

DM
SEAB. 1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Tese de Dissertação

por

Alexandra Seabra

**“ O TÉCNICO, A PESSOA, ... E O BURNOUT NO HOSPITAL DR. JOSÉ
MARIA ANTUNES JÚNIOR – ESTUDO EXPLORATÓRIO ”**

Orientadora : Professora Doutora Isabel Pereira Leal

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Mestrado – 1997/1999

CSB
C

ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de
Documentação

Registo: 14525
Data: 20/11/2003

Tel.: 21 681 17 59 • bibispa@ispa.pt

Sinto-me esgotado e vazio.

Não consigo raciocinar direito, isolo-me, irrito-me, sinto-me impotente.

Não consigo estar com a família, com os amigos, descansar e usufruir das férias em pleno.

Já não sinto os ideais profissionais cumprirem os seus objectivos, se realizarem, me realizarem.

Já não tenho respostas a dar, e a quem ... , a eles culpo e a eles julgo.

Sinto-me desesperado, sem ter soluções e a quem recorrer ... estou exausto!

E eu que sempre gostei daquilo que faço!...

INDICE

- AGRADECIMENTOS	..Pág.8
- RESUMO	..Pág.10
- INTRODUÇÃO	..Pág.12

CAPITULO – 1

1.- A INSTITUIÇÃO – HISTÓRICO	..Pág.15
2.- PATOLOGIA(A)	
2.1.-História da Tuberculose em Portugal	..Pág. 18
2.2.- Aspectos Psicológicos Associados à Tuberculose e/ /ou SIDA	..Pág. 23
3.- INTERNAMENTO	..Pág. 25
4.-POPULAÇÃO	
4.1. – Doentes	..Pág. 27
4.2.- Técnicos de Saúde	..Pág. 29

CAPITULO – 2

1.-FACTORES DE STRESS NO TÉCNICO DE SAÚDE	..Pág. 31
1.1.-Factores Intrínsecos de Stress – O Técnico e a Pessoa	..Pág.34

1.2.-Factores Extrínsecos de Stress – A Instituição	..Pág.40
2.-CONSEQUÊNCIAS DO STRESS NO TÉCNICO DE SAÚDE	
2.1.- Stress	..Pág. 44
2.2.-Stress e Saúde no Técnico de Saúde	..Pág. 49
2.3.-Stress e Burnout	..Pág. 55

CAPITULO – 3

1.- CONCEITO DE BURNOUT	..Pág. 59
1.1.-Modelos Explicativos do Burnout	..Pág. 63
2.-FACTORES MEDIADORES DO STRESS / BURNOUT	..Pág. 68
2.1.-Burnout e Estratégias de Coping	..Pág. 71
2.2.-Burnout e Suporte Social	..Pág. 79
3.-PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO NO BURNOUT	..Pág. 88

CAPITULO – 4

1.-OBJECTIVO DO ESTUDO	..Pág. 96
2.-QUESTÕES A INVESTIGAR	..Pág. 97
3.-HIPOTHESES	
3.1. - Hipótese Geral	..Pág. 98
3.2. - Hipóteses Específicas	..Pág. 98

4.-DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS	..Pág. 99
4.1.-Variáveis de Controlo	..Pág. 100
5.-MODELO DE ESTUDO	..Pág. 104
6.-INSTRUMENTOS	..Pág. 104
6.1.-Entrevista estruturada	..Pág. 105
6.2.-Maslach's Burnout Inventory (M.B.I.)	..Pág. 105
6.3. – Escala de Avaliação de Modos de Reagir	..Pág. 107
6.4.- Sub Escala de Relacionamento de Work Enviroment Scale (W.E.S.)	..Pág. 109
7. – PROCEDIMENTO	..Pág. 111
8. – SELECÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	
8.1. – Critérios de Selecção da Amostra	..Pág. 113
8.2. – Caracterização da Amostra	..Pág. 114
9. – TRATAMENTO ESTATISTICO	..Pág. 116
10. – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
10.1. – Instrumentos	..Pág. 120
10.2. – Síndrome de Burnout	..Pág. 129
10.3. – Relação inter e intra variáveis	..Pág. 131
11. – LIMITAÇÕES DO ESTUDO	..Pág. 140
- CONCLUSÕES	..Pág. 143

- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..Pág. 145

ANEXOS

ANEXO I – PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO ..Pág. 155

**ANEXO II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO RESPOSTA
AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E ÉTICA DO**

HOSPITAL Dr. JOSÉ MARIA ANTUNES JÚNIOR ..Pág. 164

ANEXO III – BASE DE DADOS E DEFINIÇÃO DE

VARIÁVEIS. ..Pág. 171

ANEXO IV – TRATAMENTO ESTATÍSTICO ..Pág. 210

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

**QUADRO 1 – Comparação dos valores obtidos na W.E.S., segundo Alfa
de Cronbach**

**QUADRO 2 – Comparação dos Alfas de Cronbach das Sub escalas do
M.B.I.**

**QUADRO 3 – Alfas de Cronbach das Sub escalas da Escala de Modos de
Reagir.**

QUADRO 4 – Alfas de Cronbach da Sub Escala de Relacionamento da W.E.S.

QUADRO 5 - Resultados do r de Spearman às sub escalas do M.B.I.

QUADRO 6 – Coeficiente de correlação de Spearman entre as sub escalas do M.B.I. e as sub escalas da Escala de Modos de Reagir.

QUADRO 7 – Coeficientes de correlação de Spearman da Escala de Modos de Reagir.

QUADRO 8 – Relação entre as sub escalas da Escala de Modos de Reagir e a Sub Escala de Relacionamento da W.E.S.

GRÁFICO 1 – Gráfico de idade recodificada.

GRÁFICO 2 – Profissão

TABELA 1 – Análise Factorial do Maslach Burnout Inventory.

TABELA 2 – Análise Factorial da Escala de Modos de Reagir.

TABELA 3 – Análise Factorial da Sub escala de Relacionamento da W.E.S.

FIGURA 1 – Listagem dos Sintomas do Burnout Seg. Croch e Olsen, 1994.

FIGURA 2 – Modelo de Golembiewski

FIGURA 3 – Modelo Compreensivo do Burnout nos Técnicos de Saúde do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior.

AGRADECIMENTOS

Após a conclusão desta Tese de Dissertação, é-me muito grato lembrar as várias etapas percorridas e recordar com sincera gratidão as numerosas pessoas que, de uma forma ou outra, me apoiaram e incentivaram, contribuindo para a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Isabel Pereira Leal, orientadora deste trabalho, estou reconhecida pela supervisão, apoio e, sobretudo pela constante e incondicional disponibilidade.

Ao Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, agradeço os comentários críticos na elaboração deste estudo e a disponibilidade relacionada com avaliação e seus instrumentos.

Ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior, que tão gentilmente autorizaram a recolha da amostra no seu local de trabalho mostrando empenho no desenvolvimento deste trabalho.

À equipa médica e de enfermagem do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior, que colaborou e se disponibilizou desde o início para a realização do trabalho, permitindo a partilha de ideias e sentimentos, fico reconhecida.

Ao Luís Antão da Glaxo – Wellcome, no acesso a artigos científicos, indispensáveis à concretização deste trabalho, e ao Dr. Ricardo Faustino pela sua colaboração e apoio no tratamento estatístico.

Ao Dr. Francisco Sampaio, agradeço a sua sincera revisão de texto.

Muitos nomes ficaram por mencionar, sobretudo os de todos os colegas de mestrado e amigos que, a nível pessoal me apoiaram e incentivaram, partilhando opiniões e sugestões, acompanhando a reflexão e evolução, que são constante de qualquer trabalho deste género. Embora não referidos por nome, o seu enriquecedor apoio não foi esquecido.

Quero **dedicar** este trabalho e toda a sua experiência verdadeiramente formativa, no sentido mais amplo do termo, a todos os técnicos de saúde que trabalham em contacto directo com o utente.

Por ultimo, a toda a minha família, pelo seu carinho e afecto com que me rodeou me ajudando e incentivando na concretização deste trabalho.

Uma especial atenção ao meu filho Manuel, ao qual roubei tanto tempo disponível a dois, ouvindo dolorosamente "..., estás sempre no computador a trabalhar mãe, já não saímos à tanto tempo..." te dedico o meu especial obrigado.

RESUMO

Pretendemos neste estudo exploratório, compreender de forma mais aprofundada o Burnout enquanto conceito multidimensional e a sua relação com as estratégias de coping e o suporte social no trabalho, nos técnicos de saúde (médicos e enfermeiros) do hospital Dr. José Maria Antunes Júnior.

Para isto, realizamos um levantamento bibliográfico com o objectivo de compreender as implicações da Instituição e doença enquanto stressores no técnico-pessoa, na equipa e a sua relação com o Burnout.

Foi avaliada uma amostra de 33 técnicos de saúde (8 médicos e 25 enfermeiros) do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior, através de uma entrevista semi estruturada, o Maslach Burnout Inventory (M.B.I.), a Escala de Modos de Reagir, e da sub escala de Relacionamento da Work Environment Scale (W.E.S.).

