

MOTIVAÇÃO PROSOCIAL, CONDIÇÕES DE TRABALHO E AUTOEFICÁCIA, COMO VARIÁVEIS PREDITORAS DO BURNOUT

UMA AVALIAÇÃO EMPIRICA DO MODELO DE HARRISON, EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

AUTORA:

GUILHERMINA AMÉLIA DE SOUSA CARVALHEIRA

DIRETOR:

JOSÉ MARÍA LEÓN RUBIO

Universidade de Sevilha

Espanha

Outubro, 2015

Esta investigação, teve o apoio do PROGRAMA OPERACIONAL DA
EDUCAÇÃO (PRODEP), da UNIÃO EUROPEIA

Aos meus Pais, por uma dívida de gratidão. À memória do meu Pai, Joaquim Augusto Carvalheira (1918-2012), para quem a nossa formação foi a grande preocupação da sua vida.

A todas as Mulheres que, por razões da sua condição, não conseguiram a realização intelectual a que aspiravam, embora lhes sobejassem motivação e capacidades.

Agradecimentos:

À minha irmã, Maria Virgínia de Sousa Carvalheira, por cuidar da nossa Mãe e assim permitir, que eu pudesse dedicar os últimos dois anos, à conclusão deste trabalho.

Aos enfermeiros do Hospital Distrital de Faro, alguns deles meus antigos alunos, por generosamente, darem o seu contributo, para a realização deste estudo.

Ao professor José María León Rubio, pela sua preciosa ajuda, desde as sugestões de bibliografia, à orientação e apoio na realização desta investigação.

ABSTRACT

Professional burnout is a work environment problem that decreases the feeling of professional realization, associated to the drop in productivity. It mainly affects professionals who work with people, nurses being one of the most vulnerable groups due to the too asymmetrical relationship between them and their patients.

This thesis has two goals: getting to know the professional burnout in Portuguese nurses and testing Harrison's social competence model (1983; 1985), that has never been applied. For this, 285 nurses answered questionnaires, and information about self-efficiency, social motivation, working conditions, professional burn out and some demographic and professional variables, has been collected.

The results show that the sample suggests a high level of importance to social motivation (interest in the community) and holds also a high level of personal self-efficiency. On the other hand, individuals find deficiencies in preventive measures, physiological alert associated to the demands of the workplace, but what most affects them is the contact with pain and death. However, these work environment deficiencies seem underestimated and individuals show low levels of professional burn out.

Relating to Harrison's model, whose principles state that social motivation and working conditions will predetermine self-efficiency and this in turn will act as a smoothing role, the results are as follows:

Relating to the first part of the model, the results suggest that social motivation and evaluation of working conditions are variables that predict self-efficiency. The second part, on the other hand, which associates self-efficiency and burnout, wasn't tested on this profession, for self-efficiency effect on burnout consequences, mainly organizational consequences, is due to the first model association, self-efficiency, with other variables such as the characteristics of the strong character: commitment and control.

The results found in this study, high levels of motivation and self-efficiency and low levels of professional burn out, may be due to the effects of structural measures introduced to improve the health system, which is also reflected in a positive way on the Portuguese Nursing social and professional regulations.

RESUMO

O desgaste profissional ou burnout é um problema do local de trabalho, que diminui o sentimento de realização profissional, associada à baixa de produtividade. Afeta principalmente profissionais que trabalham com pessoas, sendo os enfermeiros um dos grupos mais vulneráveis, devido à relação demasiadamente assimétrica entre eles e os utentes.

O objetivo deste trabalho é duplo: conhecer o desgaste profissional, em enfermeiros portugueses e testar o modelo de competência social de Harrison (1983;1985), que nunca foi implementado. Para isso, 285 enfermeiros preencheram questionários tendo-se recolhido informação sobre, autoeficácia, motivação pro social, condições de trabalho, desgaste profissional e algumas variáveis demográficas e profissionais.

Os resultados indicam, que a amostra concede um grau de importância elevado, à motivação social (interesse pela comunidade) e possui um nível de autoeficácia pessoal, igualmente alto. Já nas condições de trabalho, os sujeitos encontram deficiências nas medidas preventivas, alerta fisiológico associado às exigências do posto de trabalho, mas é o contato com a dor e a morte, o fator que mais os afeta. Contudo, essas deficiências, parecem ser subestimadas e os sujeitos apresentam, níveis de desgaste profissional baixos.

Sobre o modelo de Harrison, cujos pressupostos estabelecem que a motivação social e as condições de trabalho vão predeterminar a autoeficácia e esta por sua vez exerce um papel amortecedor sobre o desgaste profissional, os resultados foram os seguintes:

Quanto à primeira parte do modelo, os resultados permite afirmar que a motivação social e a valoração das condições de trabalho, são variáveis preditoras da autoeficácia. Já a segunda parte, a que associa autoeficácia e burnout, não se comprovou neste trabalho visto que o efeito da primeira, sobre as consequências do síndrome, nomeadamente as consequências organizacionais, é devido à associação da autoeficácia com outras variáveis, como as dimensões da personalidade resistente: compromisso, e controlo.

Os resultados encontrados nesta investigação, altos níveis de motivação e de autoeficácia e baixos níveis de desgaste profissional, podem ser devidos aos efeitos das medidas estruturais, introduzidas por volta do ano 2000, para melhorar a formação dos profissionais de saúde, as quais se refletiram também, no estatuto socioprofissional da Enfermagem Portuguesa.

CONTEÚDOS

CAPÍTULO	PÁGINA
Apoio institucional (PRODEP)	ii
Dedicatória.....	iii
Agradecimentos	iv
Resumo em Inglês.....	v
Resumo	vi
Conteúdos	vii
Lista de Gráficos.....	xi
Lista de tabelas	xii
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. <u>RAZÕES QUE JUSTIFICAM ESTA INVESTIGAÇÃO</u>	1
1.1.1. <i>Definição e características do burnout</i>	1
1.1.2. <i>Custos financeiros e humanos</i>.....	2
1.1.3. <i>Processos de contágio</i>	3
1.1.4. <i>Especificidades da profissão de enfermagem que predispõem ao burnout</i>	4
1.1.5. <i>Fatores facilitadores e incidência do síndrome</i>	5
1.1.6. <i>Incidência do burnout na Enfermagem Portuguesa</i>	6
1.1.7. <i>Abordagem ao estudo deste Síndrome</i>.....	6
1.1.8. <i>Interação pessoa/meio: noção de competência</i>	8
1.1.9. <i>Modelo de Competência Social de Harrison</i>.....	9
1.2. <u>PRESENTE ESTUDO</u>	13
1.2.1. <i>Medidas estruturais para o desenvolvimento do ensino na área da saúde</i>	13
1.2.2. <i>Objetivos da investigação</i>.....	15
2. SINTESE DA LITERATURA	16
<u>2.1. STRESS, BURNOUT, AUTOEFICÁCIA, COMPORTAMENTOS DE AJUDA, MOTIVAÇÃO E ANÁLISE FUNCIONAL</u>	16
2.1.1. <i>Stress. Teoria Geral de Hans Selye e Teoria Cognitiva de Lazarus</i>	16

CAPÍTULO	PÁGINA
2.1.2. Burnout	23
2.1.3. Autoeficácia de Bandura e domínios da autoeficácia profissional de Cherniss	27
2.1.4. Comportamentos de ajuda: motivação e noção de competência, segundo White	32
2.1.5. Análise Funcional da motivação para comportamentos pro sociais de Clary & Snyder; Omoto & Snyder	36
2.2. HIPÓTESES DE TRABALHO	40
3. MÉTODO	41
3.1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO AMOSTRA E PROCEDIMENTO	41
3.1.1. Desenho da investigação e preparação dos instrumentos	43
3.1.2. Amostra	44
3.1.3. Procedimento	45
3.2. DESCRIÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS	45
3.2.1. Questionário de Autoeficácia Geral de Schwarzer(1993)	45
3.2.2. Questionário das Motivações Pro-Sociais dos Profissionais de Saúde de Omoto & Snyder (1995)Chacón y Vecina (1999)	50
3.2.3. Questionário de Autoavaliação das Condições de Trabalho da, Agence Nationale pour L'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) France (1984)	56
3.2.4. Questionário de Desgaste Profissional do Pessoal de Enfermagem. (Inclui, recolha da informação sociodemográfica da amostra e variáveis de trabalho) de Jiménez-Moreno, et al. (1997)	61

CAPÍTULO	PÁGINA
4 RESULTADOS.....	66
4.1. <u>ANÁLISE DAS CARATERISTICAS DA AMOSTRA.....</u>	66
<i>4.1.1. Caraterísticas sociodemográficas.....</i>	66
<i>4.1.2. Caraterísticas de instrução ou formação.....</i>	68
<i>4.1.3. Caraterísticas profissionais da amostra e os seus efeitos sobre o desgaste profissional.....</i>	70
4.2. <u>ANÁLISE DOS EFEITOS DAS PRINCIPAIS VARIÁVEIS INDEPENDENTES....</u>	76
<i>4.2.1. Análises descritivas das principais variáveis independentes.....</i>	76
<i>4.2.2. Contraste de médias com os valores das principais variáveis independentes.....</i>	78
<i>4.2.3. Motivação social e as condições de trabalho como variáveis predictoras da autoeficácia.....</i>	79
<i>4.2.4. Associação entre autoeficácia e o síndrome de desgaste profissional.....</i>	82
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	88
6. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES.....	96
7. REFERÊNCIAS.....	99
ANEXOS	
ANEXO 1 CARTA DIRIGIDA À ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL DISTRITAL DE FARO.....	111
ANEXO 2 RESPOSTA DO HOSPITAL A AUTORIZAR A INVESTIGAÇÃO.....	113
ANEXO 3 PROTOCOLO DIRIGIDO A CADA ENFERMEIRO, CONTENDO AS INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS	115
ANEXO 4 QUESTIONÁRIO DE AUTOEFICÁCIA.....	117
ANEXO 5 QUESTIONÁRIO DA MOTIVAÇÃO.....	119
ANEXO 6 FICHA DE AUTOAVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO....	122
ANEXO 7 QUESTIONÁRIO DE DESGASTE PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS.....	132
ANEXO 8 QUESTIONÁRIO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	143

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico	Página
1. Relação de conjugalidade e sexo	67
2. Número de filhos e relação de conjugalidade	68
3. Nível de formação académica da amostra	69
4. Indivíduos com o sem especialidade em Enfermagem.....	69
5. Outra formação superior para além da Enfermagem.....	70
6. Distribuição da amostra por especialidades	70
7. Categoria profissional dos sujeitos	72
8. Situação laboral com e sem vínculo.....	72
9. Horário de trabalho	72
10 Serviço onde trabalha, urgências ou internamento.....	73
11. Percentagem de indivíduos com e sem sobre - emprego	73
12. Percentagem de tempo em interação com doentes	74

LISTA DE TABELAS

Tabelas	Página
1 Distribuição da variável, relação de conjugalidade	66
2 Distribuição simples, da variável, Nº de filhos	66
3 Caraterísticas profissionais da amostra	71
4 Análise de Componentes Principais das variáveis profissionais	74
5 Análise de regressão, esgotamento emocional pelos fatores, “experiência” e “carga”	75
6 Principais estatísticas descritivas, das variáveis independentes	77
7 Contraste das medidas amostrais dos principais fatores, com valores médios normativos.....	79
8 Resultados da Análise de Componentes Principais	80
9 Matriz de componentes rodados	81
10 Análise de regressão por passos, da autoeficácia por motivação e condições de trabalho	82
11 Estatísticas descritivas do síndrome de desgaste profissional	83
12 Matriz de correlações entre autoeficácia e desgaste profissional	84
13 Correlações parciais entre autoeficácia e consequências do burnout, controlando o efeito das estratégias de enfrentamento	85
14 Análise de regressão da variável consequências organizacionais por autoeficácia e personalidade resistente	86
15 Matriz de correlações entre as condições de trabalho	87

1. INTRODUÇÃO

Esta investigação, avalia o síndrome de desgaste profissional ou burnout em Profissionais de Enfermagem, em Portugal e testa, o Modelo de Competência Social de Harrison (1983;1985). Este modelo, que foi construído para explicar a etiologia do síndrome, em profissionais dos serviços humanos, nunca foi implementado.

1.1. RAZÕES QUE JUSTIFICAM ESTA INVESTIGAÇÃO

1.1.1. Definição e características do burnout

O burnout tem sido definido como uma variedade específica de stress ocupacional. Afeta principalmente os profissionais dos serviços humanos e resulta das interações diretas e emocionalmente exigentes, entre aqueles profissionais e os respetivos utentes (Aranda, et al., 2009; Buunk, & Schaufeli, 1993; Bakker, Le Blanc, & Schaufeli 2005; Maslach, 1982). Enfermeiros, médicos, professores, polícias e outros que de algum modo trabalham com pessoas, têm porventura, maior probabilidade de ser afetados por este síndrome, devido às inter-relações contínuas e desgastantes, com os seus utentes. Trata-se de uma forma de patologia “moderna” (Aranda, et al., 2009) relacionada com o trabalho, na qual Maslach (1982); Maslach & Jackson (1981; 1986); identificaram três dimensões fundamentais: 1) Exaustão emocional, representa a dimensão nuclear e individual do burnout e reflete, as variáveis de stress ocupacional crónico. Corresponde, ao esgotamento da energia emocional ou dos recursos e manifesta-se, por intensa fadiga, sensação de sobre esforço físico e psíquico, incapacidade para realizar o trabalho, queixas psicossomáticas, entre outras. 2) Despersonalização, representa a dimensão do contexto interpessoal do burnout e reflete, a resposta aos outros. Caracteriza-se, por atitudes negativas ou desadequadas, de afastamento ou de indiferença para com os clientes, perda de idealismo para com o trabalho, irritabilidade e cinismo, são as manifestações mais evidentes. 3) Falta de realização pessoal no trabalho, é a resposta a si próprio, e reflete a dimensão de autoavaliação. Traduz-se, numa avaliação negativa sobre o seu próprio trabalho,

sentimentos de incompetência, baixa autoestima e baixa produtividade, incapacidade para enfrentar os problemas e para tomar decisões.

1.1.2. Custos financeiros e humanos

Este síndrome, tem custos financeiros e humanos muito elevados. Para as instituições, os custos financeiros, decorrem do absentismo, diminuição da produtividade e da qualidade dos cuidados ou serviços prestados, inadaptação ao trabalho, entre muitos outros (Cordes & Dougherty, 1993; Gil-Monte y Peiró, 1997; Harris, 1989; Jenkins & Maslach, 1994; Kahill, 1988; Lee & Ashforth, 1996; Maslach Schaufeli & Leiter, 2001; Nurmi, Salema-Aro et al., 2008; Pearlman & Hartman, 1982; Pons, 1995; Schaufeli & Buunk, 2003; Schaufeli & Enzmann, 1998; Shirom, 2005). E, no caso das instituições de saúde, pode haver ainda lugar a indenizações aos utentes, na sequência de eventuais erros técnicos, por parte dos profissionais afetados (Prins, et al. 2009; Shanafelt, et al., 2002; Spickard, Gabbe, & Christensen, 2002). Os custos humanos, são igualmente elevados e surgem na sequência do stress e sofrimento dos trabalhadores, cujo mal estar, se estende aos respetivos familiares e companheiros de trabalho, dando origem a conflitos pessoais e laborais (Burke & Greenglass, 2001; Harris, 1989; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Como diz Sarason (citada por Farber, 1985, p.1)

“... the detrimental implications of disillusionment in human service workers extend far beyond the spheres of their individual existence...”

Por isso, este síndrome pode constituir um problema social grave, quer pela percentagem de trabalhadores afetados – calcula-se que entre 1% a 10% da população trabalhadora mundial, sofre de burnout severo (Schaufeli, & Buunk, 2003) – quer pela possibilidade de “contágio”, de um trabalhador a outro (Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2003; Bakker, Le Blanc, & Schaufeli, 2005; Bakker et al., 2001; Bakker, & Schaufeli, 2000; Buunk, & Schaufeli, 1993; Edelwich, y Brodsky, 1980; Gil-Monte, y Peiró, 1997; Golembiewski, et al., 1986; Hatfield, et al., 1994; Miller, et al., 1995), e até, entre o trabalhador e os seus familiares (Maslach, et al., 2001; Westman, & Etzion, 1995). Daí, alguns investigadores considerarem que, não estando o burnout limitado aos indivíduos, pode constituir uma importante preocupação para unidades e organizações inteiras (Bakker, Le Blanc, & Schaufeli, 2005), podendo atingir o estatuto

de uma verdadeira cultura organizacional e mesmo proporções de pandemia (Gil-Monte y Peiró, 1997). Edelwich e Brodsky (1980), chamam-lhe, “infecção do staff”.

1.1.3. Processos de contágio do burnout

Investigações empíricas, têm confirmado o contágio deste síndrome entre os profissionais (Schaufeli & Buunk, 2003). Groenestijn et al., (1992), e Bakker, Le Blanc & Schaufeli (2005), viram confirmadas as suas hipóteses de contágio do burnout, entre enfermeiras. Bakker & Schaufeli (2000), entre professores. Bakker et al., (2003) entre empregados de um banco e em trabalhadores de uma companhia de seguros. O pressuposto é que, sendo os sentimentos de esgotamento emocional, uma das características nucleares do burnout, os mecanismos envolvidos nos processos de contágio deste síndrome, são similares aos que envolvem os restantes processos de contágio emocional (Bakker, Le Blanc, & Schaufeli (2005). Por outro lado, estudos experimentais sugerem, que o contágio emocional existe [veja-se, Hatfield et al. (1994), Mcintosh et al. (1994), Hsee et al. (1990), Uchino et al. (1991). In Bakker, Le Blanc, & Schaufeli (2005),]. Segundo aqueles processos, o contágio pode ocorrer, ou de uma forma não consciente, por imitação automática das expressões faciais, vocalizações e posturas de outras pessoas, no sentido de convergir emocionalmente para elas. Ou, por um processo cognitivo consciente, que consiste na sintonização ou empatia, com os sentimentos e emoções de outros (Hsee et al., 1990). A empatia ou relação empática, consiste em os indivíduos tentarem imaginar como eles se sentiriam, na posição do outro e através disso, experimentarem os mesmos sentimentos e emoções (1).

Embora Bakker, Le Blanc, & Schaufeli (2005), não afirmem categoricamente, qual dos processos será prevalente - se o processo consciente, o não consciente, ou a combinação dos dois - estes autores sugerem que, nas investigações por eles

(1)Esta é uma prática quotidiana dos enfermeiros, na sua relação terapêutica com os utentes

realizadas sobre contágio do burnout entre enfermeiras - por grupos de tarefas e devidamente controladas todas as variáveis - pode ter havido, prevalência do processo de sintonização ou empatia, porque as enfermeiras frequentemente debatem com cada uma das outras, o estatuto de saúde dos seus pacientes. Algumas, socializam com uma ou outra, durante ou depois do trabalho. Nestas situações, as atitudes e emoções de uma enfermeira podem ser transmitidas a outra, por via da empatia.

Nesta mesma linha da empatia, Bakker & Schaufeli (2000), numa investigação em professores, encontraram que, os professores que falavam frequentemente com os seus colegas “burned out”, acerca de estudantes problemáticos, tinham maior probabilidade de captar as atitudes negativas, expressas pelos seus colegas. Provavelmente, e na tentativa de compreenderem os problemas que os seus colegas estavam a enfrentar, os professores tinham de se sintonizar com as atitudes negativas, expressas pelos colegas - acerca deles próprios e também dos estudantes.

1.1.4. Especificidades da Profissão de Enfermagem que predispõem ao burnout

A Enfermagem é considerada uma profissão de “risco” no que diz respeito ao burnout (Buunk et al., 2001; Dolan, 1987; Eastburg et al., 1994; Kandolin, 1993; Maslach & Jackson, 1982; Schaufeli, & Janczur, 1994; van Yperen, Buunk, & Schaufeli, 1992). Para além dos stressores comuns a outras ocupações dos serviços humanos - escassez de pessoal, sobrecarga de trabalho, contacto com os clientes que pressupõe uma relação assimétrica, crescente exigência na qualidade dos serviços prestados, entre outros - os profissionais de enfermagem estão expostos de forma continuada, a uma grande quantidade de stressores específicos, que decorrem da natureza desta profissão (Buunk, & Schaufeli, 1993; Kirkcaldy, & Martin, 2000; Le Blanc, & Schaufeli, 2008). Exemplo, dor física e sofrimento de pacientes, doenças crónicas e situações terminais, morte de pacientes, comportamentos agressivos de pacientes, trabalho noturno, carga mental (devido à quantidade e diversidade de informação que em cada momento, têm de processar), entre outras. Diversas investigações, têm relacionado positivamente o burnout com alguns destes stressores: exigências emocionais dos pacientes (Lewinson, Conley, & Blessing-Moore, 1981); clientes difíceis (Keane et al., 1985; morte de pacientes (Jakson, 1978; pacientes com mau prognóstico (Hare, Pratt & Andrews

1988); entre outros. Também a relação entre estes profissionais e os respetivos utentes, tem sido apontada como um fator que faz parte da etiologia do burnout. Os utentes dos serviços de saúde, são indivíduos com necessidades afetadas, a quem têm de ser prestados cuidados e ajuda, por forma a serem compensadas essas necessidades. Neste caso, a relação entre prestador e utente, torna-se demasiadamente assimétrica, originando grande tensão e desgaste nestes profissionais. Se esta situação se prolongar no tempo, os recursos emocionais esgotam-se, sendo esta uma das manifestações do burnout (Buunk, & Van Yperen 1991; Molleman et al, 1986). Tudo isto torna esta profissão particularmente stressante, física e emocionalmente (Hingley, 1984) e os seus profissionais especialmente vulneráveis ao síndrome (Schaufeli & Janczur, 1994).

1.1.5. Fatores facilitadores da incidência do síndrome

A incidência deste síndrome é muito elevada nas diferentes profissões de saúde (González & González, 1998; Schaufeli, et al., 2011), sendo a Enfermagem uma das mais atingidas (Bouza, 1993; García Izquierdo, 1991; García Isquierdo, et al., 2000; Van Yperen, Buunk, & Schaufeli, 1992). Muitos acreditam, que esta predominância continuará a aumentar, devido às mudanças, que caracterizam as sociedades modernas. A sociedade tornou-se mais complexa, mais dependente das organizações, necessitando cada vez mais de profissionais de apoio, que prestem cuidados, ajuda e informação. Porém, enquanto a necessidade de um maior número de profissionais continua a aumentar, a possibilidade deles existirem diminui, devido a pressões políticas e económicas para reduzir os custos (Battles, 2000; Gil-Monte, 2000; Pons, 1995; Schaufeli, Maslach & Marek, 1993). Uma das mudanças significativas, é o aumento da população idosa, nos países de economia avançada (Carr, & Kazanowski, 1994; GAO, 2001). Como é sabido, este grupo etário, necessita geralmente de mais cuidados de saúde. Porém, e sendo reconhecido que os enfermeiros são responsáveis, por uma larga maioria desses cuidados prestados à população (GAO, 2001) - visto serem “...os profissionais mais qualificados, que mais tempo permanecem em contacto direto com os utentes, e que por isso, estão no centro de qualquer sistema de saúde” (traduzido de, Clark, et Clark, 2003, p. 33) - a necessidade de aumentar estes cuidados, vai implicar um aumento do número de enfermeiros, também (Carr, & Kazanowski,

1994). Em contrapartida, cada vez menos jovens escolhem esta profissão, devido à existência de outras alternativas de trabalho, menos penosas e desgastantes. Em consequência, espera-se uma escassez dramática destes profissionais, num futuro próximo (Buerhaus, et al., 2000; Janiszewski Goodin, 2003). A título de exemplo, a Associação de Enfermeiras Canadianas estima que em 2016, haverá um défice de 113 mil enfermeiros no seu país (Clark, Stewart, & Clark, 2006). De referir também que nos Estados Unidos, a escassez destes profissionais, é a primeira queixa, na insatisfação no trabalho, neste grupo ocupacional (GOA, 2001), sendo também o problema mais grave, identificado pelas associações destes profissionais, a nível mundial (Clark, Stewart, & Clark, 2006). [Para uma revisão: Clark, et Clark (2003); Clark, Stewart, and Clark, (2006); Report of General Accounting Office (2001); Ross, Polsky, & Sochalski, (2005),]. No futuro, a escassez destes profissionais poderá piorar, as já deterioradas condições de trabalho, aumentar os níveis de stress crónico e em consequência, a incidência do burnout.

1.1.6. Incidência do burnout nos Enfermeiros Portugueses

Em Portugal, a prevalência deste síndrome é mal conhecida, em virtude da pouca investigação, neste grupo profissional. Ainda assim, alguns estudos apontam para níveis elevados de burnout nos Enfermeiros Portugueses. Por exemplo, Queirós (2005), num estudo a nível nacional, refere que entre 27,15% e 16,06% destes profissionais, poderão sofrer de burnout moderado ou grave, embora apenas, 2,18% se sintam profissionalmente ineficazes. Nesta mesma linha, encontram-se os trabalhos de Murcho (2006), com 23,2%; Pacheco (2005), 23,8%; e Sá (2002), 23,17%, dos sujeitos, os quais, poderão sofrer níveis elevados de burnout, nas organizações por eles estudadas. Estes dados, embora não permitam conhecer a magnitude do problema a nível nacional, eles indicam uma tendência.

1.1.7. Abordagens ao estudo do burnout

O burnout é uma experiência de stress individual, específica do contexto de trabalho. A sua etiologia é complexa, e pode estar associada à combinação de um conjunto de stressores, gerados no meio social, laboral e no próprio indivíduo (Cherniss, 1980; Gil-Monte y Peiró, 1997; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Schaufeli, & Buunk, 2003);

Semmer, 1996). Do ponto de vista conceptual, este síndrome está enraizado na psicologia social, na sequência dos trabalhos de Maslach e colaboradoras, por volta de 1976, mas também na psicologia clínica, desde os trabalhos de Freudenberg, 1974. Em consequência, o seu estudo tem-se desenvolvido segundo as duas abordagens, não obstante a existência de diferenças substanciais, e até mesmo de uma certa tensão, entre elas (Cox, Kuk, & Leiter, 1993). Estas diferenças, têm influenciado quer a forma como o conceito tem sido projetado nos diferentes estudos, quer, a sua ligação ao meio do trabalho (Ibid.).

Assim, na perspectiva da psicologia social, o burnout é um constructo, enraizado na complexidade das relações sociais exigentes com os utentes e também, com outros atores do meio laboral, como colegas de trabalho e superiores hierárquicos (Buunk & Schaufeli, 1993; Maslach, 1993). No estudo do síndrome, esta abordagem tem dado realce aos fatores do meio social e organizacional do trabalho, ou seja às variáveis situacionais (Cox, Kuk, & Leiter, 1993; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001), ou desencadeantes do síndrome, na versão de Gil-Monte y Peiró (1997). Exemplos destas variáveis: sobrecarga de trabalho, conflito e ambiguidade do papel, falta de controlo sobre o trabalho e outras.

Na perspectiva clínica, o burnout estará ancorado nos fatores estáveis de personalidade e em outros fatores relacionados com o individuo. No estudo do síndrome, esta abordagem tem dado ênfase às variáveis individuais (Cox, Kuk, & Leiter, 1993) como, traços da personalidade, estilos de coping, atitudes para com o trabalho, autoestima, autoconfiança, autoeficácia (Bakker, van der Zee, Dollard, 2006; Gil-Monte y Peiró, 1997; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

A maior parte da investigação realizada sobre o síndrome, tem incidido nas variáveis situacionais, havendo poucos estudos sobre as variáveis demográficas e de personalidade (Bakker, van der Zee, & Dollard, 2006, Maslach, & Schaufeli, 1993; Schaufeli, & Enzmann, 1998). Uma das razões, é que os fatores situacionais, são mais preditores e correlacionam mais fortemente com as três dimensões do burnout, do que os fatores ligados ao individuo, cujas correlações são muito mais fracas (Bakker, van der Zee, & Dollard, 2006; Cherniss, 1993; Maslach, & Schaufeli, 1993; Maslach,

Schaufeli, & Leiter, 2001). Maslach (1980) considerou que os stressores organizacionais têm sido mais responsáveis pelo burnout nos enfermeiros, do que os fatores individuais.

Outra razão, é a falta de instrumentos credíveis para medir as variáveis de personalidade (Bakker, van der Zee, & Dollard, 2006). Mesmo assim, um número reduzido de trabalhos tem encontrado associação entre burnout e algumas variáveis individuais. Por exemplo, entre burnout e a personalidade tipo “hardiness” (Schaufeli, & Enzmann, 1998); locus de controlo externo (Glass, & McKnight, 1996); autoestima e autoavaliação da competência e merecimento pessoal (Pfennig & Husch, 1994); entre empatia (Williams, 1989); pobre orientação comunal (Yperen et al., 1992), entre outros.

Apesar da quantidade de estudos realizados e dos investimentos envolvidos, o conhecimento sobre o síndrome, não tem tido grandes desenvolvimentos nos últimos anos, o que leva muitos críticos a sugerirem abordagens alternativas. Duas críticas têm sido feitas à abordagem situacional: a primeira, é que estando os indivíduos submetidos às mesmas condições de trabalho, porque razão alguns experimentam o burnout e outros não? Esta questão, não foi até agora, explicada (Pons, 1995); a segunda crítica está relacionada com o envolvimento do indivíduo em todo o processo ou seja, esta abordagem, ao colocar a ênfase no contexto organizacional, não só tende a desresponsabilizar o indivíduo em todo o processo do burnout, como lhe atribui um papel menos ativo, do que em outras situações, como por exemplo, no stress laboral (Cox, Kuk, & Leiter, 1993). Daí que muitas teorias contemporâneas ligadas ao stress no trabalho, põem o enfoque na interação, pessoa, meio.

1.1.8. Interação pessoa/meio: noção de competência segundo White

Os efeitos da interação pessoa/meio sobre os indivíduos, foram sintetizados num conceito, a que investigadores de diferentes áreas da psicologia, chamaram “competência”. Em particular White (1959), apoiando-se em trabalhos sobre comportamento animal e desenvolvimento humano infantil, definiu competência como “... a capacidade para interagir eficazmente com o meio ... a qual, no Homem, é lentamente obtida através de prolongados feitos de aprendizagem...” (p. 297). E “...a

competência é obtida pelas experiências acumuladas da eficácia...” (White, 1963. In Maluccio, 1981, p.4). White, define também que eficácia é, “...a experiência que acompanha cada transação específica com o meio...é a sensação de ter alguma influência ou efeito sobre o meio..”(In, ibidem). Ou seja, para White competência e eficácia são conceitos indissociáveis. O primeiro essencialmente teórico, é construído pelas experiências acumuladas do segundo, isto é da eficácia, a qual implica ação, estar ativo. Relacionado com estes conceitos, White (1959), desenvolveu ainda, a teoria da motivação para a competência, na qual postula a existência de uma força intrínseca, auto – gerada, que motiva o organismo humano a procurar a competência, ou seja a interagir eficazmente com o seu meio. Os conceitos de White foram aplicados com êxito em diversas áreas do desenvolvimento e comportamento humanos e em teorias, de como exercer, nas profissões de ajuda (Harrison, 1983).

1.1.9. Modelo de Competência Social de Harrison

Esta investigação, tem subjacente o modelo de competência social (figura 1), de autoria de Harrison (1983; 1985). Nesta aceção, competência social significa a capacidade para influenciar as interações pessoais em contexto de trabalho, o que poderá ser sinónimo de habilidade social, a que se referem, León Rubio et al.,(1998). Para estes autores, habilidade social significa a capacidade para interagir adequadamente com outros, sem que daí resulte uma perda de reforço social. Ou seja, competência social ou habilidade social, diz respeito a um conjunto de respostas pertinentes, que decorrem das interações pessoais e que desempenhem com eficácia as seguintes funções: “conseguir reforçadores em situações de interação social; manter ou melhorar a relação com outros; impedir o bloqueio do reforço social; manter a auto-estima e diminuir o stress associado a situações interpessoais conflituosas” (León Rubio et al.,1998, p.15).

No modelo de competência social, as perceções de competência e autoeficácia são cruciais, pois são elas que influenciam os comportamentos de ajuda.

Neste modelo, Harrison parte do pressuposto que a maioria dos indivíduos que começam a trabalhar em profissões de ajuda, estão altamente motivados para ajudar

outros, e têm um elevado sentimento de altruísmo. Contudo, no meio laboral existe um conjunto de circunstâncias, que o autor considera como fatores de ajuda, quando

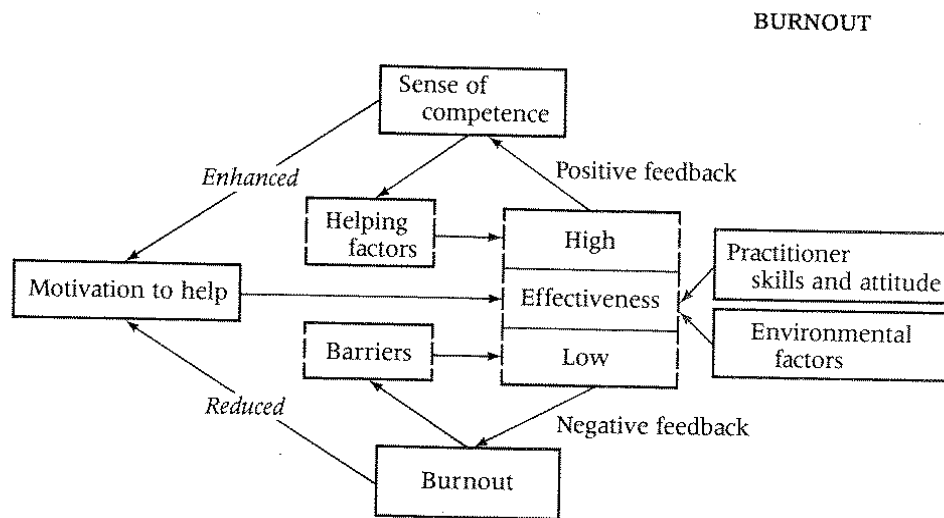


Figure 1 Social incompetence model of burnout

facilitam a atividade do sujeito, ou como fatores barreira, quando a dificultam (Gil-Monte y Peiró, 1997). Entre estes fatores, contam-se a existencia de objetivos profissionais realistas, ajustamento entre os valores do individuo e a instituição, conhecimentos e preparação profissional, recursos suficientes, retroalimentação recebida, e no polo oposto, a sobrecarga de trabalho, mudanças conjunturais que podem levar à perda de controlo, conflitos do papel e ambiguidade do papel, etc.

De acordo com o modelo, a motivação para ajudar vai predeterminar a eficácia do sujeito na consecução dos objetivos profissionais, de forma que, quanto maior a motivação, maior será a eficácia profissional do individuo. Se, para além destes elementos, existirem fatores de ajuda, estes, irão possibilitar um aumento da eficácia do sujeito, cuja consequencia é um aumento dos sentimentos da sua competência social. Por sua vez, estes sentimentos de competencia social, funcionarão como um reforço, quer no aumento ou manutenção dos sentimentos de eficácia do sujeito, quer sua motivação para ajudar (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Se, pelo contrário, existirem fatores barreira - mesmo que a motivação à partida seja elevada, como acontece com a maioria dos principiantes - os sentimentos de eficácia

diminuem, porque os objetivos profissionais não são atingidos e não há esperança de os atingir. Neste ciclo de retroalimentação negativa, a motivação diminuirá, assim como os sentimentos de eficácia e de competência social. Se esta situação se mantiver no tempo, surgirá o síndrome de burnout, o qual por retroalimentação, vai desenvolver mais fatores barreira, diminuir os sentimentos de eficácia percebida, assim como de motivação para ajudar.

Este modelo foi inspirado no pensamento de White (1959). Na transposição deste pensamento para o modelo, Harrison (1985) convencionou que nos campos da ajuda, a procura de competência social por parte dos que ajudam, pode ser considerada como um caso especial daquilo que White referiu, motivação para a competência, e que atingir a competência como ajudante, pode corresponder neste modelo, à constatação de que alguém está a ter benefícios, em alguma parte selecionada do meio social. No campo da saúde, esses benefícios correspondem, à recuperação dos usuários ou a outras mudanças no estatuto de saúde destes, que sejam consideradas razoáveis e possíveis de alcançar. Este modelo, foi especialmente concebido para explicar a etiologia do síndrome, em profissionais dos serviços humanos, mas nunca foi implementado, tanto quanto nos é dado saber.

Apesar da quantidade de investigação sobre este síndrome e do recurso a múltiplas abordagens, a pertinência deste modelo, mantem-se atualizada. O burnout é um processo transacional que resulta da interação de fatores stressantes, situacionais e disposicionais, no âmbito do trabalho (Cherniss, 1980). Por outro lado, as organizações de serviços, são locais de grande complexidade, onde interagem fatores psicológicos e sociais de várias proveniências. Fatores, relacionados com os clientes, trabalhadores, natureza dos serviços que prestam, recursos, políticas de gestão e administração, entre outros (Cherniss, 1993; Gil-Monte y Peiró, 1997; Harrison, 1983; 1985). Na literatura sobre este síndrome, constata-se, que a investigação tem privilegiado o estudo em profundidade de variáveis seletivas, como por exemplo, falta de apoio dos colegas, excesso de horas de trabalho, etc. Esta perspectiva, de ver o síndrome apenas de alguns pontos de vista, tem sido apontada como um ponto crítico na investigação (Cherniss, 1993; Cox, Kuk, & Leiter, 1993; Gil-Monte y Peiró, 1997; Harrison, 1983; 1985), já que, corre o risco de deixar fora, uma parte importante da

realidade e que aparentemente também está envolvida na etiologia do burnout. O modelo de Competência Social, é então uma alternativa, que parece integrar com lógica, aquela multiplicidade de fatores.

O modelo, é abrangente por ter em conta a globalidade de fenómenos que ocorrem no âmbito do trabalho e que de algum modo, podem influenciar o burnout; multifacetado, por envolver - de acordo com os princípios matriciais do modelo - as várias componentes que integram essa globalidade e interativo, por se apoiar em mecanismos de feedback entre as várias componentes, em particular, por envolver - mais do que outros modelos - os profissionais e a importância de atribuir a estes, um papel ativo na prevenção deste síndrome.

