	,275	,299
N of Valid Cases	86					

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,70.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1039640005.

c. The standardized statistic is 1,090.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,193) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Realização profissional consoante horário de trabalho

Quadro 58 – Tabela de Contingência
Horário de trabalho * Realização profissional Categorizado Crosstabulation

			Realização profissional Categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Horário de trabalho	Fixo	Count	6	2	0	8
		Expected Count	5,4	2,4	,2	8,0
		% within Horário de trabalho	75,0%	25,0%	,0%	100,0%
Turno		Count	52	24	2	78
		Expected Count	52,6	23,6	1,8	78,0
		% within Horário de trabalho	66,7%	30,8%	2,6%	100,0%
Total		Count	58	26	2	86
		Expected Count	58,0	26,0	2,0	86,0
		% within Horário de trabalho	67,4%	30,2%	2,3%	100,0%

Quadro 83 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,360 ^a	2	,835	1,000 ^b	1,000	1,000

Likelihood Ratio	,547	2	,761	1,000 ^b	1,000	1,000
Fisher's Exact Test	,501			1,000 ^b	1,000	1,000
Linear-by-Linear Association	,311 ^c	1	,577	,733 ^b	,722	,744
N of Valid Cases	86					

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,19.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2096426169.

c. The standardized statistic is ,558.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (1,000) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Realização profissional consoante situação conjugal

Quadro 59 – Tabela de Contingência

Situação conjugal * Realização profissional Categorizado Crosstabulation

			Realização profissional Categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Situação conjugal	Casados	Count	17	10	0	27
		Expected Count	18,9	7,4	,7	27,0
		% within Situação conjugal	63,0%	37,0%	,0%	100,0%
	Não casados	Count	39	12	2	53
		Expected Count	37,1	14,6	1,3	53,0
		% within Situação conjugal	73,6%	22,6%	3,8%	100,0%
Total	Count	56	22	2	80	
	Expected Count	56,0	22,0	2,0	80,0	
	% within Situação conjugal	70,0%	27,5%	2,5%	100,0%	

Quadro 60 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,655 ^a	2	,265	,287 ^b	,275	,298
Likelihood Ratio	3,229	2	,199	,287 ^b	,275	,298

Fisher's Exact Test	2,270			,323 ^b	,311	,335
Linear-by-Linear Association	,308 ^c	1	,579	,657 ^b	,645	,669
N of Valid Cases	80					

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,68.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 795555105.

c. The standardized statistic is -,555.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,287) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Realização profissional consoante filhos

Quadro 61 – Tabela de Contingência

Tem filhos? * Realização profissional Categorizado Crosstabulation

			Realização profissional Categorizado			Total
			Baixo	Moderado	Alto	
Tem filhos?	Sim	Count	7	5	0	12
		Expected Count	8,0	3,8	,3	12,0
		% within Tem filhos?	58,3%	41,7%	,0%	100,0%
	Não	Count	48	21	2	71
		Expected Count	47,0	22,2	1,7	71,0
		% within Tem filhos?	67,6%	29,6%	2,8%	100,0%
Total		Count	55	26	2	83
		Expected Count	55,0	26,0	2,0	83,0
		% within Tem filhos?	66,3%	31,3%	2,4%	100,0%

Quadro 62 – Testes de Independência do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,950 ^a	2	,622	,641 ^b	,628	,653
Likelihood Ratio	1,204	2	,548	,641 ^b	,628	,653
Fisher's Exact Test	,928			,641 ^b	,628	,653
Linear-by-Linear Association	,151 ^c	1	,697	,767 ^b	,756	,778
N of Valid Cases	83					

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,29.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1201225993.

c. The standardized statistic is -,389.

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis

O nível de significância associado ao Qui-Quadrado de por simulação de Monte Carlo (0,641) leva-nos à não rejeição da hipótese nula de independência das variáveis. Deste modo não existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Quadro 63 – Matriz de Correlações

			Correlations			
			Satisfação no local de trabalho	Exaustão emocional	Despersani- zação	Realização Profissional
Spearman's rho	Satisfação no local de trabalho	Correlation	1,000	-,279*	-,216*	,185
		Coefficient				
		Sig. (2-tailed)	.	,011	,043	,097
		N	90	82	88	82
	Exaustão emocional	Correlation	-,279*	1,000	,443**	-,129
		Coefficient				
		Sig. (2-tailed)	,011	.	,000	,254
		N	82	85	84	80
	Despersanilização	Correlation	-,216*	,443**	1,000	-,256*
		Coefficient				
		Sig. (2-tailed)	,043	,000	.	,018
		N	88	84	92	85
	Realização Profissional	Correlation	,185	-,129	-,256*	1,000
		Coefficient				
		Sig. (2-tailed)	,097	,254	,018	.
		N	82	80	85	86

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

$H_0: \rho = 0$ (A correlação populacional é nula)

$H_1: \rho \neq 0$ (A correlação populacional é diferente de zero)

Existem duas correlações estatisticamente significativas entre as variáveis ‘Satisfação no local de Trabalho’, e as variáveis ‘Exaustão Emocional’ e ‘Depersonalização’, sendo que à medida que a satisfação no local de trabalho aumenta a exaustão emocional e a depersonalização diminuem.

Relativamente à correlação entre satisfação no local de trabalho e a realização profissional, embora não tenha significância estatística, pode-se afirmar que quando a satisfação no local de trabalho aumenta a realização profissional também segue a mesma tendência.