Concluimos através da análise estatística, que existe Burnout, enquanto conceito multidimensional num nível baixo, intermédio. Que o Burnout se encontra relacionado com as estratégias de coping utilizadas pelos técnicos, nomeadamente que as estratégias de evitamento e foco na emoção se correlacionam com a despersonalização indo ao encontro de autores que afirmam que esta dimensão surge enquanto estratégia para lidar com a exaustão emocional. Não foi encontrada relação entre as dimensões do Burnout e do suporte social no trabalho, mas também não foi provado o contrário.

Os dados mostraram que outras variáveis intervêm, como a idade, estado civil, ter filhos, profissão, trabalho por turnos e anos na profissão, lançando novas questões para estudos futuros.

Tentamos mostrar o papel da Psicologia em geral e da Psicologia da Saúde em particular, na avaliação, prevenção e intervenção do Burnout, de forma a melhorar a qualidade de prestação de serviços de saúde e a realização do técnico enquanto profissional e pessoa.

INTRODUÇÃO

O trabalho “ O técnico, a Pessoa, ... e o Burnout no Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior – Estudo Exploratório” surge no contexto da realização do trabalho de investigação para concretização da Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde, pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

O Técnico de Saúde, que trabalha numa Instituição, em equipa, nas áreas de Tuberculose e SIDA, sente, por vezes como pessoa “algum” envolvimento na prestação dos cuidados de serviço e qualidade de saúde, na relação com a equipa e com o paciente.

A reflexão sobre atitudes, sentimentos e comportamentos dos técnicos face á profissão e à doença, num determinado contexto, como o internamento por Tuberculose / SIDA, pode condicionar receios, fantasias, expectativas e stress profissional que por sua vez, condicionam a atitude e conduta profissional e pessoal.

A Psicologia em Geral e a Psicologia da Saúde em particular, aborda como ciência e profissão, o campo da saúde e da doença, ultrapassando a Medicina para ter em conta os factores sociais, culturais e ambientais, implicando o indivíduo, a família, os técnicos de saúde e o sistema de saúde. Área disciplinar que aborda o comportamento humano no contexto da saúde, tem como objecto de estudo o indivíduo psicológico, considerado como um todo de acordo com o modelo holístico, que deve ser encarado nas suas dimensões biológica, psicológica e social, de forma a compreender os fenómenos que este vivência num dado momento da sua existência.

Uma das áreas de impacto na Psicologia da Saúde, tem sido sem dúvida, o stress profissional e o Burnout e a sua relação com a saúde e a doença, qualidade de vida e prestação de serviços na saúde.

Em 1974, quando Freudenbergger refere o Burnout como:” falhar, consumir-se ou ficar exausto por fazer exigências excessivas face à sua energia, acabando por ficar inoperante para realizar os seus objectivos e propósitos”, estava a criar o precedente de objecto de estudo, interligando com o aumento da abstinência, cinismo e insatisfação profissional.

Comum a várias áreas profissionais, nomeadamente onde existe uma relação de ajuda, a saúde e o técnico de saúde, são um campo privilegiado do Burnout, por na relação de ajuda, técnico-utente estar inerente, o sofrimento, as pessoas, a tecnologia, a organização e sistema de saúde, entre outras.

O técnico sente-se exausto e cansado, sem capacidade de resposta. Rapidamente começa a ficar irritado e frustado, insensível e indiferente para com os que necessitam do seu cuidado ou serviço. Diminui os seus sentimentos de competência e sucesso e de eficácia no seu trabalho. Estas diferentes dimensões correspondem ao constructo teórico multidimensional, tal como foi definido por Maslach e Jackson em 1981 – Exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal.

As causas, as consequências, os factores intervenientes , têm vindo a ser avaliados e estudados nas duas ultimas décadas , com o objectivo de compreender melhor este fenómeno, de o prevenir e intervir, no indivíduo, na equipa e na

organização e assim melhorar a qualidade de prestação de serviços e a satisfação do técnico e do utente.

Assim, sentindo a necessidade de compreender melhor o tema do Burnout, seleccionámo-lo , partindo de um contexto específico, o Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior, cuja história, tipo de patologia e população podem desencadear dificuldades, medos e receios, situações de encontro e desencontro, que podem funcionar como stressores após avaliação pelo técnico de saúde.

Perante este contexto, pretendemos ao longo deste trabalho, verificar se existe Síndrome de Burnout, nos médicos e enfermeiros da Instituição e qual o tipo de relação com, as estratégias de coping utilizadas pelos técnicos e com o suporte social no trabalho a que ele tem acesso.

Desta forma poderemos compreender o Síndrome de Burnout no Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior, construindo um modelo compreensivo/integrativo, tendo em conta a equipa e a instituição e planear estratégias de prevenção e intervenção do Burnout nos técnicos de saúde, na equipa e na instituição.

Esperamos que esta investigação constitua um documento importante para a compreensão do fenómeno do Burnout, não esquecendo que não se pretende generalizar conclusões devido às características da instituição e tamanho da amostra, mas apenas “levantar a ponta do véu”.

CAPITULO 1

1. - A INSTITUIÇÃO – HISTÓRICO

O actual Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior remonta a 1570, altura em que foi fundado pela Infanta D. Maria, filha de el-rei D. Manuel, como Convento dos religiosos “Arrábidos”. Mas o primitivo Convento “não logrou, pela pouca solidez das paredes mestras...” (In, Cordeiro, P. A, 1910) e por não ser afortunado na protecção real.

Acolhido e padroado por Solares de vários fidalgos, que se foram sucedendo, sofreu obras de melhoria de vários Mestres de Portugal.

Após o terramoto de 1755, voltou a sofrer obras de melhoria, devido a várias danificações.

Por decreto de 1759 de Marquês de Pombal, a Companhia de Jesus foi banida de Portugal e de todos os domínios portugueses.

Em 1829, são recrutados padres franceses, poucos meses depois de lhes serem fechados os Colégios da Companhia em França, vindo trabalhar para Portugal por intermédio do Marquês do Lavradio, nosso Embaixador em Roma, para o lugar do Barro. Mas os Jesuítas franceses tem a mesma sorte”...sendo desterrados de novo por um decreto, datado de 24 de maio de 1834 e assignado pelo Duque de Bragança, D. Pedro, em nome da Rainha, sua filha.” (In Cordeiro, P. A, 1910).

Entre 1834 e 1859, o Convento dedica-se ao acolhimento de monges “fraquinhos do peito”, tal como eram outrora denominados os padecentes de doença pulmonar, “fui mandado (...) a passar aqui uma temporada afim de enrijar o peito com o descanso e uso de leite de burra, por suspeitarem que eu tivesse assomo de doença pulmonar” (In Cordeiro, P. A, 1910).

Extinto o Convento, instala-se em 1860 em Portugal a Companhia de Jesus na pessoa do P. João Carlos Rademaker, na província do Barro, vila de Torres Vedras, com a abertura do “Noviciado no Colégio do Barro”, embrião da companhia em Portugal, onde fica durante 50 anos.

Durante essa altura, inicia-se o noviciado no Convento para frades Capuchos Alcantarinos e um esboço de uma escola de letras humanas.

Entre 1899 e 1900, são melhoradas as condições do Convento, para aumentar o trabalho missionário no povo da região, segundo os mandamentos de Deus.

Mas durante esses 50 anos, o estado social e político era controverso: “...tomar-se de admiração pela providência singularíssima, com que Deus, atravez de tantas ameaças e perigos, tem conservado em Portugal a nossa Companhia, apesar da má vontade de tantos falsos políticos e do ódio tradicional, que a maçonaria e a impediedade, sem disfarces, mas muito de viseira levantada, nos consagra.” (In Cordeiro, P. A, 1910).

Em 1910, com a Instauração da República, a Companhia abandona o Convento.

Em 1915, é inaugurado o “Asilo Elias Garcia” em honra deste “ republicano e brilhante jornalista”(In Lopes M. F. 1999), para acolher os mais desfavorecidos da região com a colaboração das Irmãs do Bom Pastor.

Em 1956, o Convento do Barro é transformado e nele instalado o “Sanatório do Barro”, sob a égide da Assistência Nacional de Saúde, com 120 camas, sendo nomeado seu Director o Dr. José Maria Antunes Júnior, que se manteve até à sua morte em 1990.

Apesar de nos anos 70, os Sanatórios terem sido desactivados e convertidos em Hospitais, o Sanatório do Barro, devido à influência do seu Director, conhecido pela sua vertente desportiva na Académica de Coimbra, manteve-se em funcionamento, servindo de apoio ao Hospital Pulido Valente, em Lisboa.

Com a morte do seu Director e em sua honra o Sanatório do Barro passou a denominar-se “Sanatório Dr. José Maria Antunes Júnior”.

Em 1992, passou à categoria de Hospital especializado, mantendo ainda a mesma designação. Os seus objectivos são definidos apenas em 1993 (In Diário da República, Nº 281/93):

Art. 1

Definição e objectivos

“1 – O Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior (HJMAJ), é um estabelecimento hospitalar prestador de cuidados de saúde, que exerce a sua actividade na área das doenças respiratórias, da infecciologia e da medicina interna.

2 – Completa no HJMAJ, em especial:

- a) Tratamento e reabilitação dos doentes crónicos, através da continuação de cuidados em internamento, da terapêutica no ambulatório e do apoio ao diagnóstico.
- b) O tratamento das doenças com reflexo negativo e significativo da função ou estrutura bronco-pulmonar, da tuberculose e da infecciologia.....”