Na aplicação deste modelo a situações da vida real, com o objetivo de prevenir o burnout, Harrison sugere as seguintes etapas:

- a) Definição clara e realista dos objetivos laborais.
- b) Monitorização/avaliação sistemática desses objetivos, feita pelo coletivo, isto é, por colegas e superiores hierárquicos.
- c) Valorização da informação proveniente dos utentes e superiores hierárquicos. Esta informação, pode funcionar também como recompensa para o profissional.
- d) Finalmente, um processo de atribuição causal, no qual o profissional avalia, não apenas o seu contributo para a realização dos objetivos laborais, mas também se essa realização pode ser atribuída a si próprio ou a causas externas, como por exemplo ao acaso. Segundo Harrison, o sentimento de competência social só é conseguido, quando os profissionais acreditam que as mudanças verificadas, são atribuídas a si próprio, e não a causas externas, ou seja, quando os profissionais acreditam que “eles são a causa de efeitos observáveis” White, 1979, In. Harrison, 1985, p. 32).

1.2. O PRESENTE ESTUDO

1.2.1. Medidas estruturais para o desenvolvimento do ensino na área da saúde

Em Portugal, entre 1998 e 1999, ocorreram mudanças profundas, nas carreiras dos profissionais de saúde, que embora longínquas, não podem ser dissociadas do espírito gerado com a Revolução dos Cravos em 1974, de que resultou a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), através do Decreto-Lei nº 56/79, de 15 de Setembro. Neste diploma, o Estado assegura o direito à proteção da saúde e garante o acesso aos respetivos cuidados a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social. A medida é extensível aos cidadãos estrangeiros em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos. O espírito universal do SNS manteve-se e o investimento na saúde, foi apanágio dos governos, nas décadas seguintes. Contudo, foi a Resolução do Conselho de Ministros, nº 140/98 de 4 de Dezembro, que operou uma quase revolução copernicana na formação dos técnicos de saúde. Neste diploma, o governo justifica: “ *A forte consciência da necessidade de um salto qualitativo no desenvolvimento dos recursos humanos no domínio da saúde, pilar fundamental deste sector a que o Governo atribui importância prioritária, exige a tomada de um conjunto de medidas estruturantes...*” (pág. 1), e “*...o custo da saúde passou de fator de importância irrisória a valor primacial, a ênfase do tratamento passou...para o cuidado da população, a gestão da doença é substituída pela gestão da saúde ...*”(Ibid.). Em consonância com este espírito, o diploma apresenta um conjunto de medidas estruturais dirigidas ao ensino das profissões na área da saúde, em particular a enfermagem das quais se destacam: criação do curso de licenciatura; reorganização da rede de escolas superiores de enfermagem e sua integração nos institutos politécnicos; mudança de tutela para o Ministério da Educação e o que isso representou para os docentes de enfermagem que passaram a usufruir das mesmas condições dos seus congéneres do ensino superior. Também a seleção dos candidatos ao curso de enfermagem passou a reger-se pelos mesmos critérios dos restantes cursos superiores.

A regulamentação destas medidas está consignada no Decreto –Lei, nº 353/99 de 3 de Setembro, do Ministério da Educação e nas Portarias: nº799-D/99; nº799-E/99; nº 799-

F/99; nº 799-G/99), cria diversos cursos por forma a equiparar, num período de aproximadamente médio prazo, os diferentes níveis de enfermagem, ao grau de licenciatura.

Também a criação da Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril), representou um salto qualitativo, na autonomia e controlo destes profissionais, sobre o seu próprio exercício profissional

Todas estas medidas que de forma objetiva, elevaram o estatuto social desta profissão, supostamente aumentaram também a motivação dos respetivos profissionais. A enfermagem em Portugal, passou a ter maior visibilidade, maior valorização por parte do público em geral e o número de candidatos a este curso, não parou de aumentar.

Contudo, a natureza do trabalho dos enfermeiros não mudou. O desgaste emocional na sequência de certos cuidados (Eastburg et al., 1994; Lewinson, Conley, & Blessing-Moore, 1981; Schaufeli & Janczur 1994), associado à implementação das mudanças decorrentes das medidas atrás descritas como: novas metodologias de trabalho, reestruturação das funções e tarefas, introdução das novas tecnologias, maior pressão por parte dos profissionais para corresponderem às expectativas que o estatuto recentemente adquirido lhes exige, excesso de trabalho, conflito e ambiguidade do papel devido à falta de clarificação na atribuição de funções e tarefas, competição entre os companheiros, etc. Todos estas mudanças, introduzidos de forma rápida, podem diminuir os sentimentos de autoeficácia, aumentar as dúvidas sobre os sentimentos de competência (Buunk, & Van Yperen, 1991; Gray-Toft & Anderson, 1981, Molleman et al., 1986) e conduzir ao burnout.

Também os enfermeiros mais jovens, podem sentir-se desiludidos por considerarem o trabalho confuso, pouco estruturado, acentuando neles o sentimento de preparação inadequada (Gray-Toft & Anderson, 1981).

Assim, e partindo do princípio que os enfermeiros se encontram altamente motivados, devido a um melhor estatuto social e económico e terem maior visibilidade perante o público, pergunta-se:

- a) Qual a influência do novo contexto de trabalho, na incidência do síndrome do burnout em Enfermeiros Portugueses? Se o contexto de trabalho promove sentimentos positivos de autoeficácia e competência, os sujeitos realizam os seus objetivos profissionais e a sua motivação aumenta, a qual por sua vez, vai aumentar de novo a autoeficácia e competência. Neste caso o burnout é pouco provável. Pelo contrário, se o contexto laboral desencadeia sentimentos negativos de autoeficácia e competência, os objetivos profissionais não são atingidos e a motivação diminui. Por sua vez a falta de motivação vai desencadear diminuição da autoeficácia e competência percebidas e o burnout é provável acontecer. No primeiro caso, o contexto de trabalho contém fatores de ajuda, enquanto que no segundo, contém fatores barreira.
- b) Quais os sentimentos dos enfermeiros mais jovens acerca da profissão? Será que permanecem motivados e têm projetos profissionais em curso? Ou pelo contrário, estão desiludidos e têm intenção de mudar? Alguns estudos (Gray, & Phillips, 1994), revelaram que o desejo de mudar nos enfermeiros tende a ser mais alto durante o primeiro ano de carreira e poderá manter-se ou aumentar durante o segundo ano. Assim, definimos os seguintes objetivos

1.2.2. Objetivos da investigação

- 1 - Testar empiricamente o modelo de Competência Social (Harrison, 1983).
- 2 - Conhecer a incidência do síndrome do burnout, em Enfermeiros Portugueses.
- 3 – Propor medidas de prevenção do síndrome, tendo em vista melhorar as condições de trabalho daqueles profissionais.
- 4 – Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem, através da prevenção do burnout, nos respetivos profissionais. Com este objetivo vamos ao encontro das metas traçadas pelo Governo Português no sentido de dar ênfase, à prevenção em vez do tratamento da doença, melhorar o sistema de saúde tornando a doença menos onerosa, ter cidadãos mais sãos, mais produtivos e mais felizes.

2. SINTESE DA LITERATURA

2.1. STRESS, BURNOUT, AUTOEFICÁCIA, COMPORTAMENTOS DE AJUDA, MOTIVAÇÃO E ANÁLISE FUNCIONAL

Stress no trabalho e burnout são entidades distintas, embora relacionadas (Schaufeli & Buunk, 2003). Possuem uma génese comum, já que ambos derivam de situações de discrepância, entre aquilo que é requerido numa determinada situação de trabalho, e os recursos disponíveis. O stress laboral, surge quando os trabalhadores se confrontam com exigências que não são compatíveis com os conhecimentos, as capacidades ou os recursos de que dispõem, para enfrentarem essas exigências (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, EF/05/127/EN; Fernandez Rodriguez, et al., 2004; Houtman, 2005; León Rubio, y Medina, 1998; Schaufeli, & Buunk, 2003; entre muitos outros). O burnout é uma variedade específica de stress e constitui uma resposta, à exposição prolongada do indivíduo aos stressores crónicos do trabalho.

Nesta seção, iremos rever a literatura do stress laboral e burnout em separado e no final discutiremos a relação entre ambos.

2.1.1. Stress. Teoria Geral de Hans Selye e Teoria Cognitiva de Lazarus

O termo stress foi introduzido nas ciências físicas quando Robert Hooke (Século, XVII) usou o termo, ao estudar a elasticidade dos corpos sólidos (Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1984). Preocupado com as estruturas como pontes - que deveriam resistir aos ventos e a outras forças naturais – aquele biofísico, criou uma equação matemática que genericamente consiste em: se uma carga ou peso, forem exercidos sobre uma estrutura, acontecem principalmente dois fenómenos. O stress, que é uma força interna, mas de sentido contrário à exercida pela carga e que em termos genéricos indica, a rigidez v.s elasticidade da estrutura, e um segundo fenómeno, a tensão. Esta última, corresponde à deformação ou distorção da estrutura, criada pelo efeito recíproco de ambos, carga e stress (Lazarus, 1993; Lazarus & Launier, 1978). Hooke, constatou também, que todos os corpos sólidos possuem um limite de

elasticidade e se este for ultrapassado por excesso de carga ou outros, pode ocorrer a rotura do material. (www.infoescola.com/fisica/lei-de-hooke).

Os postulados de Hooke, foram adotados no século XX pela medicina, psicologia e sociologia, onde foram usados metaforicamente, tendo influenciado os modelos de stress, dessas ciências (Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1984). Assim, a carga sobre os materiais a que Hooke aludiu, tinha agora outras designações - consoante a ciência - como, agente nocivo, exigência ou demanda, stressor, estímulo, isto é, qualquer elemento ou agente, geralmente vindo do exterior, que perturbe o equilíbrio do sistema. O stress, ou força de sentido contrário observada nos materiais, designa - se agora de reação, resposta, e mais tarde na teoria de stress psicológico, Lazarus, viria a chama-lhe, “coping” (Lazarus, 1993). Por último, tensão ou distorção, simboliza nestas ciências, a doença, desequilíbrio permanente, burnout. Este último, correspondendo à rotura dos materiais de Hooke, quando a carga ultrapassa o respetivo limite de elasticidade.

Embora, a ideia que subsiste, seja a de que o stress é um agente externo que atua sobre os sistemas biológico, psicológico e social (Lazarus, 1993), em bom rigor, ele é uma reação, ou conjunto de reações, desencadeadas pelo organismo, para enfrentar um tal agente (Lazarus, & Folkman, 1984). A finalidade, é sempre repor o equilíbrio do sistema. No século XIX, muito antes do conceito de stress ser aplicado às ciências da vida, Claude Bernard, identificou na fisiologia, uma propriedade que ele próprio reportou de imprescindível para os organismos vivos e a que chamou, tendência para o “equilíbrio do meio interno”. Ele constatou, que o glicogénio armazenado no fígado dos seus indivíduos de experimentação, era libertado na corrente sanguínea, quando havia escassez de açúcar naquele fluido (Lazarus, 1993; Lazarus, & Folkman, 1984). Cerca de meio século depois (1932), Walter Cannon, aplicando os princípios do antecessor em múltiplas experiências, criou o conceito de homeostase - que é “a estabilidade do valor normal das diferentes constantes fisiológicas do individuo, como por exemplo, composição do sangue, temperatura..etc” (Céu Coutinho, 3ª edição, p. 1207).

A primeira teoria sobre stress foi elaborada por Hans Selye por volta de 1936. Ele conceptualizou a fisiologia do stress, como tendo duas componentes: o Síndrome Geral de Adaptação (GAS), que é um conjunto de reações gerais inespecíficas do organismo, desencadeadas pelo aumento de produção de certas hormonas, quando submetido a situações a que ele não está adaptado (Céu Coutinho, 3ª edição). Consiste numa resposta do organismo a pequenas mudanças ou eventos da vida quotidiana, tendo um carácter transitório, já que desaparece quando o stressor deixa de atuar, ou quando o organismo se adapta à nova situação. A segunda componente, é o desenvolvimento de um estado patológico, pela continuação do stress.

Na sua teoria, Selye sugeriu três estágios de resposta ao stressor. 1º Alarme: o organismo reconhece uma ameaça e de imediato aumenta a produção de hormonas – principalmente adrenalina e corticoides - as quais, por sua vez, desencadeiam outros mecanismos de defesa, como por exemplo, melhoramento do fluxo sanguíneo a nível do cérebro e outros órgãos “nobres”, libertação de glicose para produção de energia e assim enfrentar melhor o choque, etc (Battles, 2000). 2º Resistência: se o stressor persistir, o organismo, tenta adaptar-se à situação de desafio retomando muitas funções fisiológicas, mas os níveis de hormonas e de glicose, circulam em níveis muito elevados. Se o agente stressor permanecer demasiado tempo, quer de forma continuada, quer intermitente mas com episódios frequentes, os recursos disponíveis do organismo, esgotam-se e acontece o 3º estágio, a Exaustão. Esta última, significa o colapso, o qual em termos de ciências médicas corresponde à disfunção, mal adaptação, doença e até mesmo morte. Em termos do stress psicológico corresponde à fadiga extrema e burnout (www.essenceofstressrelief.com/general-adaptation-syndrome.html).

Inicialmente Selye defendeu que na reação ao stressor, o organismo segue um padrão universal, ou seja, responde de forma não específica, a vários estímulos ou stressores desconhecidos (Battles, 2000). Contudo, nos últimos anos da sua vida, ele sugeriu que o stress poderia assumir duas modalidades qualitativas diferentes, relacionadas com a saúde. O eustress, que designou de stress bom, ligado a sentimentos e estados saudáveis como a alegria, realização, prazer, como por exemplo, adquirir um grau académico, uma promoção na carreira etc. Este tipo de stress, parece aumentar o

sistema imunológico dos indivíduos. O segundo tipo é o distress ou stress mau, associado a experiências e a sentimentos negativos, à doença e pode enfraquecer o sistema imunológico (Lazarus, 1993). Selye, não disse que tipo de hormonas estariam associadas a estes dois tipos, eustress e distress. Lazarus, sugere que Selye enquanto endocrinologista, poderia estar a pensar nas hormonas protetoras ou corticosteroides anabólicos e hormonas destrutivas ou corticosteroides catabólicos, respetivamente (Ibid.)

Apesar do grande contributo de Selye para o estudo e compreensão deste síndrome, a sua teoria - essencialmente voltada para o stress fisiológico ou somático e ancorada no paradigma, estímulo, resposta (S-R) - foi considerada por vezes simplista, não se mostrando adequada ao estudo do stress psicológico (Battles, 2000). A teoria cognitiva de stress e coping de Lazarus, tem sido e continua a ser, uma das mais importantes neste campo (Battles, 2000; Folkman, 2012).

A teoria cognitiva de Lazarus (Dewe, O'Driscoll, & Cooper, 2012; Lazarus, 1993; Lazarus, & Folkman, 1984) define stress em termos transacionais. O stress psicológico, não reside somente na pessoa, nem somente no meio, mas resulta da transação entre os dois (Dewe, O'Driscoll, & Cooper, 2012; Lazarus, 1991). Essa transação é mediada por um conjunto de processos psicológicos, intermédios, que operam entre o agente stressor do meio e os efeitos do stress, sobre o individuo (Lazarus, 1993; Mariage et Schmitt_Fourrier, 2006).

Este linha de investigação, desenvolveu-se no decorrer da II Guerra Mundial, devido ao stress psicológico, de muitos homens em combate. À semelhança de Hooke - que procurava as diferenças individuais na elasticidade das estruturas, como fator de resistência aos efeitos dos ventos (tensão) - também os militares, queriam conhecer como selecionar os indivíduos menos vulneráveis e desenvolver intervenções, que permitissem uma melhor eficácia sob stress, ou seja, em combate. Obter esse conhecimento, era também importante para a sociedade em geral, visto que, depressa se percebeu que muitas situações da vida diária, como casamento, enfrentar exames, estar doente etc, podiam produzir efeitos semelhantes, aos verificados nas missões em combate (Lazarus, 1993; Lazarus, & Folkman, 1984). Os inúmeros trabalhos

experimentais de Lazarus e outros investigadores, concluíram que, para compreenderem esses processos psicológicos, subjacentes às diferenças de vulnerabilidade, tinham de ter em conta, as diferenças individuais, nas variáveis cognitiva e motivacional, as quais intervinham, entre o stressor e a reação (Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus explica estes processos cognitivos e motivacionais, através das 4 componentes que segundo ele, são incontornáveis, em qualquer processo de stress e são: 1) um agente causal; 2) uma avaliação; 3) um processo de coping, e 4) reação ao stress.

1) Existe sempre um agente causal, interno ou externo e que, no caso do stress psicológico, reside na relação pessoa - meio e no significado relacional. Isto é, naquilo que é significativo para o individuo, quer se trate de objetivos a atingir, valores ou crenças ameaçadas, ou qualquer outro, considerado importante para o individuo e que possa “estar em causa” (Dewe, O’Driscoll, & Cooper, 2012; Lazarus, 1993).

2) Uma avaliação (ou representação, Mariage, & Schmitt-Fourrier, 2006), psicológica ou somática, que distingue o que é ameaçador ou nocivo, daquilo que é benigno. É esta componente que “transaciona ativamente” (Lazarus, 1993, p.6), de um lado as exigências, constrangimentos e recursos do meio, e do outro, a hierarquia de objetivos e as crenças pessoais, e avalia essa confrontação em termos daquilo que é significativo para o individuo. É, “...um processo universal, no qual as pessoas e outros animais avaliam constantemente, o significado daquilo que está a acontecer ao seu bem-estar..” (Lazarus 1993, p.7). Desta avaliação Lazarus, sugere 4 tipos de stress: a) dano ou perda, quando um prejuízo já ocorreu e o dano psicológico já existe; b) ameaça, o prejuízo ainda não existe, mas há a possibilidade de ocorrer no futuro; c) desafio, a pessoa trava uma batalha perante a situação, mas sente confiança no triunfo, pela mobilização de recursos; d) benefício – definido mais tarde - os indivíduos procuram um benefício num confronto exigente (Dewe, O’Driscoll, & Cooper, 2012; Lazarus, 2001).

3) Um processo de coping, para enfrentar as situações stressantes (Lazarus, 1993). Consiste, “num conjunto de esforços cognitivos e comportamentais destinados a dominar, reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas, que ameaçam ou

ultrapassam os recursos do indivíduo” (Mariage et Schmitt-Fourrier, 2006, p. 5). É um processo altamente contextual, muda constantemente ao longo do tempo, para se adaptar às diferentes condições que geram o stress (Dewe, O’Driscoll, & Cooper, 2012; Folkman, 2012). “Nós alteramos as nossas circunstâncias ou como elas são interpretadas, fazendo-as parecer mais favoráveis – um esforço chamado coping” (Lazarus, 1993, p. 8). É uma característica que no homem, visa proteger a saúde mental e física, dos efeitos do stress, prejudiciais à sobrevivência.

4) Um complexo padrão de efeitos biológicos ou psicológicos, considerados como reação ao stress (Lazarus, 1993). O burnout, é um produto desses efeitos.

Na perspectiva transacional, o stress psicológico é equiparado, à emoção (Lazarus, 1993). Quando os indivíduos vivenciam os vários tipos de stress (dano ou perda, ameaça, desafio e benefício) essa experiência não ocorre isoladamente, mas faz-se acompanhar de sentimentos de ira ou raiva, medo, ansiedade, alegria etc. São essas emoções que segundo Lazarus, melhor expressam a natureza da experiência do stress. As emoções são sempre uma resposta ao significado relacional e este, pode ser definido como o sentimento de uma pessoa, acerca do prejuízo ou benefício que resulta, de uma confrontação particular com o meio. Uma emoção surge, não por uma demanda, constrangimento ou recursos do meio, mas pela justaposição destes fatores, com as variáveis de personalidade, os motivos e as crenças de um indivíduo. Lazarus considerou a teoria cognitiva do stress um subconjunto da teoria da emoção. As emoções, dão mais informação acerca da adaptação do indivíduo às pressões do meio, do que o stress, que é mais limitado no alcance e em profundidade (Lazarus, 1993). As emoções incluem variáveis motivacionais, cognitivas e relacionais, as quais operam nos processos de avaliação “appraisal” e coping. Lazarus identificou emoções negativas como, ira, medo, culpa, inveja etc e emoções positivas, felicidade, orgulho, amor, esperança, compaixão e gratidão.

Outros investigadores também relacionaram o stress com as emoções. Walter Cannon, em 1932, deu grande importância à fisiologia da emoção e considerou o stress uma perturbação ao equilíbrio das funções internas - homeostase (Lazarus, & Folkman, 1984). Selye, em 1936, associou o eustress a sentimentos positivos e a estados

saudáveis e o distress a sentimentos negativos e à doença. Lazarus (1993), identifica emoções positivas e emoções negativas, associadas aos vários tipos de stress. Maslach (1976), identifica o esgotamento emocional, como a principal componente do burnout, o qual, resulta da exposição prolongada ao stress.

O stress é um elemento incontornável na vida quotidiana, pois não se pode viver inativo. Estudos demonstram que um certo nível de stress, é benéfico para o desempenho dos indivíduos, mas quando esse nível é ultrapassado, o grau de desempenho decresce, e os efeitos prejudiciais sobre a saúde acontecem, como descrito anteriormente. É a chamada curva em “U”, invertida (Montesdeoca Hernandez, et al., (1997).

O modelo transaccional de stress (Lazarus & Folkman, 1984) e o modelo de competência social para o estudo do burnout (Harrison, 1983), têm em comum o facto, de ambos se apoiarem nas representações que resultam da interação dos indivíduos com o meio. Ou seja, estes modelos não privilegiam nenhuma variável ou fator – individual, situacional e do meio - mas colocam o enfoque, nas avaliações que resultam das complexas transações entre aquelas três componentes (características do indivíduo, condições da organização e do meio em sentido mais amplo).

Assim, o modelo transaccional, enfatiza os processos de avaliação e coping, os quais atuam como mediadores nas transações, pessoa – meio e distinguem aquilo que é prejudicial ou nocivo, daquilo que é benigno. Ou seja, identificando os vários tipos de stress, dano, ameaça, desafio e benefício (Dewe, O’Driscoll, & Cooper, 2012; Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1984). Similarmente, o modelo de competência social, enfatiza as representações de competência própria e autoeficácia, as quais, medeiam os processos da relação pessoa – meio, permitindo a distinção entre fatores de ajuda e fatores barreira. Através de mecanismos de feedback, os fatores de ajuda facilitam a consecução dos objetivos pessoais, a realização dos indivíduos e conseqüentemente, desenvolvem sentimentos positivos de autoconfiança, autoeficácia, competência e provavelmente, alegria etc. Pelo contrário, os fatores barreira, constituem obstáculos a essa realização e por isso desenvolvem sentimentos negativos de insegurança, frustração, chegando ao burnout etc. Se recuarmos na história do estudo de stress,

podemos encontrar analogia entre os fatores de ajuda e fatores barreira de Harrison e o eustress e distress de Selye, respetivamente.

2.1.3. Burnout

Antes do burnout ser considerado um problema social - o que aconteceu com Freudenberger (1974), nos EUA - há muito que a Literatura Europeia, nas suas mais diversas expressões, vinha criando personagens ou descrevendo pessoas reais, cujos estados psicológicos se ajustam, às atuais descrições do burnout. Contudo, essas manifestações, eram rotulados de diferentes maneiras, sendo a mais comum, a exaustão (Burisch, 1993; Maslach & Schaufeli, 1993).

Provavelmente o primeiro a usar o termo burnout relacionando-o com exaustão, foi Shakespeare, em 1599, no poema *The Passionate Pilgrim*, "...she burnt out love..." (citado por Enzmann & Kleiber, 1989 p. 18. In Schaufeli, & Buunk, 2003). Thomas Mann, em os *Buddenbrooks* por volta de 1900, descreve a extrema fadiga e perda de idealismo para o trabalho, do principal protagonista daquela novela (Burisch, 1993; Maslach & Schaufeli, 1993). Graham Greene (1961), em "*A Burnt-out-Case*", destaca o espírito conturbado de um famoso, mas desiludido arquiteto que abandona o trabalho e parte para a selva africana, protagonizando assim, um dos traços, posteriormente considerados mais comuns do burnout, que é o "turnover", ou seja, mudar de trabalho, mudar de local. De igual modo, os biógrafos de Goethe, Herman Hess, e Wittgenstein (ver Burisch, 1993), descrevem crises e estados de alma, nos seus biografados, em tudo semelhantes ao burnout (Burisch, 1993; Maslach & Schaufeli, 1993).

Também na literatura profissional surgiram descrições de ambientes de trabalho, cujas características se aproximam de posteriores artigos sobre este síndrome. O caso Miss Jones (Shwartz & Will, 1953), relata o ambiente profissional vivido por uma enfermeira psiquiatra, que ao retomar o seu trabalho após uma curta ausência, propõe alterações, por forma a melhorar a rotina dos cuidados e a assistência àqueles doentes mentais crónicos. Contudo, a baixa moral dos colegas, tornam o ambiente de trabalho caótico. Algumas sugestões, foram recebidas com pouco entusiasmo pelos seus pares e outras completamente rejeitadas. Mesmo assim, fruto do seu entusiasmo, a enfermeira

tentou sozinha levar a cabo algumas medidas junto dos doentes, mas estes que tinham começado a reagir à desmoralização dos profissionais, rejeitaram qualquer tentativa de mudança. Alguns doentes tornaram-se agressivos e negativistas, outros demasiado exigentes e impossíveis de tratar e outros ainda, entravam em pânico quando a enfermeira se aproximava. Analisando à posteriori esta descrição extraída de um caso real, parece haver poucas dúvidas de que um processo de burnout estaria em curso, naquele local de trabalho (Burisch, 1993).

Por isso, quando Freudenberger em meados dos anos 1970, introduziu o conceito na literatura psicológica e o rotulou de “burnout”, este fenómeno era vagamente conhecido (Maslach, 1993). O termo, já pertencia ao “imaginário coletivo”, pois vinha sendo usado coloquialmente, quer no contexto do abuso crónico de drogas, quer pelos advogados da indigência, quando estes se referiam aos seus colegas que apresentavam exaustão, perda de idealismo e falta de interesse pelo trabalho (Maslach, 1993; Maslach, & Schaufeli, 1993).

O estudo do burnout partiu dos problemas encontrados no terreno, nomeadamente nos locais de trabalho e não se baseou em qualquer constructo ou modelo teórico, que permitisse a sua fundamentação. Ele foi primeiro identificado nas “free clinics”, EUA, cujo ambiente se caracterizava por longas horas de trabalho, baixo pagamento ou voluntariado, situações emocionais exigentes e escassez de recursos. A carência de recursos era compensada pela dedicação e camaradagem entre colegas (Leiter, 1991). Estas duas condições - a abordagem a partir do terreno, nomeadamente dos problemas do local de trabalho e as más condições onde esse trabalho se realizava – ilustram, a origem social do burnout, assim como, os cenários onde desde o início, tem incidido, a sua investigação.

Freudenberger, foi pioneiro no estudo deste síndrome. Ele constatou que alguns voluntários, que com ele trabalhavam, ao fim de poucos meses experimentavam um gradual esgotamento emocional, perda de motivação e de envolvimento no trabalho, necessitando, de mais cuidados do que os clientes para os quais eles estavam a trabalhar (Farber, 1985). Freudenberger resumiu esta situação como “um estado final de exaustão sentido por alguém, devido às excessivas exigências, sobre a energia e os

recursos emocionais próprios” (Battles, 2000 p. 10). Apesar da importância de Freudenberg para o estudo do síndrome - deu-lhe um nome, descreveu os seus traços principais e, através dos seus artigos, alertou a comunidade de que o burnout não era um desvio de uns poucos, mas sim um fenómeno mais comum. Apesar de tudo isto, o contributo deste psicanalista teria caído no esquecimento se não fosse o trabalho de Maslach e colaboradoras nos anos subsequentes (Jimenez Moreno et al., 1997).

Nos anos setenta, Susan Maslach, estava interessada em investigar a emoção no trabalho. Ela queria conhecer os processos de categorização e controlo, da ativação emocional nos profissionais que atuavam em situações extremas, como por exemplo no resgate de pessoas em perigo, urgências nos hospitais, etc, e o que levava esses profissionais a manterem a “cabeça fria” e assim atuarem de forma mais eficaz. Considerou que conhecer tais processos, poderia ser útil para os profissionais que tinham de permanecer calmos, para executarem bem o trabalho. A literatura psicológica sobre o assunto, era quase inexistente, mas havia na literatura médica, dois conceitos, que pareciam pertinentes para aprofundar aqueles processos. Um, era a noção de “preocupação distanciada” (Lief & Fox, 1963), a qual define que o ideal da profissão médica, é combinar a compaixão, com a distancia emocional. Ou seja, os profissionais devem implicar-se no bem estar e na recuperação dos pacientes, mas evitarem o sobreenvolvimento nos problemas destes, a fim de não aumentarem o seu próprio stress emocional (Pons, 1995). O segundo conceito era a “desumanização na auto-defesa” (Zimbardo 1970) que consiste na proteção do próprio perante situações perturbadoras ou difíceis de lidar. No caso dos profissionais de saúde que lidam quotidianamente com situações exigentes e desequilibradores, pode ser mais fácil a estes profissionais, considerarem o utente, mais como um caso ou um sintoma, do que um ser humano em sofrimento (Maslach, 1993).

A reflexão sobre estes conceitos, permitiu a Maslach e Ayala Pines, realizarem um extenso trabalho de campo usando entrevistas a médicos e enfermeiros e assim conhecerem a natureza do seu trabalho e os stressores associados. A preferência por estes profissionais, estava relacionada com a literatura que lhes servia de guia, que era sobre as profissões médicas.

Da análise do material recolhido surgiram três temas chave. O primeiro, dizia respeito aos aspetos emocionais, tornando-se bem claro a sua importância na prestação de cuidados. Algumas experiências eram muito recompensadoras e motivantes para os profissionais, como por exemplo quando os doentes melhoravam, devido ao seu esforço. Contudo, outras experiências, como ter de dar más notícias aos doentes ou familiares, lidar com a morte, sobrecarga de trabalho, conflitos com colegas e superiores, eram muito stressantes emocionalmente, causando-lhes grande desgaste e exaustão a todos os níveis (Maslach, 1993).

O segundo tema que emergiu era a preocupação distanciada. Esse objetivo era difícil de realizar. Alguns profissionais tentavam distanciar-se do foco emocional, mas a preocupação acompanhava-os. O padrão mais comum era uma mudança negativa gradual, das perceções e sentimentos dos profissionais acerca dos seus doentes. Quando atingiam a indiferença, havia antipatia e mesmo desprezo para com eles (despersonalização), (Battles, 2000, Maslach, 1993).

O terceiro tema diz respeito à auto-avaliação da competência profissional. Muitas vezes, a perturbação emocional sentida pelos profissionais era interpretada como uma falha do próprio, que não conseguia o distanciamento ou a necessária objetividade em relação ao doente. Isto levava o trabalhador a questionar-se sobre a sua competência para trabalhar na área da saúde (reduzida realização pessoal) (Maslach, 1993).

Mais tarde Maslach apercebeu-se que um fenómeno semelhante ao que estava a investigar, também ocorria entre os advogados dos indigentes e que eles chamavam a isso, "burnout". Ela supôs então, que o mesmo fenómeno poderia ocorrer em outras ocupações para além da saúde, facto que deu origem a um segundo trabalho exploratório, onde incluiu advogados, professores, guardas prisionais e outras profissões que tinham em comum o trabalho com pessoas. Os temas que emergiram deste estudo, eram similares ao do primeiro, o que permitiu a Maslach conjecturar, duas conclusões: a primeira é que o burnout era transversal às profissões dos serviços humanos e a segunda era que o focus do stress emocional, residia na relação entre prestador de cuidados ou serviços e os respetivos clientes ou utentes. Os efeitos positivos e negativos da interrelação não abrangem apenas os prestadores e os seus

clientes, mas também ocorrem entre colegas de trabalho e entre estes e os superiores. Investigadores como, Buunk & Schaufeli (1993), também corroboram a ideia que o burnout se desenvolve principalmente em contexto social. Masch (1993) entre advogados

Acresce dizer que as profissões estudadas, tinham geralmente em comum, clientes com grandes necessidades, baixos salários aos trabalhadores e falta de feedback positivo, sobre o seu trabalho.

A partir desta quantidade de informação, Maslach em colaboração com Susan Jackson, desenvolveram um questionário, o “Maslach Burnout Inventory” (MBI), que permitiu avaliar empiricamente este síndrome e por via disso, obter uma definição mais clara do que se entendia por burnout.

O burnout é assim um síndrome multidimensional de que fazem parte três fatores: exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal (Maslach & Jackson, 1981).

O MBI, é o instrumento mais usado (90%) na investigação empírica sobre o burnout, sendo também responsável pela sua divulgação e estudo, em países fora dos EUA.

A estrutura dos três fatores tem sido confirmada por vários investigadores

2.1.3. Autoeficácia de Bandura e domínios da autoeficácia profissional de Cherniss

A autoeficácia é uma variável que pode moderar a relação entre trabalho e burnout (Bandura, 1994; Cherniss, 1993). Bandura (1989, p. 1175) define autoeficácia como “ as crenças que as pessoas têm, sobre as suas capacidades para exercerem o controlo, sobre os eventos que afetam as suas vidas”. Esta característica de personalidade, não se referem às habilidades que alguém possui, mas sim à opinião que cada um tem, sobre o que pode fazer com elas, havendo uma diferença entre dispor de capacidades e ser capaz de as utilizar eficazmente, em circunstâncias difíceis. Vários estudos têm demonstrado que essas capacidades, podem ser facilmente anuladas pela auto-dúvida, desde que as pessoas falhem, algumas vezes a realização das suas hipóteses, ainda que saibam que possuem as habilidades, para levarem a cabo essas hipóteses (Battles, 2000). De acordo com Bandura (1987), para um rendimento adequado, são

necessários dois elementos: a existência de capacidades e a crença do indivíduo, que dispõe da eficácia suficiente para as utilizar com sucesso.

Na perspectiva de Bandura (1987), tanto as percepções de autoeficácia, como as de auto-ineficácia, têm um papel importante na vida quotidiana dos indivíduos, uma vez que elas funcionam como determinantes próximas dos processos cognitivos, afetivos, motivacionais e de seleção, no momento da tomada de decisões. Elas interferem de muitas maneiras, naquilo que os indivíduos pensam, sentem, como se motivam a si próprios e como se comportam, nas diversas situações, nomeadamente em contextos difíceis e de stress.

De acordo com Bandura (1982; 1987;1994), os indivíduos com alta confiança nas suas capacidades, impõem a si próprios, metas que favorecem os seus interesses, e o desenvolvimento de atividades novas. E, apesar de intensificarem os seus esforços, eles experimentam baixos níveis de stress e ansiedade; encaram as tarefas difíceis como desafios a serem ultrapassados; definem objetivos mais ambiciosos e implicam-se mais firmemente na consecução destes; não evitam tarefas difíceis ou complexas, o que lhes permite adquirir competências novas e consolidar as existentes; usam de maior vigor e persistência, perante eventuais obstáculos e recuperam mais facilmente, após eventuais falhas ou recuos; atribuem as falhas à insuficiência dos seus esforços, ou à falta de conhecimentos, etc. Tudo isto se traduz em lucros para esses indivíduos, permitindo-lhes atingir um melhor nível de bem estar e de realização pessoal. No trabalho, ao sentirem-se mais competentes, têm maior probabilidade de controlo e independência sobre os eventos, maior satisfação e realização e por isso, maior motivação. Em consequência, estes indivíduos são menos vulneráveis ao stress, à depressão e eventualmente ao burnout, uma vez que este síndrome, é uma reação a situações adversas ou stressantes no trabalho.

Em contraste, as pessoas que se consideram ineficazes ou duvidam das suas capacidades, evitam tarefas difíceis porque as consideram ameaçadoras, o que limita as oportunidades de desenvolverem e adquirirem novas competências; têm baixas aspirações e implicam-se pouco nos objetivos que escolhem; desistem rapidamente, perante os obstáculos e são lentos na recuperação do sentimento de eficácia, depois

de falhas ou recuos. Sentem menos controlo sobre os eventos, menos competência, menos realização e satisfação e menos motivação para o trabalho. Eles tornam-se facilmente vítimas do stress, depressão, sentimentos de incompetência (Bandura, 1987) e como consequência, do burnout (Cherniss, 1993).

Outros autores também associaram os sentimentos da falta de competência, às perceções de ineficácia, ao stress e em alguns casos ao burnout (Cherniss, 1993). White (1959), considera que atingir a competência para dominar o meio, é a principal razão de ser da motivação humana. Hall 1976, desenvolveu a teoria de êxito e falha psicológica, nos locais de trabalho tendo sugerido que a motivação e a satisfação no trabalho aumentam quando uma pessoa atinge com êxito objetivos significativos (Cherniss, 1993). Segundo Hall, tais objetivos conduzem à “psicologia do sucesso”, cujos reflexos no individuo se traduzem em, maior envolvimento no trabalho, objetivos mais ambiciosos e um sentimento de maior auto-estima. Ele sublinhou que, o que é importante são os sentimentos de sucesso, mais do que o sucesso medido objetivamente (Cherniss, 1993).

Hall, influenciado pelos trabalhos de Argyris, 1964, sugeriu que quando uma pessoa não experimenta “êxito psicológico”, pode adotar vários comportamentos: a) tenta afastar-se emocionalmente daquela situação de trabalho, onde não obtém êxito, ou baixa os seus “standards”, tornando-se apático e desinteressado; b) valoriza mais as recompensas materiais em detrimento dos valores humanos, ou das recompensas intrínsecas; c) defende o auto-conceito, recorrendo a mecanismos de defesa; d) combate a organização; e) abandona a organização. Este conjunto de comportamentos, foram posteriormente identificados como característicos do síndrome do burnout.

Cherniss (1993), também sugeriu uma ligação entre a incapacidade de adquirir um sentimento de competência e burnout, visto que no seu estudo, observou que quando esse sentimento de competência era contrariado ou frustrado, os resultados eram altos níveis de stress e em alguns casos burnout. Por exemplo, nos indivíduos da saúde, quando os seus clientes não apresentavam melhoras ou continuavam a

queixar-se, eles sentiam-se incompetentes precisamente porque esses comportamentos os impediam de se sentirem eficazes e competentes.

Domínios da auto-eficácia profissional

Saber se a autoeficácia é um traço geral de personalidade, um traço específico, ou se ambos podem coexistir, é um assunto que continua em discussão. Para Cherniss (1993) e Battles (2000), uma pessoa pode sentir-se eficaz no desempenho de um determinado papel ou situação e não em outros. Por isso definiram domínios de autoeficácia profissional que significam as crenças para levarem a cabo com êxito, papeis profissionais.