Hoje em dia, possui 95 camas para internamento de Tuberculose, todas dirigidas para o sexo masculino, distribuídas por 4 enfermarias, sendo uma delas destinada ao internamento de doentes com Tuberculose Multi-Resistente.

Futuramente ascenderá a 210 camas, por concretização dos projectos de ampliação e modernização, segundo o plano director da Instituição.

2. – PATOLOGIA (S)

2.1. – História da Tuberculose em Portugal

A Tuberculose é uma doença bem conhecida pela sua “longevidade” e pelo impacto que apresenta para a espécie humana.

Até à implantação da República, a Medicina contou com clínicos notáveis, na área da luta contra a Tuberculose, desenvolvendo acções, a melhorar o controlo médico de crianças e nas escolas, dos operários, combatendo não só a Tuberculose,

mas também o alcoolismo, a sífilis, etc (Araújo, T. et al, 1994). Nos 30 anos seguintes, com a queda da monarquia, a guerra, epidemias e a instalação do Estado Novo, deram-se oscilações nos programas traçados na luta contra a Tuberculose. Vejamos:

Em 1899, a Rainha D. Amélia funda a “Assistência Nacional aos Tuberculosos”, que vê em 1900, os seus estatutos homologados por D. Carlos, com o objectivo de construir hospitais para tuberculosos, Sanatórios, Institutos nas sedes de distrito, para estudo e tratamento da Tuberculose.

Em 1900, é aberto o primeiro estabelecimento sanatorial pela Assistência, com a filosofia de isolar os doentes proporcionando condições alimentares consideradas benéficas (superalimentação), repouso físico e psíquico e condições climatéricas julgadas adequadas, considerando-se em princípio preferível o ar fresco e despoluído.

Em 1902, é obrigatório em todo o país a declaração obrigatória de todos os casos de Tuberculose.

Em 1910, com a implantação da República, dá-se uma mudança de sistema tão radical, que abranda a Luta Anti-Tuberculose.

Com a 1ª Grande Guerra e a degradação económico – financeira, Portugal enfrenta vários problemas de Saúde Pública, nomeadamente da Tisiologia, com o regresso de 5000 soldados com Tuberculose (Araújo, A T. et al, 1994). Entre 1913 e 1918, 81% dos óbitos em Lisboa, por doença infecciosa, eram-no por Tuberculose.

Em 1924, os funcionários públicos passam a necessitar de apresentar um Certificado de robustez e a inexistência de doença infecto-contagiosa, nomeadamente da Tuberculose.

Em 1931, dá-se a reorganização dos serviços, com a abertura de vários sanatórios por todo o país.

O Estado Novo instaura o Modelo Institucional decretando que, “o tísico é um afectado, desde o início, na sua psique (...) tornando-se um egoísta, amoral e agressivo, sentindo prazer em contaminar, com os seus bacilos, as outras pessoas.” (Reis, M. Simões, 1940; In, Bastos, S. P., 1997).

À luz das doutrinas psiquiátricas e criminalistas em vigor, o tísico, alcoólico, mendigo e vadio, deveriam ficar submetidos ao regime do Art. 170 da Reforma Prisional, devendo receber tratamento adequado.

Em 1941, a Tuberculose é a 4ª causa de morte nacional com 9,0%, extinguindo-se a Assistência e criando-se o Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos (IANT), com autonomia legal, financeira e administrativa.

Em 1964, colocam-se em marcha projectos pilotos de erradicação da Tuberculose e nos anos 70, inicia-se o encerramento de Sanatórios ou são convertidos em Hospitais.

A doença parecia estar controlada, estando mesmo prevista a sua erradicação pela OMS, quando em 1985 se assiste nos EUA a uma modificação radical e perturbadora da sua epidemiologia, com um aumento na ordem dos 20%.

Esta evolução da Tuberculose aparecia associada a:

- Desorganização da Luta Anti – Tuberculosa.
- Aumento da toxicodependência.
- Aumento da pobreza e do estatuto sócio – económico de certas populações.
- Aumento da população emigrada de países com elevada prevalência de Tuberculose.
- Infecção pelo VIH.

A acção do Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH), exerce no organismo uma disfunção com destruição progressiva do Sistema Imunitário, danificando-o lentamente e deixando o indivíduo à mercê de agentes patogénicos, que dão origem a uma série de doenças “oportunistas”, que seriam facilmente controladas por um Sistema Imunitário saudável.

Apesar da infecção não implicar doença (SIDA), no caso da associação Tuberculose / VIH existe um mecanismo de intercorrelação com agravamento por depressão da imunidade celular, acelerando a passagem de infecção pelo VIH para a SIDA, do mesmo modo que a infecção pelo Bacilo de Kock evolui rapidamente para Tuberculose em actividade.

Este agravamento recíproco que as duas infecções provocam uma sobre a outra, causa actualmente um enorme problema de Saúde Pública pois veio introduzir transformações na epidemiologia, patogenia, diagnóstico, tratamento e prognóstico da Tuberculose, surgindo formas de mono e multi-resistências aos anti-bacilares de 1ª linha, diminuindo a eficácia terapêutica do tratamento para níveis de sucesso

terapêutico mais baixo e taxas de mortalidade comparáveis à era pré-antibiótica (40% a 60%).

Os tratamentos da Tuberculose e da infecção pelo VIH, são extremamente longos e/ou crónicos, implicando uma adesão que facilmente é falível, com efeitos secundários por vezes graves e com interações medicamentosas recíprocas que anulam ou diminuem a eficácia inicial do medicamento, exigindo uma vigilância médica e social acentuadas acompanhadas de um estilo de vida saudável.

A toxicoddependência e o alcoolismo, comportamentos que promovem a doença e que se encontram associados à Tuberculose e à SIDA, facilitam a transmissão do bacilo e do VIH, agudizam os problemas de saúde associados (por exemplo hepáticos), promovem a alteração de necessidades básicas como a alimentação e a higiene, dificultam a adesão aos tratamentos e controlo clínico, aumentam a exclusão social com o isolamento emocional da pessoa doente.

Em Portugal, a Tuberculose apresenta números preocupantes (Taxa de Incidência – 49,6 / 100.000 habitantes), liderando a nível da Comunidade Europeia, o que implica uma reflexão / intervenção a vários níveis, nomeadamente na prevenção primária (infecção) e da prevenção secundária (da doença). A infecção pelo VIH apresenta também ela números preocupantes.

Sendo uma questão de Saúde Pública , o tratamento deve ser rigoroso e pode ser realizado em ambulatório com controlo dos CDP (Centro de Diagnóstico Peumológico) distribuídos pelo país.

O internamento surge quando a adesão ao tratamento é baixa ou nula e/ou quando existem outros problemas clínicos / psicológicos / sociais que necessitam de uma vigilância clínica acentuada.

2.2. Aspectos Psicológicos Associados à Tuberculose e/ou SIDA

Se pensarmos na herança inerente ao historial da Instituição e da Tuberculose verificamos, que quando o doente tem conhecimento do seu(s) diagnóstico(s) e lhe é aconselhado o internamento na Instituição, existem associados aspectos emocionais e psicológicos específicos, relacionados com a doença, tratamento, internamento, estilo de vida, qualidade de vida, entre outros, que são susceptíveis de aumentar o stress emocional no doente e conseqüentemente no técnico e ainda alterar o prognóstico da doença. Assim, vejamos:

- Doença(s) estigmatizante(s) devido à sua história e a certos comportamentos de risco associados à infecção e seu desenvolvimento.
- Vias de contágio aéreas, que implicam o isolamento social e emocional do doente.
- O seu tratamento implica um padrão de adesão diário, em jejum, que dura no mínimo 6 meses.
- Apesar de a Tuberculose ter tratamento, existem situações clínicas que podem evoluir para a cronicidade.

- Apesar de existir tratamento, ele é falível, podendo o prognóstico da doença ser fatal.
- Implica uma mudança de estilo de vida, com adopção de comportamentos para a saúde relacionados com o horário da toma medicamentosa, a interrupção do consumo de drogas, álcool e tabaco, alimentação cuidada e repouso.
- No internamento o doente perde a privacidade, tem de se adaptar a novas regras diárias, que não são normalmente as suas.
- No internamento o doente tem de conviver com outros doentes, muitas vezes com hábitos e culturas diferentes.
- No internamento o doente tem de lidar com técnicos de saúde, num Sistema de Saúde, que lida com a doença e não com a “pessoa”.
- O doente tem de lidar com a presença contínua de técnicos de saúde com máscaras, o que dificulta a relação/comunicação técnico-doente.
- Tem de realizar exames complementares de diagnóstico, muitas vezes sem saber porquê e como.
- Tem de aprender a lidar com os efeitos secundários da medicação, sem para isso estar informado.
- Uma vez com alta clínica, o doente vai encaminhado para diferentes serviços e consultas que não se articulam entre si, para continuar os diferentes tratamentos.

Mas o internamento é apenas uma passagem, que reflecte toda uma história de um doente. A forma como este vive esse internamento, o tipo de relacionamento e comunicação que estabelece com os técnicos de saúde na Instituição serão cruciais na forma como futuramente irá interagir com as Instituições de Saúde, tratamentos e técnicos de saúde. Mas isto também depende da forma como os técnicos de saúde vivem a sua relação com os doentes, a doença, o internamento e tratamento dos mesmos.

3.- INTERNAMENTO

Inserido na paisagem de vinhas, onde os recortes desenham uma harmonia relaxante, as paredes centenárias do Hospital contextualizam o internamento dos doentes.

Os corredores frios e distantes, unem as enfermarias dentro das quais dormem 20 a 24 homens, onde os cheiros, o calor e o frio circulam livremente.

A rotina é diária, de manhã cedo as janelas são abertas para permitir a circulação de ar e o primeiro “lote” de comprimidos, ainda em jejum, distribuído individualmente. O pequeno almoço é servido, por volta das 9 horas acompanhado por mais um “lote” de comprimidos. E então, inicia-se a agitação hospitalar, as higiènes, as camas, os pensos, as consultas, os telefonemas, uma azáfama quase

pacífica confundida com o passeio matinal dos doentes, que iniciam a sua “circulação” diária.

O almoço, a medicação, o café e mais uma rotina de passeio. Com o decorrer do dia e o início do entardecer, o numero de técnicos diminui, deixando os doentes quase ao “abandono” com o chegar da noite, o jantar e a ceia, para o repouso do novo dia que chegará.

Este protótipo de internamento repete-se ao longo de semanas e meses, com um espaço desadaptado ao internamento, com obras de melhoria a decorrerem entre barulhos, marteladas, poeira e lama, obrigando os doentes a “inventarem” ocupações no tempo que parece parado.

O doente tem assim, para além da experiência pessoal de estar doente, se adaptar a um espaço físico diferente, com um ambiente social que lhe condiciona a ausência de privacidade, lhe impõe regras de rotina, lhe aumenta a ansiedade, a revolta, a angústia e a depressão.

A forma como cada um vive e sente todo este contexto é crucial na adaptação psicológica à doença, na adesão ao tratamento e no prognóstico a curto médio prazo.

É neste contexto que técnicos e doentes interagem e desenvolvem uma relação, ou não, que apresenta consequências para ambos, a nível físico, psíquico e social.

4.– POPULAÇÃO

4.1. – Doentes

Se o critério de internamento no Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior é o doente apresentar exames directos positivos para o Bacilo de Koch e se a Tuberculose é uma doença que se pode tratar em ambulatório, quem são afinal os doentes da Instituição ? (Dados do Levantamento Epidemiológico de 1997)

São homens, que apresentam na sua maioria a raça caucasiana (78,2%), enquanto a raça negra apresenta uma taxa de 19,7%.

A distribuição etária dos doentes oscila entre os 17 e 89 anos, encontrando-se as grandes fatias, nas faixas etárias dos 25-34 anos (30,4%), seguida dos 35-44 anos com 26,4%.

Os grupos profissionais dominantes são os não diferenciados como a indústria e a construção civil com 51,9%.

Os estados civis, de solteiro, viúvo, divorciado e separado, apresentam uma taxa de 67,6%, sobrepondo-se ao de casado.

A sua origem pertence ao distrito de Lisboa com 78,8%, seguido de Setúbal com 9,3%, ficando os restantes distribuídos pelo resto do país, PALOPS e outros países estrangeiros.

Cerca de 59,6% da população do internamento nunca teve qualquer ligação com algum sistema de saúde de apoio.

A maioria dos doentes chega ao internamento através dos hospitais centrais (63,2%), embora os hospitais distritais, os CDPs e a própria Instituição também os encaminhem, estando internados com uma demora média de 120 dias.

Em relação ao diagnóstico, todos apresentam um quadro de Tuberculose Pulmonar e/ou extra-pulmonar, a SIDA surge associada em 45% e a Tuberculose Multi-resistente conta com, 10,8%.

Em relação a comportamentos de risco face à doença, 79,9% dos doentes apresentam esses comportamentos, 45% são toxicodependentes com um tempo médio de consumos de 9 anos e meio. Em relação ao alcoolismo, 42,9% tem um alcoolismo crónico.

Verificamos ainda, que em 32,2% dos doentes, existe mais de um internamento por Tuberculose e que em 17,9%, a alta clínica é antecipada, por abandono, a pedido do doente, ou ainda por o técnico se ver “forçado” a concretizá-la (“alta disciplinar”).

Se com esta população comparar-mos a internada nos anos 60, verificamos alguma diferença a nível da idade (era mais idosa, com a faixa etária dos 54 -74 anos), actividade profissional (população rural e operários), patologias associadas (Sífilis) e comportamentos de risco (predomínio do alcoolismo e “vadios”). Em comum, verificamos a patologia, o alcoolismo e as chamadas populações desfavorecidas a nível social e psicossocial.

4.2. – Técnicos de Saúde

Quando em 1956 foi criado o “Sanatório do Barro”, a equipa de Técnicos de Saúde consistia na pessoa do Director, Dr. José Maria Antunes Júnior e cerca de 22 Irmãs residentes, da Ordem da Sagrada Família e Divina Providência que asseguravam os serviços de cozinha, limpeza, copas, rouparia e enfermagem, permitindo o internamento dos doentes.

O pessoal técnico foi aumentando, com mais dois médicos pneumologistas, em 1957 (sendo um do Quadro de Técnicos do IANT) e um acréscimo do número de religiosas que ascende a 50).

Em 1976, a Instituição passa para o regime de instalação do SLAT, sendo só nos finais dos anos 80 e início dos anos 90, que é constituída uma equipa multidisciplinar de técnicos de saúde, com a aprovação do quadro e dos objectivos da Instituição em Diário da República e a entrada de médicos de diferentes especialidades clínicas.

Em 1990 existe a primeira enfermeira, sendo em 1992, quando a Instituição passa à categoria de Hospital, que recebe o primeiro grupo de enfermeiros, em substituição das Irmãs, que abandonam o Hospital.

Em Maio de 1999, a equipa técnica da Instituição era constituída por 12 médicos pneumologistas, 2 médicos de Medicina Interna, 1 fisiatra e 1 otorrinolaringologista. A equipa de enfermagem era constituída por 33 enfermeiros. Os serviços de apoio são constituídos por uma psicóloga clínica e uma assistente

social. Na sua maioria, os técnicos exercem a sua profissão simultaneamente nas duas vertentes da Instituição, o Internamento e a Consulta Externa.

O Quadro do pessoal técnico da Instituição possui vagas por “descongelar” e por preencher para além de o Quadro se encontrar desactualizado em relação a vertentes técnicas e de serviços de apoio, cruciais na constituição de uma equipa multidisciplinar, que responda às necessidades dos objectivos do Hospital e dos doentes.

CAPITULO – 2

1. – FACTORES DE STRESS NO TÉCNICO DE SAÚDE

O médico, o enfermeiro, os técnicos, todos os que trabalham nos serviços de saúde, estão em contacto com pessoas doentes e saudáveis, interagindo com estes dois grupos e sofrendo assim as suas influências.

Vários são os estudos que tem tentado avaliar o stress profissional em diferentes áreas. Muitas são as ocupações que podem afectar a saúde mental dos indivíduos, que trabalham nelas, não sendo fácil determinar se é a profissão que causa os problemas ou se são as pessoas que elegem uma profissão concreta onde são mais vulneráveis aos problemas (Pérez-Villamil, A., 1998).

A saúde tem sido estudada, por este sector envolver profissões de alto risco ocupacional em termos de stress (Mcintyre, T., 1994). Smith (1992), realizou um estudo com 130 ocupações, revelando que 7 das 27 consideradas de elevado stress, estavam relacionadas com os cuidados de saúde, por lhes ser inerente o contacto social e a responsabilidade ser sobre pessoas e não sobre as coisas.

Verifica-se que o stress emocional varia consoante as categorias profissionais, o tipo de actividade ou especialidade na área da saúde (Leal, M. F., 1990).

Poucos ou nenhuns são os estudos realizados na área do stress / Burnout e da Tuberculose a nível mundial, embora na área da Infecçiology / Pneumologia, tenha

surgido a preocupação, nomeadamente na última década, de avaliar, compreender, prevenir e intervir na área do stress profissional / Burnout, nos técnicos de saúde, no campo do VIH / SIDA.

Apesar do contexto descrito no trabalho, não ser exclusivamente a SIDA, mas também a Tuberculose, elas estão intimamente ligados, tal como muitos outros factores, que condicionam o stress profissional e o Burnout, nos técnicos de saúde do contexto deste trabalho.

Mas será que existem algumas especificidades do trabalho do técnico na área do VIH / SIDA e Tuberculose, que o tornam um campo de elevado risco profissional?

Em comparação com outros campos na saúde, tal como a Oncologia, a Geriatria e a Psiquiatria, verificou-se que na área da Infeciologia, o Burnout não é mais comum quantitativamente, que nos outros campos mas, que se manifesta de forma aguda (qualitativamente), neste campo (Dis, H., 1993). A intensidade do trabalho e a indução do stress é elevada e ocorre em todas as categorias profissionais.

Selwyn, 1987 (In Moreno – Jimenez, B.,1999), indica que os cuidados destes doentes produz um stress acrescido, que gera fontes de stress específico nos profissionais, que por sua vez se manifesta nas relações pessoais e na prestação dos cuidados de saúde.

Sabemos que existem diferentes factores que são em si fonte de stress e que quando permanentes, reflectem formas crónicas de experiências de vida. Moos e Swindle (1990), tentaram enfatizar a natureza crónica das experiências de vida colocando-as no contexto dos recursos individuais de coping, afirmando que esses

acontecimentos tem de ser integrados em duas facetas da vida do indivíduo: os seus recursos sociais permanentes e os seus stressores permanentes.