Com base nos trabalhos de Gibson e Dembo 1984 sobre autoeficácia em professores, Cherniss (1993), propôs três domínios de desempenho de papeis profissionais: domínio da tarefa, interpessoal e organizacional. Posteriormente, Battles (2000), baseando-se nos trabalhos de Haviland (1996), sobre profissionais que trabalhavam com doentes com AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), introduziu um quarto domínio, a auto-eficácia de coping.

O primeiro domínio, é a autoeficácia da tarefa e diz respeito aos aspetos técnicos do papel profissional. No caso das enfermeiras está relacionado com as crenças, acerca da eficácia com que desempenham um sem número de atos técnicos, como por exemplo, punções venosas, ensino aos utentes e respetivas famílias sobre aspetos particulares a ter em conta a respeito da doença, registos dos dados clínicas, etc (Battles, 2000; Cherniss, 1993). Nesta profissão, há um conjunto de procedimentos comuns a todas as áreas, mas há também procedimentos específicas, próprios de cada uma das múltiplas áreas, para as quais é necessário “skills” específicos, como por exemplo em pediatria, cuidados intensivos etc. É preciso que os profissionais se sintam competentes tanto nos aspetos gerais, como específicos, para prestarem cuidados de saúde de qualidade, aos pacientes em cada uma das áreas. Se não se sentirem eficazes nos aspetos técnicos, estes profissionais podem desencadear sentimentos de incompetência, stress e perda de controlo da situação, condições propicias para o burnout.

O segundo domínio, é a autoeficácia interpessoal e diz respeito às capacidades dos profissionais, em trabalharem harmoniosamente com outros, em particular com os clientes, colegas e superiores imediatos (Cherniss, 1993). Há profissões, cujo êxito depende fundamentalmente da autoeficácia interpessoal, como por exemplo os professores. Na enfermagem, a relação interpessoal com os utentes, é muito importante em todas as áreas, mas a sua forma, tem de ser adaptada às condições e idade dos utentes. Por exemplo em pediatria, tem que haver uma relação muito estreita com os pais ou tutores da criança, sobretudo na preparação do regresso da criança a casa (Battles, 2000).

Também a comunicação com colegas e superiores se mostra importante, por se tratar de trabalho em equipa e também, devido à necessidade de trocar informação muitas vezes decisiva para a vida do utente. É importante que o profissional sinta confiança na sua capacidade para comunicar com eficácia com os seus colegas em ordem a sentir-se competente nesta área.

Terceiro domínio, é a autoeficácia organizacional e refere-se às crenças, acerca das capacidades para influenciarem as forças políticas e sociais da organização. Profissionais com forte autoeficácia nesta área, podem ter um impacto junto dos administradores no sentido de diminuírem as exigências, os constrangimentos e disponibilizarem os recursos adequados para um bom trabalho. Muitos estudos (Maslach & Jackson, 1984; Pines & Aronson 1988), têm sugerido que a organização é uma importante fonte de stress e burnout devido aos constrangimentos e às políticas impostas pelas administrações para diminuírem custos. Se o prestador de cuidados não for capaz de influenciar essas fontes de stress organizacional e não podendo assegurar a qualidade de cuidados, perde o controlo sobre as próprias condições de trabalho e pode sentir que falhou perante o paciente. O prestador necessita de sentir que tem a habilidade para influenciar essas fontes de stress organizacional.

O quarto domínio, é a autoeficácia de coping e diz respeito aos profissionais de saúde e à capacidade destes, para enfrentarem o impacto emocional que a doença e situações afins, tem sobre eles próprios (Battles, 2000). Os estudos de Haviland (1996), sobre trabalhadores de saúde em doentes com Acquired Immunodeficiency

Syndrome (AIDS), sugeriram que a preparação sobre temas como, dor, falecimento, doenças terminais, morte, constituía um amortecedor à tensão emocional desencadeada por aquelas situações, naqueles profissionais. Os mesmos trabalhos também sugeriram que o aumento no apoio, formal, e informal ajudava esses profissionais a enfrentar o stress quando prestavam cuidados àqueles doentes (Battles, 2000). Na enfermagem, as situações que desencadeiam grande tensão emocional, são transversais a todas as áreas e os seus profissionais tem de se sentir equipados para lidar com essas situações. Como se disse atrás, Lief & Fox, 1963, defendem que o ideal da profissão médica é a “detached concern” (preocupação distanciada) que combina a compaixão com a distancia emocional (Maslach, 1993). Se assim não for o trabalho destes profissionais, tornar-se-á altamente stressante e um meio propicio para o burnout.

2.1.4. Comportamentos de ajuda: motivação e noção de competência segundo White

Saber, se os humanos são sempre capazes de atuar – pelo menos em algum grau – por motivos altruístas, foi uma questão central na Filosofia, nos séculos XVIII e XIX e na Psicologia, nos séculos que se seguiram (Batson, 1987; Cialdini et al., 1987; Clary, & Snyder, 1991; Snyder, 1993). O intenso trabalho de reflexão e de investigação, desenvolvido por aquelas Disciplinas sobre comportamentos pro-sociais ou comportamentos de ajuda, alimentou a esperança de saber, se há ou não, um lado altruísta, intrínseco à natureza humana. David Hume, 1740; Adam Smith, 1759; e Auguste Comte, 1851 (In. Batson, 1987), postularam a existência de um sistema motivacional independente, orientado para beneficiar outros. Em particular, Auguste Comte - o primeiro a cunhar o termo altruísmo - não negava a existência de motivações ou impulsos, dirigidos à obtenção de benefícios próprios, mas acreditava que alguns comportamentos sociais, expressam o desejo de não egoísmo, e portanto orientados para o benefício de outrem. Ele definiu dois tipos de motivações responsáveis pelo desencadeamento de comportamentos pro-sociais ou de ajuda: a) as motivações orientadas para a obtenção de auto-benefícios ou auto-gratificação, às quais Comte chamou “motivações egoístas” e, b) as motivações dirigidas ao bem estar de outros e que ele denominou, “motivações altruístas” (Batson, 1987).

Por volta de 1920, devido à persistência das correntes do “Hedonismo Psicológico” (Ibid.), as hipóteses defendidas por aqueles filósofos – existência, pelo menos em algum grau, de motivações para beneficiar outros - foram completamente contrariadas, e o pensamento Ocidental continuou a ser dominado, pelas teorias de motivação egoísta, ou seja motivações cujo fim último, é a obtenção de benefícios próprios. Em consequência, durante décadas, a questão da existência de altruísmo, foi omitida pelas principais correntes da psicologia. Num texto da autoria de Batson, (1987, p. 66), [que resume as principais ideias de vários outros autores (Hoffman, 1981 ; Wallach & Wallach, 1983)], pode deduzir-se, “o espírito do tempo”:

“When asked why we act prosocially, all major psychological theories of motivation – Freudian, behavioral, and even humanistic or “third force” theories – are quite clear in their answer: everything we do, including all prosocial behavior, is ultimately done for our own benefit. When we help someone else, we do so only because it is an instrumental means to obtain some personal gain”.

Apesar da dominância da visão exclusivamente egoísta, o termo altruísmo reapareceu na psicologia contemporânea. Contudo, a maioria dos psicólogos não lhe atribui o significado original proposto por Comte, e o conceito foi redefinido como uma forma especial de motivação egoísta (Ibid.). Esta redefinição deu origem a linhas de investigação, aparentemente antagónicas. Por um lado, uma interpretação de altruísmo cujos comportamentos de ajuda, constituem um meio instrumental para obtenção de benefícios próprios (Ibid.). Na visão do autor, esta interpretação é pseudoaltruista, visto que neste caso, o termo altruísmo não se refere ao estado emocional cujo objetivo último é aumentar o bem estar de outros, mas sim a uma forma subtil de auto-benefício. Nesta perspectiva, os auto-benefícios são formas de auto-recompensa sobretudo interna, como por exemplo o alívio de estados negativos internos, entendendo-se por estados negativos, as situações de tensão interna (Hornstein, 1982), distress causado pela observação de outra pessoa em sofrimento (Piliavin, et al., 1981), ou sentimentos de culpa ou tristeza (Cialdini et al., 1981). Neste conjunto de auto-benefícios podem ser ainda incluídos, os comportamentos de ajuda, motivados pela procura de auto-satisfação e aumento de autoestima (Bar-Tal et al., 1982) entre outros.

Em todos estes casos de pseudoaltruísmo, os comportamentos de ajuda não têm em conta a condição precária da vítima, nem as consequências que as ações daqueles que ajudam poderão ter sobre ela, já que, tudo isso é secundário na decisão de ajudar ou não ajudar (Schroeder, et al., 1988).

Existe uma outra linha de investigação para a qual a motivação altruísta, conserva a ideia original de Comte – que é, a existência de comportamentos sociais, motivados pelo desejo de ajudar outros. Entre os autores que mais desenvolveram esta perspetiva, encontra-se Hoffman (1981). Ele sugeriu que a empatia está na base da motivação altruísta, entendendo-se por empatia, uma resposta afetiva adequada à situação de alguém, na qual um observador consegue imaginar como ele se sentiria no lugar do outro. Se o outro está em distress, uma emoção vicária emerge, e leva o observador a experimentar, distress empático (Hoffman, 1981). O distress empático é uma réplica mais ou menos exata do presumível distress da vítima. Ao nível do observador o distress empático provoca desconforto, sentimentos desagradáveis – o mesmo que a vítima está a sentir - mas também desencadeia sentimentos de compaixão(1) e de simpatia, para com a vítima. Na perspetiva de Hoffman, são estes sentimentos de compaixão que reside a motivação altruísta, pois são eles que desencadeiam o desejo consciente de ajudar a vítima e não somente a necessidade de aliviar o distress empático do benfeitor (Batson, & Coke, 1981).

As hipótese de Hoffman, nem sempre se mostraram consistentes e os seus trabalhos foram sujeitos a inúmeras críticas (Batson, 1987). Em posteriores trabalhos, Hoffman entrou em contradição com afirmações anteriores nas quais, “a empatia está na base da motivação altruísta que é independente da motivação egoísta”, (Batson, 1987, p. 73), para afinal considerar, “a empatia ...está de modo único bem situada para fazer a

(1) Lazarus (1993), considera a compaixão uma emoção stressante, mas positiva. E para Lief & Fox (1963), o ideal da profissão médica, é combinar a compaixão com a preocupação distanciada.

ponte entre egoísmo e altruísmo porque ela tem a propriedade de transformar a infelicidade (distress) de uma pessoa, em distress ou infelicidade de outra e assim ela tem elementos de ambos, egoísmo e altruísmo. Assim, a motivação para ajudar, tanto pode ser egoísta, como altruísta” (Batson, 1987, pag. 73).

Outros investigadores (Batson & Coke, 1981) também acreditam que a motivação para ajudar, está associada à empatia e apresentaram um modelo altruísmo-empatia. De acordo com este modelo, testemunhando outra pessoa em necessidade produz duas reações emocionais diferentes: distress pessoal (aflição, alarme) e preocupação empática (simpatia, compaixão). Conduz a duas motivações qualitativamente diferentes. O distress pessoal produz um desejo egoísta para reduzir o seu próprio distress, enquanto que a preocupação empática produz um desejo altruísta, generoso para reduzir o distress da pessoa em necessidade.

Estas investigações, sugerem que existe uma motivação altruísta baseada no desejo de reduzir o distress de outra pessoa. Contudo, os resultados têm apresentado alguma instabilidade e por isso não são concludentes (Batson (1987). Segundo este autor, há evidência que os comportamentos pro-sociais podem ser também desencadeados por motivações egoístas, a dúvida é saber, se estes motivos constituem a totalidade ou apenas uma parcela do problema. Dado que os motivos egoístas existem e os altruístas podem ou não existir, aquele autor opta por uma visão exclusivamente egoísta. Mas a seguir pergunta: “ Se é assim, porque razão, continuamos a ajudar-nos uns aos outros?” Em trabalhos sobre voluntariado (Omoto & Snyder, 1995; Snyder & Omoto, 1992) – em que os comportamentos de ajuda são o cerne da atividade – os autores concluíram, que são as motivações egoístas, auto-centradas, que se apresentam positivamente associadas com a duração do serviço voluntário, mais do que as motivações altruístas ou orientadas para os outros. Nesta mesma linha, outros investigadores (Piliavin, et al.,1981; Rushton, 1980; Staub, 1978), encontraram uma ampla evidência, de que o potencial aumentado para o auto - benefício, pode aumentar o potencial pro-social. Em conclusão e ironicamente, parecem ser os voluntários que, motivados por razões egoístas, com o decorrer do tempo, acabam por oferecer maiores benefícios e dar maiores contribuições altruístas, à sociedade (Snyder, 1993).

2.1.5. Análise Funcional da motivação para comportamentos pro-sociais segundo Clary & Snyder (1991) e Omoto & Snyder (1995)

Essencialmente, o que caracteriza a abordagem funcional em psicologia da personalidade e psicologia social, é que, para diferentes pessoas, as mesmas ações, os mesmos comportamentos, ou as mesmas atitudes, podem corresponder a motivações completamente diferentes e satisfazer funções psicológicas, também diferentes (Clary et al., 1998; Clary & Snyder, 1991; Omoto & Snyder, 1995; Penner & Finkelstein, 1998; Snyder, 1993).

Em psicologia, o funcionalismo, surgiu em oposição ao estruturalismo (fins século XIX) e defendia, que os eventos mentais e comportamentais têm como propósito, a adaptação dos organismos aos seus meios (Snyder, 1993). Os temas do funcionalismo, atravessaram as mais diversas áreas como: psicanálise, psicologia da personalidade, psicologia social e outras, e em cada uma delas era enfatizado, a procura intencional e adaptativa dos indivíduos, para os fins e objetivos, pessoais e sociais (Cantor, 1994; Snyder, 1993). A psicologia funcional é assim, uma psicologia intencional e adaptativa, em oposição à psicologia descritiva e classificativa, do estruturalismo (Snyder, 1993).

Em estudos clássicos sobre personalidade, o funcionalista G. Allport 1937 (Snyder, 1993), fundamentando a singularidade dos indivíduos em lidar com o real, defendeu que a função da personalidade, é determinar ajustamentos únicos, de cada pessoa ao seu meio e na mesma linha, F. Allport, 1937 (Ibidem), na teoria teleonomica, dá o exemplo dos três indivíduos, que apresentando traços semelhantes, poderiam estar a expressar preocupações completamente distintas: o primeiro podia estar a procurar justiça, o segundo a tentar ajudar outros, e o terceiro, a tentar manter a sua autoestima ou reputação. Assim, para este autor, os mesmos traços nos três indivíduos, podem dimanar de preocupações distintas e que as três pessoas estão a tentar resolver (Snyder, 1993). Interpretado à luz da análise funcional tal como hoje a entendemos, o exemplo de F. Allport, significa que os mesmos traços para diferentes pessoas, podem servir funções psicológicas completamente distintas (Ibidem).

Mais recentemente, a mesma abordagem adotada em áreas da psicologia social, Clary, et al., (1998) e Snyder (1993), consideram que os indivíduos, não usam apenas as suas

singularidades, para se adaptarem de modo único, aos seus meios, mas sugerem uma perspectiva interacionista entre ambos. Em particular Snyder (1993), destaca o papel ativo dos indivíduos, em selecionarem ou construírem os seus próprios mundos sociais, por forma a tornarem esses mundos, mais conducentes e favoráveis às suas identidades e concepções do eu. Como exemplos, ele refere os movimentos em defesa das grandes causas - como a defesa do meio ambiente, o antinuclear, entre outros - em que os indivíduos se associam, para tornarem essas parcelas dos seus mundos, mais compatíveis, com as suas próprias crenças e valores.

Contudo, o exemplo que melhor ilustra a convicção com que os indivíduos, tentam mudar certas parcelas do mundo social, procurando fazer deste, um lugar melhor, é o que é feito, através da ajuda prestada a outros, no âmbito do trabalho voluntário.

Tradicionalmente, o trabalho voluntário abrange uma ampla variedade de atividades: cuidar de doentes, fazer companhia a idosos, aconselhamento a jovens, ou qualquer outro tipo de assistência a pessoas ou grupos, com necessidades afetadas. Seja qual for o conteúdo, os voluntários devotam quantidades substanciais de tempo e energia, fazendo por vezes sacrifícios pessoais significativos, para garantirem o bem estar de outros e por períodos de tempo, mais ou menos longos. Para além disso, há situações, em que voluntários podem ser vítimas do estigma social, o estigma, que afeta os indivíduos que eles próprios estão a ajudar, como no caso dos voluntários da Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), referido por Snyder (1993).

Outros elementos que podem contribuir para uma melhor caracterização do trabalho voluntário, podemos mencionar o facto dos indivíduos que ingressam nesta atividade, de um modo geral, fazem-no por iniciativa própria, procurando oportunidades para ajudar, em vez de se limitarem a reagir às oportunidades que surgem (Clary et al.,1998; Clary & Snyder, 1991; Omoto & Snyder, 1995, Snyder, 1993). Também os voluntários, de um modo geral desconhecem antecipadamente, aqueles a quem vão ajudar (Omoto & Snyder, 1995).

Em conclusão, ao analisarmos este conjunto de fatores, aparentemente mais desfavoráveis do que favoráveis para os indivíduos, as questões que se colocam são as seguintes: que processos guiam as pessoas, para, na ausência de obrigação,

procurarem oportunidades para ajudar desconhecidos, e durante períodos de tempo mais ou menos longos? E porque razão apenas algumas pessoas (cerca de 1/3) decidem ser voluntárias e outras não, embora a maioria considere, este tipo de atividade relevante para a sociedade?

Estas questões têm fascinado os estudiosos do comportamento social, havendo uma quase total unanimidade em aceitar, que se trata de questões de natureza claramente motivacional (Batson, 1991; Clary & Snyder, 1991; Snyder, 1993).

Investigadores como Clary & Snyder (1991) e Penner & Finkelstein (1998), têm argumentado que as relações entre os fatores disposicionais e os comportamentos de ajuda, poderão ser compreendidas, examinando as situações de ajuda não espontânea, ou seja, examinando o trabalho voluntário. A este propósito, alguns autores argumentam que, como no trabalho voluntário, são os próprios quem decide, sobre uma série de variáveis (tempo a dispensar ao voluntariado, grau de envolvimento, duração, e seleção das atividades a realizar, consoante as competências, capacidades e interesses), e porque os voluntários são bem acolhidos pelas organizações onde prestam ajuda, as barreiras situacionais são quase inexistentes, permitindo aos fatores disposicionais manifestarem-se, com menos constrangimentos. Estes fatores são importantes, quer para a decisão de ser voluntário, quer para a sua continuidade (Omoto & Snyder, 1995).

Outros aspetos que dão credibilidade ao trabalho voluntário, enquanto “entidade” suscetível de ser investigada nos seus aspetos motivacionais, é o facto de se tratar de uma atividade planeada, continuada, e sustentada, por um período de tempo mais ou menos longo, e com um grau de compromisso com as organizações. Neste sentido, este tipo de ajuda é um protótipo da ajuda planeada (Clary & Snyder, 1991); Penner & Finkelstein (1998).

Assim, as situações de ajuda não espontânea ou ajuda planeada, levantam um grande número de questões e indicam a complexidade dos fatores motivacionais que estão em jogo nos comportamentos de ajuda. Segundo Penner & Finkelstein (1998), para compreender porque é que uma pessoa oferece ajuda, é necessário compreender que função particular, a ajuda serve, para a pessoa que oferece a dita ajuda.

Uma abordagem considerada adequada para compreender os fundamentos motivacionais na ajuda planeada, é a análise funcional dos comportamentos pro-sociais de Clary & Snyder (1991). Um princípio fundamental desta teoria é que, diferentes pessoas podem implicar-se nos mesmos comportamentos por diferentes razões, em busca de diferentes objetivos e para servir diferentes funções psicológicas.

De acordo com esta lógica, atos de voluntariado que parecem semelhantes, podem refletir motivações subjacentes completamente diferentes, ou seja eles podem servir funções psicológicas, sociais e pessoais claramente diferentes (Omoto Y Snyder, 1990).

A abordagem funcional, foi inicialmente concebida para a teoria das atitudes e persuasão de Smith, Bruner y White, 1956 e Katz, 1960 (Clary & Snyder, 1991), onde foi proposto que as mesmas atitudes servem diferentes funções para diferentes pessoas, ou talvez múltiplas funções para a mesma pessoa. Posteriormente, constatou-se que as funções identificadas na teoria das atitudes têm a sua correspondente nas motivações dos voluntários.

Assim, Clary et al., (1998), propuseram um conjunto de funções motivacionais servidas pelo voluntariado, posteriormente replicadas por outros como por exemplo Chacón y Vecina (1999) e são:

Valores: quando o indivíduo é motivado por preocupações altruístas, humanistas ou pelo desejo de contribuir para o bem da sociedade, o ato voluntário cumpre a função de expressão de valores. Esta componente é das mais consistentes em investigações sobre voluntários.

Conhecimento: em outras ocasiões e para outros indivíduos o ato voluntário cumpre uma função de conhecimento, quando é praticado para satisfazer a curiosidade intelectual, aprendendo novos skills ou reforçando os existentes etc.

Desenvolvimento pessoal: para algumas pessoas o voluntariado serve para se sentirem melhor consigo próprias, sentirem-se úteis ou aumentarem a auto-estima. Estes atos voluntários servem a função de desenvolvimento pessoal.

Interesse pela comunidade: em outros casos, as pessoas podem sentir a responsabilidade social de colocarem certos recursos ao serviço da comunidade, como

por exemplo partilhar conhecimentos próprios. Tais atos voluntários, cumprem uma função de interesse pela comunidade (Chacón, y Vecina, 1999).

2.2. HIPÓTESES

A principal proposta deste estudo, é avaliar até que ponto as mudanças ocorridas no estatuto profissional dos enfermeiros Portugueses – entre finais dos anos 90 do século passado e primeiros anos deste século - poderão influenciar as perceções de competência e autoeficácia destes profissionais e relacionar estas perceções com o burnout. Muitos autores consideram que as mudanças conjunturais, afetam o meio laboral dando origem a falta de controlo sobre o trabalho, ambiguidade do papel, conflito do papel (Schaufeli & Janczur, 1994; Smith & Draper, 1994))

A segunda proposta é testar o modelo de competência social (Harrison, 1983; 1985). Este modelo sugere que o burnout está inversamente relacionado com a competência e a eficácia percebidas.

Com base nestes pressupostos definimos as seguintes hipóteses estatísticas.

Hipótese principal

1 - Uma alta motivação pro-social, conduzirá a baixas expectativas de autoeficácia a respeito do trabalho e a altos sentimentos de burnout, quando a avaliação das condições de trabalho, for negativa. Contudo, quando a referida avaliação for positiva, uma alta motivação pro-social conduzirá a altas expectativas de autoeficácia a respeito do trabalho e baixos sentimentos de burnout.

A hipótese principal vai ser testada, através de várias sub-hipótese

Sub-hipóteses

- a) As condições de trabalho estarão negativamente correlacionadas com duas dimensões do burnout (exaustão emocional e despersonalização) e positivamente com terceira dimensão (realização pessoal).
- b) Apesar das mudanças conjunturais o que pode levar a conflito e ambiguidade papel, perda de controlo no trabalho, incerteza e outros, os enfermeiros

Portugueses sub-estimam essas dificuldades organizacionais e apresentam elevados níveis de autoeficácia e baixos níveis de burnout.

- c) Os indivíduos recém chegados à profissão, apresentam baixos níveis de “intenção de mudar”, baixos níveis de burnout e altos níveis de motivação para o trabalho.
- d) As mulheres apresentam níveis mais elevados do que os homens, na dimensão exaustão emocional, enquanto que estes apresentam níveis mais elevados na despersonalização.
- e) Da autoeficácia profissional surgirão quatro sub-dominios independentes e correlacionados e são: tarefa, interpessoal, organizacional e coping (questionário só tem 44 sujeitos, Guarda).
- f) A valorização positiva das condições de trabalho, está positivamente relacionada com a autoeficácia e negativamente relacionada com o burnout.

3. MÉTODO

3.1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO, AMOSTRA E PROCEDIMENTO

Esta investigação recolheu dados para um estudo transversal, exploratório, descritivo e correlacional das expectativas de autoeficácia para medir o desgaste profissional ou burnout. Embora um estudo exploratório e correlacional não permita estabelecer uma relação de causalidade entre condições de trabalho e burnout, Campbell & Stanley (1979) argumentam que a abordagem correlacional pode fornecer um levantamento preliminar de hipóteses e aquelas que sobreviverem à rejeição - isto é, aquelas cujas correlações sejam diferentes de zero - poderão ser submetidas a testes mais rigorosos, em investigações subsequentes.

Neste estudo foi examinada a relação entre motivação, auto-eficácia, condições de trabalho e burnout e uma série de outras variáveis relacionadas com o trabalho. A amostra foi constituída por 285 enfermeiros a trabalharem no Hospital Distrital de Faro (HDF), um Hospital Geral e público na região do Algarve, Portugal. A escolha desta instituição, deve-se ao facto de ser mais acessível para a investigadora principal, e também pela receptividade por parte dos órgãos diretivos daquela instituição, a qual poderia refletir-se na posterior participação dos sujeitos.

Os sujeitos completaram instrumentos para medir o desgaste profissional, grau de motivação pro-social, perceções de autoeficácia geral e condições de trabalho, as quais foram posteriormente relacionadas, com variáveis demográficas e outra informação adicional sobre o meio do trabalho.

As respostas foram avaliadas com o recurso a várias operações estatísticas, nomeadamente a avaliação das características métricas das variáveis sociodemográficas, análise fatorial, análise de regressão simples e múltipla.

3.1.1. Adaptação dos questionários à versão portuguesa

Tradução

Na recolha de informação, foram utilizados 4 questionários. Três deles - Questionário das Motivações dos Voluntários da AIDS (Omoto y Snyder (1995), posteriormente adaptado à população de voluntários espanhóis, por Chacón y Vecina (1999); Questionário de Desgaste Profissional de Enfermagem (QDPE), (Moreno Jiménez, Garrosa Hernández y González Gutiérrez (1997) e Questionário de Autoavaliação das Condições de Trabalho, da Agencia Nacional Francesa, para a Melhoria das Condições de Trabalho (1984) – foram traduzidos do Castelhana para o Português. O quarto questionário, o de Autoeficácia Geral Percebida (Schwarzer, 1993), foi traduzido do Inglês para o Português. As traduções, foram feitas pela investigadora principal. Contudo, a tradução do Castelhana para o Português, foi revista por um técnico espanhol da área das ciências humanas, que encontrou a versão mais adequada, para algumas expressões, que a seguir se apresentam. Assim, no CDPE, o item nº 2, a expressão “...como un/a chico/a para todo”, foi traduzido por, “como se fossemos profissionais pouco qualificados”. O item 20, “Me he sentido agobiado/a por mi trabajo”, traduzimos por, “tenho sentido um grande stress no meu trabalho”. Item 88, “Me desborda el trabajo, parece que no voy a dar más de sí”, traduzido por : “Tenho excesso de trabalho. Não consigo fazer mais do que estou a fazer” Item 90, “Haces lo justo para que la persona esté atendida”, traduzido por “Faço o imprescindível para que a pessoa seja atendida”. Item 132 “Algunas veces tengo ganas de tirar a toalla”. Traduzido por algumas vezes tenho vontade de me retirar”. Antes de serem submetidos a um pretest, todos os questionários foram revistos por uma psicóloga portuguesa, que é simultaneamente enfermeira e professora, na Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, em Lisboa.

Pre-test

Antes do trabalho de campo, os questionários foram submetidos a um pretest num total de 12 enfermeiros/as, assim distribuídos: 3, do Centro de Saúde de Faro; 3, Serviço de Hemodialise do HDF; 3, Serviço de Maternidade e 3, Consulta Externa do mesmo hospital. Esta operação teve como objetivo, aperfeiçoar os instrumentos de

recolha de dados, nomeadamente, saber se a linguagem utilizada nos questionários era clara e compreensível, para aqueles que viriam a preenche-los.

3.1.2.Amostra

Escolhemos a População de Enfermeiros, por três razões fundamentais: primeira, sendo a Enfermagem uma profissão de alto risco no que diz respeito ao desgaste profissional (Garcia Izquierdo, 1991; van Yperen, Buunk, & Schaufeli, 1992), estes profissionais, estariam à partida, mais recetivos à participação no estudo, já que se pressupõe, estarem interessados em reduzir os eventuais malefícios do síndrome no seu próprio trabalho; segundo, pela escassez de estudos sobre este tema em Portugal, nomeadamente no grupo profissional em referência; terceira, porque sendo a investigadora principal, ela própria enfermeira, tinha interesse em conhecer a dimensão do síndrome de desgaste profissional e assim, poder dar o seu contributo para uma redução do fenómeno, nesta profissão.

A população de Enfermeiros/as no HDF é de 549 e foram usados, dois critérios de inclusão: voluntariedade de participar no estudo, e prestar cuidados diretos aos utentes. Como critérios de exclusão utilizámos: desempenharem um cargo de direção ou supervisão; trabalharem em serviços onde não há contato direto com utentes, e estarem submetidos a qualquer tratamento ou terem estado ausentes por razões de férias, licença de maternidade ou atestados médicos. Depois de aplicados estes critérios dos quais resultaram a não inclusão de 78 indivíduos, a amostra ficou constituída por 471 sujeitos, distribuídos por 24 Serviços hospitalares (dois foram excluídos, Núcleo de Formação e Esterilização, porque os enfermeiros não estão em contato direto com utentes), onde são prestados cuidados de saúde, gerais e de todas as especialidades médicas.

Foram distribuídos 471 questionários, mas só 309 foram devolvidos, o que corresponde a um nível de participação de 65,61%. Contudo, destes 309, 24 questionários (7,77%) foram rejeitados por não estarem completamente preenchidos. Assim a amostra ficou reduzida a 285 sujeitos o que corresponde a 57,84% de participação.

3.1.3.Procedimento

O primeiro contato, foi feito por escrito, com membros do Conselho de Administração do HDF, (ver anexo 2), onde se apresentava o tema em estudo, os objetivos, universo que se pretendia abranger, eventuais benefícios para a instituição, assim como um exemplar dos questionários. A Instituição ao mais alto nível, mostrou-se muito recetiva à realização do estudo e, no sentido de maximizar a participação, ela própria elaborou uma nota informativa (anexo 3), solicitando aos enfermeiros, que participassem, no estudo. Esta circular foi reproduzida pela investigadora, que mais tarde a entregava “em mão”, aos responsáveis dos serviços, juntamente com os questionários.

Obtida a autorização, efetuamos uma entrevista com cada um dos 24 responsáveis dos serviços, no sentido de conhecermos o numero de enfermeiros em cada um, darmos a conhecer os critérios de exclusão no estudo, ao mesmo tempo que solicitávamos, a esse responsável a distribuição e recolha dos questionários, pelo seu “staff”. Os questionários estavam individualizados em envelopes fechados e foram entregues aos responsáveis, em número igual ao de sujeitos elegíveis, em cada serviço. Os envelopes, para além de conterem um exemplar dos 4 questionários, continham também um protocolo, (anexo, 4) com as instruções para o seu preenchimento, e um envelope vazio, que serviria para introduzir os questionários depois de preenchidos, mantendo assim a confidencialidade dos dados. No protocolo de instruções, recomendava-se aos sujeitos, para não preencherem os questionários de uma só vez, que deveriam fazer uma pausa no seu preenchimento, dada a extensão do questionário. Depois de preenchidos e fechados no envelope para o efeito, os questionários eram entregues aos responsáveis dos serviços, que os guardava, até serem recolhidos pela investigadora principal.

3.2.QUESTIONÁRIOS

3.2.1.Escala da Autoeficácia Geral, Percebida (Schwarzer et al., 1997), (anexo, 4)

Para avaliar a autoeficácia dos sujeitos, utilizámos a Escala de Autoeficácia Geral Percebida, de Schwarzer (1993). A autoeficácia é um conceito sociocognitivo, criado por Bandura (1977, 1995) e refere-se às convicções de otimismo de alguém, sobre a

sua própria competência, para lidar com situações desafiantes. Explicitamente, a autoeficácia geral percebida, refere-se à crença de uma pessoa, acerca das suas capacidades, para enfrentar com êxito, uma ampla variedade de situações novas e exigentes (Schwarzer et al., 1997).

A autoeficácia é um traço disposicional (Bandura, 1977; 1997), que muitos consideram do domínio específico, ou seja, não é um traço global da personalidade (Battles, 2000; Cherniss, 1993), mas abrange apenas, determinados domínios, ou situações particulares de funcionamento de uma pessoa. Contudo, outros investigadores (Sherer & Maddux, 1982; Snyder et al., 1991; Wallston, 1992) têm conceptualizado também, a existência de um sentimento generalizado de autoeficácia, uma confiança global na capacidade de enfrentar uma ampla variedade de situações desafiantes. Para Schwarzer, et al., (1997), os dois tipos de autoeficácia, podem coexistir em simultâneo.

Também a autoeficácia global, pode ser confundida com outro constructo, o otimismo disposicional. Contudo, existem diferenças substanciais entre ambos e radicam no suporte causal, para uma visão positiva, sobre a vida. O otimismo disposicional, inclui todas as espécies de causas, externas, internas e mesmo a sorte ou o acaso, enquanto que a autoeficácia global é restringida às crenças, nos recursos pessoais, incidindo sobre a competência e ignorando outras fontes de razões, para o otimismo (Schwarzer, 1997).

A escala de autoeficácia geral, refere-se a um sentimento estável e amplo da competência pessoal e foi desenvolvida na população Alemã, por Jerusalem & Schwarzer em 1981. A versão original da escala, continha 20 itens, mas foi reduzida para 10, estrutura que mantém. Esta versão foi posteriormente utilizada, em numerosos projetos de investigação, onde a consistência interna tem oscilado, entre Alfa=.75 e .90. A escala, tem mostrado ser válida e fiável também, em termos de convergência e validade discriminante, já que correlaciona positivamente, com autoestima e otimismo, e negativamente com ansiedade, depressão e sintomas físicos (Schwarzer, 1997; Schwarzer et al., 1997). Embora traduzida em várias línguas, o conjunto de dados empíricos apenas a tornou válida para as versões, alemã, espanhola

e chinesa (<http://userpage.fu-berlin.de/~health/world14.htm>). No estudo que permitiu essa adaptação, os investigadores visavam examinar as propriedades psicométricas, da Escala de Autoeficácia Geral, em falantes dos três idiomas (Alemão, Espanhol (Costa Rica) e Chines (Hong Kong), partindo do pressuposto que a autoeficácia é um constructo universal e que por isso, pode ser medido por inventários em diferentes idiomas. O objetivo era confirmar essa proposição e obter instrumentos de medida, que pudessem ser adotadas em outros países, para futura recolha de informação.

Para esse estudo, a preparação da escala aos idiomas Espanhol e Chines, implicou que os 10 itens fossem traduzidos (do inglês ou Alemão), por tradutores bilingues indígenas, tendo sido usado o método do “consenso de grupo”, com revisões e discussões, já que se pretendia, não uma tradução literal em cada item, mas antes, uma adaptação ao constructo de autoeficácia. Depois de traduzidos, estes itens foram inseridos nos questionários dos três idiomas e misturados sem qualquer critério, entre escalas, que mediam outros constructos. O objetivo era impedir que os sujeitos reconhecessem os propósitos dos itens.

Embora a versão Alemã fosse considerada fiável em vários estudos anteriores, neste estudo participaram apenas estudantes universitários, a fim de tornar as amostras mais homogêneas entre si. O numero de sujeitos na versão alemã foi de 430 estudantes de diferentes matérias, em duas universidades de Berlim. Havia 250 mulheres, cuja média de idades era, 23.1 anos(SD=4.2) e 180 homens, média de idades 24.2 anos (SD=4.4). A diferença de idades era estatisticamente significativa [$F(1.428)=7.76, p<.01$]. O questionário foi aplicado em 1993.

A amostra de falantes em Castelhana, foi constituída por 959 estudantes numa universidade de S. José da Costa Rica, incluindo 605 mulheres com média de idades, 21.3 anos (SD=6.9) e 354 homens, média de idades 21.0 anos (SD=6.3). Não havia diferenças significativas nas diferenças de idade entre mulheres e homens. Os dados foram colhidos, em 1993.

A versão Chinesa, foi constituída por 293 estudantes do primeiro ano de psicologia geral, na universidade de Hong Kong e havia 199 mulheres, cuja média de idades era,

19.5 anos (SD=1.4) e 94 homens, média de idades, 19.7 (SD=1.4). Não havia diferenças significativas entre as idades de mulheres e homens. O questionário foi aplicado em 1994.

Os questionários, alemão e espanhol, continham idênticos conjuntos de itens, num total de 38 cada, já que para além dos 10 itens da Escala de Autoeficácia Geral, foram incluídos também outros instrumentos, para medir a Depressão, Ansiedade e Otimismo. A escala da Depressão, de Zerssen, 1976 (In. Schwarzer et al., 1997) com Alfa=.79, continha 16 itens. A medida da Ansiedade (State-trait Anxiety Inventory, de Spielberger, 1983. In Schwarzer et al., 1997), Alfa=.74, continha 4 itens e a escala de Otimismo Disposicional (Life Orientation Test de Scheier & Carver, 1985. In Schwarzer et al., 1997), Alfa=.82, continha 8 itens.

O questionário da versão chinesa, era constituído por 35 itens e, para além dos 10 itens para medir a autoeficácia, incluía outras variáveis que avaliavam a autoeficácia específica, concretamente dois itens relativos ao stress antecipado, pelo anuncio da transição política, de Hong Kong, da soberania Inglesa para a Chinesa, em 1997, e incluía também, uma escala de nutrição saudável.

Cada escala possuía uma amplitude de 1 a 4, em que 1, significava nunca e 4, muitas vezes. Os dados foram tratados no programa LISREL 8, de Jöreskog & Sörbom, 1993. A análise dos itens foi levada a cabo separadamente, em cada versão da escala e todos os coeficientes encontrados, foram considerados satisfatórios, nomeadamente as médias e as correlações item-teste. A consistência interna revelou-se excelente na versão chinesa (Alfa=.91) e satisfatória nas outras duas versões (.84, para a versão alemã, e .81, para a versão espanhola), tendo em conta, o número exíguo de itens, apenas 10. A análise em componentes principais, apresentou uma solução fatorial de apenas um fator sustentável, cuja variância total explicada foi: 41% para a versão alemã; 39% para a versão espanhola e 55% para a versão chinesa. A solução fatorial unidimensional, já vinha sendo replicada em estudos prévios da versão alemã.