Cooper (1983, In Pérez – Villamil, A ., 1998), destaca entre outros: a) factores específicos do trabalho, como o perigo e a sobrecarga, b) factores relacionados com os aspectos organizativos e c) factores que incluíam aspectos inter-pessoais.

Podemos subdividir estes factores em intrínsecos, ou seja, inerentes á própria actividade do profissional no contexto de saúde e factores extrínsecos, que se incluem no contexto laboral, organizativo, social e institucional. É com base nestes factores, que tem sido construídos alguns modelos compreensivos do Burnout, modelos que se baseiam nos aspectos organizativos e modelos que se baseiam na situação específica do relacionamento do técnico de saúde com o doente e com a doença.

Segundo Scaffner (1990), no caso dos médicos que lidam com doentes infectados com o VIH e Tuberculose, o contacto próximo com o paciente, confronta o médico com os seus próprios medos, conscientes ou inconscientes, gerando um conflito entre a curiosidade natural da formação médica e o medo do contacto. Lògicamente que este aspecto varia consoante a especialidade, mas é notória a mudança de alguns comportamentos.

Os sentimentos dos técnicos em relação aos doentes variam entre a compaixão, dedicação e condenação, rejeição e indiferença, dependendo da atitude, moralismo e julgamento.

O técnico é treinado para tratar e ignorar ou suprimir os seus sentimentos face ao paciente. Mas quando a morte e o morrer estão presentes, seja no desenvolvimento

da doença ou no momento terminal, é despertada no técnico uma resposta que gera tensão e altera a sua prestação de cuidados e que pode interferir com a sua vida pessoal e profissional, sendo em si fonte de stress.

1.1. - Factores Intrínsecos de Stress – O Técnico e a Pessoa

Os médicos e enfermeiros ao longo da sua formação são levados a pensar, que possuem o “poder” de resolver todo o tipo de problemas, nomeadamente associados a estereótipos relacionados com a imagem e papel social / profissional.

A “cultura médica”, desenvolve um tipo de atitude, que surge associada ao altruísmo e comprometimento profissional. Segundo Eisendrath y Dunkel, 1979; In Moreno – Jiménez, B., et al (1999), a “cultura médica”, caracteriza-se por um perfil de condutas implícitas à classe médica em geral, como por exemplo a baixa tolerância ao fracasso, necessidade de perfeição, necessidade de controle e segurança e sentimento de onipotência sobre os males dos doentes.

Segundo Franceschi-Chaix (1993), num estudo realizado com enfermeiros, 82% classificavam-se como tendo uma padrão de comportamento do Tipo A (sentimento de urgência, hostilidade, impaciência,...), independentemente da personalidade, os médicos e enfermeiros apresentam traços comuns que questionam autores, como Cronin, et al, 1981; Debray, 1988; In Franceschi-Chaix, 1993, sobre as seguintes questões: será que as personalidades com padrões de comportamento do

Tipo A estão vocacionadas para estas classes profissionais? Ou será que o trabalho nestas profissões faz desenvolver um padrão de comportamento do Tipo A?

É sabido no entanto, que apesar destas características serem implícitas à carreira, os profissionais de saúde, ao longo de toda a sua formação não são nem estão preparados para lidar com os aspectos psicológicos e emocionais da medicina, da doença e do próprio doente.

Jaff (1986), expôs três tipos de ideias associadas a estas questões e à prática médica, que uma vez interiorizadas, facilitam o aparecimento de stress:

- Os profissionais de saúde não tem necessidades pessoais, exigindo deles próprios mais do que seria possível.
- A prestação de cuidados de saúde deve ser imediata, urgente, de forma ao técnico estar disponível a todo o momento, para os pacientes.
- A ideia de que os profissionais de saúde tem condições para obter sempre resultados, e responder às exigências do paciente.

Gabbard (1985), caracteriza o padrão médico, com sentimentos de culpa e exagerado sentido de responsabilidade, associado a uma grande resistência em pedir ajuda por esta ser associada a debilidade pessoal e profissional.

A imagem social do médico, corresponde à de “super homem” com grande “autocontrole”, que o obriga constantemente a reprimir sentimentos de debilidade e de impotência associados à ira e ao desespero.

Existe uma chamada obsessão profissional (Waring, 1979; In Moreno – Jimenez, B. et al, 1999), que condiciona a gestão do tempo, impedindo o técnico de

obter satisfação noutras actividades, que não clínicas, restringindo a pessoa ao mundo profissional e à identificação total com este, conduzindo assim a outros tipos de problemas como pessoa.

Se associado a esta “imagem” tentarmos avaliar os **factores intrínsecos** e inerentes ao próprio técnico e actividade profissional, na saúde, nomeadamente no campo do VIH / SIDA e Tuberculose, verificamos a existência de fontes de stress que contribuem para o desenvolvimento do Síndrome de Burnout (Moreno – Jimenez, B.,1999; Leal, M. F.; 1998; Bellani, M. et al, 1996):

-Frequência e quantidade de tempo passado com os doentes, ou seja, quanto mais é o tempo disponibilizado para o doente maior o cansaço emocional. Segundo Deckard, Meterko e Field, 1994; In Moreno – Jimenez, B., 1999, a frequência e a quantidade de tempo passado com os doentes é o maior preditor da dimensão de despersonalidade.

-O contacto com o doente e familiares, que esperam do clínico e da medicina mais do que realmente estes lhe podem dar (Gestal Otero et al, 1993; Wanhoorne, 1993 et al, In Leal, M. F., 1998), sem terem capacidades adequadas e suficientes para os aconselhar. Não podemos esquecer que o VIH / SIDA e a Tuberculose Multi-resistente são doenças crónicas, onde o técnico não consegue restituir ao paciente as suas condições ditas “normais”.

-O contacto com doentes de diferentes origens, proveniências relacionadas com a natureza da doença. O técnico confronta-se com a prevalência de populações de risco, já anteriormente marginalizadas e estigmatizadas, como os toxicod dependentes , os homossexuais, os “sem abrigo”, “obrigando-o” a lidar com histórias-tabu de sexualidade e droga. Grupos onde a vinculação com a sociedade é nula, gerando sentimentos de revolta, perda, desespero e impotência face aos doentes, nomeadamente na ausência de recursos pessoais e sociais para estes doentes. Tudo isto acentuado pelo facto de o próprio técnico como pessoa, sofrer também efeito de estigmatização.

-O confronto com a dor, a morte e o morrer, onde a limitação terapêutica, os cuidados paliativos, a desfiguração e a incapacidade de lidar com o sofrimento emocional, de forma contínua, nomeadamente em indivíduos muito jovens, criam um fenómeno em espelho no técnico – pessoa, que o obrigam muitas vezes a confirmar a sua impotência como profissional. Segundo Leal, M. F., 1998, na área do VIH / SIDA, o cansaço emocional é mais elevado que em outras áreas da medicina.

-Os doentes que não valorizam o esforço nem a competência do médico. Com a divulgação nos Mass Média dos conceitos de saúde, nomeadamente numa área tão mediática como a SIDA / Tuberculose, criam-se por vezes falsas expectativas sobre saúde / doença. As pessoas hipervalorizam sintomas triviais, esperam cura para os seus problemas e têm menos tolerância ao sofrimento.

Situações clínicas em doença crónica ou de sintomas secundários são entendidos como incompetência médica (Orman, 1989; Baens, M., 1992; In Leal, M. F., 1998).

-A comunicação com os doentes e familiares. A comunicação de “más notícias” é sempre um momento de crise, que gera tensão e angústia, tal como aos familiares, que já de si apresentam um estado emocional mais alterado, com maior exigências a nível de explicações e justificações.

Por outro lado, o doente, mais exigente e mais “informado” acerca das doenças e tratamentos, nem sempre da maneira adequada, manifesta maior ansiedade, torna-se mais reivindicativo, transferindo para o técnico de saúde mais ansiedade.

-A evolução da medicina e da tecnologia associada aos meios complementares de diagnóstico e de tratamento, tem no campo da SIDA / Tuberculose levantado dilemas éticos, que confrontam o técnico com a ausência de respostas perante a doença. O medo e a insegurança de cometer erros de diagnóstico e tratamento, com todas as consequências inerentes, obrigam por um lado o técnico a encontrar-se melhor informado e por outro a informar o doente e a família sobre a sua intervenção.

A decisão de utilizar técnicas que podem provocar dor, em doentes já em sofrimento ou de impor restrições a este, que por vezes são mal aceites.

-O medo de contrair a(s) doença(s). Se no caso do VIH/SIDA, o risco de contaminação que existe associado à manipulação de objectos e líquidos orgânicos de pacientes infectados é de 0,05%, no caso da Tuberculose, ou Tuberculose Multi-resistente, ele é bastante superior e real (no Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior existem registados 3 casos de infecção em técnicos de saúde), obrigando os técnicos a utilizar medidas gerais de segurança, como as luvas, batas e máscaras de forma regular, o que altera todas as dimensões da prestação de cuidados de saúde.

O medo de infecção surge associado ao evitamento do paciente e à crença no direito de recusar cuidados, como que julgando e culpando o doente pela sua situação clínica. A adicionar, existe ainda um grande receio de transportar as doenças para o seio familiar, contaminando este também.

-A exposição ao risco de agressividade é também uma realidade sobre o pessoal médico e de enfermagem; por parte do doente, familiares e amigos, a agressividade física e verbal são comuns sendo esta última a mais frequente, nomeadamente em populações com comportamentos de risco, como os alcoólicos, os toxicodependentes e as minorias étnias (Hubbs, 1991, In Leal, M. F., 1998).

-O horário, nomeadamente o trabalho por turnos, inerente à própria profissão e o excesso de horas de trabalho, impõem que o técnico de saúde tenha de adaptar o seu horário pessoal, às necessidades do serviço.

-Associado a todos estes factores inerentes e intrínsecos ao trabalho como técnico de saúde, existem as **características individuais e sócio – demográficas**, como o sexo, a idade, o estado civil , anos na profissão, entre outras, inerentes à pessoa enquanto técnico, níveis de ansiedade, depressão.

1.2. – Factores Extrínsecos de Stress – A Instituição

Existem aspectos organizacionais e laborais, que também eles contribuem para o aparecimento de stress e que tem sido bastante estudados.

-Espaços inadequados, onde não existem condições físicas mínimas adequadas ao trabalho do clínico, como por exemplo a ventilação e a temperatura.

-Falta de recursos humanos e materiais de forma a permitir uma boa prática clínica.

-Elevado número de doentes, consultados num espaço comum a vários técnicos, que obriga a interrupções constantes, com falta de sigilo e privacidade.

-A excessiva burocracia, que implica que o técnico dispense tempo clínico excessivo no preenchimento de impressos.

-As condicionantes externas da eficiência médica como a carência de estruturas de apoio, nomeadamente de pessoal auxiliar, meios de transporte e o não acesso imediato a exames auxiliares de diagnóstico.

-O conflito de regras, ou seja, a coexistência de exigências opostas e dificilmente conciliáveis, quando não contraditórias que podem impedir a realização da tarefa.

Na classe médica o desempenho clínico exige a máxima competência a todo o momento, sem olhar à satisfação das necessidades urgentes dos pacientes e seus familiares.

-Ambiguidade de regras, incerteza das exigências da própria tarefa e dos métodos e formas de como deve ser efectuada, assim como a ambiguidade sobre os próprios resultados conseguidos, ignorando se o trabalho é efectuado conforme as exigências requeridas e as expectativas depositadas no técnico. Tudo isto relativiza a tomada de decisão e a autonomia do clínico.

-Sobrecarga de regras, como o excesso de trabalho em prestação de cuidados elevados e intensos, que condicionam a insatisfação da prática profissional e interferem nas expectativas e envolvimento emocional.

-A ausência de control sobre a capacidade da tomada de decisões, nomeadamente na relação administrativa / técnica, que afectam o seu trabalho.

-As relações sociais no trabalho podem também ser fonte de stress, o trabalhar em equipas multidisciplinares, com técnicos com formações diferentes que privilegiam áreas de intervenção diferentes, ou mesmo o relacionamento entre colegas e com a hierarquia (Gomes, I.S., 1995).

Perante todos estes factores, intrínsecos e extrínsecos, vários podem ser os padrões de comportamentos frente ao doente com VIH / SIDA / Tuberculose (Gordin, 1986; Searle, 1987; In Pérez – Villamil, A H., 1998):

1-O técnico de saúde que não presta cuidados de saúde directos ao paciente:

-Tem dúvidas sobre as vias de transmissão, com uma preocupação constante e inadequada de ser infectado.

-Reclama unidades especializadas de isolamento, com pessoal voluntário.

-Solicita ausência de condições, nomeadamente seguro de risco de acidente profissional.

2- O técnico de saúde que está implicado de forma directa nos cuidados do paciente:

-Não questiona as vias de transmissão.

-Exige ajuda de uma equipa multidisciplinar com formação continua.

-Solicita uma série de melhorias na organização e na assistência ao doente.

Com a frequência crescente de desgaste profissional dos técnicos de saúde no campo da SIDA, têm sido propostos diferentes Modelos compreensivos / explicativos do stress / Burnout (Shubin, 1990; Maj, 1991; Kleiber, D., 1992; In Dis, H., 1993):

1-Um modelo defende, que os factores centrais para o desenvolvimento de stress profissional / Burnout, estão relacionados com a forma como o técnico de saúde interage com o cliente, as suas características e a natureza da doença.

2-Um outro modelo, defende que os factores centrais para o desenvolvimento do stress profissional / Burnout, está relacionado com os aspectos organizacionais da Instituição, da pressão de tempo, tomada de decisão, ambiguidade de regras, entre outras.

Kleiber, D. (1992), realizou um estudo longitudinal, tendo em conta os dois tipos de modelos, chegando à conclusão, que eles interagem de forma integrada para explicar algumas dimensões de Burnout.

Mas afinal o que desencadeiam nos técnicos de saúde todos estes stressores, quais as suas consequências?

2. – CONSEQUÊNCIAS DO STRESS NO TÉCNICO DE SAÚDE

2.1. – Stress

Trabalhar em situação de stress não tem necessariamente de conduzir à insatisfação profissional desde que os profissionais disponham de recursos pessoais e suporte adequado, pode até tornar-se um desafio.

A palavra stress, do mesmo modo que a palavra êxito, fracasso ou felicidade, tem um significado diferente para cada um de nós, sendo difícil a sua definição quando se trata de uma palavra de vocabulário corrente. Poderá significar esforço, fadiga, sofrimento, vencedor, medo, todas estas palavras podem ser geradoras de stress mas nenhuma pode ser identificada como stress obrigatoriamente.

O conceito de stress tem sido definido por inúmeros autores, tendo sido conceptualizado a vários níveis, mas para o compreender deve ser considerado como parte de um complexo e dinâmico sistema interactivo entre o indivíduo e o ambiente, no qual são introduzidas as necessidades e capacidades de cada um (Leal, M.F., 1998).

O stress é uma resposta do organismo a uma mudança, que pode ser experienciada tanto como ameaça como oportunidade e que geralmente envolve uma resposta física independente da vontade do indivíduo.

Segundo o **Modelo de “Luta e Fuga”**, (Cannon, M. ;1935, In Bishop, G., 1994), o stress é visto como estímulo, em termos de um acontecimento no meio, que a nível fisiológico desenvolve no organismo alterações da sua homeostasia interna, com alteração das taxas de activação e excitação, mudanças que desencadeiam no indivíduo respostas para escapar ou lutar com a fonte de stress.

Selye (1956), descreve stress como um conjunto de alterações psicofisiológicas, que ocorrem no organismo como resposta a um estímulo para sua protecção, quando este se encontra sob a influência de agentes nocivos. O autor designa este processo como **“Síndrome Geral de Adaptação”**, evidenciando 3 fases:

-Alarme – Ocorre imediatamente após o indivíduo se expor a uma situação stressante, mobilizando uma resposta de luta. O sistema nervoso central e o sistema nervoso simpático são activados, desencadeando-se uma resposta, que mobiliza o organismo para a acção, a nível fisiológico existe um aumento de tensão arterial e de adrenalina. Esta fase é idêntica ao modelo de Cannon de “Luta e Fuga”.

-Resistência – Aqui o indivíduo continua a lutar, usando os seus mecanismos de coping disponíveis e focalizando-os para o estímulo. É a capacidade do indivíduo de inverter os efeitos de uma situação stressante.

-Exaustão – É alcançada na altura em que o indivíduo é exposto repetidamente a uma situação de stress e se tornou incapaz de mostrar mais resistência, esgotando as suas fontes de luta contra o stressor. Perde-se também a capacidade de resistência a outros factores não relacionados com o primeiro, verificando-se que o indivíduo debilitado emocionalmente, torna-se mais vulnerável a outros stressores.

Este modelo, considera o stress num enquadramento de estímulo-resposta, onde o indivíduo é passivo, respondendo automaticamente ao mundo externo. Para Selye, na relação do stress com a doença, existem “doenças de adaptação” e “respostas não específicas”, ou seja, o organismo mostra a mesma resposta fisiológica perante a reacção alarme, podendo esta ter simultaneamente efeitos específicos e não específicos, apontando para o facto de que o mesmo agente stressor pode causar lesões diferentes em indivíduos diferentes devido aos factores condicionantes que podem aumentar ou inibir um ou o outro dos efeitos (específico ou não específico). Isto levou o autor a classificar os stressores em Eustress – stress positivo, que causa prazer e é de realização agradável e Distress – stress negativo que ultrapassa a capacidade de adaptação do indivíduo.

O stress pode ainda ser agudo, aquele que é limitado no tempo, ou crónico, aquele que surge repetidas vezes, próximas no tempo e que origina no organismo uma reacção de adaptação diferente. Na fase final do Síndrome Geral de Adaptação (Selye, 1966), depois de exposições prolongadas ao stress, os recursos fisiológicos são esgotados, causando danos irreversíveis.

Mason (1975, In, Bishop, G., 1994), entrou em controvérsia com esta ideia de Selye e o conceito de “resposta não específica”, sugerindo a analogia entre stress e agentes patogénicos como as bactérias e os vírus. Uma vez exposto a agentes patogénicos, o organismo fica em risco de desenvolver a doença, mas nem todos os que tiveram expostos desenvolveram a doença. A pessoa ficar doente, depende de certas condições relacionadas com a natureza do agente patogénico e das capacidades do organismo de resistir à infecção, podendo a exposição ao stressor não desencadear

automaticamente alterações fisiológicas no organismo. Em qualquer destes modelos, o stress é apenas conceptualizado como respostas fisiológicas.