Da soma do total de scores, cuja amplitude teórica vai de 10 a 40, constatou-se que a média na versão germânica foi de 27.8 (SD=4.5), N=420; na versão espanhola, 32.2 (SD=4.43), N=943, e na versão chinesa, 24.56 (SD=5.31), N=293. Verifica-se uma

diferença nas médias entre as três versões, em que os sujeitos da Costa Rica, apresentam as médias na soma dos scores, mais elevadas, enquanto que os chineses as mais baixas. A explicação, pode residir no fato dos chineses, serem vistos como mais coletivistas e menos individualistas, do que os indivíduos de cultura Ocidental (Bond, 1991; 1994). Em relação às médias dos scores, que são mais elevadas nos sujeitos da Costa Rica os investigadores consideram que tratando-se de estudantes universitários, estes pertencem a uma elite e têm por isso, maiores oportunidade e estruturas para exercerem controlo sobre o meio do que a maioria da restante população. Estes dados não impedem, a validade do instrumento, em termos de comparação dos parâmetros psicométricos, que atravessam os três idiomas.

Também em relação ao género, se constatou que as mulheres apresentam médias mais baixas, do que os homens, nos três idiomas. As mulheres em Hong Kong, apresentaram medias mais baixas do que as da Costa Rica, mas mesmo assim, estas ultimas apresentam medias mais baixas do que os seus conterrâneos homens.

As correlações da autoeficácia com os constructos, também foi avaliada. Para a amostra alemã, os valores são: $r=-.52$ para a depressão; $r=-.60$, para a ansiedade e $r=.55$ para o otimismo. Na amostra porto-riquenha, cujo questionário tinha as mesmas variáveis, as correlações com a autoeficácia são: $r=-.42$ para a depressão; $r=-.43$, para a ansiedade e $r=.57$ para o otimismo. Estes valores, indicam suficiente validade discriminante e estão em linha com a teoria da autoeficácia de Bandura (1995), para quem a depressão e a ansiedade por serem traços emocionais negativos, estão associados negativamente com a autoeficácia.

Em relação à amostra chinesa cujo questionário continha dois itens relacionados com a autoeficácia especifica, as correlações com a autoeficácia geral foram: $r=.48$ e o segundo $r=.44$. Segundo Schwarzer et al., (1997), não é necessário que os dois tipos de autoeficácia estejam associados, mas se estiverem, isso pode indicar validade.

Em suma, as três versões da escala, podem ser consideradas sólidas do ponto de vista psicométrico e constituem versões adequadas para poderem ser usadas em subsequentes investigações, sobre autoeficácia geral.

3.2.2. Questionário das Motivações Pro-Sociais dos Profissionais de Saúde (anexo, 5)

Para avaliar as motivações pro-sociais da amostra, foi utilizado o Questionário de Motivações de Voluntários no Campo da Sida (QMVS), de Omoto & Snyder (1995), (EUA), adaptado e validado por Chacón e Vecina (1999), para uma população espanhola, de características semelhantes. Embora construído para uma população de voluntários, a flexibilidade deste instrumento, permite que ele possa ser aplicado a outros universos nos campos da ajuda (Clary & Snyder, 1991), como no caso presente, em profissionais de saúde, remunerados.

Esta flexibilidade, é inerente à abordagem funcional, cujos fundamentos estiveram na base da construção deste instrumento. A abordagem funcional, é em si mesma, um constructo de grande flexibilidade, já que, postula que diferentes pessoas, podem implicar-se nos mesmos comportamentos, por diferentes razões, prosseguindo diferentes objetivos, e servindo diferentes funções psicológicas. Aplicando esta lógica, ao trabalho voluntário, considera-se que, atos de voluntariado que são similares na aparência, podem refletir diferentes motivações subjacentes e servir diferentes funções pessoais, sociais e psicológicas (Clary & Snyder, 1991). Por isso, a flexibilidade deste instrumento, é inerente, aos fundamentos que serviram de base à sua construção, ou seja a abordagem funcional.

Outro elemento, que pode contribuir para esta característica, diz respeito às condições em que o questionário, foi construído. De acordo com Clary & Snyder (1991, p. 121), “as relações entre disposições e ajuda, poderão ser obtidas, se analisarmos as situações de ajuda não espontânea”. No seguimento deste raciocínio, os mesmos autores defendem, que a situação mais adequada, para analisar as motivações que conduzem a comportamentos pro sociais, é a que envolve a ajuda não espontânea, sendo o voluntariado, o protótipo desse tipo de ajuda. Argumentam aqueles autores, que o trabalho voluntário, por ser uma atividade planeada, e por exigir uma adaptação das capacidades e interesses do indivíduo, ao tipo de intervenção, essas circunstâncias, permitem que os indivíduos decidam com maior certeza, se querem verdadeiramente prestar ajuda, neste caso, se querem ou não ingressar no trabalho voluntário. Este, é

um fator de grande fiabilidade, no que diz respeito às motivações pro sociais e que não está presente, em outras situações, como sejam, na ajuda espontânea, aquela que é prestada de forma esporádica e inesperadamente, em que os indivíduos, para além de não disporem de tempo, para decidirem de uma forma refletida, se querem ou não ajudar, podem ainda ser influenciados por elementos diversos, como por exemplo, a presença de outrem. Além disso, e este é um fator fundamental, o estatuto de voluntário, “protege” estes indivíduos dos constrangimentos organizacionais, já que, são eles quem decide, o tempo que podem ou querem dispensar a atividade voluntária, o horário, a duração e até, selecionar as atividades que lhes interessa ou que estão habilitados a realizar.

Toda esta conjuntura, livre de constrangimentos, permite, segundo Clary & Snyder (1991), que os fatores disposicionais, ou inclinações internas do indivíduo, exerçam maior influência sobre as decisões, de ajudar ou não. Por estas razões, o trabalho voluntário, parece ser a situação de ajuda, que melhores condições oferece para uma identificação, não enviesada das motivações pro sociais. Identificadas sob estas condições, as motivações pro-sociais, poderão assim, constituir-se, como os melhores “instrumentos”, para captarem, nas diversas situações, a multiplicidade de razões para comportamentos de ajuda.

O estudo sobre o voluntariado, intensificou-se nos anos 80 do século passado, na sequência da epidemia, do Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) que mobilizou milhares de voluntários, nos EUA. Por todo o país, organizações de voluntários, davam apoio emocional a estes doentes e respetivas famílias, promoviam, campanhas de educação, sobre como lidar com a doença, recolhiam fundos, etc. O voluntariado, atingiu dimensões consideráveis e com grande significado social, já que, paralelamente aos aspetos estritamente relacionados com a doença, outras vertentes se foram desenvolvendo paulatinamente. Referimo-nos aos milhares de horas de trabalho voluntário (em 1987, 80 milhões de americanos, estavam implicados numa atividade voluntária, dos quais cerca de 21 milhões, dava, 5 ou mais horas por semana, a estas causas), (Clary & Snyder, 1991), que poderão corresponder, a outros tantos milhares de dólares de poupança, ao Estado e instituições.

Do ponto de vista científico, os psicólogos sociais também não ficaram indiferentes, já que se interrogavam: que motivações levariam estes voluntários, a disponibilizarem uma grande parte do seu tempo e esforço, para ajudarem desconhecidos, por períodos de tempo relativamente longos, com riscos para a própria saúde e sujeitos ao estigma social, visto que no início, esta doença estava essencialmente conotada com a homossexualidade? Com o propósito de conhecerem essas motivações, Omoto & Snyder (1995), construíram um questionário, tendo como sujeitos, uma amostra de voluntários, no campo da SIDA.

Processo de construção do questionário original

Com base na abordagem funcional, os autores reuniram um conjunto de itens provenientes de várias fontes: literatura científica sobre motivações; entrevistas ao staff de organizações de doentes com Sida, sobre o que é que eles pensavam das motivações dos seus voluntários e, finalmente, itens de um estudo prévio, realizado em 1989 (Omoto & Snyder, 1995) e que foram considerados pertinentes, para o conjunto. Ao todo, compilaram-se 70 itens, reunidos num questionário inicial, que foi submetido, a uma amostra de 116 voluntários, filiados em organizações de doentes com SIDA. Cada item era respondido numa escala de 1 a 7, em que 1, significava “nada importante” para a decisão inicial de se tornar voluntário, e 7 significava, “extremamente importante” para a mesma decisão.

Características desta amostra original

A análise à estatística deste estudo, ditou a eliminação dos itens, que se apresentavam ambíguos, redundantes e de baixa frequência de resposta, o que deu origem a um questionário reduzido a 33 itens. Após uma análise fatorial a este conjunto, foram eliminados mais 8 itens, porque pesavam em todos os fatores, sendo a versão definitiva do instrumento, constituída pelos restantes 25 itens. Na análise fatorial em Componentes Principais realizada a este conjunto, obteve-se uma solução fatorial de 5 fatores, cada um agrupando 5 itens, em que os pesos dos fatores oscilam entre 0.37 e 0.87, e um total de variância explicada, igual a 49%. O valor do alfa de Chonbach, que avalia a consistência interna das escalas e portanto a fiabilidade do Questionário de Motivações, foi de .88. Os 5 fatores obtidos, deram lugar a cinco escalas de medida das

motivações específicas dos voluntários, tendo sido designados, segundo o conteúdo dos itens que os integravam, e são:

1. Valores: refere-se aos valores humanitários e de interesse para ajudar os outros.
2. Conhecimento: diz respeito ao interesse para aprender sobre a Sida.
3. Desenvolvimento Pessoal: refere-se à necessidade de por à prova e aprender sobre si mesmo e ao interesse em se desenvolver em contacto com outras pessoas. Está relacionado com a auto-defesa sobre o medo ou a ansiedade que a Sida provoca.
4. Interesse pela Comunidade: refere-se ao interesse concreto ou preocupação para com a comunidade de homossexuais.
5. Aumento da autoestima: diz respeito à necessidade de sentir-se bem consigo próprio e de evitar estados negativos.

Adaptação do Questionário de Motivações, à população espanhola

Um estudo preliminar (Chacón, et al.,1997), obrigou a alterações no questionário em adaptação, devido às diferenças entre as Organizações e a amostra americanas, e as suas congéneres espanholas. A amostra americana, era constituída maioritariamente por homossexuais (59%), e as organizações de luta contra a Sida, definiram como conduta de máximo risco, o contato sexual. A amostra espanhola, era constituída supostamente por heterossexuais, maioritariamente feminina, mais jovem e nas organizações de combate à Sida, foi considerado, que a principal conduta de risco, era o consumo de drogas (no estudo prévio atrás citado, realizado em sujeitos espanhóis, em que participaram 31 indivíduos voluntários da Sida, 93,9% disseram ser heterossexuais, 3%, (1) assumiu ser homossexual e 3% (1) disse ser bissexual. Os autores, Chacón y Vecina (1999), “apercebendo-se” da incomodidade que a pergunta, sobre orientação sexual, tinha provocado nos sujeitos, resolveram não a incluir, na presente investigação).

Devido a essas diferenças, a subescala “Interesse pela Comunidade”, foi traduzida de forma mais genérica, já que na versão americana, “comunidade” referia-se especificamente ao coletivo de homossexuais. Do mesmo modo, o termo “gay”, no

questionário original, foi substituído, em todos os itens onde figurava, pelo termo “seropositivo” no questionário adaptado.

Amostra, dados estatístico e resultados do questionário adaptado

Depois de traduzido para Castelhana, o Questionário de Motivações, foi aplicado em 130 voluntários, pertencentes a várias Organizações na Comunidade de Madrid, que trabalhavam no campo da Sida, cuja idade se situa entre 18 e 66 anos, a maioria mulheres (76%), homens (23%) sendo a média de idades da amostra, 31 anos.

Analisando os resultados das várias operações estatísticas, verifica-se que a fiabilidade total da amostra, é superior (.90) à do questionário original (.88), assim como a percentagem de variância total explicada, que é de 64,4% no primeiro caso e 49,4%, no segundo. A análise Fatorial em Componentes Principais, apresenta tal como o questionário modelo, uma estrutura de 5 fatores, com valores próprios superiores a 1, refletindo, os 5 tipos de Motivações dos voluntários que trabalham no campo da Sida. Contudo, existem algumas diferenças, já que 6 itens saturam em fatores diferentes, encontrando-se distribuídos pelos restantes. Os autores (Chacón y Vecina, 1999), atribuem este fenómeno a duas razões fundamentais. Primeiro, às diferenças entre a amostra espanhola maioritariamente heterossexual, enquanto que a americana é maioritariamente homossexual. Estas diferenças poderão ter levado os sujeitos a interpretações diferentes, consoante as afinidades com os utentes, objetos de voluntariado. Esse sentimento é particularmente importante no fator “interesse pela Comunidade” que no caso da amostra americana, esse interesse é dirigido para a comunidade gay, enquanto que na espanhola, “comunidade” é vista de forma mais genérica. Outra razão para explicar estas diferenças, pode estar relacionada com as estratégias, das organizações no combate à Sida. Nos EUA, os fatores de prevenção, incidem de forma preponderante, no contacto sexual, enquanto que nas organizações espanholas a prevenção da Sida, incide sobretudo no combate ao consumo de drogas.

Em consequência o questionário adaptado, mostra um bom ajustamento ao modelo da teoria funcional da motivação, o mesmo acontece quanto ao essencial da sua estrutura e fiabilidade, cujas características apresentamos a seguir. Assim a versão

final do questionário adaptado e validado, para uma população de voluntários espanhóis no campo da Sida, é constituído pelas seguintes subescalas:

Valores: ficou constituída por 4 itens, cujo o índice de fiabilidade é, .75. Comparando com o questionário original, este é constituído por 5 itens, com índice de fiabilidade, igual a .74.

Conhecimento: composta por 6 itens e índice de fiabilidade .82, sendo a versão americana, constituído por 5 itens e índice alfa, .80.

Desenvolvimento Pessoal: composta por 8 itens e índice de fiabilidade .86. O questionário original, é composto por 5 itens, sendo o índice de fiabilidade,.77.

Interesse pela Comunidade: constituído por 5 itens e índice alfa, igual a .85. O questionário modelo, é constituído por 5 itens e índice alfa, igual a, .82.

Relações Sociais: constituída por 2 itens, índice alfa,.79. Este fator não existia no modelo original e os dois itens que o integram, estavam distribuídos por outros fatores, (“para encontrar nova gente e fazer novos amigos” e “para conhecer pessoas semelhantes a mim”). Em contrapartida, o fator “Autoestima” do questionário original, foi eliminado, já que os seus itens por se referirem a aspetos de autoconhecimento pessoal, passaram a fazer parte do fator “Desenvolvimento Pessoal”.

Adaptação do Questionário de Motivações ao universo de Enfermeiros Portugueses

Considerando, que o uso deste instrumento nas diversas populações de ajuda, está legitimado pela Teoria Funcional da Motivação, visto as motivações pro sociais serem transversais aos diversos tipos de ajuda (Clary & Snyder, 1991); tendo em conta que este instrumento foi validado para um universo de voluntários espanhóis, cujo sistema de valores e modelos culturais, podem ser considerados, próximos dos valores dos seus congéneres portugueses; considerando ainda, que com este instrumento, se pretende conhecer as motivações dos enfermeiros que prestam cuidados de saúde nas diversas áreas e especialidades médicas, não incidindo apenas numa delas, como por exemplo, na área da Sida. Pelo exposto, a adaptação deste instrumento à população portuguesa, consistiu em duas alterações:

Primeiro, substituir, nos diferentes itens, os termos “Sida” e “seropositivo”, pelo termo “doença”. Isto verificou-se em 5, dos 6 itens que compõem o fator “Conhecimento”; num item do fator “Desenvolvimento Pessoal” e num item do fator “Interesse pela Comunidade”. Foram igualmente eliminadas as expressões “as pessoas seropositivas” no primeiro e segundo itens, do fator, “Interesse pela Comunidade” e substituídas pelas expressões “para com os outros”. Por último foram eliminados 4 itens, considerados pouco pertinentes para os objetivos do questionário. Dois desses itens, no fator “Desenvolvimento Pessoal” (“desafiar-me a mim próprio e testar as minhas capacidades” e “aprender mais acerca das minhas forças e fraquezas”) e dois, no fator “Relações Sociais”, sendo este último fator também eliminado por só possuir aqueles dois itens. Em conclusão, a versão definitiva do Questionário de Motivações para os Enfermeiros Portugueses, é composta por 21 itens, distribuídos por 4 fatores: Valores; Conhecimento; Desenvolvimento Pessoal e Interesse pela Comunidade, mantendo-se a escala de resposta de 1, “nada importante” a 7, “muito importante”.

3.2.3. Questionário de Autoavaliação das Condições de Trabalho, Agence Nationale pour l’Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), (1984), France (anexo, 6).

Este questionário, faz parte de um conjunto alargado de instrumentos, que podem ser utilizadas numa organização, com um duplo objetivo: primeiro, analisar as condições de trabalho e identificar eventuais situações críticas, que podem dificultar o desempenho dos trabalhadores, e segundo, harmonizar as exigências da tarefa, com as capacidades físicas e mentais do trabalhador assim como, as necessidades psicossociais deste, em contexto de trabalho. De acordo com Leplat (1977), por condições de trabalho, entende-se, o conjunto de fatores que envolvem o meio ambiente do trabalho, não se limitando àqueles fatores que envolvem um determinado posto, mas incluindo igualmente, o conjunto de relações entre tarefas, indivíduos e grupos. É esta multiplicidade, que determina uma situação de trabalho podendo influenciar, positiva ou negativamente, o desempenho dos trabalhadores. Se na interação trabalho/pessoa, o equilíbrio existente se vê ameaçado, o individuo põe em marcha, mecanismos de regulação, que lhe permitem manter um nível de adaptação satisfatória. Contudo, se esses mecanismos não forem suficientes, podem surgir disfunções (acidentes, erros, manifestações patológicas etc), as quais refletem a

falta de adaptação da pessoa à situação exigida (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_210.htm)

Este questionário, é um guia genérico, que pretende abranger a totalidade de fatores comuns, a qualquer ambiente de trabalho. Contudo, a importância de cada um destes fatores, não é homogénea, para todas as organizações, havendo uns mais importantes do que outros, em cada organização avaliada. Por isso, alguns itens por estarem mais diretamente relacionados com o objeto de estudo da organização, são mais pertinentes para os sujeitos que respondem ao questionário, enquanto outros itens, poderão ser considerados menos pertinentes para a avaliação das condições de trabalho.

Composição do questionário

Este guia de recolha de informação, é constituído por 201 itens, distribuídos por 8 áreas ou fatores: seis desses fatores, dizem respeito às condições de trabalho e incluem 177 itens; um fator diz respeito aos objetos de proteção pessoal e é constituído por 18 itens; e um último fator, diz respeito aos sintomas de alerta e é constituído por 7 itens.

Fatores que dizem respeito às condições de trabalho:

1º *Condições de Segurança*: refere-se aos *equipamentos, ferramentas e máquina, espaços de trabalho, manipulação e transporte, eletricidade e incêndios* e é constituído por 27 itens. Embora as condições de segurança, sejam um tema comum a todas as organizações e sobre as quais, todos os trabalhadores devem possuir alguns conhecimentos, nas organizações dos cuidados de saúde a segurança e manutenção dos equipamentos, são geralmente garantidas por profissionais com formação específica - engenheiros, eletricitas etc. Por isso, os itens sobre segurança, podem não ser considerados muito pertinentes para os sujeitos deste estudo, uma vez que a sua função, é prestar cuidados de saúde, sendo as questões deste tipo de segurança, uma preocupação indireta para estes sujeitos.

2º *Contaminantes Ambientais*, fazendo parte destes: *contaminantes físicos, ruído, vibrações e radiações; contaminantes químicos; e contaminantes biológicos*, num total

de 21 itens. Nas organizações de saúde, existe algum risco de contaminação por estes elementos, mas não de forma homogênea, havendo serviços onde esse risco é maior. Por exemplo, os profissionais que executam tarefas em Radiologia, correm maior risco de contaminação por radiações, do que outros, que não lidam com esses materiais. Do mesmo modo, certos medicamentos, em cuja composição entram determinados contaminantes químicos (citostáticos), têm de ser manipulados com grande perícia e precisão, dado o poder toxicológico que lhe está associado, para o utente e também para o profissional. Contudo, o uso destes medicamentos não é trivial, estando limitado a algumas situações oncológicas. Há ainda os contaminantes biológicos, constituídos por microrganismos e que podem provocar infeções de vária ordem, sendo as mais graves, as hepatites, sida, tuberculose, etc. Nas organizações de saúde, os locais onde existe maior risco de contaminação por agentes biológicos, são sobretudo os serviços de infetocontagiosas, embora esse risco possa existir também em outros serviços hospitalares. Em todos estes serviços, existem normas específicas, manuais de boas práticas e indumentária de proteção, à disposição dos profissionais. Contudo e apesar disso, há sempre uma margem de risco, que é difícil evitar. Os itens do questionário relacionados com contaminantes biológicos, são de grande pertinência para os sujeitos deste estudo, dada a frequência com que estas situações podem aparecer, bem como a sua fácil difusão, pelos diferentes serviços hospitalares.

3º Meio Ambiente de Trabalho: iluminação e condições termohigrométricas, constituído por 13 itens, os quais podem ser considerados de pouca relevância para os sujeitos deste estudo, uma vez que estas duas variáveis são controladas pela estrutura da organização, constituindo apenas uma preocupação teórica ou indireta, para os indivíduos que fazem parte deste estudo.

4º Exigências do Posto de Trabalho: fadiga física; ergonomia do posto de Trabalho; carga mental e contem 42 itens. Este é um assunto de uma grande pertinência, para os sujeitos deste estudo. Segundo Díaz Canepa (2013), carga mental é um conceito, que remete para a pressão cognitiva e emocional, resultante das exigências associadas ao exercício do trabalho. Embora muitos reconheçam (Gregg, 1994; González-Gutiérrez et al., 2005) que a fadiga física e a carga mental, são mais frequentes nos enfermeiros do que em outros profissionais, como por exemplo, diretores, pessoal da administração e

peçoal de serviços, a verdade é que, e de acordo com aqueles autores, existe uma grande escassez de estudos sobre este tema. Um dos traços que caracteriza a profissão de enfermagem é a quantidade de informação proveniente de várias fontes, muitas vezes em simultâneo e sobre a qual estes profissionais têm de tomar decisões rápidas. Para além da informação proveniente de monitores, equipamentos e de outras fontes, sobre determinado paciente, acontece ainda a variabilidade das situações de trabalho e a complexidade das técnicas de assistência praticadas. Tudo isto se traduz em exigências cognitivas e emocionais e à consequente carga mental e fadiga física. Gregg (1994), encontrou que a carga mental em enfermeiros, está associada ao tipo de doença dos pacientes, ao volume de pacientes atendidos e à proporção da jornada de descanso. Por sua vez Nogareda y Nogareda (1990) encontraram no serviço de urgência de um hospital, uma ampla presença de sintomas relacionados com a carga mental, como a dificuldade de concentração, problemas de memória, e sensação geral de fadiga. Nesta profissão, a carga mental, está associada ao aparecimento de erros e acidentes (Stager, Hameluck & Jubis, 1989; Lauridsen & Tonnesen, 1990), e o desenvolvimento de importantes problemas de saúde física e psicológica (Sluiter, Croon, Meijman & Frings-Dresen, 2003), entre outros.

5º Organização do Trabalho: jornada de Trabalho; ritmo de trabalho; automatização; comunicação; estilo de liderança e participação; estatuto e contem 54 itens. O conjunto de itens que integram a organização do trabalho, têm uma grande importância, para os sujeitos deste estudo. O trabalho hospitalar, implica um serviço ininterrupto durante 24 horas por dia e em todos os dias do ano, o que obriga a jornadas de trabalho por turnos, incluindo trabalho noturno. O trabalho por turnos, tem repercussões negativas para a vida dos respetivos profissionais, devido às interrupções dos ritmos circadianos, que ativam e desativam a atividade fisiológica, em ritmos regulares ao longo das 24 horas. Muitos autores (Harma 1993), defendem, que o pico da atividade de certas enzimas gastrointestinais, bem como a adrenalina e outras, que regulam a frequência cardíaca, temperatura do organismo etc, têm o seu pico de atividade, entre as 8 e as 20 horas. A alteração dos ritmos circadianos pode provocar a chamada “ patologia da turnicidade”, que se caracteriza por astenia, nervosismo, alterações do sono, fadiga, decréscimo da performance e muitas outras

manifestações, podendo chegar mesmo a erros técnicos de consequências irreversíveis para os usuários.

Também a comunicação entre colegas e superiores hierárquicos e os estilos de liderança, têm uma grande importância na avaliação das condições de trabalho, dos sujeitos em estudo. A comunicação entre colegas e superiores, pode traduzir-se em apoio social, que é um conceito interativo, através do qual as transações interpessoais, tomam lugar (Barrón, 1996; Rodríguez, 1995). O apoio social, por parte dos colegas e superiores, tem reflexos positivos na vida dos trabalhadores já que, previne ou reduz o stress no trabalho (Aranda-Beltrán et al., 2009; Gil-Monte y Peiró, 1997), assim como os níveis de burnout (Cronin-Stubbs and Rooks, 1985). Aranda-Beltrán et al., (2009), identificaram vários estudos os quais demonstram que as redes de apoio social, previnem problemas cardiovasculares, cancro, doenças degenerativas e metabólicas, doenças psicológicas e neurológicas entre outras.

A comunicação com os superiores hierárquicos, quando se traduz em feedback positivo, permite um aumento de autonomia profissional, aumento de autoeficácia e de auto-estima, assim como de performance no trabalho (Maluccio, 1981).

6ª Organização da Prevenção: Legislação; organização dentro da Empresa. Este fator é constituído por 20 itens. Existe legislação em termos qualitativos e quantitativos que permite a associação livre dos profissionais de enfermagem, bem como a possibilidade de reivindicação de muitos outros direitos, como direito à greve etc. Também há, organizações sindicais com representação dentro das organizações hospitalares, assim como a Ordem dos Enfermeiros (Colégio de Enfermería), que regulamenta o exercício destes profissionais. Mesmo antes dos trabalhadores de enfermagem terem alcançado o estatuto de autonomia, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) ao longo do século XX, emitiu várias recomendações, entre elas, a R39 sobre a duração do trabalho nos hospitais. Contudo, foi a R157, (Recommandation sur le personnel infirmier, 1977), que estabeleceu um conjunto de recomendações sobre o emprego, as condições de trabalho, a vida do pessoal de enfermagem e até mesmo do Ensino e Formação destes profissionais. Estas recomendações da OIT, geralmente são adotadas pelos estados membros, sendo Portugal um dos países que participou na fundação

deste Organismo em 1919, na sequência do Tratado de Versailles. Por isso, este assunto é pertinente para os sujeitos inquiridos no âmbito deste trabalho.

7º Objetos de Proteção Pessoal, constituído por 17 itens. Existem manuais de boas práticas, assim como objetos de proteção, especialmente nos serviços de maiores riscos, nomeadamente nos serviços de infetocontagiosas. Contudo, os profissionais nem sempre cumprem todos os protocolos para se auto - protegerem. Isso pode acontecer, ou pela urgência imposta por determinadas situações, que não se compadecem com os pormenores dos protocolos, ou por comodismo ou desleixo, em alguns casos, e também porque existe uma crença, inconsciente e errada nos profissionais de saúde, que a doença, só atinge os outros, os não profissionais.

8º Sintomas de Alerta e contém 7 itens. Este conjunto de itens diz respeito aos sintomas causados ou atribuídos ao próprio trabalho e incidem sobretudo, no cansaço, irritabilidade, dificuldade em dormir e em se concentrar e se recorre a tranquilizantes.

Todos os itens dos fatores entre 1 e 7 inclusive, foram codificados em: Sim, Não, Não Sei. Os sujeitos que assinalavam o Sim, queriam dizer, que se tratava de uma situação correta; uma resposta no Não, significa que os trabalhadores percebiam uma deficiência; uma resposta no Não Sei, significa que o trabalhador deveria solicitar formação ou informação sobre aquele assunto e uma resposta em branco, indica que naquele posto de trabalho, não existe aquele risco ou situação. No que se refere aos 7 itens do fator nº 8, existe uma escala, onde os sujeitos podem responder uma das 3 opções: 1 significa que aquele sintoma é sentido muitas vezes ou frequentemente; 2 significa às vezes; 3 significa, nunca.

3.2.4. Questionário de Desgaste Profissional de Enfermagem (QDPE), (anexo, 7). Este instrumento, da autoria de Moreno-Jiménez, Garrosa-Hernández, y González-Gutiérrez (1997), foi desenhado especificamente para avaliar o desgaste profissional, na profissão de enfermagem. Embora o Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach & Jackson (1981, 1986), continue uma referência obrigatória para os investigadores do burnout visto este instrumento, ter sido até agora, o mais utilizado na avaliação deste síndrome e o que mais contribuiu para a consolidação e divulgação do respetivo

conceito. Contudo, muitos investigadores que concebem o stress ocupacional como um processo (Cooper, Sloan, & William, 1990, e French, & Kahn, 1962, In. Moreno-Jiménez, Garrosa-Hernández e González-Gutiérrez, 2000), (Gil-Monte y Peiró, 1997, entre outros), defendem a elaboração de instrumentos mais abrangentes - e ao mesmo tempo mais específicos para cada profissão - que avaliem, não apenas o desgaste profissional em sentido restrito, mas incluam também outros elementos, suscetíveis de interferir com o stress, em todas as fases do processo, como sejam, os antecedentes e consequentes do síndrome e variáveis do próprio sujeito. Para estes autores, o desgaste profissional, pode ser entendido como o resultado de um processo de interação, no qual o sujeito procura ajustar-se ao seu meio laboral, em que os fatores ambientais são elementos desencadeantes do síndrome, enquanto que as variáveis pessoais, têm uma função facilitadora ou inibidora. Seguindo esta linha de raciocínio, o processo é modulado em cada uma das fases, por variáveis do próprio sujeito, cujo síndrome apareceria em função da vulnerabilidade ou resistência do individuo, e da incapacidade deste, para abordar de uma maneira ativa e positiva as fontes potenciais do stress (Moreno-Jiménez, Garrosa-Hernández, y González-Gutiérrez, 1997).

Assim, e tendo em conta os pressupostos atrás descritos, a construção do QDPE, teve por base o modelo transacional e interativo, no qual o síndrome resultaria, do contexto laboral específico, da profissão de enfermagem, das características individuais de cada sujeito e do tipo de enfrentamento adotado. Para abranger este leque de variáveis, a estrutura do QDPE, é constituída por 5 blocos, através dos quais se pretende recolher informação, tanto no que se refere ao síndrome, como aos fatores antecedentes e consequentes, assim como do próprio individuo.

Como antecedentes, foram incorporadas variáveis da organização hospitalar, características intrínsecas ao trabalho de enfermagem, estrutura e cultura organizacionais, problemas relacionados com definição de papéis, e relações interpessoais. No desgaste profissional propriamente dito, o QDPE, incluiu as três dimensões clássicas, propostas por Maslach & Jackson (1981; 1986): esgotamento emocional, despersonalização e falta de realização pessoal. Importa referir que os autores do QDPE, nesta ultima dimensão substituíram a versão original, “realização

peçoal” por, “falta de realização pessoal” por ser mais fácil esta última versão, quer em termos de interpretação de perfis, quer na obtenção do cálculo estatístico do desgaste profissional. Um terceiro bloco, diz respeito à Personalidade Resistente, ou Hardiness. Trata-se de um conjunto de características de personalidade, que segundo Gil-Monte, e Peiró (1997), funcionam como fonte de resistência perante acontecimentos stressantes. Um quarto grupo, é constituído por fatores de enfrentamento ou coping e consiste num conjunto de ações, que o indivíduo desenvolve para fazer frente a situações consideradas ameaçadoras e através das quais procura restabelecer o equilíbrio. O quinto e último bloco, diz respeito às consequências do desgaste profissional e que recaem sobre o indivíduo e a organização.

Para a elaboração do QDPE, os autores seguiram os seguintes passos: 1) Revisão bibliográfica sobre stress e desgaste profissional, incluindo uma revisão a outros instrumentos de medida, deste tema. O material recolhido, deu origem a um guião de entrevistas sobre desgaste profissional em enfermagem; 2) Com o guião assim construído, realizaram-se 24 entrevistas semiestruturadas a profissionais de enfermagem, representantes dos diversos estratos e áreas profissionais; 3) Depois de analisado o material resultante das entrevistas, foram criados dois grupos de discussão, a fim de reelaborar este material e aproximar alguns resultados discordantes; 4) O questionário resultante desta operação foi aplicado a 30 profissionais a fim de detetar possíveis dificuldades de preenchimento; 5) Constituído por 264 itens, o questionário final, foi aplicado a 389 enfermeiros/as, que desenvolviam a sua atividade em 5 grandes hospitais da cidade de Madrid. A análise descritiva desta amostra, permite-nos concluir que, 88%, dos sujeitos, eram mulheres e 11%, homens. A média de idades, situa-se nos 36 anos (DS= 7.37); média de experiência profissional, 14 anos (DS=7); e média de experiência de trabalho no mesmo posto, 9 anos (DS=6).

A estrutura interna do QDPE, isto é a composição de cada bloco (antecedentes, síndrome, consequentes, personalidade resistente, estratégias de enfrentamento), foi determinada, realizando uma análise fatorial ao universo de itens, pertencentes a cada bloco, em separado. Na análise fatorial, foi utilizado, o método de eixos principais, com

uma rotação oblíqua e no programa SPSS, 7.5. O critério de inclusão dos itens foi o de uma saturação superior a 0,40.

O bloco de antecedentes, dos 115 itens iniciais, ficou reduzido a 62, distribuídos por 7 fatores e que explicam 46,20% de variância total. Os fatores resultantes são: Interação conflitiva, 12 itens, com $\alpha=.86$; Sobrecarga de trabalho, 15 itens, $\alpha=.89$; Contacto com a dor e morte, 8 itens, $\alpha=.82$; Ambiguidade do papel, 6 itens, $\alpha=.79$; Monotonia da tarefa, 4 itens, $\alpha=.82$; Falta de coesão do grupo, 6 e $\alpha=.71$; e Supervisão, 11 itens, $\alpha=.86$. 2

O bloco de Desgaste Profissional ou burnout, dos 32 itens iniciais, ficou reduzido a 29, cujo $\alpha=.92$, distribuídos pelos 3 fatores “clássicos” que no conjunto, explicavam 41,24% da variância. Esgotamento emocional, 12 itens, $\alpha=.89$; Despersonalização, 12 itens, $\alpha=.83$; Falta de realização pessoal, 5 itens, $\alpha=.80$.

A Personalidade Resistente, dos 37 itens iniciais, permaneceram 21 itens, $\alpha=.86$, distribuídos por 3 fatores. O total de variância explicada para o conjunto de fatores, foi de 46,59%. Na denominação dos fatores, os autores do CDPE, seguiram a taxonomia de Kobasa e outros, 1981, 1982 (In., Gil_Monte y Peiró, 1997), que operacionalizou a Personalidade Resistente utilizando 3 conceitos: Compromisso, 8 itens, $\alpha=.81$; Reto, 7 itens, $\alpha=.81$ e Controlo, 6 itens, $\alpha=.75$. Compromisso significa empenhamento ou envolvimento; reto, significa desafio ou oportunidade para o desenvolvimento; Controlo, é a valorização dos próprios atos, ou a crença que alguém tem de que influencia os eventos.

Enfrentamento ou estratégias de coping: os 15 itens iniciais deram lugar a 11, distribuídos por 3 fatores: Busca de Apoio Social, 3 itens, $\alpha=.77$; Enfrentamento direto, 4 itens, $\alpha=.67$ e Evitação, 4 itens, $\alpha=.57$. A variância explicada para este fator, foi de 38,96%.

O bloco constituído por consequências continha 65 itens, dos quais permaneceram 61, distribuídos por 4 fatores e que explicavam 44,73% da variância total. Os fatores extraídos são: consequências psicológicas, 23 itens, $\alpha=.94$; consequências

organizacionais, 13 itens, $\alpha=.90$; consequências socio-familiares, 5 itens, $\alpha=.83$ e consequências físicas, 10 itens, $\alpha=.85$.

A versão definitiva do CDPE, é constituída por 174 itens, sendo que em cada um, existe uma escala tipo Likert de 1 a 4, na qual os sujeitos devem responder, e em que 1, significa totalmente em desacordo, e 4 totalmente de acordo.

A consistência interna das escalas, situa-se entre o razoável ($\alpha=.57$) e muito elevada, ($\alpha=.94$), sendo que na maioria dos fatores, situa-se acima de .80.

Em conclusão, QDPE para além de ser um instrumento fiável e válido, do ponto de vista estatístico, é também o mais abrangente do ponto de vista psicossocial, já que inclui todo o processo de desgaste profissional, não se limitando apenas aos sintomas do próprio síndrome. É também flexível, porque tanto podem ser utilizadas todas as componentes, ou apenas algumas, dependendo dos objetivos da investigação.

O QDPE, permite ainda recolher informação sobre variáveis sociodemográficas e profissionais como (sexo, idade, numero de filhos, habilitações profissionais, categoria profissional, anos de experiencia, situação laboral, horário fixo ou rotativo, numero de utentes que atendo por dia, percentagem de tempo junto do pacientes (anexo, 8).

4.RESULTADOS

4.1.CARACTERISTICAS DA AMOSTRA

4.1.1.Caraterísticas sociodemográficas

Como foi referido anteriormente, completaram o questionário, 285 profissionais de enfermagem que no momento em que se realizou este estudo, exerciam funções no Hospital Distrital de Faro (HDF), Portugal. Cinquenta e cinco (55), eram homens (19.30%) e 230, mulheres (80.70%), sendo que as suas idades oscilavam entre, 22 e os 62 anos, com média de idades de 35.10 anos e desvio padrão (DP) igual a 8.32.

Na tabela 1, pode ver-se, que quase três quartas partes da amostra, tem parceiro/a habitual; 74% (n=210).

Tabela 1. Distribuição simples da variável, relações de conjugalidade

Categorias		Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Sem parceiro/a		43	15,1	15,1
Parceiro/a	Não habitual	32	11,2	26,3
	Habitual	210	73,7	100,0
TOTAL		285	100,0	

A tabela 2, mostra que mais de metade dos sujeitos (55%), tem filhos, sendo que, a maioria deles, tem um ou dois filhos.

Tabela 2. Distribuição simples da variável, nº de filhos

Categorias		Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nenhum		128	44,9	44,9
Com filhos	Um filho	76	26,7	71,6
	Dois filhos	72	25,3	96,8
	Tres filhos ou mais	9	3,2	100,0
TOTAL		285	100,0	

Analisaram-se, as associações e relações existentes entre as variáveis que se acabam de descrever, tendo-se encontrado, os seguintes resultados significativos.

1. As variáveis, relação de conjugalidade e sexo, são dependentes, com χ^2 de Pearson (2, N=285)=7.21, p=0.027; ou seja, a probabilidade de não ter parceiro/a, e a de ter parceiro/a habitual é distinta, segundo o sexo (veja-se o gráfico 1), de maneira que:
 - a. A proporção de homens sem parceira/o, é significativamente menor do que se poderia esperar, se ambas as variáveis fossem independentes; sendo a proporção de mulheres, significativamente maior.
 - b. A proporção de homens, com parceira/o habitual, é significativamente maior que a esperada, caso as variáveis fossem independentes; sendo a proporção de mulheres significativamente menor.
 - c. A associação entre ambas as variáveis é débil, embora significativa, com um coeficiente de contingência igual a 0.157, p=0.027.

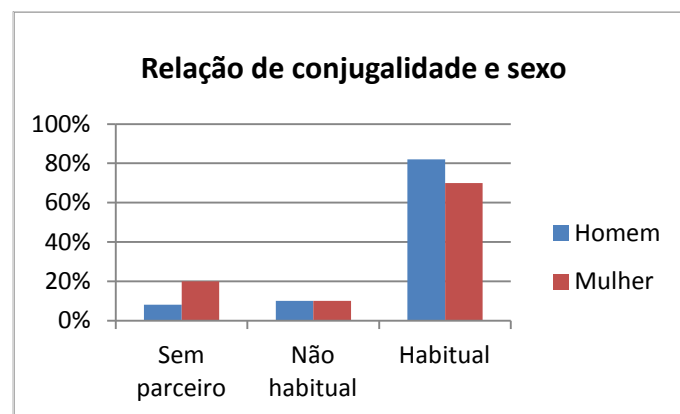


Gráfico 1. Relação de conjugalidade e sexo

2. A idade e o número de filhos, apresentaram uma associação positiva significativa, com τ (285)= 0.368, p < 0.01; de maneira que, quanto maior a idade, maior o número de filhos. Aplicou-se uma prova não paramétrica de correlação porque a variável número de filhos era ordinal e a distribuição da idade, diferia de forma significativa da distribuição normal, com K-S (Lilliefors) = 0.083, para 285 graus de liberdade, p < 0.01.
3. As variáveis, número de filhos e relação de conjugalidade, são dependentes, com χ^2 de Pearson (4, N=(276)=41.33, p < 0.01; a probabilidade de não ter filhos, ou ter entre um e dois, é diferente, segundo a relação de conjugalidade. Para efetuar esta análise, excluiu-se da variável número de filhos, a categoria

“três ou mais filhos”, em virtude da sua frequência ser muito baixa (n=9), e que impediria a interpretação da prova. Assim:

- a. A proporção de pessoas com parceiro/a habitual sem filhos, é significativamente menor do que seria de esperar, se ambas as variáveis fossem independentes; e o inverso, para as outras duas categorias da variável, relação de conjugalidade.
- b. Pelo contrário, a proporção de pessoas, com parceiro/a habitual com filhos, é significativamente maior do que a esperada, se tais variáveis fossem independentes, e o contrário, no caso das outras duas categorias da variável, relações de conjugalidade.

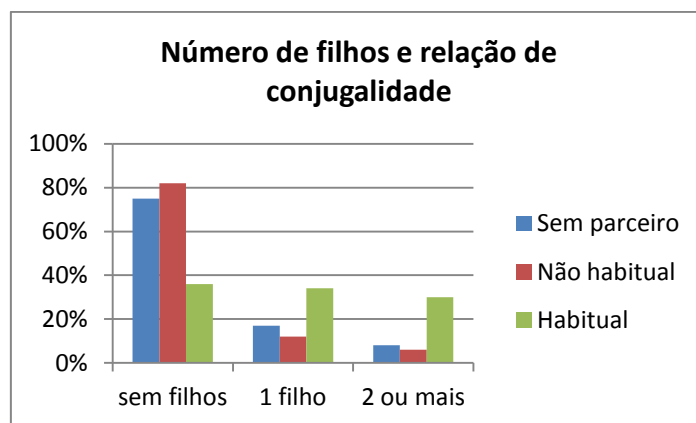


Gráfico 2. Nº de filhos e relação de conjugalidade

- b. Para determinar, o grau de dependência entre as duas variáveis, aplicou-se o coeficiente Eta, considerando a variável, número de filhos como quantitativa. O referido coeficiente, indicou que essa dependência é débil, com $\eta=0.362$.

Resumindo, poderá dizer-se que a amostra é constituída, maioritariamente por mulheres, cuja média de idades é, 35,47 anos (variável esta, que correlacionou de forma positiva e significativa com o número de filhos), relação de conjugalidade com companheiro habitual (ainda que numa proporção menor, àquela que se poderia esperar), e com um ou dois filhos. Há que assinalar também, que os homens que constituem esta amostra, na sua grande maioria, mantêm uma relação de conjugalidade, com parceira/o habitual.

4.1.2. Caraterísticas de instrução ou formação

Foram quatro as variáveis consideradas neste caso: o nível de estudos, especialidade em enfermagem, tipo de especialidade e outra formação de nível superior, realizada.

A análise descritiva das citadas variáveis, revelou que a maioria da amostra, poderia caracterizar-se do seguinte modo:

- Nível de estudos realizados, “bacharelato”(n=180; 63,16%; veja-se o Gráfico 3).

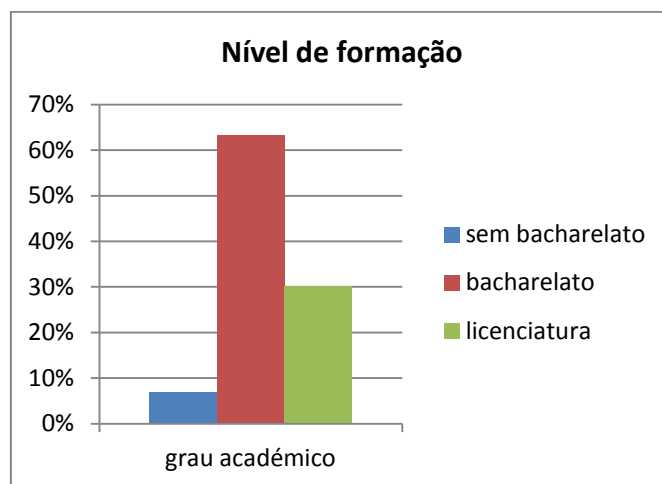


Gráfico 3. Nível de Formação da amostra.

- Não cursaram nenhum tipo de especialidade (n=230; 80,70%; veja-se o Gráfico 4).

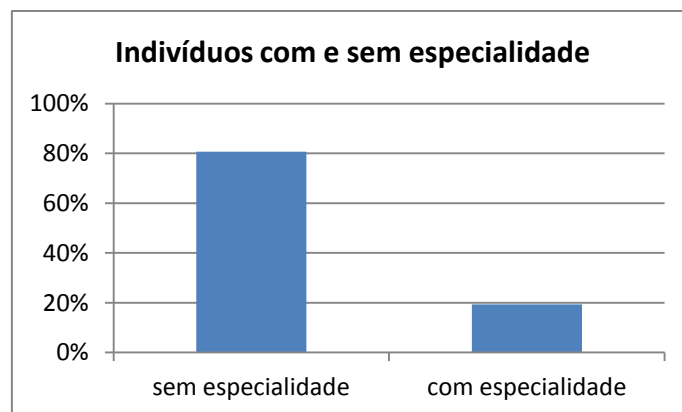


Gráfico 4. Indivíduos, sem e com Especialidade em Enfermagem

Dez indivíduos (n=10; 3,51%), têm outra formação de nível superior, sendo que (n=275; 96,49%) possuem apenas, formação em enfermagem. (ver Gráfico 5)

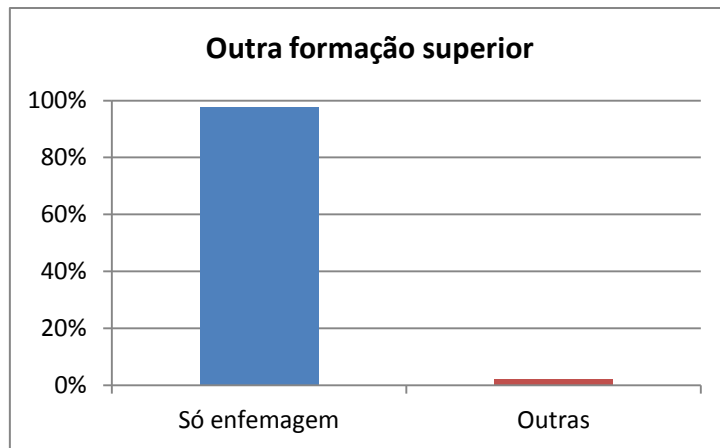


Gráfico 5. Outra formação de nível superior, para além da Enfermagem.

Por último, das 55 pessoas que manifestaram ter cursado uma especialidade e que representam, 19,30% do total da amostra, a que mais elegeram foi “Obstetrícia” (n=16, aproximadamente 29%, desta subamostra); para as restantes especialidades, consulte o Gráfico 6.

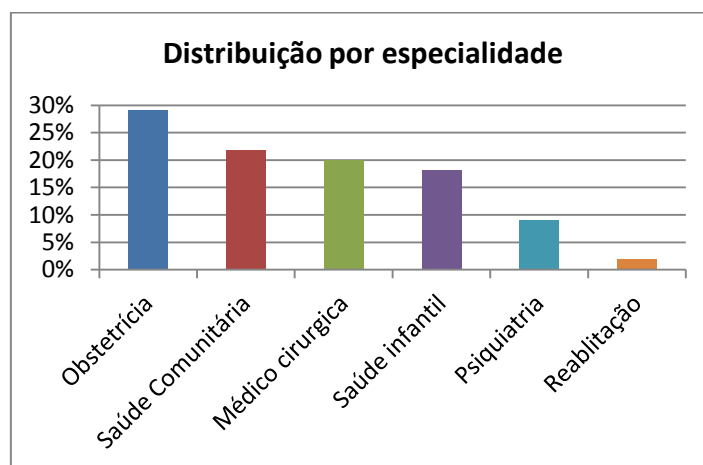


Gráfico 6. Tipo de especialidade em Enfermagem.

4.1.3. Caraterísticas profissionais da amostra e seus efeitos sobre o síndrome de desgaste profissional

Neste caso, foram consideradas as seguintes variáveis:

- Anos de experiência profissional.
- Categoria profissional atual.
- Anos de experiência na categoria profissional atual.

- Situação laboral.
- Serviço em que desempenha o trabalho profissional.
- Horário.
- Sobre - emprego.
- Número de pacientes a seu cargo.
- Número de horas de trabalho por semana.
- Percentagem de tempo, que passa, em interação com os doentes, durante a jornada de trabalho.

Os principais parâmetros descritivos destas variáveis, apresentam-se na Tabela 3 (as variáveis numéricas) e nos Gráficos de 7 a 11 (as variáveis categóricas).

Tabela 3. Estatística descritiva: características profissionais da amostra.

	Anos de experiência profissional	Anos de experiência na atual categoria	Número de utentes a seu cargo, por turno	Número de horas de trabalho por semana
Numero de casos	285	285	285	285
Máximo	37	28	100	80
Mínimo	0,50	0,50	0,00	0,00
Média	11,9439	5,9211	11,6246	41,8596
Desvio Padrão	7,8582	4,7440	14,0424	9,3981

Segundo os dados obtidos, a amostra utilizada neste estudo, tem uma experiência profissional média de 11,94 anos, é constituída maioritariamente por enfermeiros/as graduados/as, com uma experiência média, na atual categoria de aproximadamente 6 anos, com uma situação laboral considerada estável, pois a maioria deles, pertence ao quadro do Hospital Distrital de Faro (Portugal), trabalhando em Serviços de Internamento ou Urgências, em horário rotativo, sendo este, fundamentalmente o seu único trabalho, no qual pode atender uma média de 14 pacientes por dia, trabalhando quarenta horas semanais, e passando entre 61% e 80%, de tempo, em interação com os doentes.

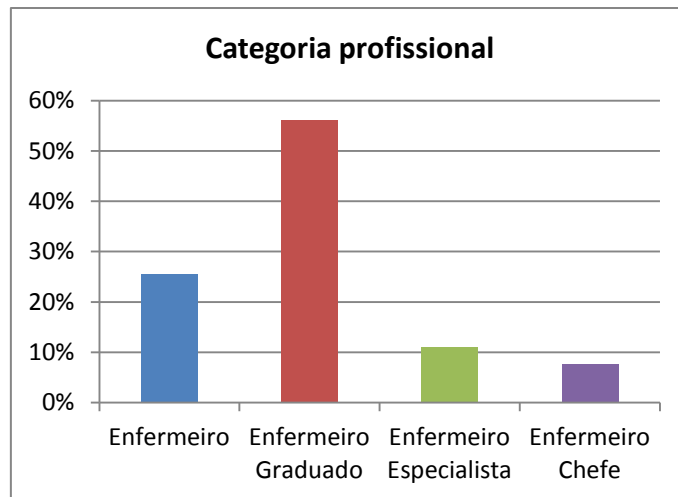


Gráfico 7. Distribuição da amostra, segundo a categoria profissional.

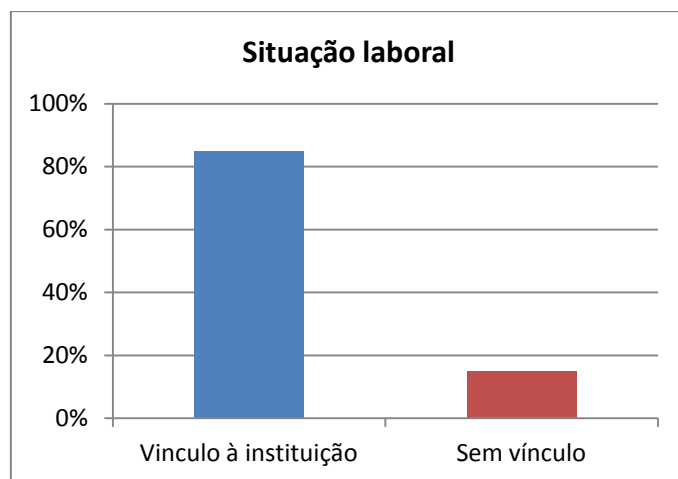


Gráfico 8. Situação laboral; indivíduos com e sem vínculo, à instituição.

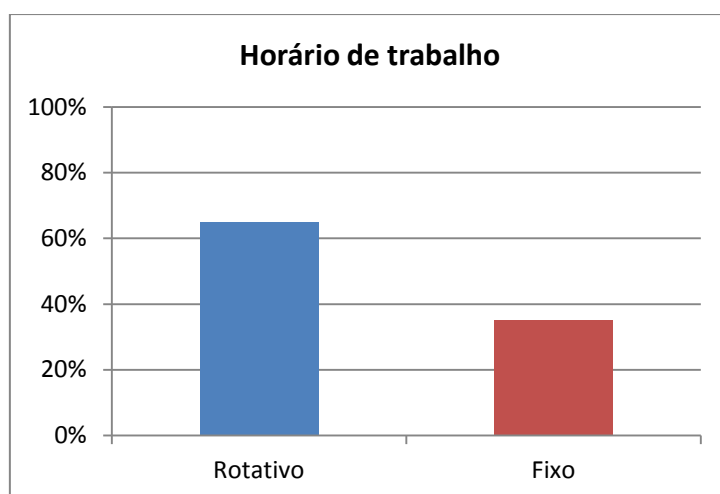


Gráfico 9. Horário rotativo e fixo

Em relação ao serviço onde trabalham, 160 sujeitos (56%), exercem a sua função, nos diversos serviços de internamento, incluindo nestes, serviços de medicina e cirurgia gerais, bem como as especialidades, enquanto que, 116 (44%) dos indivíduos, trabalha nos serviços de urgência geral e pediátrica (Gráfico 10).

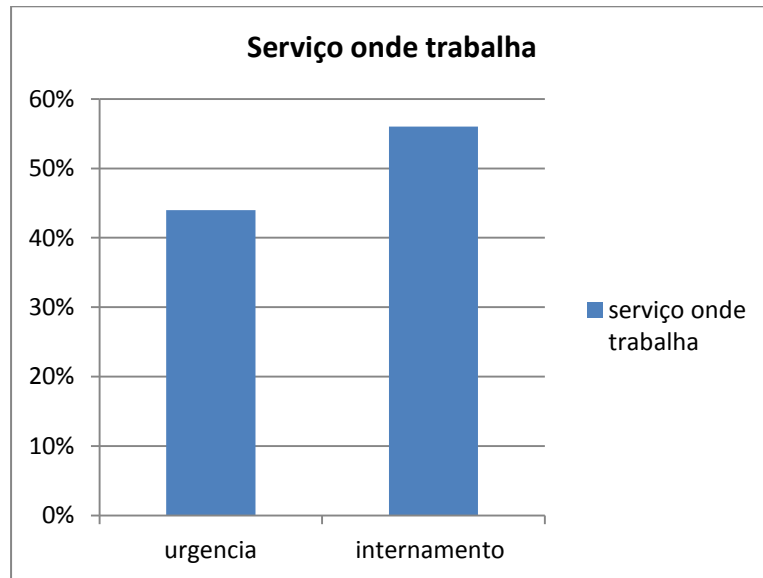


Gráfico 10. Distribuição dos sujeitos, segundo o serviço onde trabalham

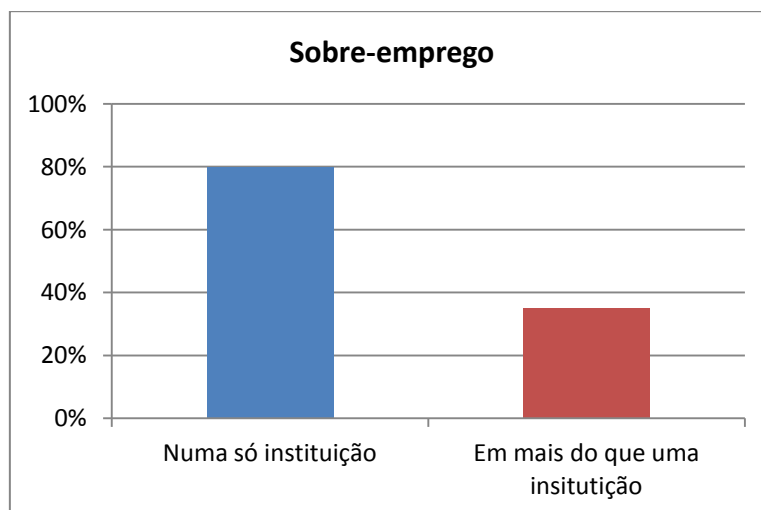


Gráfico 11. Indivíduos, com e sem sobre-emprego

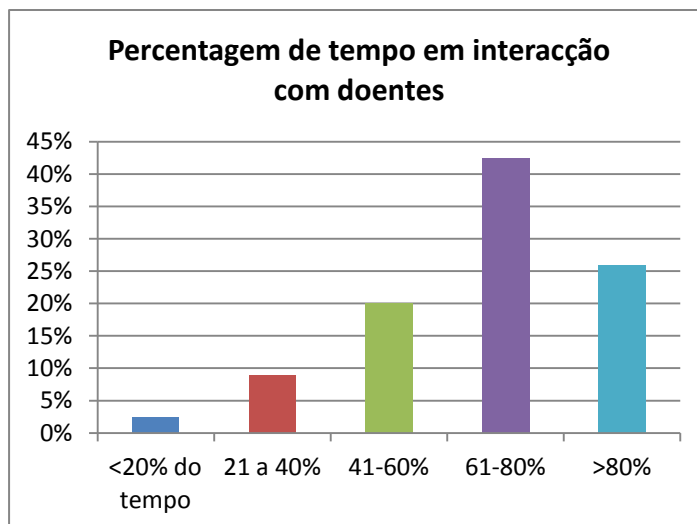


Gráfico 12. Percentagem de tempo, por dia, em interacção com o doente.

Para analisar o efeito destas variáveis, sobre o síndrome de desgaste profissional, procedeu-se do seguinte modo: em primeiro lugar, com as quatro variáveis medidas de forma métrica, realizou-se uma análise de componentes principais, com o objetivo de utilizar as pontuações fatoriais, numa posterior análise de regressão múltipla e evitar assim, o problema da multicolinealidade. A referida análise, indicou que era possível identificar dois fatores. O primeiro fator, explica 43,01% do total de variância, e saturam nele, de forma positiva, as variáveis “experiência profissional em anos” e “experiência em anos na atual categoria profissional”. O segundo fator, explica 26,39% da variância e saturam nele, também de forma positiva, as variáveis “número de pacientes a seu cargo” e número de horas de trabalho por semana”. O primeiro fator, foi denominado “experiência” e o segundo “carga”. Na tabela 4 encontra-se a solução fatorial e os respetivos fatores.

Tabela 4. Análise de Componentes Principais das variáveis profissionais

Carga dos fatores retidos, após a rotação varimax			
Variáveis	Fator 1	Fator 2	Comunalidade
Experiencia profissional	0,8718	-0,0882	0,7678
Experiência na categoria	0,8571	0,1132	0,7475
Número de utentes	0,2381	0,8238	0,7353
Número de horas	-0,4110	0,5970	0,5254
Variância	1,7203	1,0557	
% de Variância	43,01%	26,39%	
% de Variância acumulada	43,01%	69,40%	

Com as pontuações fatoriais obtidas, realizaram-se tantas análises de regressão múltipla, como dimensões do síndrome de desgaste profissional foram medidas. Nenhum deles demonstrou um efeito do modelo de regressão sobre o síndrome. Contudo, foi possível detetar um efeito simples, do fator experiência, sobre o esgotamento emocional, indicativo de uma covariação inversa, entre a experiência e a referida dimensão, do esgotamento emocional, de maneira que quanto maior experiência, menor esgotamento emocional, com um valor para T de Student, igual a -2,2922 ($p=0,0219$), embora este efeito só explique, aproximadamente, 1% da variância (veja-se a Tabela 5).

Tabela 5. Análise de regressão, esgotamento emocional, por experiência e carga

		Experiência	Carga					
Esgotamento		-0,1352	-0,0005					
Experiência			0,0000					
Coeficiente de determinação: 0,0183								
Coeficiente de correlação múltipla: 0,1352								
Coeficiente de correlação alfa: 2,2713								
Variáveis	Média	Desv. Padrão	Coeficiente regressão	Error Standar	T de Student	Coeficiente correlação parcial	Soma dos quadrados acrescentada	Proporção da Variância acrescentada
Esgotamento emocional	2,2713	0,4984						
Experiência	0,0000	1,0018	-0,0673	0,0294	-2,2922 P=0,02109	-0,1352	1,2902	0,0183
Carga	0,0000	1,0018	-0,0002	0,0294	-0,3797 P=0,9933	-0,0005	0,0000	0,0000
							1,2902	0,0183
Análise de variância								
Fonte de variação			Graus de liberdade		Soma dos quadrados		Média de quadrados	
Devida à regressão			2		1,2902		0,6451	
Resíduo			282		69,2481		0,2456	
Variância Total			284		70,5384			
F de Sndecor com 2 e 282 graus de liberdade =2,6271 ($p=0,0741$)								

Por último, relacionou-se a idade (a outra variável de controlo que se havia mostrado ativa a respeito do síndrome de desgaste profissional) e a experiência, comprovando-se, que ambas as variáveis correlacionam de forma direta e significativa, $r(285) = 0,8331$, $p = 0,00001$; de maneira que com a idade, aumenta a experiência.

Considerando o exposto, tomou-se a decisão de só utilizar a variável experiência em análises posteriores, que empregassem o esgotamento emocional como variável dependente.

4.2. ANÁLISE DOS EFEITOS DAS PRINCIPAIS VARIÁVEIS INDEPENDENTES

4.2.1. Análise descritiva das principais variáveis independentes

Na Tabela 6, apresentam-se os principais parâmetros descritivos, das variáveis independentes, implicadas no modelo de Harrison.

Num primeiro bloco, considerou-se a motivação social, medida com a escala “Interesse pela Comunidade”, resultante da estrutura fatorial, realizada por Chacón Fuertes e Vecina Jiménez (1999) ao Questionário de Motivações dos Voluntários de Omoto y Snyder (1995).

A medida utilizada é a pontuação média dos 5 itens que compõem a referida escala, sendo os valores médios observados na nossa amostra 5,37, (DS=1,05). A média observada, pode ser considerada alta, se tivermos em conta que a amplitude teórica da referida escala, é de 1 a 7, o que pressupõe, que a amostra concede um alto grau de importância, à motivação social (interesse pela comunidade).

O segundo bloco, é dedicado às condições de trabalho e inclui, dois tipos de medida. O primeiro tipo, é constituído pela valoração média das condições de trabalho, os equipamentos de proteção, os sintomas de alerta fisiológico e a frequência com que os sintomas físicos, são atribuídos ao trabalho, segundo o Questionário de Autoavaliação das Condições de Trabalho, da Agência Nacional francesa para a Melhoria das Condições de Trabalho (1984). O segundo tipo de medida é composto, pelas pontuações médias amostrais, nos fatores, antecedentes do desgaste profissional, avaliados pelo Questionário de Desgaste Profissional de Enfermagem (Moreno Jiménez, Garrosa Hernández y González Gutiérrez, 1997).

Considerando, as pontuações médias das condições de trabalho e a amplitude teórica, destas escalas que vai de 0 a 3, exceto a escala de “sintomas atribuíveis ao trabalho”, cujo valor mínimo é 1, poderia dizer-se, que em todas as escalas das condições de trabalho, os sujeitos detetam deficiências, sendo as que chamam mais à atenção, as deficiências encontradas nas “medidas preventivas”, que a empresa pode adotar (média 2,11) e no “alerta fisiológico”, associado às exigências do posto de trabalho, cuja média é 2,31.

No que diz respeito, aos antecedentes do síndrome de desgaste profissional, consideramos aqui como condições de trabalho específicas da profissão de enfermagem, se considerarmos que a amplitude teórica destes fatores vai de 1 a 4 e tendo em conta as médias observadas na amostra, poderia dizer-se que a esta, lhe afeta de forma fundamental, o fator “Contacto com a morte e a dor”.

Tabela 6. Principais estatísticas descritivas das variáveis independentes

Variáveis	Medidas	N	Rango	Mín.	Máx.	Média	Dv.típ.
<i>Motivação social</i>	Interesse pro-social	285	5,00	2,00	7,00	5,37	1,0522
<i>Condições de Trabalho</i>	Segurança	285	2,37	,21	2,58	1,67	,3698
	Contaminantes	276	1,89	,68	2,58	1,83	,2969
	Meio ambiente	285	2,75	,25	3,00	1,90	,4944
	Exigências do posto	285	2,35	,58	2,92	1,98	,4198
	Organização do trabalho	284	1,74	1,14	2,88	1,71	,2726
	Medidas preventivas	284	1,81	1,06	2,88	2,11	,3112
	Equipamento proteção	283	2,06	,53	2,59	1,67	,4042
	Alerta fisiológico	283	3,75	,19	3,94	2,31	,5024
	Sintomas	285	3,00	1,00	3,00	1,80	,3678
<i>Antecedentes do Desgaste Profissional</i>	Interação conflitiva	284	2,67	1,00	3,67	2,56	,4165
	Sobrecarga trabalho	283	2,47	1,53	4,00	2,61	,4310
	Contacto com a morte e a dor	284	3,25	,75	4,00	3,13	,4670
	Ambiguidade do papel	284	2,50	,83	3,33	2,38	,2898
	Monotonia da tarefa	285	2,75	1,00	3,75	1,94	,4966
	Falta de coesão grupo	285	1,33	1,67	3,00	2,28	,2906
	Supervisão	282	1,82	1,45	3,27	2,44	,2974
<i>Autoeficácia</i>	Autoeficácia Geral	285	2,60	1,40	4,00	3,46	,3916
	N válido (segundo a lista)	266					

Por último, no terceiro bloco, inclui-se a pontuação média da Escala de Autoeficácia Geral Percebida de Schwarzer (1993), cuja amplitude teórica vai de 1 a 4, enquanto que a amplitude observada vai de 1,4 a 4, com uma pontuação, média mais próxima do valor máximo, do que do mínimo e igual a 3,46 e com um Desvio Padrão, igual a 0,3916. Pelo que é possível afirmar, que a amostra tende mais para a autoeficácia, do que para a ineficácia pessoal.

Resumindo, em termos gerais as pessoas inquiridas consideram que:

1. A motivação social é bastante importante para o desempenho da profissão de enfermagem.
2. As condições sob as quais eles realizam o seu trabalho, são avaliadas na sua maioria, como deficientes. Contudo, são o contacto com a dor e a morte, os fatores mais difíceis de enfrentar.
3. Apesar disso, estas pessoas desenvolveram um nível de autoeficácia que poderia ser qualificado de moderadamente alto.

4.2.2. Contrastes de medidas com os valores das principais variáveis independentes

Por meio do teste t de Student, contrastaram-se os valores médios amostrais, dos principais fatores do estudo, com os valores médios das populações que foram utilizadas no processo de validação, dos instrumentos originais, os quais, constituíram os instrumentos de medida, neste estudo. Assim, os valores médios amostrais dos antecedentes do desgaste profissional, foram contrastados com os valores médios da população utilizada por Moreno Jiménez, Garrosa Hernández y González Gutiérrez (1997), para elaboração do Questionário de Desgaste Pessoal de Enfermagem. A referida amostra, era composta por 389 pessoas, que exercia a profissão em enfermagem, em 5 hospitais de Madrid capital, dos quais 88% eram mulheres e 11% homens, com uma média de idades aproximadamente de 36 anos (Desv. Padrão=7,37), com uma média de 14 anos de experiência profissional (Desv. Padrão=7) e 9 anos de experiência na mesma categoria. Todos estes parâmetros, são muito semelhantes aos da amostra, deste estudo.

Os resultados dos contrastes, encontram-se na Tabela 7, na qual se pode comprovar a existência de diferenças estatísticas, significativas, entre os dois grupos, em todos os fatores, antecedentes do desgaste profissional, de maneira que, a amostra do estudo obteve pontuações médias mais baixas, em todos os fatores antecedentes, salvo na falta de coesão, na qual se obteve uma pontuação mais alta, indicativa do desacordo com a afirmação, que o referido fator, afeta o desenvolvimento do trabalho profissional, dos sujeitos.

Portanto, poderíamos dizer que de todos estes fatores o “contato com a morte e a dor” é o único que parece afetar a amostra do estudo, embora em menor medida que em outros profissionais de saúde.

Haveria que acrescentar a tudo isso, que o valor médio amostral em autoeficácia foi, de forma significativa mais alto que o obtido por Schwarzer et al. (1997), ao validar a Escala de Autoeficácia Geral Percebida, numa amostra de estudantes universitários de nacionalidade Costarrriquenha, o que vem a reforçar mais a ideia, de que se trata de uma amostra com um nível de autoeficácia alto.

Tabela 7. Contraste das medidas amostrais dos principais fatores, com valores médios normativos.

Variáveis	Amostra		Pessoal de enfermagem N=389		Contraste	
	Média	SD	Média	SD	t-test	Prob.
Interação conflitiva	2,56	,42	2,76	,49	-8,002	,0001
Sobrecarga de trabalho	2,61	,43	2,78	,49	-6571	,0001
Contacto com a morte e a dor	3,13	,47	3,22	,44	-3,366	,001
Ambiguidade do papel	2,38	,29	2,50	,49	-7,165	,0001
Monotonia da tarefa	1,94	,50	2,52	,63	-19,67	,0001
Falta de coesão do grupo	2,28	,29	2,10	,49	10,706	,0001
Supervisão	2,44	,30	2,63	,53	-10,81	,0001
Autoeficácia	Amostra		Costarriquenha N=953		Contraste	
	Média	SD	Média	SD	t-test	Prob.
	3,46	,39	3,32	,43	5,990	,0001

4.2.3. Amotivação social e as condições de trabalho, como variáveis predictoras da autoeficácia

O modelo de Harrison, estabelece que a motivação social e a avaliação das condições de trabalho, interagem para predizer a autoeficácia, de maneira que uma alta motivação pro-social, gerará, baixas ou altas expectativas de autoeficácia, segundo a avaliação das condições de trabalho, seja negativa ou positiva.

Para testar esta primeira predição do modelo, e dado o elevado número de indicadores das condições de trabalho observados, primeiro, calculou-se a matriz de correlações entre as referidas variáveis, com o fim de determinar se era ou não possível, reduzir o seu número. Na Tabela 15 (pode ser consultada no final deste capítulo de resultados), pode ver-se a referida matriz de correlações, na qual se pode comprovar, que a maioria das correlações são significativas; o que também é indicado pelo valor do determinante da matriz, que é muito baixo. A alta intercorrelação encontrada, indica, que estes dados podem ser adequados para realizar uma análise fatorial, o que se confirmou mediante o Test de Bartlett (Chi-Quadrado, para 120 graus de liberdade, igual a 952,037; $p=,0001$) e o índice *KMO* de Kaiser-Mayer-Olkin ($,816$),

que pode ser qualificado de meritório. Portanto, procedeu-se à realização da análise fatorial, retendo todos os fatores, com um valor próprio maior que 1 e empregando a rotação Varimax. Assim, obtiveram-se quatro fatores, como se mostra na tabela 8, cuja variância total explicada é, 52,15%.

Tabela 8. Resultados da análise de componentes principais e variância total explicada

Componente	Auto valor inicial			Soma das saturações		
	Total	% da variância	% acumulada	Total	%da variância	% acumulada
1	4,178	26,111	26,111	2,404	15,023	15,023
2	1,644	10,275	36,386	2,290	14,313	29,335
3	1,358	8,489	44,875	2,024	12,651	41,986
4	1,165	7,282	52,157	1,627	10,171	52,157
5	,990	6,185	58,343			
6	,929	5,804	64,146			
7	,831	5,192	69,339			
8	,748	4,676	74,015			
9	,685	4,281	78,296			
10	,677	4,230	82,526			
11	,584	3,652	86,178			
12	,565	3,529	89,707			
13	,512	3,203	92,910			
14	,419	2,618	95,528			
15	,380	2,374	97,902			
16	,336	2,098	100,000			

O primeiro fator, apresenta um valor próprio igual a 4,178, explica 26% da variância total e foi denominado “*Ambiente do Posto*” de trabalho, já que nele saturam de forma positiva as seguintes subescalas: segurança; contaminantes ambientais; meio ambiente; medidas de prevenção adotadas e equipamento de proteção pessoal.

O segundo fator, tem um valor próprio de 1,644, explica quase 11% da variância total, tendo sido denominado “*Carga do posto*” de trabalho, pois nele saturam de forma positiva as subescalas: sobrecarga; exigências do posto; organização do trabalho; alerta fisiológico e sintomas atribuíveis ao trabalho.

O terceiro fator apresenta um valor próprio igual a 1,358 e explica mais de 8% da variância. A este fator se denominou “*Organização do trabalho e execução da tarefa*”, e nele saturam de forma positiva as subescalas: ambiguidade do papel; monotonia da tarefa; falta de coesão e supervisão.

Por último, o quarto fator, apresenta um valor próprio igual a 1,165 e explica aproximadamente 7% da variância total. Foi denominado “Relações” e saturam nele, de forma positiva, os indicadores: interação conflitiva e contacto com a dor e a morte.

Tabela 9. Matriz de componentes rodados

Variáveis	Componentes			
	1 Ambiente de trabalho	2 Carga	3 Organização	4 Relações
Interação conflitiva	9,386E-02	,0271	,391	,621
Sobrecarga	6,862E-02	,663	,279	,458
Contacto com a morte e a dor	,118	6,447E-04	-,113	,739
Ambiguidade do papel	,266	-5,884E-02	,689	,241
Monotonia da tarefa	-2,788E-02	,182	,645	-4,237E-02
Falta de coesão	5,148E-02	,179	,591	-,229
Supervisão	,168	,121	,593	,419
Segurança	,653	,113	,122	3,010E-02
Contaminantes ambientais	,744	8,175E-02	5,622E-02	9,660E-02
Meio ambiente	,578	,358	-9,121E-02	,167
Exigência do posto de trabalho	,354	,750	-4,825E-02	,167
Organização do trabalho	,253	,692	,162	4,322E-02
Medidas preventivas	,704	6,793E-03	,156	7,250E-02
Equipamentos de proteção pessoal	,510	,293	4,202E-02	-,149
Alerta fisiológico	,120	,319	5,638E-02	-,299
Sintomas atribuíveis ao trabalho	-1,824E-02	,565	,325	-,114

Os índices sombreados têm índices de saturação significativa

A seguir, procedeu-se à realização de uma análise de regressão, pelo método de passos sucessivos, utilizando como variáveis preditoras, a motivação social (Interesse pela Comunidade) e cada um dos fatores, antes mencionados e como variável dependente a autoeficácia.

Os resultados expostos na Tabela 10, podem comprovar: Em primeiro lugar, o ajustamento do modelo de regressão aos dados, com $F(2,265)=8.4$, $p=,0001$. Segundo, a inclusão no modelo, das variáveis “interesse pela comunidade” e “carga associada às exigências do posto de trabalho”, com valores respetivos da prova de significação t iguais a 3,208 ($p=,001$) e -2,155 ($p=,032$) e uns coeficientes ou pesos de predição respetivos, iguais a ,192 e -,129; de maneira que, altas pontuações na variável de motivação social e baixas pontuações nas deficiências observadas nas condições de trabalho, predizem, altas pontuações em autoeficácia. Em terceiro lugar, se expõem os dados relativos à exclusão do modelo do resto das variáveis consideradas, isto é: “meio ambiente do posto, organização do trabalho e realização da tarefa” e “relações”, com uns pesos de predição respetivos, muito baixos, se tivessem sido

incluídas na equação: -0,054; 0,001 e 0,013; o que vem a indicar que as suas correlações parciais com a variável de critério (autoeficácia) são insignificantes. Além disso, os seus índices de tolerância próximos do valor 1, indicam que não estão relacionadas com as variáveis predictoras incluídas na equação. Por último, em quarto lugar, pode comprovar-se que o modelo correlaciona de forma significativa com a variável critério ($r=0,244$); explicando as variáveis predictoras mais do 5% da variabilidade da variável critério.

Estes resultados permitem afirmar, de acordo com o modelo de Harris, que a motivação social e a avaliação das condições de trabalho, são variáveis predictoras da autoeficácia, falta contudo comprovar, se esta guarda algum tipo de associação com o síndrome de desgaste profissional.