Por outro lado, Lazarus, R. e Folkman, S. (1984), não negando as alterações psicofisiológicas, vão introduzir os processos psicológicos envolvidos no stress, nomeadamente através do conceito de avaliação com o **“Modelo Transaccional do Stress”**, defendem que o stress envolve uma transacção entre o indivíduo e o seu mundo externo. O stress é compreendido em termos de interpretação cognitiva da pessoa, através da sua avaliação do potencial acontecimento stressor e que suscita uma resposta por parte indivíduo. A resposta é determinada pelo grau de ameaça e perigo.

No modelo de Lazarus, os sujeitos são seres psicológicos, que avaliam o mundo externo e não respondem simplesmente a este, não havendo assim acontecimentos que sejam universalmente classificáveis como produtores de stress.

De acordo com Lazarus (In, Ogden, J., 1999), o indivíduo avalia inicialmente o acontecimento – avaliação primária – existindo três formas de o fazer: (1) irrelevante, (2) benigno e positivo e (3) nocivo e negativo.

Em seguida, dá-se a avaliação secundária, que implica a apreciação dos prós e contras das diferentes estratégias de coping disponíveis para fazer face à situação. Na avaliação secundária, o indivíduo vai avaliar os recursos de confronto nas aspectos físicos (saúde, energia...), sociais (sistemas de suporte social), psicológicos (capacidade de resolução de problemas, auto estima...) e materiais (financeiros, infra estruturas...).

2.2. – Stress e Saúde no Técnico de Saúde

As repercussões fisiológicas e psicológicas do stress, conduzem a uma diminuição da performance do técnico e da qualidade do serviço prestado, mas também interferem na saúde do próprio técnico.

Existem mudanças fisiológicas associadas a acontecimentos stressores, como por exemplo a excitação do sistema simpático com aumento de libertação de hormonas de stress, aumento de ritmo cardíaco e tensão arterial, mudança nos factores psicológicos, como aumento do medo, ansiedade e diminuição da capacidade cognitiva, entre outras (Ogden, J., 1999). Algumas destas alterações podem ser adaptativas preparando o indivíduo para responder ao acontecimento; quando não são adaptativas podem ser prejudiciais à saúde. Segundo alguns autores, apesar das dificuldades e limitações inerentes à relação stress-doença, existem doenças mais frequentemente associadas ao stress, algumas perturbações do aparelho digestivo, nomeadamente a úlcera péptica, as hemorragias digestivas, o cólon irritável, algumas doenças cardiovasculares, as doenças do sistema imunitário, como a asma, a urticária e a psoríase, entre outras (Leal, M.F., 1998).

São também conhecidos os estudos realizados na área da Psico-Neuro-Imunologia e a implicação e associação do stress na imunodepressão de por exemplo as células T do sistema imunitário (Kamen e Seligman, 1987, In Ogden, J., 1999), em alterações fisiológicas, como a segregação de ácidos no estômago provocando úlceras, o aumento de corticoides e o aparecimento de artrites reumatóides, o

Enquanto a primária é a avaliação do mundo externo, a secundária é a do próprio indivíduo e dos recursos disponíveis para lidar com o stressor; os processos cognitivos envolvidos em ambas são diferentes, embora se encontrem interligados.

A forma como o indivíduo avalia o acontecimento stressor, determina se apresenta ou não resposta ao stress, podendo essa resposta assumir diferentes formas: (1) acção directa, (2) procura de informação, (3) não fazer nada, (4) desenvolver meios de coping com o stress em termos de relaxamento ou mecanismos de defesa.

Após a resolução da situação, há uma reavaliação da mesma situação. O indivíduo realiza o balanço, tendo em conta os resultados obtidos em função dos mecanismos usados, podendo assim alterar a forma de avaliação inicial para obter melhores resultados no futuro.

Segundo Speirsman et Col (1964), In Ogden, J.,(1999), o estado psicológico do indivíduo e o contexto em que está inserido influenciam a sua resposta ao stress.

Otto Dorr Zogers, 1991, In Leal, M. F., 1998, conclui sobre o stress no pessoal de saúde, que é uma ocupação activa, sob muita tensão, durante muitas horas com pouco tempo livre para outras actividades, maior tensão e menos domínio, criando maior patologia do foro psiquiátrico e físico. No entanto sentem maior satisfação profissional e usam mais estratégias de coping.

2.2. – Stress e Saúde no Técnico de Saúde

As repercussões fisiológicas e psicológicas do stress, conduzem a uma diminuição da performance do técnico e da qualidade do serviço prestado, mas também interferem na saúde do próprio técnico.

Existem mudanças fisiológicas associadas a acontecimentos stressores, como por exemplo a excitação do sistema simpático com aumento de libertação de hormonas de stress, aumento de ritmo cardíaco e tensão arterial, mudança nos factores psicológicos, como aumento do medo, ansiedade e diminuição da capacidade cognitiva, entre outras (Ogden, J., 1999). Algumas destas alterações podem ser adaptativas preparando o indivíduo para responder ao acontecimento; quando não são adaptativas podem ser prejudiciais à saúde. Segundo alguns autores, apesar das dificuldades e limitações inerentes à relação stress-doença, existem doenças mais frequentemente associadas ao stress, algumas perturbações do aparelho digestivo, nomeadamente a úlcera péptica, as hemorragias digestivas, o cólon irritável, algumas doenças cardiovasculares, as doenças do sistema imunitário, como a asma, a urticária e a psoríase, entre outras (Leal, M.F., 1998).

São também conhecidos os estudos realizados na área da Psico-Neuro-Imunologia e a implicação e associação do stress na imunodepressão de por exemplo as células T do sistema imunitário (Kamen e Seligman, 1987, In Ogden, J., 1999), em alterações fisiológicas, como a segregação de ácidos no estômago provocando úlceras, o aumento de corticoides e o aparecimento de artrites reumatóides, o

aumento de catecolaminas e a sua associação à doença renal e formação de coágulos sanguíneos, entre outros (Ogden, J.,1999).

Nos trabalhos de Frankenhauser (In Albuquerque,A.1987), sobre os efeitos do stress na secreção das catecolaminas, verificou-se que havia vários factores que afectavam essa secreção:

-Quanto mais controlo o indivíduo tinha sobre a situação de stress menos é o grau de stress;

-Se o indivíduo se sentir inseguro sobre a situação, maior o grau de stress experimentado;

-Quanto mais estimulante ou mais monótona for uma situação, maior será o grau de stress experimentado pelo indivíduo.

Nestas experiências, as duas catecolaminas, (adrenalina e nor-adrenalina), alteravam-se cada uma de forma diferente, conforme e situação de stress.

Mas o conceito de doença relacionado com o stress, surge também associado a variáveis ou dimensões relacionadas à personalidade ou processos de coping, às características do acontecimento stressor na determinação do tipo de resposta metabólica (Leal, M.F., 1998).

O stressor enquanto agente relacionado com a doença tem sido estudado de diferentes formas na sua influência com o estado de saúde:

- O stress pode ter impacto directo na saúde através das alterações dos vários mecanismos fisiológicos.

- Sob o efeito stress o indivíduo ignora importantes sinais e sintomas, estando isto associado com a procura e os cuidados de saúde (Gore, S. 1982). Carver, Coleman, 1976; Mathews & Carra, 1982; In Bishop, G. 1994, realizaram um estudo onde isto era particularmente verdade para indivíduos com padrões de comportamento do Tipo A, que davam menos atenção aos sintomas em comparação com indivíduos que não apresentavam padrões de comportamento do Tipo A.

- O stress pode ter também um impacto indirecto através da alteração de comportamentos específicos (nomeadamente para lidar com o stress), que se encontram relacionados com a saúde.

No caso dos técnicos de saúde e do seu estilo de vida, nomeadamente na classe médica, têm-se realizado vários estudos relacionados com o **estilo de vida** associado.

Brook et Al (1967), consideram que a classe médica, comparativamente à população de classe social equivalente, apresenta maior **morbilidade psiquiátrica**, referindo a grande dificuldade de encontrar registos de morbilidade psiquiátrica em médicos, pois são os próprios colegas que não registam as patologias na ficha clínica ou têm tendência para minimiza-las. Também o médico dificilmente tem por hábito procurar ajuda psiquiátrica.

Segundo alguns autores (Capina, 1994; Onero Gesta et Al, 1993; In Leal, M. F., 1998), considera-se que existe mais depressão e ansiedade em todas as situações em que o médico é incapaz de aliviar a dor ou o sofrimento do doente ou em que

sente que, de alguma forma, contribuiu para este sofrimento, nomeadamente nos doentes crónicos.

Stress e consumo de aditivos, levando ao alcoolismo e à toxicodependência é também bem conhecido nos técnicos de saúde.

Murai (1976), realizou um estudo na Escócia, onde encontrou na classe médica uma taxa de internamento por dependência alcoólica, duas a sete vezes superior ao grupo de controle.

Em 1981, a Associação Médica Americana, estimou que 1,5% dos médicos em exercício tem um consumo de aditivos conhecido e que 7 a 8% dos médicos são ou se tornarão alcoólicos (Loes et al, 1981, In Leal, M. F., 1998).