Tabela 10. Análise de Regressão por passos, da variável autoeficácia por motivação social e condições de trabalho

Parte I Análise de variância	Fonte de variação	S.C.	Gl	M.C.	F	Sig.
	Regressão	2,436	2	1,21	8,400	,000
	Residual	38,434	265	,145		
	Total	40,870	267			
Parte II Variáveis incluídas	B	Error típ	Beta	T	Sig.	
(constante)	3,071	,123		24,996	,000	
Interesse Comunitário	7,246E-02	,023	,192	3,208	,001	
Carga associada às exigências do posto	-5,057E-02	,023	-,129	-2,155	,032	
Parte III Variáveis excluídas	Beta	T	Sig.	Correlação parcial	Tolerância	
Ambiente do posto	-,054	-,902	,368	-,055	,997	
Organização trabalho	,001	,021	,983	,001	,999	
Relações	,013	,213	,832	,013	,981	
Parte IV Resumo do modelo			Múltiplo R		R Quadrado	
Coefficiente de correlação			,244		,060	

4.2.4. Associação entre a autoeficácia e o síndrome de desgaste profissional

A segunda predição do modelo de Harrison, estabelece que existe uma associação inversa, entre a autoeficácia e o síndrome de desgaste profissional, de tal maneira que um alto grau de autoeficácia, correlaciona com um baixo nível de desgaste profissional e vice-versa. Para testar esta hipótese, realizou-se uma análise de correlações bivariadas, entre as pontuações de autoeficácia e as pontuações das distintas medidas do síndrome de desgaste profissional, cujas principais estatísticas descritivas se apresentam na Tabela 11.

Tendo em conta, que a amplitude teórica destas variáveis, está compreendida entre um valor mínimo igual a 1 e um valor máximo igual a 4, pode estimar-se que os valores médios, apresentados na tabela referida anteriormente, são moderados, destacando o

valor médio da variável, esgotamento emocional e das consequências organizacionais, sociofamiliares e físicas.

Tabela 11. Estatísticas descritivas do síndrome de desgaste profissional

Variáveis	Medidas	Média	Desvio Padrão	N
Dimensões do desgaste profissional	Esgotamento emocional	2,2298	,4797	285
	Despersonalização	1,9029	,3353	284
	Falta de realização pessoal	1,8211	,4047	284
Desgaste profissional	(pontuação total)	1,9845	,3476	283
Consequências do desgaste	Psicológicas	1,9690	,4153	282
	Organizacionais	2,1166	,5244	285
	Sociofamiliares	2,4084	,5307	285
	Físicas	2,1046	,4709	284

Na Tabela 12, apresenta-se a matriz de correlações entre a autoeficácia e cada uma das anteriores medidas do síndrome de desgaste profissional, assinalando-se (*em negrito*), os índices de correlação, com o nível de significação igual a 0,05.

Como se pode comprovar na referida tabela, de acordo com a predição do modelo de Harrison, obtiveram-se correlações significativas de carácter negativo entre as pontuações de autoeficácia e as seguintes medidas do síndrome de desgaste profissional: esgotamento emocional ($r=-,159$), falta de realização pessoal ($r=-,165$), desgaste profissional ($r=-,168$), consequências psicológicas ($r=-,227$) e organizacionais ($r=-,142$).

Agora bem, dada a associação encontrada antes, entre a experiência profissional e o esgotamento emocional, realizou-se uma análise de correlação parcial, entre a autoeficácia e esta última variável,(esgotamento) controlando o efeito da primeira (experiência). O resultado indica, um índice de correlação igual a $-,1463$ (significação bilateral= $,014$), que resultou ser menor, do que o obtido antes, entre a autoeficácia e o esgotamento emocional. O que vem a reforçar mais a predição do modelo de Harrison e sublinha a ideia, de que o efeito da experiência profissional, pode somar-se ao da autoeficácia, para predizer, níveis baixos de esgotamento emocional.

Por outro lado, como as consequências do síndrome de desgaste profissional, podem ser moderadas pelo efeito de outras variáveis distintas da autoeficácia, como sejam a personalidade resistente e as estratégias de enfrentamento, realizaram-se tantas análises de correlação parcial entre autoeficácia e consequências do desgaste profissional, como medidas de personalidade resistente e enfrentamento se tomaram.

Tabela 12. Matriz de correlações entre autoeficácia e desgaste profissional

		Autoeficácia	Dimensões do burnout			Desgaste profissional	Consequências			
			Esgotamento emocional	Despersonalização	Falta de realização pessoal		Psicológicas	Organizacionais	Socio familiares	Físicas
Autoeficácia										
Dimensões	Esgotamento Emocional	-,159								
	Despersonalização	-,095	,569							
	Falta de realização pessoal	-,165	,562	,651						
Desgaste profissional		-,168	,863	,838	,857					
Consequências	Psicológicas	-,227	,608	,558	,558	,652				
	Organizacionais	-,142	,614	,479	,479	,635	,570			
	Sociofamiliares	-,075	,520	,303	,303	,461	,498	,459		
	Físicas	-,084	,542	,429	,429	,542	,750	,465	,459	

Os coeficientes que correlacionam de forma significativa estão em negrito

Os resultados obtidos nas referidas análises, expõem-se na Tabela 13, na qual é possível comprovar, que com respeito à relação entre autoeficácia e as consequências psicológicas, o controlo dos efeitos das variáveis que representam a personalidade resistente e as estratégias de enfrentamento, diminuíram em todos os casos o coeficiente de correlação de ordem zero encontrado antes, entre ambas as variáveis, salvo no caso da estratégia evitação, no qual o referido coeficiente experimentou um aumento. O que parece indicar que estas variáveis, salvo a evitação, unem os seus efeitos, à autoeficácia para predizer níveis baixos de consequências psicológicas.

O mesmo ocorreu praticamente, com a relação entre a autoeficácia e as consequências organizacionais, embora neste caso, o controlo dos efeitos das dimensões da personalidade resistente, deu como resultado índices de correlação parcial insignificantes entre ambas as variáveis; isto é, o efeito da autoeficácia sobre as consequências organizacionais, do desgaste profissional, parece que está controlado por tais dimensões de personalidade.

Para confirmar este extremo, realizou-se uma análise de regressão linear múltipla, mediante o método de passos sucessivos, utilizando como variáveis preditoras a autoeficácia e as dimensões da personalidade resistente. Os resultados obtidos apresentam –se na Tabela 14.

Tabela 13. Correlações parciais entre autoeficácia e consequências do burnout, controlando o efeito das estratégias de enfrentamento

Estratégias de enfrentamento	Autoeficácia e Consequências do burnout		
		Consequências Psicológicas	Consequências Organizacionais
Personalidade Resistente			
	Compromisso	-,1515 (.011)	-,0225(.708)
	Reto	-,2025(.001)	-,0974 (.105)
	Controlo	-,1843 (.002)	-,0984(.100)
	Total	-, 2275(.000)	-,1212(.044)
Procura de Apoio	Social	-,1999(.001)	-,1236 (.039)
Enfrentamento	direto	-,2151(.000)	-,1372(.022)
Evitação		-,2322 (.000)	-,1453 (.015)

Na referida tabela pode comprovar-se:

1. O ajustamento do modelo de regressão aos dados, com um valor de F de Snedecor, para 2 e 278 graus de liberdade, igual a 34,75 ($p=,0001$).
2. A inclusão no modelo das variáveis “compromisso” e “controlo”, com valores respetivos da prova de significação t iguais a -6,536 ($p=,0001$) e 3,863 ($p=,0001$) e uns coeficientes ou pesos de predição respetivos iguais a -,357 e ,211; de maneira que uma pontuação baixa em compromisso e alta em controlo predizem consequências organizacionais do desgaste profissional.
3. A exclusão do modelo da variável autoeficácia e da componente da personalidade resistente “reto”, com uns pesos de predição respetivos, caso de ser incluídas na equação, muito baixas: ,004 e ,019; o que indica que as suas correlações parciais com a variável critério são insignificantes. Por último, os seus índices de tolerância, indicam que estão relacionadas com as variáveis preditoras já incluídas na equação.
4. Uma moderada e significativa correlação do modelo com a variável critério ($R=,447$); de maneira que ambas as variáveis preditoras explicam sobre 20% da variabilidade do parâmetro critério.

Portanto, o efeito da autoeficácia sobre as consequências organizacionais do desgaste profissional é devido à associação da primeira com outras variáveis como as dimensões de personalidade resistente: compromisso e controlo.

Tabela 14. Regressão por passos da variável consequências organizacionais por autoeficácia e personalidade resistente.

Parte I Análise de Variância	Fonte de variação	S.C.	Gl	M.C.	F	Sig.
	Regressão	15,574	2	7,787	34,756	,000
	Residual	62,285	278	,224		
	Total	77,859	280			
Parte II Variáveis incluídas		B	Error Típ.	Beta	T	Sig.
(Constante)		3,154	,278		11,353	,000
Compromisso		-,503	,077	-,357	-,6,536	,000
Controlo		,224	,058	,211	3,863	,000
Parte III Variáveis excluídas		Beta dentro	t	Sig.	Correlação parcial	Tolerância
Autoeficácia		,004	,072	,943	,004	,893
Reto		,019	,276	,783	,017	,606
Parte IV Resumo do modelo			Multiplo R		R Quadrado	
Coefficientes de correlação			,447		,200	

Tabela 15. Matriz de correlações entre as condições de trabalho

	Interação conflitiva	Sobrecarga	Contacto com a morte e a dor	Ambiguidade do papel	Monotonia da tarefa	Falta de coesão	Supervisão	Segurança	Contaminantes	Meio ambiente	Exigências do posto	Organização do trabalho	Medidas preventivas	Equipamentos de proteção	Alerta fisiológico	Sintomas
Interação conflitiva	1,000															
Sobrecarga	,494*	1,000														
Contacto com a morte	,286*	,223*	1,000													
Ambiguidade do papel	,301*	,322*	,103*	1,000												
Monotonia da tarefa	,248*	,260*	-,010	,296*	1,000											
Falta de coesão	,162*	,181*	-,100	,192*	,270*	1,000										
Supervisão	,473*	,407*	,152*	,462*	,185*	,220*	1,000									
Segurança	,206*	,179*	,091	,138*	,136*	,120*	,181*	1,000								
Contaminantes	,217*	,159*	,151*	,235*	,057	,095	,156*	,360*	1,000							
Meio ambiente	,219*	,358*	,075	,119*	,062	,091	,144*	,353*	,394*	1,000						
Exigências do posto	,272*	,532*	,123*	,133*	,133*	,111*	,187*	,282*	,335*	,468*	1,000					
Organização do trabalho	,272*	,447*	,056	,140*	,173*	,249*	,270*	,262*	,266*	,282*	,515*	1,000				
Medidas preventivas	,145*	,146*	,157*	,254*	,081	,056	,211*	,339*	,370*	,323*	,245*	,246*	1,000			
Equipamento de proteção	,049	,184*	,009	,168*	,020	,063	,169*	,239*	,286*	,210*	,342*	,269*	,267*	1,000		
Alerta fisiológico	,036	,088	-,048	,015	,066	,060	,031	,077	,129*	,079	,117*	,132*	,075	,101*	1,000	
Sintomas atribuíveis ao trabalho	,158*	,319*	,004	,203*	,236*	,147*	,186*	,108*	,060	,050	,302*	,317*	,168*	,192*	,154*	1,000

Determinante =2,599E-02;p=ó <0,05

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os pressupostos do modelo de Harrison (1983;1985), a respeito da relação, entre motivação social e condições de trabalho, para determinar a autoeficácia, e o papel amortecedor, desta última, sobre o desgaste profissional, foram confirmados nesta investigação. Comprovou-se, que uma alta motivação social e uma valorização positiva das condições de trabalho, predizem um nível alto em autoeficácia, e esta, por sua vez, associa-se a um grau de desgaste profissional baixo.

Em concreto, encontrou-se em primeiro lugar, um efeito aditivo das pontuações altas em interesse pela comunidade, e das pontuações baixas da carga associada às exigências do posto de trabalho, de maneira que foram estas que determinaram os valores de autoeficácia. De salientar, que os índices de autoeficácia observados nesta amostra, podem ser considerados moderadamente altos, sendo mais elevados, do que aqueles que nos serviram de referência, como por exemplo, os de Schwarzer (1993;1997), num estudo de falantes de língua espanhola (Costa Rica).

Em segundo lugar, encontrou-se uma associação inversa e proporcional, entre as avaliações de autoeficácia, e as pontuações totais do desgaste profissional, as qualificações parciais nas dimensões, esgotamento emocional e falta de realização pessoal, assim como, as avaliações referentes às consequências psicológicas e organizacionais, do síndrome de burnout. Contudo, a associação com este último tipo de consequências, parece ser um efeito da multicolienidade entre a autoeficácia e personalidade resistente.

Num modelo de vulnerabilidade ao stress, Kobasa, Maddi, & Courington (1981), Kobasa, Maddi, & Kahn (1982), Keane et al.(1985), demonstraram que a personalidade resistente, tem um papel amortecedor nos efeitos potencialmente negativos, dos eventos stressantes, mitigando o impacto que esses efeitos possam causar nos indivíduos. Topf (1989), atribuiu os níveis de burnout encontrados em enfermeiras, aos baixos níveis de personalidade resistente dos respetivos sujeitos e Keane et al., (1985) concluíram, que o grupo de enfermeiras com personalidade resistente, apresentava um número menor de sintomas de doença, do que os seus pares que tinham outro tipo de personalidade, apesar de ambos os grupos, apresentarem, iguais níveis de burnout.

Os dados obtidos nesta investigação, permitem compreender melhor a origem deste síndrome. Existe abundante literatura sobre o tema, onde se tem afirmado, que este síndrome, é a consequência lógica, da perda de motivação ou a desilusão, devido à não confirmação das altas expectativas ou à falta de realização dos objetivos profissionais, que podem caracterizar, o início de qualquer carreira, especulando-se sobre os distintos fatores, que podem minar a referida motivação inicial [veja-se por exemplo, Anderson & Iwanicki (1981); Bloch (1977); Etzion, Kafry, & Pines (1982); Farber (1982);

Freudenberger, (1974; 1983), Freudenberger & Richelson, 1980); Harrison (1983; 1985); Kanner, Kafry, & Oines (1978); Pines 1981;1992); Pines & Aronson (1988); Pines & Kranner (1982), entre outros].

No caso concreto dos profissionais de enfermagem, para além da perda de motivação citada, tem sido também amplamente referido como responsável pelo síndrome, a tensão emocional, associada à relação com os pacientes e à vivência dos problemas destes, já que, como refere Mariage, et Schmith-Fourrier (2006, p.2), “...un hospital contient ..tous les drames de la société...”sendo o contacto com o sofrimento, as doenças terminais e a morte, as experiências mais extremas e que provocam grande ansiedade e desgaste, nestes profissionais [Cherniss (1980); Hare, Pratt & Andrews (1988); Hingley (1984); Lewinson, Conley, & Blessing- More (1981); Maslach (1982; 1993); Maslach, & Schaufeli (1993); Moreno Jiménez; Garrosa Hernández y González Gutiérrez (1997); Pines & Aronson (1988); Schaufeli & Juanczur 1994, Van Yperen, Buunk, & Schaufeli (1994), Hingley (1988), Mallett, Price, Jurs, & Slenker (1991),]. Muitos investigadores referem-se à relação, enfermeiro/utente, como demasiadamente assimétrica, em que os “outputs” por parte do primeiro, excede os “inputs”, tendo como resultado, o esgotamento da energia e dos recursos emocionais (Hobfoll, Freeday, 1993).

Na nossa investigação, a hipótese geral das altas expetativas, foi confirmada de forma parcial, já que, a idade, correlacionou com a experiência profissional e esta, por sua vez, associou-se de forma negativa, ao esgotamento emocional. Este resultado, pode indicar que a experiência laboral, gera expetativas mais realistas e permite adotar, estratégias mais apropriadas para enfrentar o stress e portanto um menor desgaste profissional, o que está em linha, com os trabalhos de Farber (1984); Gil Monte y Peiró (1997); Maslach et al., (1996); Zabel & Zabel (1982) e outros.

Acresce dizer, que a relação entre idade e burnout, não está esclarecida na literatura sobre o tema. Para além da sobreposição, experiência profissional e idade, a que aludem as investigações atrás citadas, também existem diferenças entre países, como se verifica, entre os EUA cuja incidência do síndrome, é maior nos trabalhadores jovens (Maslach et al., 1996) e a Europa (Holanda), (Schaufeli, & Van Dierendonck, 2000), onde essa incidência, é superior nos grupos dos trabalhadores mais velhos. A explicação para estas diferenças, pode residir num conjunto de práticas levadas a cabo nos EUA, mas que não têm acolhimento generalizado na Europa e consistem na denominada, “desistência seletiva”(1), (Schaufeli, & Buunk, 2003), que tem como consequência, o “efeito do trabalhador saudável” (1), (Karasek, & Theorell, 1990) em que os trabalhadores afetados, deixam

(1)A tradução é nossa

os seus trabalhos, permanecendo neles, apenas os mais saudáveis, grupo constituído por trabalhadores mais velhos, mais experientes e mais saudáveis. Na Europa, essa prática não está generalizada. Os trabalhadores europeus, têm relutância em mudar de trabalho, devido a valores culturais e aos sistemas de segurança social, que restringem a sua mobilidade, mais do que nos EUA (Schaufeli, & Buunk, 2003). Em conclusão e tendo em conta, o que foi dito atrás, podemos aceitar, provisoriamente, que são os mais jovens, os mais afetados por este síndrome, tal como o admitem Maslach et al., (1996) e que está também em linha, com os nossos resultados, embora no nosso caso, não possamos afirmar, se a ausência de burnout nos mais velhos, se deve aos efeitos da dita experiência profissional ou a outros fatores, que não foram controlados.

No que diz respeito à tensão associada à inter-relação com os pacientes, não se encontrou correspondência entre esta relação e as pontuações de desgaste profissional. Pelo contrário, encontrou-se uma associação negativa com a despersonalização, o que indica, que ao maior contacto com o sofrimento e a morte, menor a despersonalização e portanto, poderíamos admitir maior humanização. Resultado este que está em linha com o apontado por Zapf, et al., (2001).

Sobre as especificidades desta profissão e da natureza do seu objeto de trabalho, um fator que afeta de forma fundamental os nossos sujeitos, é o “contacto com a dor e a morte”. A literatura sobre o tema (Johnson, 1993; Lehto & Stnei, 2009; Limonero, 1996), refere que o contato com a morte e situações afins, gere medo, ansiedade e outras reações emocionalmente negativas, devido ao conhecimento, que os humanos têm da inevitabilidade da sua própria morte. Kelly (1955), justifica essas reações de medo, como mecanismos de defesa, como acontece com todos os fenómenos, desconhecidos. As estruturas cognitivas, formam-se pela experiência, e como a morte não é passível de ser experimentada, essas estruturas não existem de forma estável, o que leva o indivíduo a reagir aos potenciais perigos de morte. Este desconhecimento, é uma vantagem por permitir a sobrevivência. Se a experiência de morte estivesse integrada, no núcleo das estruturas cognitivas, ela era percebida, como uma não ameaça (Lehto & Stnei, 2009).

Para os enfermeiros, a experiência da morte dos seus doentes, é uma situação extremamente stressante, pois vivem esses medos, em dois níveis, pessoal e profissional (Limonero, 1996; Becker, 1973). Pessoal, porque a morte dos doentes fá-los pensar na sua própria morte e ao nível profissional eles enfrentam os medos, dos seus doentes e familiares, por via empática. Em consequência e segundo a literatura, a tendência destes profissionais é para o afastamento destas situações, cujas consequências podem ser: um défice de comunicação entre os membros da equipa, com a subsequente falta de apoio ao moribundo, dificuldade na tomada de decisões, em momentos que pode ser urgente fazê-lo, falta de apoio mutuo e de estabilidade na

equipa (Limonero, 1996). Estudos com estudantes de enfermagem (Johnson, 1994), concluem da pouca preparação destes estudantes, para lidarem com a morte, embora os currículos dos seus cursos, incluam algumas alíneas para tratar deste assunto. Como o medo da morte é fenómeno universal (Lehto & Stnei, 2009), é provável que todos os atores (docentes e estudantes), também eles, se afastem ou diminuam as oportunidades de falarem deste assunto, ainda que inconscientemente.

Outras variáveis tratadas: neste estudo, identificou-se, que o fator responsável pela desilusão do pessoal de enfermagem, é a carga associada às exigências do posto de trabalho, entre as quais se destacam, o excessivo número de pacientes a serem atendidos diariamente, e a extensa jornada de trabalho, enquanto que as inter-relações, pelo menos na forma como foram registadas por nós, não funcionaram como preditoras do desgaste profissional.

A carga associada às exigências do posto de trabalho, pode ser um indicador de carga mental e fadiga laboral, em que a primeira é definida, como a pressão cognitiva e emocional, devido a excessiva quantidade e variedade de informação a ser processada, num curto espaço de tempo (Días Canepa,2013). Nos últimos anos, as ciências da saúde, foram dotadas de um aumento exponencial de meios de recolha de informação clínica, como, aparelhos, monitores, instrumentos, e outros, que vieram facilitar as tarefas destes profissionais, pondo à disposição destes, informação mais atualizada, rápida de obter, mais fiável e em maior quantidade. Contudo, tal facto, obriga os técnicos de saúde, particularmente os enfermeiros, à integração cognitiva constante de toda essa informação, que ocorre quase em simultâneo e sobre a qual há que tomar decisões no mais curto espaço de tempo (González-Gutiérrez, et al.,2005). Sabe-se, que o processamento de informação nos humanos, é limitada e que, tudo o que ultrapassar esse limite, pode ter efeitos cumulativos sobre o individuo, dando lugar a estados de fadiga laboral (Díaz Canepa, 2013), a qual se caracteriza, por falta de energia, cansaço físico, desconforto físico, falta de motivação, e sonolência (Días Canepa,2013; González, Gutiérrez, et al.,2005).

Apesar da escassez de estudos empíricos, sobre carga mental e fadiga laboral, na profissão de enfermagem, o que não deixa de ser surpreendente, uma vez que é amplamente conhecida a sua associação, com erros e acidentes profissionais, ainda assim, existem alguns trabalhos como por exemplo, Gregg (1994), que encontrou diferenças significativas entre os níveis de carga mental nos enfermeiros que trabalhavam em cuidados intensivos e o volume de pacientes que têm a seu cargo, não tendo encontrado quaisquer diferenças, em função dos anos de experiência profissional geral, assim como, no nível educativo. Do mesmo modo, González-Gutiérrez, et al.,(2005), encontraram maiores níveis de carga mental e fadiga laboral, nos enfermeiros do serviço de urgência extrahospitalar, seguidos das urgências gerais, e níveis mais baixos, em hemodiálise, cuidados intensivos de pediatria e urgências

internas. Embora não seja completamente legítimo, comparar estes resultados, com os que obtivemos na nossa investigação, visto que, na constituição das respetivas amostras, foram adotados critérios um pouco diferentes (a nossa amostra inclui indistintamente, sujeitos de todos os serviços, divididos apenas e à posteriori, por dois -serviços de internamento e serviços de urgência geral e pediátrica - enquanto que nos trabalhos atrás citados, as amostras recaíram, em serviços específicos, predeterminados) ainda assim, os nossos resultados estão em linha, com os obtidos por Gregg (1994), nomeadamente na associação encontrada, entre carga associada às exigências do posto de trabalho e o volume de utentes que tem a seu cargo, e com os trabalhos de González-Gutiérrez, et al.,(2005), em que, a carga mental e a fadiga laboral, apresentam níveis mais elevados nas urgências. Em conclusão, esta aproximação dos nossos resultados, aos dois grupos atrás citados, pode dever-se ao facto, de quase metade da nossa amostra, ser constituída por sujeitos a trabalhar nas urgências, o que poderá ter influenciado as estatísticas do conjunto, em particular, nesta componente “exigências associadas ao posto de trabalho”, uma vez que os serviços de urgência, são caracterizados por uma grande exigência física, psíquica e pressão temporal, como o consideram, González- Gutiérrez, et al., (2005) e outros.

Finalmente, e dado que, aproximadamente dois terços dos sujeitos da nossa amostra, têm horário rotativo, 24 sobre 24 horas e havendo conhecimento, que nesse tipo de horário, os indivíduos trabalham em contraciclo, aos seus ritmos biológicos a que se junta, a privação do sono nos turnos da noite, dando origem a uma acumulação crescente de fadiga, sonolência, com deterioração da performance e conseqüente abrandamento das capacidades funcionais (Andorre & Quéinnec, 1998; Barthe, Quéinnec, et Verdier, 2004; Folkard, 1981;Folkard & Monk, 1985; Galy, Camps et Mélan, 2004; Härmä, 1993). Todos estes fatores, exigem um esforço suplementar dos trabalhadores, que se traduz, num aumento de carga laboral continua, podendo levar os indivíduos a sentirem, grande exigência associada ao posto de trabalho, jornada demasiadamente extensa e por isso desiludidos. Outras conseqüências do trabalho por turnos, são o aumento dos problemas de saúde física, sendo os mais frequentes, os gastrointestinais (Monk & Embrey, 1981) e a médio e longo prazo, problemas sociais e familiares devido à “marginalização”, gerada nestes trabalhadores, por estarem frequentemente ausentes dos ritos sociais (festas, aniversários), que estão programados para outros ciclos temporais e não para os trabalhadores por turnos (Gadbois, 2004).

Outras variáveis, citadas na literatura e consideradas preditoras do desgaste profissional são, o sexo, as relações familiares e o nível de formação (veja-se Pines e Kafry, 1981; Freudenberger y North, 1985; Etzion y Pines, 1986; Greenglass, Pantony Y Burke, 1988; Leiter, 1990; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). A primeira, porque as mulheres podem apresentar um maior risco de sofrer do síndrome, como conseqüência do stress, para compaginarem as tarefas domésticas com as exigências

do trabalho e harmonizarem o desenvolvimento da sua carreira profissional, com a vida familiar. As relações familiares, porque podem ser uma fonte de apoio e por conseguinte, um fator amortecedor do stress. Por último, o nível de formação, visto que a literatura sobre o tema, também refere que os indivíduos com maior formação, ocupam ou aspiram a cargos de maior responsabilidade e exigência, e por conseguinte, experimentam mais stress. Nesta investigação, tais variáveis não mostraram essa capacidade preditiva, o que vem ao encontro dos estudos de Day y Chambes (1991) e Kandolin (1993).

Em relação a este último ponto, é importante esclarecer: primeiro, o nível de formação da nossa amostra por ser muito homogéneo, é impossível detetar efeitos diferenciais; segundo, este estudo não é o contexto mais adequado para confirmar tal hipótese, dado que esta amostra, obteve pontuações baixas em todas as medidas do síndrome. Na realidade, encontraram-se diferenças significativas entre as pontuações médias amostrais e os valores médios populacionais, indicando que estes últimos são superiores e portanto melhores indicadores do síndrome do que os primeiros.

Resumindo, a amostra deste estudo, não apresentou níveis altos de desgaste profissional.

Duas razões podem explicar os baixos níveis de desgaste profissional encontrado:

1. Em linhas gerais, a amostra utilizada, obteve pontuações mais altas em personalidade resistente e enfrentamento, do que nos antecedentes do síndrome, ou seja, o quociente entre exigências e recursos, é favorável a estes últimos, pelo que é provável que estes sujeitos não cheguem a experimentar níveis preocupantes de stress laboral e por conseguinte, não seja significativo de um ponto de vista clínico, o desgaste profissional que experimentam.
2. As mudanças profissionais e académicas introduzidas na Enfermagem Portuguesa (Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, de 1998) e (Resolução do Conselho de Ministros nº 140/98 de 18 de Setembro; Decreto-Lei nº 353/99 de 3 de Setembro, Portarias nº 779-D/99; 779-E/99; 799-F/99 e 779-G/99, de 18 de Setembro), que tinham como objetivo melhorar o sistema de saúde, tiveram profundos reflexos no estatuto social e académico, destes profissionais. É provável que esta conjuntura tenha criado condições de motivação, o que poderá explicar em parte os resultados obtidos neste estudo ou seja, elevados níveis de motivação e de autoeficácia e consequentemente, fracos níveis de desgaste profissional.

Em relação ao modelo de Harrison, há que assinalar, que se confirmou o papel protetor da autoeficácia, a respeito do desgaste profissional, de maneira que as pessoas com um alto nível de autoeficácia, apresentam um grau de desgaste baixo.

Estes resultados estão em concordância com os obtidos por Pons (1995) e por Battles (2000), e estão em linha com os postulados de Bandura (1987) ao examinar as relações entre autoeficácia e saúde.

Os mecanismos pelos quais a autoeficácia exerce um efeito moderador sobre o desgaste profissional podem resumir-se do seguinte modo:

1. A autoeficácia dota de uma maior flexibilidade perante as situações geradoras de tensão no trabalho, visto que a pessoa que acredita nas suas próprias capacidades, dispõe de um repertório de condutas mais extenso e variado.
2. Perante dificuldades, as pessoas com um sentimento de eficácia pessoal mais elevado, reagem com maior persistência e esforçam-se mais por forma a superar essas dificuldades.
3. A autoeficácia gera interpretações menos ansiogéneas, dos fracassos e obstáculos já que a pessoa com sentimentos de eficácia pessoal atribui os fracassos à sua falta de esforço e não a causas externas ou ao acaso.
4. A autoeficácia ajuda a focalizar a atenção nos aspetos relevantes da tarefa e portanto, procura um estado anímico más adequado para a resolução da tarefa, enquanto que os sujeitos sem eficácia pessoal focalizam-se mais nas suas próprias limitações para a execução da tarefa, por conseguinte têm mais probabilidades de experimentar stress e tensão e de fracassar.

Contudo, a autoeficácia não é a única variável que exerce uma função moderadora sobre o desgaste profissional, nem sequer é o mais importante, sendo possível que os seus efeitos sejam anulados por outras variáveis, como é o caso das dimensões do compromisso e controlo da variável da personalidade resistente cujo efeito sobre as consequências organizacionais do desgaste profissional ocultou a influencia da autoeficácia sobre as referidas consequências. Sem duvida o mais plausível é que os efeitos moduladores desta se juntem aos das outras variáveis como o apoio social ou o enfrentamento direto. Este ponto de vista encontra apoio no facto de que as correlações parciais entre a autoeficácia e as consequências psicológicas e organizacionais do burnout foram inferiores às associações de ordem zero entre ambas as variáveis salvo, para o caso da evitação, quando esta variável foi controlada pelas associações de carácter inverso entre autoeficácia e desgaste profissional incrementaram os seus valores. Além disso, é possível que a ocultação antes assinalada seja um efeito não controlado da instrumentação empregada pois a personalidade resistente foi medida com uma maior especificidade a respeito à profissão da amostra do que a autoeficácia.

Em futuras investigações, conviria examinar com mais detalhe as associações encontradas entre experiencia profissional e a valorização das condições de

trabalho, o sinal destas indica que a experiência profissional pode contribuir para uma maior satisfação com as condições de trabalho ou a uma percepção favorável das mesmas, o que poderia influenciar na avaliação destas. Portanto, poderia formular-se a hipótese de que a experiência profissional influi sobre a autoeficácia ao controlar a valorização das condições de trabalho, e por conseguinte, contribuir para a prevenção do síndrome de desgaste profissional e a mitigar as suas consequências, caso este apareça. Por último deixar uma vez mais de que este estudo confirma de forma empírica as predições do modelo de Harrison, que até ao momento eram uma mera especulação e que é muito apropriado para analisar o fenómeno estudado nas profissões orientadas à relação de ajuda. Em suma, os dados apresentados demonstram de forma convincente que a motivação social e a valorização das condições de trabalho são bons preditores da autoeficácia e esta previne o síndrome e reduz os seus efeitos perniciosos sobre a saúde dos profissionais de enfermagem.

Por agora fica pendente analisar a relação entre autoeficácia e burnout com instrumentos más adaptados à situação laboral da amostra e com desenhos que permitam estabelecer de um modo mais fiável do que os empregues relação de causalidade.

6. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES

Como principais conclusões desta investigação, há a salientar os níveis moderadamente altos, em autoeficácia e os níveis relativamente baixos em desgaste profissional. Estes resultados confirmam uma das hipóteses deste trabalho, que consiste: apesar da literatura científica referir amplamente (Dolan, 1987; Eastburg, et al., 1994; Schaufeli & Buunk 2003; Schaufeli & Janczur, 1994 entre outros), índices elevados de desgaste profissional na profissão de enfermagem, considerando-a mesmo, uma atividade de alto risco, no que diz respeito a este síndrome, a nossa expectativa era, que na Enfermagem Portuguesa – pelo menos, no período em que iniciámos esta investigação - não se registariam tais extremos. Esta crença, tinha subjacente o conjunto de medidas estruturais, introduzidas pelo governo português e embora dirigidas ao melhoramento do sistema de saúde, elas tiveram profundos reflexos no melhoramento das condições de trabalho dos enfermeiros, assim como no seu estatuto social, profissional e até jurídico, como foi descrito atrás. Entre outras mudanças, a integração do ensino de enfermagem nos institutos superiores politécnicos, a passagem do nível de bacharelato para o de licenciatura como exigência mínima para ingressar na carreira, a possibilidade dada aos profissionais para poderem frequentar os módulos da formação em falta, tudo isso geraria grande motivação nestes profissionais, fator fundamental para ultrapassarem as adversidades gerais e específicas desta profissão. Daí, esperarmos níveis de desgaste profissional baixos, como se veio a confirmar, pela presente investigação.

Para além das razões referidas, estes resultados poderão ser ainda justificados pelas características da amostra. Assim, tratando-se de uma amostra cuja média de idades é aproximadamente 35 anos; experiência profissional média 12 anos; a maioria possui o bacharelato, sendo que a condição mínima para progredir na carreira passou a ser a licenciatura, verificando-se que apenas 19% do total de sujeitos (especialistas), têm possibilidade de progredir na carreira; onde a maioria tem uma situação profissional estável já que possui vínculo à instituição; com categoria profissional de enfermeiro graduado, havendo possibilidades de ascender a outras categorias; e finalmente, cerca de 80,7%, são mulheres. Este grupo de sujeitos, parece ter todas as condições para estar altamente motivado, sentir-se autoconfiante, já que têm um grande desafio à

sua frente. Do lado da instituição, também haverá todo o interesse em proporcionar as estes profissionais, oportunidades para completarem os módulos de formação em falta, dados os desafios que ela própria enfrenta que é os de corresponder às exigências da sociedade e neste caso, ordenadas superiormente.

Estes resultados também justificam a quase ausência de outros fatores, considerados stressantes e referidos em outras investigações de desgaste profissional como sejam: a ambiguidade e o conflito do papel, o desejo de deixar a profissão, a falta de apoio social.

Um outro propósito desta investigação, era testar o modelo de Harrison. Os resultados, confirmam que a motivação e a avaliação das condições de trabalho, são bons preditores da autoeficácia e esta previne o síndrome e reduz os seus efeitos perniciosos sobre a saúde dos profissionais de enfermagem, tendo-se comprovado os principais pressupostos do modelo. Esta função moderadora da autoeficácia, foi confirmada na presente investigação, o que está também de acordo, com os resultados de Pons (1995) e Battes (2000).

Fica por analisar a segunda parte do modelo que é a relação entre autoeficácia e burnout, o que só se consegue com instrumentos mais adaptados à situação de trabalho da amostra e com desenhos que permitam estabelecer de modo mais fiável relações de causalidade.

LIMITAÇÕES

Este trabalho tem limitações:

Primeira: a amostra não é representativa da população de Enfermeiros Portugueses e portanto estes resultados não podem ser extrapolados, sendo apenas válidos para a população de enfermeiros do HDF.

Segundo: os questionários utilizados foram validados para uma população de Língua Espanhola, não tendo sido validados para uma população de Língua Portuguesa e embora haja uma grande aproximação cultural, podem existir diferenças de interpretação entre as duas populações e o conseqüente enviesamento dos resultados.

Terceiro: à exceção da Escala de Autoavaliação das Condições de Trabalho, que tem sido utilizada em varias organizações do trabalho, os restantes questionários, têm sido

pouco utilizados, não se conhecendo o seu grau de adaptabilidade ao seu campo de estudo, num prazo mais alargado.

Quarto: a recolha da informação para este estudo, ocorreu num momento histórico de grande otimismo neste grupo profissional, o que pode significar que estes resultados não são sustentáveis, visto que esse contexto não se mantém.

Em futuras investigações é necessário eleger instrumentos mais adequados a este grupo profissional do que os que foram adotados na presente investigação.

O burnout é um problema que pode afetar a vida de todos os trabalhadores e não apenas dos Enfermeiros/as. Poder-se-ia viver melhor e usufruir de mais recompensas da vida do trabalho com menos custos para as organizações, se o burnout fosse diminuído. Para isso são necessárias mais investigações para que se possam compreender melhor a etiologia deste síndrome e evitá-lo.

REFERENCIAS

ANDERSON, M.B.G., & IWANICKI, E. F. (1981). *The burnout syndrome and its relationship to teacher motivation*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Education Research Association, Los Angeles.

ANDORRE, V., & QUÉINNEC, Y. (1998). Changes in supervisory activity of a continuous process during night and day shifts. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 21, 179-186.

ARANDA, B. C., PANDO, M. M., SALAZAR, E. J. G., TORRES, L. T. M., & ARDRETE, R. M. G. (2009). Social Support, Burnout Syndrome and Occupational Exhaustion among Mexican Traffic Police Agents. *The Spanish Journal of Psychology*, vol. 12, Nº 2, 585-592.

BAKKER, A. B., DEMEROUTI, E., & SCHAUFELI, W. B. (2003). The socially induced burnout model. In S. P. Shohov (Ed.), *Advances in psychology research* (vol. 25, pp. 13-30). New York: Nova Science Publishers.

BAKKER, A. B., Le BLANC, P. M., & SCHAUFELI, W. B. (2005). Nursing Theory and Concept Development or Analysis: burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (3), 276-287.

BAKKER, A. B. & SCHAUFELI, W. B. (2000): Burnout contagion process among teachers. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 289-308.

BAKKER, A. B., SCHAUFELI, W. B., SIXMA, H., & BOSVELD, W. (2001): Burnout contagion among general practitioners. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 82-98.

BANDURA, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.

BANDURA, A. (1987). Autoeficacia. In A. BANDURA. *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Ediciones Martínez Roca, S. A. Barcelona, pp. 415-547.

BANDURA, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44 (9), 1175-1184.

BANDURA, A. (1994). Self-efficacy. In V.S. RAMACHAUDRAN (Ed.), *Encyclopedia of human behaviour* (Vol. 4, pp. 71-81). Academic Press. ((Reprinted in H. FRIEDMAN (Ed.), *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).

BARRÓN, LÓPEZ de RODA, A. (1996). Apoyo Social. Aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI.

BAR-TAL, D., SHARABANY, R., & RAVIV, A. (1982). Cognitive Basis for the development of altruistic behaviour. In V. J. DERLEGA & J. GRZELAK (Eds.), *Cooperation and helping behaviour: Theories and research* (pp. 377-396). New York: academic Press.

- BARTHE, B., QUÉINNEC, Y., et VERDIER, F.(2004). L'Analyse de l'Activité de Travail en Postes de Nuit: Bilan de 25 Ans de Recherches et Perspectives. *Travail Humain*, 67, N° 1, 41-61.
- BATSON, C. D. (1987). Prosocial motivation: is it ever truly altruistic? In L. BERKOWITZ (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (vol. 20, pp. 65-122). New York: Academic Press.
- BATSON, C. D., & COKE, J. S. (1981). Empathy: A source of altruistic motivation for helping? In J.P. RUSHTON & R.M. SORRENTINO (Eds.), *Altruism and helping behaviour: Social, personality, and developmental perspectives* (pp. 167-187). Hillsdale, N.J. : Erlbaum.
- BATTLES, H. B. (2000). Professional self-efficacy as a moderator of the relationship between stress and burnout among pediatric HIV/AIDS health care providers. *Dissertation Abstracts International*, 61 (4-B): 2268.
- BECKER, E. (1973). *The denial of death*. New York: Free Press.
- BLOCH, A. (1977). The battered Teacher: *Today's Education*, 66, pp. 58-62
- BOUZA, M. S. F.(1993). Desgaste profesional acelerado en trabajadores de la salud: un estudio psicosocial. *Tesis doctoral, no publicada*.
- BURISCH, M. (1993). In Search of Theory: Some ruminations on the Nature and Etiology of Burnout. In W.B. SCHAUFELI, C. MASLACH & T. TAREK eds. *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor & Francis, pp. 75-94.
- BURKE R.J., & GREENGLASS, E. R., (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychol. Health*.
- BUUNK, B. P. & SCHAUFELI, W. B. (1993): Burnout: a perspective from social comparison theory. In W. B. SCHAUFELI, C. MASLACH & T. MAREK (eds) *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor & Francis, pp. 53-73.
- BUUNK, B. P., & VanYPEREN, N. W. (1991). Referencial comparisons, relational comparisons and exchange orientation: Their relational to marital satisfaction. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 17, 710-718.
- BUUNK, B. P., YBEMA, J. F., Van der ZEE, K., SCHAUFELI, W. B., & GIBBONS, F. X., (2001). Affect generated by social comparisons among nurses high and low in burnout. *Journal of Applied Social Psychology*, 31, 20-150.
- CANTOR, N. (1994). Life Task Problem Solving: Situational Affordances and Personal Needs. *PSPB*, vol. 20, n° 3, June, pp. 235-243.
- CÉU COUTINHO. *Dicionário Enciclopédico de Medicina*, ARGO Editora, 3ª Edição, Lisboa, pp.1207
- CHACÓN, F., & VECINA, M. J. (1999). Motivaciones y burnout en el voluntariado. *Intervención Psicosocial*, vol. 8, n° 1, pp. 31-42.
- CHACÓN, F., VECINA, M. J., MENARD, M., y SANZ, M. (1997). Factores psicosociales que influyen en el voluntariado. Un estudio piloto. *Intervención Psicosocial*, 17, 105-116.

- CHERNISS, C. (1980). *Staff Burnout: Job Stress in the Human Services*. Beverly Hills, CA: Sage.
- CHERNISS, C. (1993). Role of Professional Self-Efficacy in Etiology and Amelioration of Burnout. In W. B. SCHAUFELI, C. MASLACH & T. MAREK (eds) *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor & Francis, pp. 135-149.
- CIALDINI, R. B., BAUMANN, D. J., & KENRICK, D. T. (1981). Insights from sadness: A three-step model of the development of altruism as hedonism. *Developmental Review*, **1**, pp 207-223.
- CIALDI, R. B., SCHALLER, M., HOULIHAN, D., ARPS, K., FULTZ, J., & BEAMAN, A. L., (1987). Empathy- Based Helping: Is it selflessly or Selfishly Motivated? *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 52, N° 4, 749-758.
- CLARK, P. F., & CLARK, D. A. (2003). Problèmes, priorités, et strategies des organisations d'infirmières. *Revue Internationale du Travail*, vol. 142, n° 1, pp. 33-51.
- CLARK, P. F., STEWART, J. B., & CLARK, D. A. (2006). The globalization of the labour market for health-care professionals. *International Labour Review*, vol, 145, n° 1-2, pp.37-64.
- CLARY, E. G., RIDGE, R. D., STUKAS, A. A., SNYDER, M., COPELAND J., HAUGEN, J., & MIENE, P. (1998). Understanding and Assessing the Motivations of Volunteers: A Functional Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 74, n° 6, pp. 1516-1530.
- CLARY, E. G., & SNYDER, M. (1991). A functional analysis of altruism and prosocial behavior: The case of volunteerism. *Review of personality and social psychology*, vol. 12, pp. 119-148.
- CORDES, C.L. and DOUGHERTY, T.W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, **18**, 621-56.
- COX, T., KUK, G., & LEITER, M.P. (1993). Burnout, Health, Work Stress, and Organizational Healthiness. In, W. B. SCHAUFELI, C. MASLACH & T. MAREK (eds) *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor & Francis, pp. 177-193.
- DEWE, PH. J., O'DRISCOLL, M. P. & COOPER, C. L. (2012). Theories of Psychological Stress at Work. *Handbook of Occupational Health and Wellness*, p.23-38.
- DÍAZ CANEPA, C. (2013). Carga Mental. *Laboreal*, V.IX-N°1, 109-112.
- DOLAN, A. (1987). The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *Journal of Advanced Nursing*, **12**, 3-12.
- EASTBURG, M. C., WILLIAMSON, M., GORSUCH, R., RIDLEY, C. (1994). Social Support, Personality, and Burnout in Nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, **24**, 14, pp. 1233-1250.
- EDELWICH, J., & BRODSKY, A. (1980). *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. New York: Human Service Press.
- ETZION, D., KAFRY, D., & PINES, A. (1982). Tedium among managers: A cross-cultural American-Israeli comparison. *Journal of Psychology & Judaism*, **7**, 30-41.

ETZION, D., & PINES, A. (1986). Sex and culture in burnout and coping among human service professionals. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 17, 191-209.

EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS (2010). *Work-related stress:ef05127en.pdf*

FARBER, A. R., (1982). *Stress and burnout: Implications for teacher motivation*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, New York.

FARBER, A. F. (1985). Introduction: A critical perspective on burnout. In B.A. Farber (Ed.), *Stress and Burnout in the human service professions* (pp.1-20). New York: Pergamon Press.

FOLKARD, S. (1981). Shiftwork and performance. In L.C. JOHNSON, D. I. TEPAS, W. P. COLQUHOUN, & M.J. COLLIGAN (eds), *Biological rhythms, sleep and shift-work, Advances in sleep research*, pp. 283-305.

FOLKARD, S. and MONK, T. H., (1985). *Hours of Work: Temporal Factors in Work Scheduling* (John Wiley, Chichester).

FOLKMAN, S. (2012). Stress, Health, and Coping: Synthesis, Commentary, and Future Directions. *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping* (doi: 10.1093/oxfordhb/9780195375343.013.0022).

FREUDENBERGER, H. J. (1974). Staff burnout: *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.

FREUDENBERGER, H. J. (1975). The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 12, 72-83.

FREUDENBERGER, H. J. (1980). *Burnout: The cost of High Achievement*. New York: Anchor Press.

FREUDENBERGER, H. J. (1983). Burnout: Contemporary Issues, Trends, and Concerns. In B. A. Farber (ed) *Stress and Burnout in the Human Service Professions*. New York: Pergamon Press, pp. 23-28.

FREUDENBERGER, H. J. & NORTH, G. (1986). Att inte räcka till [Women`s burnout]. Köping: Bonniers.

FREUDENBERGER, H. J., & RICHELSON, G. (1980): *Burnout: The high cost of high achievement*. Garden City, New York: Anchor Press.

GADBOIS, C. (2004). Les Discordances Psychosociales des Horaires Postés: Questions en Suspens. *Le Travail Humain*, 67, N° 1, 63-85.

GALY, E., CAMPS, J. F., MÉLAN, C. (2004). Performances de memorisation en fonction de la modalité d`encodage au cours des 24 heures chez des travailleurs postés. *Le Travail Humain*, 67, N° 1, 21-39.

GAO-UNITED STATES GENERAL ACCOUNTING OFFICE (2001). Nursing workforce: Emerging Nurse Shortages Due to Multiple Factors. <http://gao.gov/new.items/do1944.pdf>

GARCÍA-IZQUIERDO, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de Psicología y de las Organizaciones*, 7 (18), 3-12.

GARCÍA-IZQUIERDO, M., SÁEZ-NAVARRO, M. C., y LLOR-ESTEBAN, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo de las Organizaciones*, 16 (2), 215-228.

GIL-MONTE, P. R. y PEIRÓ, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

GIL-MONTE P. R. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 101-102.

GIL-MONTE, P. R. y PEIRÓ, J. M. VALCÁRCEL, P., GRAU, R. (1996). La incidencia del síndrome de burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psiquis*, 17, 190-195.

GOLEMBIEWSKI, R. T., MUNZENRIDER, R. F. & STEVENSON, J. G. (1986): *Stress in Organizations*. New York: Praeger.

GONZÁLEZ, R. P., GONZÁLEZ, J. F. S. (1998). Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 22, (9), 580-584).

GONZÁLEZ-GUTIÉRREZ, J.L., JIMÉNEZ-MORENO, B., y LÓPEZ-LÓPEZ, A.(2005). Carga Mental y Fatiga en Servicios Especiales de Enfermería. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol.37, Nº3, 477-492.

GRAY-TOFT, P. A., & ANDERSON, J. G. (1981). Stress among hospital nursing staff: Its cause and effects. *Social Science and Medicine*, 15, 639-647.

GREEN, G. (1961). *Um caso arrumado*. Editora Ulisseia, Limitada, Lisboa.

GREGG, A. C. (1994). Relationship among subjective mental workload, experience, and education of cardiovascular critical care registered nurses. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 54(7-B), 3550.

GREENGLASSE, E. R. & BURKE, R. J. (1988), Work and family precursors of burnout in teachers: Sex differences. *Sex Roles*, 18, 215-229.

GROENESTIJN, E., BUUNK, B. P. & SCHAUFELI, W. B. (1992), The danger of burnout contagion: the role of social comparison processes. In MEERTENS R.W., BUUNK A. P., van LANGE P. A. M. & VERPLANKEN B., eds. *Sociale psychologie beïnvloeding van intermenselijke en gezondheidsproblemen*. VUGA, The Hague, The Netherlands, pp. 88-103.

HÄMÄ, M.(1993). Individual differences in tolerance to shiftwork: a review. *Ergonomics*, vol.36, Nºs 1-3, 101-109.

- HARE, J., PRATT, C. C., & ANDREWS, D. (1988). Predictors of burnout in professional and paraprofessional nurses working in hospitals and nursing homes. *International Journal of Nursing Studies*, 25, 105-115.
- HARRIS, R. B. (1989). Reviewing nursing stress according to a proposed coping-adaptation framework. *Advances in Nursing Science*. 11, 12-28.
- HARRISON, D. W. (1983). Burnout. In KEEFE, T. & MAYPOLE, D. E. *Relationships in Social Service Practice*. Brooks/Cole Publishing Company.
- HARRISON, D. W. (1985). A social competence model of burnout. In B. Farber (ed.), *Stress and burnout in the human service professions* (pp. 29-39). New York: Pergamon Press.
- HATFIELD, E., CACIOPPO, J. T. & RAPSON, R. L. (1994): *Emotional Contagion*. New York: Cambridge University Press.
- HAVILLAND, L. (1996). Care providers speak out on delivering HIV/AIDS services. *HIV professions: The newsletter of the HIV professional development project*, 1(7),1, 3.
- HINGLEY, P. (1984). The human face of nursing. *Nursing Mirror*, 159, 19-22.
- HOBFOLL, S. E. & FREEDY, J. (1993). Conservation of resources: a general stress theory applied to burnout. In W. B. SCHAUFELI, C. MASLACH & T. MAREK (eds) *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor & Francis, pp. 115-129.
- HOFFMAN, M. L.(1981). Is altruism part of human nature? *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, pp. 121-137.
- HOOKE, R. *Lei de Hooke*. Disponível em: www.infoescola.com/fisica/lei-de-hooke
- HORNSTEIN, H. A. (1982). Promotive tension: Theory and research. In V. J. DERLEGA & GRZELAK (Eds.) *Cooperation and helping behaviour: Theories and research* (pp. 229-248). New York. Academic Press.
- HOUTMAN, I., European Working Conditions Observatory (EWCO), *Work-related stress* Dublin, Eurofound, 2005, available online at <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/reports/TN0502TR01/TN0502TR01.htm>.
- HSEE, C. K., HATFIELD, E., CARLSON, J. G., & CHEMTOB, C., (1990). The effect of power on susceptibility to emotional contagion. *Cognition and Emotion*, 4, 327-340.
- JENKINS SR, MASLACH C. (1994). Psychological health and involvement in interpersonally demanding occupations: a longitudinal perspective. *J. Orgn. Behav.* 15: 27-101.
- JOHNSON, G.(1994). The phenomenon of death: a study of Diploma in Higher Education nursing students`reality. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1151-1161.
- KAHILL, S. (1988). Symptomas of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology*, 29, 284-297.

- KANDOLIN, I. (1993). Burnout of female and male nurses in shftwork. *Ergonomics*, 36 (1-3), 141-147.
- KARASEK, R. & THEORELL, T. (1990). *Healthy Work: Stress Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- KEANE, A., DUCETTE, J., & ADLER, D. C. (1985). Stress in ICU and non-ICU nurses. *Nursing Research*, 34, 231-236.
- KELLY, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs* (Vol.1). New York. Norton.
- KIRKCALDY, B. D., & MARTIN, T. (2000). Job Stress and satisfaction among nurses: Individual differences. *Stress Medicine*, 16, 77-89.
- KOBASA, S. C., MADDI, S. R., & COURINGTON, A. (1981). Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *Personality of Health and Social Behavior*, 22, 368-378.
- KOBASA, S. C., MADDI, S. R., & KAHN, S. (1982). Hardiness and health : A prospective inquire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
- LAZARUS, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A History of Changing Outlooks. *Annu. Rev. Psychol.*,44: 1-21.
- LAZARUS, R. S. (2001), Relational meaning and discret emotions. In. K. SCHERER, A. SCHORR, & T. JOHNSTONE (Eds). *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research* (pp. 37-67). New York: Oxford University Press.
- LAZARUS, R. S., & FOLKMAN, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Springer Publishing Company, New York.
- LAZARUS, R. S., & LAUNIER, R. (1978). Stress-related transactions between Person and Environment. In *Perspectives in Interactional Psychology*, ed. L. A. Pervin, m. Lewis, 287-327. New York: Plenum.
- LEE, R. T. and ASHFORTH, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*. v.81, Nº 2, 123-133.
- LEHTO, R. H., & STNEI, K. F. (2009). Death Anxiety: An Analysis of an Evolving Concept. Research and Theory for Nursing Practice: *An International Journal*, v. 23, Nº 1, 23-41.
- LEITER, M.P.(1990). The impact of family resources, control coping and skill utilization on the development of burnout: a longitudinal study. *Human Relations*, 43, 1067-83.
- LEITER, M.P. (1991). The dream denied: Professional burnout and the constraints of service organizations. *Canadian Psychology*, 32, p. 547-558.
- LEÓN RUBIO, J. M., CANTERO SÁNCHEZ, F. J., MEDINA ANZANO (1998).Prevención y control de riesgos laborales en las profesiones sanitarias: afrontando el estrés. In, J.M. LEÓN RUBIO, C.JIMÉNEZ JIMÉNEZ. *Psicología de la salud: asesoramiento al personal sanitario*. (Ed), Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnología, pp. 135-169.

- LEÓN RUBIO, J. M., MEDINA ANZANO, S., CANTERO SÁNCHEZ, F.J., & RODRÍGUEZ, F. G. (1998). Entrenamientos en habilidades sociales para los profesionales de la salud, In, J.M. LEÓN RUBIO, C.JIMÉNEZ JIMÉNEZ. *Psicología de la salud: asesoramiento al personal sanitario*.(Ed), Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías, pp.89-133.
- LEPLAT, J., CUNY, X. (1977). *Psicología del Trabajo*. Pablo del Rio, Madrid.
- LEWINSON, N. J., CONLEY, J., & BLESSING-MOORE, J. (1981). Measurement of hypothetical burnout cystic fibrosis caregivers. *Acta Paediatric Scandinavica*, 70, 935-939.
- LIEF, H. I., & FOX, R. C. (1963), Training for “detached concern” in medical students. In H.I.LIEF, V.F.LIEF, & N.R. LIEF (eds), *The psychological basis of medical practice* (pp. 12-35). New York: Harper & Row
- LIMONERO-GARCÍA, J.T. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49(2), 249-265.
- MALLET, K. L, PRICE, J. H., JURIS, S. G., & SLENKER, S.(1991). The relationship among burnout, death, anxiety, and social support in hospice and critical care nurses *Psychological Reports*, 68, 1347-1359..
- MALUCCIO, A. N. (1981). *Promoting competence in clients*. New York, Free Press.
- MANN, THOMAS (1901). *Os Buddenbrook. A decadência de uma família*. Edição Livros do Brasil, Lisboa.
- MARIAGE, A. & SCHMITT-FOURRIER, F. (2006). Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping. Étude auprès de personnels soignants. *Le travail Humain*, tome 69, n°1/2006, 1-24.
- MASLACH, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- MASLACH, C. (1982). *Burnout: The Cost of Caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- MASLACH, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. In. W. B. SCHAUFELI, C. MASLACH, & T. MAREK. *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor & Francis, pp. 19-32.
- MASLACH, C. & JACKSON, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *J. Occup. Behavior*. 2: 99-113
- MASLACH, C. & JACKSON, S. E. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. In G. SANDERS & J. SULLS (Eds.), *Social psychology of health and illness* (pp. 227- 251) Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- MASLACH, C. & JACKSON, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. In S. Oskamp (Ed.), *Applied social psychology annual* 5 (pp. 133-154). Beverly Hills, CA: Sage.
- MASLACH, C. & JACKSON, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory* (1986). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

- MASLACH, C., JACKSON, S.E., LEITER, M. P.(1996). *Maslach Burnout Inventory. Manual, 3rd edn.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 3rd ed.
- MASLACH, C. & SCHAUFELI, W.B. (1993): Historical and conceptual development of burnout. In W. B. SCHAUFELI, C. MASLACH & T. MAREK (eds) *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor & Francis, pp. 1-16.
- MASLACH, C., SCHAUFELI, W. B., & LEITER, M. P. (2001): Job Burnout. *Annual Rev. Psychology*, 52, 397-422.
- MILLER, K. I., BIRKHOLT, M., SCOTT, C. & STAGE, C. (1995). Empathy and burnout in human service work: an extension of a communication model. *Communication Research*, 22,123-147.
- MOLLEMAN, E., PRUYN, J., & Van KNIPPENBERG, A. (1986). Social comparison processes among cancer patients. *British Journal of Social Psychology*, 25, 1-13.
- MONK, T.H., & EMBREY, D.E. (1981). A field study of circadian rhythms in actual and interpolated task performance. In A. Reinberg, N. Vieux, & P. ANDLAUER (eds), *In Night and Shift Work: In night and Shift Work: Biological and Social Aspects*. Oxford: Pergamon Press.
- MONTESDEOCA HERNÁNDEZ, D., RODRÍGUEZ POLIDO, F., POU POLANCO, L., y MONTESDEOCA HERNÁNDEZ, M. (1997). El medio laboral y la salud mental (II): estres, Burnout y drogodependencias. Una propuesta preventiva. *Psiquis*, 18 (3), pp. 105-114.
- MORENO-JIMÉNEZ, B., GARROSA-HERNÁNDEZ, E., y GONZÁLEZ GUTIÉRREZ, J.L.(2000a). Personalidad Resistente, Burnout y Salud. *Escritos de Psicología*, 4, 64-77.
- MORENO-JIMÉNEZ, B., GARROSA-HERNÁNDEZ, E., y GONZÁLEZ GUTIÉRREZ, J. L. (2000b). El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos prevención de riesgos laborales*, 3, 18-28.
- MORENO-JIMÉNEZ, B. RODRÍGUEZ, R. B., ALVAREZ, A. M., y MIRALLES-CABALERO, T. (1997). La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, Volumen 13, nº 2, pp. 185-207.
- NURMI, J. E., SALMELA-ARO, K., & KESKIVAARA, P., NÄÄTÄNEN, P. (2008). Confidence in work-related goals and feelings of exhaustion during a therapeutic intervention for burnout: A time-series approach. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 81, 277-297.
- OMOTO, A. M., & SNYDER, M. (1995). Sustained Helping Without Obligation: Motivation, Longevity of Service, and Perceived Attitude Change Among AIDS Volunteers. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 68. nº 4, pp. 671-686.
- PEARLMAN, B., & HARTMAN, A.E. (1982). Burnout: Summary and future research. *Human Relations*, 35, 283-305.
- PENNER, L.A., & FINKELSTEIN, M. A. (1998). Dispositional and Structural Determinants of Volunteerism. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 74, Nº 2, 525-537.

- PILIAVIN, I. A., DOVIDIO, J. F., GAERTNER, S. L., & CLARK, R. D. (1981). *Emergency intervention*. New York: Academic Press.
- PINES, A. M. & ARONSON, E. (1988) *Career Burnout : Causes and Cures*. New York: Free Press.
- PINES, A., & KRANNER, A. (1982). Nurses`burnout: Lack of positive conditions and presence of negative conditions as two independent sources of stress. *Journal of Psychological Nursing*, 8, 30-35.
- PONS, M.B. (1995). The relationship between stress, self-efficacy and burnout among nurses. *Dissertatin Abstracts International*, 57 (5-B): 3443.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Decreto-lei, 104/98*- Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo estatuto. Diário da República, I série A (93) de 21 de Abril, de 1998 pp. 1739-1757.
- PORTUGAL. Conselho de Ministros – *Resolução 140/98*. Define conjunto de medidas para o desenvolvimento do ensino na área da saúde. “Diário da República”, Lisboa, 1ª Série B, (280) de 4 de Dezembro de 1998, p. 6692.
- PORTUGAL. Ministério da Educação. *Decreto-Lei nº 353/99*. Fixa regras gerais para a passagem do ensino enfermagem para Ministério da Educação e cria curso de licenciatura em enfermagem. “Diário da República”, Lisboa, I série A (206), de 3 de Setembro de 1999, pp.6198-6201.
- PORTUGAL. Ministério da Educação – *Portarias nº, 799-D/99; 799-E/99; 799-F/99; 799-G/99*. Aprovam e regulamentam os cursos: Licenciatura Enfermagem; Complemento de Formação em Enfermagem; Ano Complementar de Formação em Enfermagem. Diário da República, I Série B (219), de 18 de Setembro, pp. 6510(1) a (8).
- PRINS, J. T., Van Der HEIJDEN, F. M. M. A., HOEKSTRA-WEEBERS, J. E. H. M., BAKKER, A. B., Van de WIEL, H. B. M., JACOBS, B. (2009). Burnout, engagement, and resident physicians self-reported erros. *Psychology, Health & medicine*, 14, 654-666.
- RUSHTON, J. P. (1980). *Altruism, socialization, and society*. Englewood Cliffs, N. J.,Printeci-Hall.
- SHIROM, A. (2005). Commentary: Reflections on the study of burnout. *Work & Stress*, 19 (3): 263-270.
- SCHAUFELI W. B. & BUUNK, B.P. (1993). Burnout: A Perspective from Social Comparison Theory. In W. B. SCHAUFELI, C. MASLACH & T. MAREK (eds) *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor & Francis, pp. 53- 66.
- SCHAUFELI W. B. & BUUNK, B. P. (2003). Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing (Eds), *The handbook of work and health psychology* (pp.383-424). Edited by M. J. Schabraq, J. A. M. Winnusbst and C. L. Cooper. Wile & Sons, Ltd.
- SCHAUFELI W. B. & ENZMANN, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Research: A critical analysis*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- SCHAUFELI, W. B. & JANCZUR, B. (1994). Burnout Among Nurses. A Polish-Dutch Comparison. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, vol. 25, nº 1, pp. 95-113.

SCHAUFELI, W. B. MASLACH, C., & MAREK, T. (1993). The future of burnout. In W. B. SCHAUFELI, C. MASLACH, & T. MAREK (eds) *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor & Francis, pp. 253-259.

SCHAUFELI, W. B., & Van DIERENDONCK, D. (2000). *Handleiding Van de Utrechtse Burnout Schaal* [test manual Utrecht burnout scale-UBOS], Lisse Swets & Zeitlinger.

SCHROEDER, D., DOVIDIO, J. F., SIBICKY, M. E., MATTHEWS, L. L., & ALLEN, J. (1988). Empathic concern and helping behavior: Egoism or Altruism? *Journal of experimental social psychology*, 24, pp.333-353.

SCHWARZER, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin, Germany: Freie Universität Berlin.

SCHWARZER, R. (1997). General Perceived Self-Efficacy in 14 Cultures. <http://userpage.fu-berlin.de/~health/world14.htm>.

SCHWARZER, R., BÄBLER, J., KWIATEK, P., SCHRÖDER, K., & ZHANG, J. X. (1997). The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of German, Spanish, and Chinese versions of the "General Self-Efficacy Scale" *Applied Psychology: An International Review*, 46 (1), 69-88.

SELYE, H. (1936). *Síndrome de Adaptação Geral*. Disponível em: www.essenceofstressrelief.com/general-adaptation-síndrome.html

SEMMER, N. (1996). Individual differences, work stress, and health. In *Handbook of Work and Health Psychology*, (ed). MJ SCHABRACQ, JAM WINNUBST, CL COOPER, p. 51-86. Chichester, UK. Wiley.

SHANAFELT, T., BRADLEY, K. WIPF, J., & BACK, A. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 136, 358-367.

SHERER, M., & MADDUX, J. E. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.

SHWARTZ, M. S. & WILL, G.T. (1953). Low morale and mutual withdrawal on a hospital ward. *Psychiatry*, 16, p. 337-353.

SNYDER, M. (1993). Basic Research and Practical Problems: The Promise of a "Functional" Personality and Social Psychology. *PSPB*, Vol. 19, Nº 3, June, pp 251-264.

SNYDER, M., & OMOTO, A. M. (1992). Who helps and why? The psychology of AIDS VOLUNTEERISM. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds). *Helping and being helped. Naturalistic Studies*, pp. 213-219. Newbury Park, CA: Sage

SPICKARD, A., GABBE, S. G., & CHRISTENSEN, J. F., (2002). Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *Journal of American Medical Association*, 288, 1447-1450.

- STAUB, E. (1978). *Positive social behavior and morality: vol. 1: Social and personal influences*. New York: Academic Press.
- TOPF, M. (1989). Personality hardiness, occupational stress, and burnout in critical care nurses. *Research in Nursing and Health*, 12 (3), 179-186.
- Van YPEREN, N. W., BUUNK, B. P., & SCHAUFELI, W. B. (1992). Imbalance, communal orientation and the burnout syndrome among nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 173-189.
- WESTMAN, M. & ETZION, D. (1995): Crossover of stress, strain and resources from one spouse to another. *Journal of Organizational Behavior*, 16, 169-81.
- WHITE, R.W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-323.
- WILLIAMS, C. A. (1989). Empathy and burnout in male and female helping professionals. *Research in Nursing and Health*, 12, 169-178.
- ZABEL, R. H., & ZABEL, M. K. (1982). Factors in burnout among teachers of exceptional children. *Exceptional Children*, 49 (3), 261-263.
- ZAPF, D., SEIFERT, C., SCHMUTTE, B., MERTINI, H. HOLZ, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology and Health*, 16, 527-545.
- ZIMBARDO, P. G. (1970). The human choice: Individuation, reason, and order versus deindividuation, impulse, and chaos. In W. J. ARNOLD & D. LEVINE (Eds.), *Nebraska symposium on motivation*, 1969 (pp. 237-307). Lincoln: University of Nebraska Press.

ANEXO 1

Pedido de autorização ao Hospital Distrital de Faro, para a recolha de dados.

Exm^o Senhor

Presidente do Conselho de Administração do

Hospital Distrital de Faro

Tem esta por objetivo, solicitar autorização, para a recolha de dados nesse Hospital, ao nível do setor de Enfermagem e cuja finalidade, é dar continuidade ao trabalho de investigação no âmbito do doutoramento em Psicologia da Saúde, que estou a frequentar na Universidade de Sevilha – Espanha.

Nesta investigação, pretendo estudar o Síndrome de Burnout, e suas consequências profissionais e organizacionais, ao nível dos Profissionais de Enfermagem.

Os dados obtidos serão utilizados apenas , no âmbito do estudo acima referido.

Espero uma boa receptividade por parte de V^a Ex^a a esta questão, dada a importância do tema em estudo, já que é reconhecido internacionalmente que este síndrome é um dos principais problemas, dos profissionais de saúde em todo o mundo, com graves reflexos para a saúde psicológica destes profissionais e também para os custos, nas organizações.

Junto, um exemplar dos instrumentos de recolha de dados.

Permita-me que agradeça antecipadamente, o empenho que poderá dispensar a este assunto.

Com os meus cumprimentos

Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Faro

Guilhermina Amélia de Sousa Carvalheira

ANEXO 2

Autorização do Hospital Distrital de Faro, para a recolha de dados



COMUNICAÇÃO

**ORGÃO DE
DIRECÇÃO
TÉCNICA**

DE:
ENF.^o DIRECTOR

EXM.^o(^c) SENHOR(A)

C/ conhecimento:

- Enfermeiros Supervisores

ENF.^o(^c) CHEFE DA UNIDADE / SERVIÇO

ASSUNTO: TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

N.^o 109

Serve a presente para informar V.Ex.^a que a Sr.^a Enfermeira Professora Coordenadora Guilbermina Amélia de Sousa Carvalheira, da Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve, solicitou ao Conselho de Administração a autorização para lançar um questionário a todos os Enfermeiros do Hospital, sobre as condições de trabalho dos enfermeiros e seus reflexos no próprio enfermeiro e na própria Organização.

Assim, aguardo que V.Ex.^a e a equipa que trabalha sob a sua chefia dê a melhor colaboração no preenchimento dos referidos questionários.

Com os melhores cumprimentos.

O ENFERMEIRO DIRECTOR

(Severino Carreira)

ANEXO 3

Protocolo dirigido a cada enfermeiro, juntamente com os questionários.

Caro/a Colega

Tem esta por objetivo, convidá-lo a participar, no trabalho de investigação que estou a realizar no âmbito do doutoramento em Psicologia da Saúde, na Universidade de Sevilha, Espanha.

O estudo pretende analisar os reflexos das condições de trabalho, sobre os Profissionais de Enfermagem e sobre a Organização.

A sua participação é muito importante para o desenvolvimento da Profissão de Enfermagem, na medida em que, com este estudo, espero dar algum contributo, para a melhoria das condições de trabalho dos Enfermeiros. Por isso, venho pedir que responda aos questionários, que junto em anexo. O seu preenchimento, demorará em média, 40 minutos.

Dadas as características das perguntas, recomenda-se que os questionários, não sejam preenchidos de uma só vez, sendo recomendável fazê-lo, em pelo menos, duas vezes.

Depois de preenchidos, os questionários devem ser introduzidos e fechados no envelope que encontrará junto a esta carta, o qual por sua vez, deverá ser entregue à sr^a enfermeira chefe do serviço, que o guardará, até ser recolhido pela signatária. Do ponto de vista da investigação, é imprescindível que responda a todas as questões, requisito que a não se verificar, levará à anulação do respetivo questionário. As respostas são anónimas e confidenciais, sendo apenas utilizadas, no conjunto dos dados estatísticos e no âmbito do estudo acima referido.

Se decidir, como espero, dar a sua participação, muitíssimo obrigada pelo seu tempo e consideração.

Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Faro

Guilhermina Amélia de Sousa Carvalheira

ANEXO 4

ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA (Schwarzer, 1993; Schwarzer et al., 1997)

ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA (Schwarzer, 1993; Schwarzer et al., 1997)

Com este instrumento pretende-se saber, como enfrenta cada uma das situações apresentadas.

Assim, para cada item, **faça um círculo sobre o número** da escala respetiva, que melhor expresse a sua opinião. Ao número **1**, corresponde **nunca**. Ao **2**, corresponde, **poucas vezes**. Ao **3**, **bastantes vezes** e ao **4**, **muitas vezes**.

1. Eu consigo verdadeiramente, resolver sempre problemas difíceis, se me esforçar bastante.

1, Nunca. 2, Poucas vezes. 3, Bastantes vezes. 4, Muitas vezes.

2. Se alguém se me opõe, eu consigo arranjar meios para atingir o que quero.

1, Nunca. 2, Poucas vezes. 3, Bastantes vezes. 4, Muitas vezes.

3. É fácil para mim, manter os meus objectivos e realizá-los.

1, Nunca. 2, Poucas vezes. 3, Bastantes vezes. 4, Muitas vezes.

4. Estou seguro/a de que, poderia lidar com acontecimentos inesperados, eficientemente.

1, Nunca. 2, Poucas vezes. 3, Bastantes vezes. 4, Muitas vezes.

5. Graças ao meu expediente, eu sei como enfrentar situações inesperadas.

1, Nunca. 2, Poucas vezes. 3, Bastantes vezes. 4, Muitas vezes.

6. Consigo resolver a maioria dos problemas, se eu fizer o esforço necessário.

1, Nunca. 2, Poucas vezes. 3, Bastantes vezes. 4, Muitas vezes.

7. Quando confrontado/a com dificuldades, consigo permanecer calmo/a, porque posso contar com as minhas capacidades para lutar contra isso.

1, Nunca. 2, Poucas vezes. 3, Bastantes vezes. 4, Muitas vezes.

8. Quando sou confrontado/a com algum problema, geralmente consigo encontrar várias soluções.

1, Nunca. 2, Poucas vezes. 3, Bastantes vezes. 4, Muitas vezes.

9. Se eu estou em dificuldades, geralmente consigo pensar em alguma resolução.

1, Nunca. 2, Poucas vezes. 3, Bastantes vezes. 4, Muitas vezes.

10. Venha o que vier pela frente, geralmente consigo enfrentá-lo.

1, Nunca. 2, Poucas vezes. 3, Bastantes vezes. 4, Muitas vezes.

ANEXO 5

QUESTIONÁRIO DE MOTIVAÇÕES DOS VOLUNTÁRIOS DE DOENTES COM SIDA

(Omoto & Snyder, 1995; Chacón-Fuentes y Vecina-Jiménez, 1999)

QUESTIONÁRIO DE MOTIVAÇÕES DOS VOLUNTÁRIOS DE DOENTES COM SIDA

(Omoto & Snyder, 1995; Chacón-Fuentes y Vecina-Jiménez, 1999)

As questões que se seguem dizem respeito às **motivações** pró-sociais dos profissionais de saúde, para prestarem cuidados em **situações de doença crónica ou grave**. Assim, numa escala de 1 a 7, indique (**escrevendo o número** correspondente), **quão importante** é para si cada uma das **motivações** que se seguem, quando se trata de **situações de doença crónica ou grave**.

O valor **1** significa que aquela motivação não é **rigorosamente nada** importante. O valor **2**, **nada** importante. O valor **3**, **pouco** importante: O **4**, **alguma coisa** importante. O **5**, **bastante** importante. O **6**, **muito** importante. O **7**, **muitíssimo** importante.

GRAU DE IMPORTÂNCIA	Rigoros/ nada importante 1	Nada Importante 2	Pouco importante 3	Algo Importante 4	Bastante importante 5	Muito importante 6	Muitis/ Importante 7
MOTIVAÇÕES							
1. Sou motivado/a devido aos meus valores pessoais , às minhas convicções e às minhas crenças .	1	2	3	4	5	6	7
2. Sou motivado/a porque gosto de ajudar os outros.	1	2	3	4	5	6	7
3. Sou motivado/a, porque considero que as pessoas devem fazer alguma coisa para resolverem os problemas que são importantes para todos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Porque me considero uma pessoa preocupada com os outros.	1	2	3	4	5	6	7
5. Para compreender a doença e como esta afecta as pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
6. Para aprender como as pessoas enfrentam a doença.	1	2	3	4	5	6	7
7. Para aprender como ajudar as pessoas na doença.	1	2	3	4	5	6	7
8. Para aprender mais sobre como prevenir a doença.	1	2	3	4	5	6	7
9. Para adquirir experiência em situações emocionalmente difíceis .	1	2	3	4	5	6	7
10. Para conhecer as pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
11. Para saber lidar com os meus medos pessoais e a minha ansiedade a respeito da doença.	1	2	3	4	5	6	7
12. Para pôr à prova e avaliar as minhas habilidades .	1	2	3	4	5	6	7

GRAU DE IMPORTÂNCIA	Rigoros/ nada importante 1	Nada Importante 2	Pouco importante 3	Algo Importante 4	Bastante importante 5	Muito importante 6	Muitís/ Importante 7
MOTIVAÇÕES							
13. Porque deste modo esqueço as preocupações da minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
14. Para aprender sobre mim, sobre as minhas forças e as minhas habilidades .	1	2	3	4	5	6	7
15. Por me sentir útil .	1	2	3	4	5	6	7
16. Para me sentir bem comigo mesmo/a.	1	2	3	4	5	6	7
17. Pelo meu sentido de responsabilidade profissional para com os outros.	1	2	3	4	5	6	7
18. Pelo meu interesse e preocupação para com os outros.	1	2	3	4	5	6	7
19. Pela minha obrigação humanitária para ajudar os outros.	1	2	3	4	5	6	7
20. Para ajudar os outros.	1	2	3	4	5	6	7
21. Por me considerar um defensor na resolução dos problemas relacionados com a doença.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 6

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

da *Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail* (ANACT, 1984),
França.

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

da *Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail* (ANACT, 1984) França.

Pretendemos saber a sua opinião sobre as condições de trabalho. A **resposta**

sim, indica uma situação correta. A **resposta não**, indica uma situação deficiente. A **resposta não sei**, indica que tem necessidade de informação/formação. Uma **resposta em branco**, indica que no seu trabalho, não existe essa situação. Assinale com um X, a resposta que melhor corresponder, às condições no seu trabalho.

1. MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	sim	não	não sei
1.1. Os elementos de transmissão das máquinas/equipamentos (engrenagens, volantes, correias e outros), estão protegidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. Os elementos móveis das máquinas/equipamentos (lâminas, bordos cortantes, etc.), estão protegidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3. As máquinas/equipamentos, dispõem de interruptores ou outro sistema de "stop" de emergência?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. FERRAMENTAS/UTENSÍLIOS			
2.1 As ferramentas/utensílios que utiliza no seu trabalho, estão feitos de material adequado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Estão bem polidos, isto é, sem arestas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. Estão bem afiados e prontos a utilizar em qualquer momento?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. Quando não se utilizam, estão bem guardados e ordenados no seu sítio?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5. Se são eléctricos, têm duplo isolamento, ou qualquer outro meio que os torne seguros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6. Dispõe para cada caso, de uma ferramenta adequada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ESPAÇO			
3.1. A distância entre as máquinas/aparelhos é tal, que impede que os seus elementos móveis magoem as pessoas ou estraguem outras máquinas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Estão os materiais armazenados no lugar destinado a isso?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. Está o chão limpo de gordura e é antideslizante?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. Existem sinais de chamada de atenção e advertências, claramente assinaladas para indicarem:			
3.4.1. Vias de transporte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4.2. Equipamentos para combate a incêndios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4.3. Saídas de emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. MANIPULAÇÃO E TRANSPORTE			
4.1. Se existem aparelhos de elevação, estes, estão dotados de interruptores ou sinais visuais acústicos, contra o excesso de carga? (ascensor ou outros).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. Estes aparelhos possuem mecanismos de segurança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3. O sistema de travão/freno, impede o deslizamento vertical da carga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4. Realizam-se revisões e provas periódicas aos cabos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sim	não	não sei
4.5. Há normas estabelecidas pela empresa/organização, sobre:			
4.5.1. Situação das cargas no ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5.2. Carga e descarga de materiais.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6. Estão claramente marcados os pesos máximos, que podem ser transportados?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7. Se existem carros de mão, estes são conduzidos unicamente por pessoal autorizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7.1. Os seus travões/sistemas de freio, funcionam bem e são potentes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7.2. O assento do condutor, é cómodo e tem boa visibilidade?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7.3. A revisão periódica destes carros, é realizada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8. No caso de haver faixas ou cintas transportadores, estão resguardados o motor, o rolo da faixa e outros peças, susceptíveis de constituírem perigo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. VIBRAÇÕES			
5.1. Pode segurar o jornal, sem que lhe tremam as mãos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2. Se utiliza ferramentas que produzem vibrações, estas, estão dotadas de sistema de amortização?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3. As máquinas que produzem vibrações, estão isoladas ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ILUMINAÇÃO			
6.1. O local de trabalho dispõe de iluminação geral, suficiente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2. A luz está colocada de forma a evitar encandeamentos e reflexos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3. Considera que a iluminação do seu posto de trabalho é adequada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4. As lâmpadas e as janelas mantêm-se limpas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5. Realizam-se medições do nível de luz?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6. As lâmpadas fundidas são substituídas rapidamente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7. Os distintos espaços do seu centro de trabalho, dispõem dos níveis mínimos de iluminação, estabelecidos pela Ordem Geral de Segurança e Higiene?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONDIÇÕES TERMOHIGROMÉTRICAS			
7.1. As fontes de calor (ebulidores, estufas, fornos, etc.) estão isolados convenientemente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2. O local de trabalho dispõe de ventilação geral?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3. Se ou quando se gera vapor de água, há um sistema de extração localizada ou outros, que evitem o excesso de humidade?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4. A temperatura do local de trabalho é adequada ao tipo de atividade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5. A roupa de trabalho utilizada, é adequada ao tipo de trabalho e à temperatura ambiental? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.6. É feita a revisão dos sistemas de ventilação?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. RADIAÇÕES	sim	não	não sei
8.1. Estão sinalizados os locais em que há radiações ionizantes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2. Se está num trabalho com radiações ionizantes, foi informado dos riscos a que está submetido e das medidas preventivas a tomar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3. Fazem-lhe revisões médicas periódicas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4. Dispõe de um boletim sanitário?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. CONTAMINANTES QUÍMICOS			
9.1. No seu local de trabalho, sabe da existência de algum contaminante químico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2. Existem normas estabelecidas para a utilização de produtos químicos perigosos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3. Cumrem-se essas normas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4. Realizam-se medições periódicas da concentração do contaminante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5. Realizam-se revisões periódicas aos trabalhadores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.6. Se lida com produtos químicos, sabe que produtos são?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.7. Estão os produtos claramente etiquetados?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.8. Se utiliza produtos tóxicos, pratica uma boa higiene pessoal (lavar as mãos antes de fumar ou comer, mudar de roupa etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.9. Antes de introduzirem uma nova substância química ou outra, no seu trabalho, é requerido à administração ou a quem de direito, informação sobre:			
9.9.1. A sua toxicidade.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.9.2. As condições seguras, para a sua utilização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.10. Existem locais distintos do posto de trabalho, para tomar qualquer coisa ou almoçar, etc. ?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. CONTAMINANTES BIOLÓGICOS			
10.1. O contacto com elementos biológicos faz parte das suas atividades. Sendo assim. os refeitórios, seus ou dos utentes, bem como as casas de banho, estão isolados da sua zona de trabalho?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2. A sua zona de trabalho, os vestiários, as casas de banho, os refeitórios etc. , mantêm-se em perfeitas condições de limpeza e desinfeção?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3. Os trabalhadores realizam uma boa higiene pessoal (lavam as mãos antes de fumar ou comer, mudam de roupa etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. FADIGA FÍSICA			
11.1 .Os esforços utilizados no desenvolvimento do seu trabalho, são adequados:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1.1. À sua capacidade física.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1.2. À temperatura ambiental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1.3. À sua idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sim	não	não sei
11.1.4. Ao seu treino/experiência nesse campo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2. Se realiza um trabalho muito pesado, fazem-lhe revisões para controlar a frequência cardíaca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.3. Realizaram-lhe alguma avaliação do consumo metabólico na atividade que realiza?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.4. Existem pausas estabelecidas de acordo com as duas perguntas anteriores?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. CARGA MENTAL			
Do ponto de vista do cansaço mental:			
12.1. Considera que o seu ritmo habitual de trabalho é adequado?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2. Está convencido que a atividade que lhe exigem, é a aquela que pode realizar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3. O seu trabalho permite-lhe dormir bem, durante a noite?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.4. Pensa que o descanso entre uma jornada de trabalho e a seguinte, é suficiente para recuperar do cansaço mental, provocado pelo seu trabalho?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.5. O tipo de trabalho que executa, permite-lhe desviar a atenção por alguns instantes, para fazer ou pensar outra coisa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ERGONOMIA DO POSTO DE TRABALHO			
13.1. A distância entre os seus olhos e o trabalho que realiza, é suficiente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.2. A disposição do posto de trabalho, permite que possa trabalhar sentado?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.3. O assento é cómodo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.4. O assento é ajustável à cadeira de trabalho?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.5. Tem espaço suficiente para variar a posição de pernas e joelhos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.6. Se está sentado numa cadeira alta, tem algum apoio para os pés?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.7. Pode apoiar os braços?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.8. Se tem a seu cargo alguma máquina, ferramenta ou utensílio, tem os comandos dispostos de tal maneira que não necessita de realizar movimentos forçados para os acionar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.9. A altura da superfície donde realiza o seu trabalho, é adequada à sua estatura e à cadeira?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.10. Dispõe de equipamento apropriado para levantamento das cargas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.11. Se tem de levantar cargas à mão, seguem-se as normas estabelecidas para levantar pesos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.12. Se trabalha de pé, dispõe de uma cadeira para descansar durante as curtas pausas?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.13. Em geral dispõe de tempo suficiente para realizar o trabalho à vontade, sem presa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sim	não	não sei
13.14. Ao terminar a jornada de trabalho, o cansaço que sente, poderia classificá-lo de normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. JORNADA DE TRABALHO			
14.1. O número e a duração total das pausas durante o turno de trabalho, são suficientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.2. Tem autonomia para você próprio poder distribuir as pausas ao longo do turno de trabalho?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.3. Pedem-lhe opinião quando há necessidade de trocar de turno?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.4. Exigem-lhe menos trabalho no turno da noite?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.5. Pode escolher os dias de descanso?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.6. Considera adequada a distribuição:			
14.6.1. Do horário de trabalho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.6.2. Dos turnos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.6.3. Das horas de descanso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.6.4. Das horas extraordinárias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.6.5. Das pausas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. RITMO			
15.1. Considera que o tempo que dedica a cada tarefa que realiza é adequado?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.2. Pode abandonar o trabalho por uns minutos, sem necessidade de ser substituído/a?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.3. Existe alguém que o substitua por uns minutos, no caso de não poder abandonar o posto de trabalho?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.4. Pode variar o seu ritmo de trabalho, sem perturbar a produção o final?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.5. O ritmo de trabalho é definido:			
15.5.1. Por si.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.5.2. Ou pela máquina ou outro processo que não controla.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. PREJUÍZOS PARA A SAÚDE			
16.1. Conhece as possíveis Doenças Profissionais detectadas na Organização onde trabalha?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.2. Tem conhecimento dos acidentes de trabalho que têm ocorrido no último ano na sua empresa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.3. Conhece as causas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.4. A Organização informa os trabalhadores por escrito ou através de reuniões, ou outros processos, sobre os riscos para a saúde, existentes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.5. Medem-se e controlam-se os níveis de contaminação existentes nos processos de trabalho?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.7. A Organização dispõe de gabinete de aconselhamento (próprio ou externo) em matéria de prevenção de riscos laborais, físicos ou psicológicos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.8. Quando se verifica uma baixa por doença profissional, efetua-se um estudo, das causas que a provocaram?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. MAPA DE RISCOS	sim	não	não sei
17.1. Sabe em que sectores da empresa se produzem mais acidentes de trabalho ou Doenças Profissionais?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.2. Alguma vez tentou conjuntamente com outros trabalhadores da empresa, fazer um mapa dos riscos laborais?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.3. Conhece o grau de absentismo da sua empresa, e as suas causas principais?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.4. É possível reunir com os seus companheiros para discutir os métodos de trabalho, etc?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.5. A empresa dispõe de pessoal, meios, técnicas e locais próprios ou alheios, para ensinar aos trabalhadores a forma correcta de realizar o trabalho?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO			
18.1. Pensa que é possível mudar na sua empresa as formas de organização, para melhorar as condições de trabalho?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.2. Conhece outras empresas que apliquem novas formas de organização com resultados positivos para a saúde dos seus trabalhadores?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. LEGISLAÇÃO			
19.1. Leu o Estatuto dos Trabalhadores?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.2. Conhece os seus direitos em questões de remuneração?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.3. Há na empresa exemplares da Ordem Geral de Higiene e Segurança, à disposição dos trabalhadores?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.4. Conhece os regulamentos e directrizes laborais que dizem respeito ao seu sector de actividade?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. EMPRESA			
20.1. Há Comité de Empresa ou Delegado de Pessoal?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.2. Conhece o Comité ou Delegado, as estatísticas de absentismo, acidentes de trabalho, doenças profissionais, etc?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.3. Existe na sua empresa, Vigilante ou Comité de Segurança e Higiene?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.4. Aquele Comité, informa os trabalhadores?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.5. Esse Comité investiga os acidentes e doenças profissionais?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.6. Reúne segundo o previsto na Ordem?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.7. A empresa tem Serviço Médico?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.8. Há um posto médico suficientemente apetrechado de medicamentos, e estes são revistos periodicamente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.9. Há pessoas que podem prestar os primeiros socorros?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.10. Realizam-se exames médicos prévios à admissão do trabalhador?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.11. Efetuam-se exames médicos periódicos aos trabalhadores?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.12. Em caso afirmativo, incluem-se nesses exames provas especiais em função dos riscos a que estão expostos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.13. O trabalhador é informado dos resultados dos exames médicos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.14. Existe na empresa/organização, uma pessoa responsável pelo posto médico e respetiva farmácia?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sim	não	Não sei
21. PROTECÇÕES PESSOAIS			
21.1. Caso necessite no seu posto de trabalho de usar objetos para proteção pessoal, está estabelecido o uso de:			
21.1.1. Capacete ou touca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.1.2. Óculos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.1.3. Protetores auditivos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.1.4. Máscara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.1.5. Avental.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.1.6. Luvas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.1.7. Cinto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.1.8. Polainas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.1.9. Botas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.1.10. Outros. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.2. A empresa proporciona todos os utensílios de proteção pessoal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.2.1. Estão homologadas (oficializados pelo ministério público) ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.2.2. São adequadas aos riscos que devem proteger ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.2.3. São de uso pessoal, isto é, um para cada trabalhador?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.2.4. São cómodas de usar ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.2.5. Fazem-se revisões periódicas a estes utensílios de proteção ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.3. Há cartazes que indicam que se devem usar estes objetos de proteção?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. AUTOMATIZAÇÃO			
22.1. O seu trabalho permite-lhe aplicar as suas habilidades e conhecimentos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.2. Pode organizar o seu trabalho à sua maneira (por exemplo modificar a ordem das operações que realiza)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.3. Pode intervir em caso de erro ou incidente para controlar e corrigir o seu trabalho?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.4. Considera que o seu trabalho é variado?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.5. Estão esgotadas todas as possibilidades de distribuir o trabalho de maneira que seja mais variado e estimulante do que atualmente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.6. Pode rodar com outros postos de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. COMUNICAÇÃO E COOPERAÇÃO			
	sim	não	não

23.1.O seu trabalho é realizado em grupo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sei
23.2. Se trabalha individualmente, pode falar com outros companheiros durante o trabalho?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.3. Há companheiros de trabalho a menos de cinco metros do teu posto de trabalho?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.4. Se está isolado, tem um telefone perto?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.5. Os trabalhadores são informados ou formados, quando se introduzem novas máquinas ou novos métodos de trabalho?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.6. Tem amigos no trabalho?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.7. Pode-se falar daquilo que cada um pensa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.8. Conheces as ideias de outros companheiros (religião, política, sobre a vida em geral ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ESTILO DE LIDERANÇA E DE PARTICIPAÇÃO			
24.1. O seu chefe imediato pede-lhe opinião nas decisões relacionadas com o trabalho que realiza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.2. Quando lhe incumbe de uma nova tarefa, discute consigo a forma de a levar a cabo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.3. Pode dar directamente sugestões aos seus superiores?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.4. Existem “boxes” para colocar sugestões?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.5. Acha que as sugestões que dão os trabalhadores, são tidas em conta?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ESTATUTO			
25.1. O seu trabalho goza de prestígio social?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.2. Pensa que o seu trabalho é importante dentro do processo geral?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.3. Tem vínculo ao quadro da empresa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.4. A sua preparação e a dos colegas é adequada ao trabalho que realizam?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.5. Conhece tudo o que se faz na empresa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.6. Tem possibilidade de promoção?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.7. Comparada com outros postos de trabalho, a sua remuneração é adequada, tendo em vista as exigências do seu trabalho?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. AVALIAÇÃO GLOBAL			
26.1. Conhece bem os riscos a que está submetido o seu posto de trabalho?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.2. Habitualmente, comenta esses riscos com os seus companheiros/as?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.3. Conhece algum guia de análise das condições de trabalho?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.4. Se sim, alguma vez tentou esclarecimentos sobre esse assunto?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.5. Sente desinteresse pelas coisas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.6. Sente-se inquieto/intranquilo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sim	não	não sei
26.7. Sente que comete mais erros do que o normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.8. Sente dores de rins?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.9. Tem dificuldades respiratórias ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.10. Tem a voz enrouquecida ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.11. Sente formiguelo nas mãos ou nas pernas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.12. Sente os olhos irritados?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.13. Sente dificuldades oculares e ou visuais?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.14. Tem problemas digestivos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.15. Tem palpitações?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.16. Consome tabaco, café, álcool ou outras drogas em excesso?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. SINTOMAS CAUSADOS OU ATRIBUÍDOS AO PRÓPRIO TRABALHO

Nesta parte final deste questionário, **assinale com um X, o número de vezes** que sente este problema)

27.1. Sente-se cansado/a?.....	1. muitas vezes	2. às vezes	3. nunca
27.2. Tem dificuldade em dormir?.....	1. muitas vezes	2. às vezes	3. nunca
27.3. Sente a cabeça pesada ou sensação que vai desmaiar?.....	1. muitas vezes	2. às vezes	3. nunca
27.4. Sente que se irrita facilmente?.....	1. muitas vezes	2. às vezes	3. nunca
27.5. Tem dificuldade em se concentrar?.....	1. muitas vezes	2. às vezes	3. nunca
27.6. Esquece-se das coisas facilmente?.....	1. muitas vezes	2. às vezes	3. nunca
27.7. Toma tranquilizantes?.....	1. muitas vezes	2. às vezes	3. nunca

ANEXO 7

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO DESGASTE PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM (QDPE),
(BURNOUT), de Moreno-Jiménez; Garrosa Hernández; e González Gutiérrez, 1997)

Neste questionário, encontrará uma série de questões, com as quais podrá ou não estar de acordó. Por favor, indique o que pensa em cada uma delas, marcando com uma cruz, o número, que melhor corresponder à sua opinião.

1 = totalmente em desacordo

2 = em desacordo

3 = de acordo

4 = totalmente de acordo

		Total/ Desa- cordo	Desa- cordo	Acordo	Total/ Acordo
1	Perante os utentes/doentes, o médico é o protagonista e as tarefas que os enfermeiros/as executam, estão dependentes dos médicos.	1	2	3	4
2	O público em geral, considera os enfermeiros/as, subordinados dos médicos, sem autonomia nou responsabilidade, como se se tratasse de profissionais pouco diferenciados.	1	2	3	4
3	No meu Serviço, não há uma boa relação entre os enfermeiros/as, que realizam tarefas distintas e os restantes enfermeiros/as.	1	2	3	4
4	No meu Serviço, as pessoas esforçam-se para ajudar os/as enfermeiros/as recém-chegados, a sentirem-se bem.	1	2	3	4
5	Sinto que, entre os elementos da equipa, os pormenores sobre como levar a cabo uma tarefa, não são discutidos ou são falados de uma maneira vaga.	1	2	3	4
6	Na mina Instituição, quando surgem problemas, os superiores hierárquicos, encorajam-nos a termos confiança em nós próprios.	1	2	3	4
7	A rotina do meu trabalho, aborrece-me.	1	2	3	4
8	Os médicos não têm em conta a opinião dos enfermeiros/as, no que diz respeito às questões dos doentes.	1	2	3	4
9	A monotónia das minhas tarefas como enfermeiro/a, causa-me apatía.	1	2	3	4

10	Os meus superiores, não me dão nenhuma informação, sobre se o trabalho que faço, está bem ou mal feito.	1	2	3	4
11	Só recebo alguma informação a respeito do desenvolvimento do meu trabalho, quando faço alguma coisa mal.	1	2	3	4
12	No meu Serviço, o ambiente é bastante impessoal.	1	2	3	4
13	No meu Serviço, eu posso contar os meus problemas pessoais aos meus companheiros.	1	2	3	4
14	Neste trabalho, faça-se o que se fizer, há sempre críticas. Ninguém reconhece o que se faz.	1	2	3	4
15	No meu trabalho, tenho demasiadas tarefas para realizar, ao mesmo tempo.	1	2	3	4
16	O número de elementos que integram a minha equipa, é insuficiente, para poder realizar o trabalho.	1	2	3	4
17	No meu local de trabalho, as condições físicas são deficientes, para uma boa execução do mesmo.	1	2	3	4
18	A planificação que me dão sobre como realizar o meu trabalho, é clara.	1	2	3	4
19	No meu Serviço, as pessoas puxam cada uma para seu lado.	1	2	3	4
20	Tenho sentido um grande stress no meu trabalho, devido à escassez de pessoal.	1	2	3	4
21	Sinto uma sobrecarga de trabalho, devido à escassez de pessoal.	1	2	3	4
22	Quando um enfermeiro/a, tem uma falha na execução do seu trabalho, as críticas generalizam-se a todos nós., enfermeiros/as.	1	2	3	4
23	Os nossos superiores não se importam com nada, nem com nós próprios, nem com o nosso trabalho.	1	2	3	4
24	Os superiores só mostram interesse por aquilo que nos acontece, quando isso os afeta diretamente.	1	2	3	4
25	As relações com o meu superior hierárquico, são apenas de tipo profissional.	1	2	3	4
26	Os utentes e ou os familiares destes, fazem exigencias aos enfermeiros, como se estes tivessem obrigação de lhes fazer tudo.	1	2	3	4
27	Quando surge algum contratempo ou erro no tratamento de um doente, este e ou os seus familiares, culpam os enfermeiros do erro que ocorreu.	1	2	3	4

28	Quando um enfermeiro/a comete alguma falha, as críticas generalizam-se a tudo o que os enfermeiros realizam.	1	2	3	4
29	Fico afetado/a quando o estado de saúde dos doentes, se agrava.	1	2	3	4
30	Afeta-me o facto de não ter meios suficientes para dar aos utentes/doentes terminais, uma boa qualidade de vida.	1	2	3	2
31	Entristece-me que haja doentes, que não recebem visitas dos familiares.	1	2	3	4
32	Fico afetado/a vquando vejo um familiar de um doente/utente, sofrer por este.	1	2	3	4
33	A informação dos meus superiores sobre como levar a cabo o meu trabalho, é pouco clara.	1	2	3	4
34	Tenho excesso de trabalho, devido ao tipo de doentes que cuido.	1	2	3	4
35	As ordens que recebo, são vagas e ambíguas.	1	2	3	4
36	As ordens que me dão os meus superiores são pouco sistemáticas.	1	2	3	4
37	Fico afetado/a quando more um doente, cujo proceso de doença acompanhei.	1	2	3	4
38	Sinto que os meus superiores reconhecem o meu esforço no trabalho.	1	2	3	4
39	Sinto-me bem, sinto-me realizado/a pelo meu trabalho.	1	2	3	4
40	No meu Serviço, não existe trabalho em equipa.	1	2	3	4
41	As interrupções e os imprevistos no meu trabalho, acontecem todos os días.	1	2	3	4
42	O trabalho que realizo diariamente, exige demasiada responsabilidade.	1	2	3	4
43	Custa-me prestar cuidados que impliquem situações dolorosas para o doente/utente.	1	2	3	4
44	Ninguém valoriza o trabalho que realizamos.	1	2	3	4
45	Durante o meu dia de trabalho, tenho que fazer tarefas que não são da minha competencia.	1	2	3	4
46	Tenho continuamente interrupções no meu trabalho.	1	2	3	4

47	Sinto que os médicos não são autênticos em relação ao apoio à equipa de enfermagem; temem perder protagonismo.	1	2	3	4
48	Os médicos são autoritários na relação com os/as enfermeiros/as.	1	2	3	4
49	No meu trabalho, não existem pausas suficientes.	1	2	3	4
50	Tenho de atender demasiado numero de doentes.	1	2	3	4
51	Os médicos culpam-nos dos erros que eles próprios cometem.	1	2	3	4
52	Os doentes/utentes e os seus familiares, culpam os enfermeiros, do que de mal lhes acontece.	1	2	3	4
53	Falta-me sempre tempo para concluir o meu trabalho.	1	2	3	4
54	Acontece que o turno de trabalho, não é suficiente para realizar todo o trabalho que tenho de executar diariamente.	1	2	3	4
55	Os utentes e seus familiares, tratam-me como se eu fosse a sua enfermeira/O particular.	1	2	3	4
56	Considero que as tarefas que me atribuem, estão bem planeadas.	1	3	3	4
57	Fico bastante afetado/a com a morte de um doente joven.	1	2	3	4
58	Fico afetada/o quando cuido de um doente cujas condições são criticas ou em estado terminal.	1	2	3	4
59	Considero que as tarefas que realizo são monótonas.	1	2	3	4
60	Considero que as tarefas que realizo são repetitivas.	1	2	3	4
61	Recebo dos superiores mais ordens, do que apoio.	1	2	3	4
62	Fico "stressado/a", por realizar tantas tarefas ao mesmo tempo.	1	2	3	4
63	No trabalho, não considerada/o. Sinto que as pessoas me consideram pouco diferenciada/o.	1	2	3	4
64	Sinto que não influencio de maneira positiva, a vida de outras pessoas.	1	2	3	4
65	Sinto que me estou a afastar emocionalmente dos meus doentes/utentes.	1	2	3	4
66	Vou para o trabalho cansada/o e volto para casa cansada/o. Custa-me ir trabalhar.	1	2	3	4

67	Sinto-me esgotada/o no final de um dia de trabalho.	1	2	3	4
68	Por vezes pensó que os doentes/utentes, não merecem o esforço que lhes dedico.	1	2	3	4
69	Necessito de mudar. Diariamente, me sinto desmotivada/o, para o trabalho.	1	2	3	4
70	Quando os doentes não melhoram, tento fazer o meu trabalho o mais depressa possível, evitando o contacto com eles.	1	2	3	4
71	Muitas vezes sinto-me esgotada/o, física e mentalmente.	1	2	3	4
72	Estou cansada/o de me esforçar, de dar a minha opinião sobre as questões do trabalho, mas ninguém me ouve.	1	2	3	4
73	Na relação com os familiares do utente/doente, procuro despersonalizar ao máximo e sempre que posso, evito o contacto com eles.	1	2	3	4
74	Respeito os meus doentes/utentes, não interfiro nos seus problemas. É como se os problemas não existissem.	1	2	3	4
75	Trato os meus doentes/utentes de forma diferente, segundo a conduta de cada um.	1	2	3	4
76	Sinto-me cética/o perante os problemas dos meus doentes/utentes.	1	2	3	4
77	Não vale a pena implicar-me nos problemas dos utentes/doentes, pois não tenho culpa de eles estarem no hospital.	1	2	3	4
78	Às vezes sinto-me cansada/o, sem vontade de me esforçar para fazer algo.	1	2	3	4
79	Sinto-me demasiado esgotada/o devido ao meu trabalho.	1	2	3	4
80	Sinto que me estou a afastar emocionalmente do meu trabalho.	1	2	3	4
81	Sinto que estou a ficar endurecida/o, devido ao contacto com os doentes/utentes.	1	2	3	4
82	Sinto que o trabalho do dia a dia no hospital ou centro de saúde, me desgasta.	1	2	3	4
83	Estou sempre a desejar que chegue a hora de saída.	1	2	3	4
84	Algumas vezes, é-me indiferente que os doentes/utentes, sejam melhor ou pior atendidos.	1	2	3	4
85	Sinto que o meu trabalho não serve para nada.	1	2	3	4

86	A morte de um paciente, não me afeta emocionalmente.	1	2	3	4
87	Sinto que a minha autoestima está muito em baixo.	1	2	3	4
88	Tenho trabalhado em excesso. Não consigo fazer mais do que estou a fazer.	1	2	3	4
89	Sinto-me completamente esgotada/o, depois de um dia de trabalho.	1	2	3	4
90	Faço apenas o imprescindível, para que a pessoa seja atendida.	1	2	3	4
91	Sinto-me inútil.	1	2	3	4
92	Gosto que haja uma grande variedade de tarefas, no meu trabalho.	1	2	3	4
93	Tenho uma grande curiosidade por tudo o que é novo, tanto a nível pessoal, como profissional.	1	2	3	4
94	O meu trabalho quotidiano, satisfaz-me e isso, faz com que eu me dedique totalmente a ele.	1	2	3	4
95	Considero que o trabalho que realizo, é muito valioso para a sociedade e não me importo de lhe dedicar todos os meus esforços.	1	2	3	4
96	Frequentemente sinto que posso mudar o amanhã, através do trabalho que estou a realizar hoje.	1	2	3	4
97	Embora me esforcé, não consigo mudar nada.	1	2	3	4
98	É o meu próprio idealismo que faz com que eu siga por diante, com a realização da minha atividade.	1	2	3	4
99	Na verdade, preocupo-me e identifico-me com o meu trabalho.	1	2	3	4
100	Ainda que isso implique maior esforço, opto pelos trabalhos que são para mim, uma experiência nova.	1	2	3	4
101	No meu trabalho profissional, atraíem-me, aquelas tarefas e situações que implicam um desafio pessoal.	1	2	3	4
102	Não importa que me empenhe ou não no meu trabalho, pois, apesar dos meus esforços, não consigo mudar nada.	1	2	3	4
103	A melhor maneira que tenho de alcançar as minhas próprias metas, é implicar-me a fundo.	1	2	3	4
104	Implico-me no trabalho, frequentemente, pois considero que é a melhor maneira de alcançar as minhas próprias metas.	1	2	3	4

105	Na maioria das vezes, os meus chefes e superiores tomam em consideração, aquilo que eu digo.	1	2	3	4
106	Não me esforço no meu trabalho já que, de qualquer forma, o resultado é o mesmo.	1	2	3	4
107	Sinto que, se alguém trata de ferir-me, pouco pode fazer para o conseguir.	1	2	3	4
108	Sempre que posso, procuro ter novas experiências no meu trabalho quotidiano.	1	2	3	4
109	No meu trabalho, atraíem-me preferencialmente as inovações e novidades nos procedimentos.	1	2	3	4
110	A maioria das vezes, sinto que não vale a pena esforçar-me, já que faça o que fizer, as coisas nunca me saiem bem.	1	2	3	4
111	Embora façamos um bom trabalho, nunca alcançaremos as metas.	1	2	3	4
112	Dentro do possível, procuro situações novas e diferentes, no meu ambiente de trabalho.	1	2	3	4
113	Perante uma situação conflitiva, mantenho-me firme e bato-me, por aquilo que quero.	1	2	3	4
114	Perante um problema, procuro esquecer-me de tudo o resto.	1	2	3	4
115	Manifesto o meu protesto, para com as pessoas responsáveis pelo problema.	1	2	3	4
116	Se um problema me atinge pessoalmente, tomo decisões que me comprometem.	1	2	3	4
117	Quando tenho problemas posso contar com alguém, a quem possa contá-los.	1	2	3	4
118	Quando tenho problemas, não consigo ficar quieto, tenho de atuar.	1	2	3	4
119	Quando tenho problemas, procuro obter varias perspetivas da situação, antes de agir.	1	2	3	4
120	Quando tenho dificuldades, conto a alguém aquilo que sinto.	1	2	3	4
121	Quando estou em dificuldades, aceito a simpatía e a compreensão de alguém.	1	2	3	4

122	Perante situações problemáticas, sigo em frente, como se nada fosse.	1	2	3	4
123	Quando me confronto com algum problema, recuso pensar nele durante muito tempo.	1	2	3	4
124	Algumas vezes, tenho desejo de mudar de profissão.	1	2	3	4
125	Gostaria de deixar a profissão por um tempo, ou mudar para outros serviços.	1	2	3	4
126	Por causa do trabalho, irrito-me com a família.	1	2	3	4
127	O meu trabalho, impõe-me uma vida familiar com restrições.	1	2	3	4
128	Algumas vezes, tenho desejos de abandonar o meu trabalho.	1	2	3	4
129	Atualmente, o trabalho não me dá alegria, como dantes.	1	2	3	4
130	Evito implicar-me em trabalhos, que não me dizem respeito diretamente.	1	2	3	4
131	À medida que o tempo passa, implico-me menos no trabalho, pois, há muitas coisas que poderia fazer e não faço.	1	2	3	4
132	Algumas vezes, tenho vontade de me retirar.	1	2	3	4
133	Tenho sentido desejos, de abandonar a profissão.	1	2	3	4
134	Por vezes, sinto indiferença pelos trabalhos, que não se realizam corretamente.	1	2	3	4
135	O meu trabalho, obriga-me a pôr de lado, outras atividades.	1	2	3	4
136	À medida que o tempo passa, o meu interesse pelo trabalho, diminuiu.	1	2	3	4
137	Se pudesse, se tivesse segurança laboral e económica, mudaria de profissão.	1	2	3	4
138	Sinto que me implico tanto no trabalho, como dantes.	1	2	3	4
139	Neste trabalho, quanto menos fizer, melhor, pois o reconhecimento é o mesmo.	1	2	3	4
140	A mina profissão, está a afetar negativamente as minhas relações fora do trabalho.	1	2	3	4

141	O meu trabalho, faz com que a minha atividade social, seja menor.	1	2	3	4
142	O meu trabalho, está a afetar desfavoravelmente, a minha saúde.	1	2	3	4
143	Tenho a sensação, de que não me encontro bem.	1	2	3	4
144	Tenho tido frequentemente, dores de cabeça.	1	2	3	4
145	Tenho tido problemas musculares.	1	2	3	4
146	Tenho tido transtornos na tensão arterial.	1	2	3	4
147	Tenho tido problemas de tipo circulatório.	1	2	3	4
148	Tenho sofrido frequentemente de palpitações e taquicardias.	1	2	3	4
149	Tenho sofrido desmaios frequentemente.	1	2	3	4
150	Tenho notado um aumento da tensão arterial.	1	2	3	4
151	Sinto-me infeliz e deprimida/o.	1	2	3	4
152	Tenho vindo a viver sem esperança.	1	2	3	4
153	Tenho pensado na possibilidade de deixar este trabalho.	1	2	3	4
154	Sinto-me preocupada/o e até mesmo obcecada/o, pelos temas laborais.	1	2	3	4
155	Sinto-me irritável e fico impaciente, se as coisas não saem ao meu gosto.	1	2	3	4
156	Sinto-me ansiosa/o e tensa/o, ao ir trabalhar cada dia.	1	2	3	4
157	Tenho-me sentido esgotada/o e sem forças para nada.	1	2	3	4
158	Tenho sentido receio, de desmaiar, num sítio público.	1	2	3	4
159	Perdi a confiança em mim própria/o.	1	2	3	4
160	Sinto-me muito nervosa/o e prestes a “explodir” constantemente.	1	2	3	4
161	Sinto-me incapaz de tomar decisões.	1	2	3	4
162	Auto-culpabilizo-me, pelas minhas dificuldades.	1	2	3	4
163	Distraio-me facilmente, mesmo que esteja a fazer coisas de alguma importância.	1	2	3	4

164	Tenho vontade de chorar, fugir e esconder-me.	1	2	3	4
165	Sinto-me sempre hiperexcitada/o.	1	2	3	4
166	Estou hipersensível à crítica.	1	2	3	4
167	Os problemas familiares ou do trabalho, afetam-me facilmente.	1	2	3	4
168	Levanto-me já cansada/o.	1	2	3	4
169	Tenho perturbações de sono.	1	2	3	4
170	Acordo muito cedo e não consigo voltar a dormir.	1	2	3	4
171	Tenho pasado noites inquietas ou intranquilas.	1	2	3	4
172	Tenho tido alguns problemas de tipo sexual.	1	2	3	4
173	Constato que ultimamente, estou mais propensa/o a ter algum tipo de acidente.	1	2	3	4
174	Tenho notado a impossibilidade de permanecer quita/o.	1	2	3	4

ANEXO 8

QUESTIONÁRIO DAS VARIÁVEIS SOCIO DEMOGRÁFICAS (adaptado de, Moreno-Jiménez;
Garrosa Hernández; e González Gutiérrez, 1997)

QUESTIONÁRIO DAS VARIÁVEIS SOCIO DEMOGRÁFICAS (adaptado de, Moreno-Jiménez; Garrosa Hernández; e González Gutiérrez, 1997)

<p>1 - SEXO 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino <input type="checkbox"/></p> <p>2 - IDADE ----- Anos</p> <p>3 – RELAÇÃO DE COMPANHEIRISMO</p> <p>1 – Companheiro/a habitual ----- <input type="checkbox"/></p> <p>2 – Sem companheiro/a habitual ----- <input type="checkbox"/></p> <p>3 - Ausência de companheiro/a ----- <input type="checkbox"/></p> <p>4 - NÚMERO DE FILHOS -----</p> <p>5 – HABILITAÇÕES</p> <p>1 – Sem bacharelato em enfermagem ----- <input type="checkbox"/></p> <p>2 – Bacharelato em enfermagem ----- <input type="checkbox"/></p> <p>3 – Licenciatura em enfermagem ----- <input type="checkbox"/></p> <p>6 –ESPECIALIDADE</p> <p>1 - Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, qual?-----</p> <p>8 – OUTRA FORMAÇÃO NIVEL SUPERIOR</p> <p>1- Sim <input type="checkbox"/> Qual ? -----</p> <p>2- Não <input type="checkbox"/></p> <p>9 – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL TOTAL --- Anos</p> <p>10 – CATEGORIA PROFISSIONAL</p> <p>1 – Enfermeiro ----- <input type="checkbox"/></p> <p>2 – Enfermeiro Graduado ----- <input type="checkbox"/></p> <p>3 – Enfermeiro Especialista ----- <input type="checkbox"/></p> <p>4 – Enfermeiro Chefe ----- <input type="checkbox"/></p> <p>11 – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA</p> <p>ACTUAL CATEGORIA ----- Anos</p>	<p>12 – SITUAÇÃO LABORAL</p> <p>1 - Vínculo ao quadro ----- <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Contrato temporário ----- <input type="checkbox"/></p> <p>13 - LOCAL DE TRABALHO</p> <p>1-INSTITUIÇÃO -----</p> <p>2-SERVIÇO -----</p> <p>14 – HORÁRIO DE TRABALHO</p> <p>1 –FIXO:-----1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 – ROTATIVO: 2manhã <input type="checkbox"/>; 3 tarde <input type="checkbox"/>; 4 noite <input type="checkbox"/></p> <p>15 – EXERCE A ACTIVIDADE PROFISSIONAL EM OUTRO SERVIÇO DESTE HOSPITAL OU EM OUTRA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE?</p> <p>1- Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2-Não <input type="checkbox"/></p> <p>(Se sim, nas questões que se seguem, inclua o número de utentes e de horas de trabalho profissional, referentes a este Serviço, e a outro/s Serviços/Instituições onde eventualmente trabalhe).</p> <p>16 – NÚMERO DE UTENTES QUE ATENDE POR DIA ----</p> <p>17 – NÚMERO DE HORAS DE TRABALHO POR SEMANA, NA PROFISSÃO -----(numérico)</p> <p>18 – PERCENTAGEM DE TEMPO, POR DIA, QUE PASSA EM INTERACÇÃO COM OS DOENTES/UTENTES.</p> <p>1 – mais de 80% ----- <input type="checkbox"/></p> <p>2 – entre 80% e 60%----- <input type="checkbox"/></p> <p>3 – Entre 60% e 40%----- <input type="checkbox"/></p> <p>4 – Entre 40% e 20% ----- <input type="checkbox"/></p> <p>5 – Menos de 20% ----- <input type="checkbox"/></p>
---	---