Em 1982, Smith e Steindler, In Leal, M., 1998, afirmavam que cerca de 25% dos médicos tinha história de auto medicação com drogas psicoactivas.

Pacheco, S. C. (1992), numa amostra de 500 médicos portugueses, refere que estes usam 1,3 vezes mais de substâncias aditivas, nomeadamente tabaco e álcool, do que os outros equivalentes profissionais.

Estudos sobre tabagismo e alcoolismo, conduzem a um tipo de deteriorização médica caracterizado pela irritabilidade, dificuldade em concentrar-se, susceptibilidade, despersonalização e déficit de memória; tudo isto condiciona a perda de qualidade do próprio trabalho profissional (Scheiber y Doyle, 1985, In Moreno – Jiménez, B. et al, 1999).

A teoria de redução do stress, sugere que as pessoas bebem devido às propriedades redutores de tensão do álcool (Cappell e Greeley, 1987; In Ogden, J., 1999), ou seja, em consequência de um stressor externo e da alteração interna desencadeada, o indivíduo acredita que o álcool ou o cigarro lhe irá reduzir a tensão, bebendo ou fumando para melhorar o seu humor.

Múltiplos são os estudos que confirmam este problema apesar da dificuldade em o avaliar, pois o médico se auto trata / medica, não aceitando o problema, nem procurando ajuda de colegas da especialidade. Além disso, quando procura ajuda, os colegas encobrem-se mutuamente, não registando o problema.

O stress e incidência de suicídios estão também estudados, surgindo em elevada percentagem, possivelmente devido à relutância em aceitar que estão doentes e que necessitam de apoio. O método quase exclusivamente utilizado pelos médicos para o suicídio é a overdose de determinadas drogas, cujos efeitos toxicológicos são deles bem conhecidos (Brooks et al, 1967; In Leal, M. F., 1998). Os factores de tensão a que o técnico de saúde está constantemente exposto condicionam a tendência suicidária, sendo o suicídio a mais frequente causa de morte prematura entre os médicos e que esta causa está deliberadamente subestimada nas certidões de óbito. Segundo Friedman, H. et al, 1989, este risco aumenta nos técnicos que trabalham em doenças infecciosas.

Pacheco, S. C., (1992), no seu trabalho com 500 médicos portugueses, encontrou uma frequência de tentativas de suicídio três vezes superior à de outras

profissões equivalentes. No mesmo ano, Loff, num estudo que realizou em Portugal com 92 enfermeiros, 12% já tinha tentado o suicídio.

Outra área que se relaciona com o stress é o **desajustamento conjugal e o divórcio**; nomeadamente em Portugal verificou-se que nos médicos a taxa de desajustamento conjugal é 4 vezes superior à de outras profissões de classes sociais equivalentes e uma taxa de divórcios uma vez e meia superior.

A investigação sugere que os indivíduos, que tem altos níveis de stress, apresentam uma maior tendência para comportamentos que aumentem as possibilidades de adoecer ou de se prejudicar.

O técnico que sofre muito stress, pode consumir álcool, cigarros e café, diminuir o exercício físico, ter má alimentação, comportamentos que por seu lado estão associados ao desenvolvimento de certas doenças.

O stress crónico pode ter efeitos prejudiciais nas mudanças a longo prazo, de comportamento e conseqüentemente no estado de saúde.

2.3. – Stress e Burnout

O trabalho pode ser fonte de realização e alegria, mesmo quando acompanhado por algum grau de cansaço físico e emocional e está normalmente relacionado com a motivação, aspirações e expectativas individuais.

Pode surgir, stress ocupacional da interacção do indivíduo com o meio envolvente, sendo uma resposta adaptativa, mediada por diferentes factores, que requer exigências excessivas, físicas e / ou psicológicas e que na interacção indivíduo / organização, força o indivíduo a desviar-se do seu comportamento normal. Stress ocupacional e Burnout são conceitos distintos (Mcintyre, T. et al, 1999; In I Simpósio Ibérico sobre o Síndrome do Burnout, 1999) na base de todo o processo que os desenvolve, pois enquanto no stress ocupacional a adaptação foi bem sucedida, no Burnout existe uma quebra na adaptação.

Mas quando o stress é elevado, nomeadamente o stress emocional, o técnico pode ficar esgotado e surgir o Burnout.

A importância do estudo em técnicos de saúde, deve-se sobretudo às suas consequências. Níveis significativos de Burnout na prestação de cuidados de saúde, reflectem-se na diminuição de qualidade de serviços, no absentismo, na baixa realização pessoal, na insatisfação dos doentes e no estado de saúde física e psíquica dos técnicos.

O modelo de Maslach e Jackson (1982), é um dos modelos que tem recebido maior enfoque para explicar o stress profissional nos profissionais de saúde. Conceptualizaram o Burnout como um cansaço emocional que leva a uma perda de

desmotivação e que pode evoluir para sentimentos de fracasso, que condicionam a um Síndrome de stress crónico.

Maslach e Jackson (1982), exploraram as dimensões subjacentes ao Burnout numa amostra de 1025 indivíduos através do MBI (Maslach Burnout Inventory), que por análise factorial revelou três factores que caracterizam o Burnout: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal. O Burnout manifesta-se assim, segundo as autoras, por estas três dimensões, definição multidimensional que tem sido largamente adaptada e que depende do tipo de relacionamento do indivíduo com o meio ambiente.

O Burnout pode considerar-se a ultima fase de stress crónico, segundo o Modelo de Selye, que considera a 3ª fase do stress como fase de exaustão e esgotamento, sendo um processo latente de “erosão psicológica” resultante da exposição prolongada ao stress ocupacional.

Mas existem diferenças qualitativas entre o stress e o Burnout (Moreno-Jiménez, B. et al, 1999):

Enquanto o stress pode desaparecer através de um período de repouso e descanso, o Burnout não declina, por exemplo com as férias. O Burnout não se identifica com a sobrecarga e excesso de trabalho, mas o trabalho escassamente stressante e desmotivador pode levar ao Burnout.

O Burnout não é um processo associado à fadiga, mas sim à desmotivação emocional e cognitiva, que levam ao abandono de interesse, que em determinado momento foi importante para o indivíduo.

O Burnout é uma variável de stress especificamente relacionada com a perda de elementos cognitivos que valorizam o trabalho, surge quando se perde o contexto de justificação de um esforço ou de uma tarefa. Segundo Shiron (1989), o Burnout é uma forma de cansaço cognitivo.

Outra característica específica do Burnout frente ao stress, é o seu caracter insidioso, ou seja, vai-se gerando ao longo de um processo que pode ser desconhecido do sujeito e que evolui lentamente do entusiasmo à decepção de forma contínua. Segundo Pines, Aronson e Kafey (1981), este continuo foi conceptualizado como um lento desgaste do espírito que leva o sujeito a experienciar as motivações iniciais trocadas pela desmotivação do trabalho diário.

Grombez et al (1985), In Leal, M. F., (1998), refere que “ o Burnout é uma forma particular de alergia específica ao trabalho...”

Maslach e Jackson (1981), afirmam que o Burnout está associado: (1) a não identificação com o trabalho e experiência do trabalho como pouco significativo para o indivíduo; (2) a uma vontade de deixar o emprego e/ou a passar menos tempo a trabalhar com pessoas, ao absentismo; (3) a uma degradação das relações interpessoais, não apenas no ambiente de trabalho, mas também familiar e social; (4) e a sintomas de stress.

Alguns autores (Videl, A C. et al. 1999), tentam diferenciar o Burnout da depressão, afirmando que enquanto o primeiro diz respeito a um único campo de acção, a profissão e a situações específicas relacionadas com o trabalho, a depressão é um Síndrome clínico e global em todas as áreas da vida da pessoa, onde a culpa em

vez da ira é o sentimento dominante e independente do contexto relacionado com o trabalho.

Oswin (1978, In I Simpósio Ibérico sobre o Síndrome de Burnout, 1999), descreve um Síndrome de “depressão profissional” semelhante ao Burnout. A nível conceptual parece existir concordância sobre a especificidade do Burnout como um Síndrome relacionado com o trabalho, que é caracterizado por sintomas disfóricos semelhantes à depressão.

Mas à medida que os recursos emocionais são esgotados, o indivíduo sente que não é capaz de responder ao nível psicológico, tem atitudes cínicas e negativas para os sujeitos com quem trabalha, considerando-os merecedores do seu problema, chegando a tratá-los como objectos impessoais.

Se pensarmos que existem aspectos do Burnout consideravelmente perigosos, no sentido de serem “contagiosos” (Moreno-Jiménez, B. et al, 1999), pois a perda de auto estima profissional e o questionar das próprias tarefas, levam frequentemente à formação de grupos, com características parecidas que são em si mesmo um factor de precipitação e aceleração de um Burnout generalizado no ambiente laboral. A perda de ilusão pessoal condiciona um cinismo colectivo e atitudes menos claras de sabotagem organizacional no sentido de declinar iniciativas de melhoria e mudança, produzindo então um clima social de desvinculação e um espírito de grupo de derrotismo e abandono.

Mas tentemos compreender de forma mais aprofundada o que é o Síndrome de Burnout.

CAPITULO – 3

1. – CONCEITO DE BURNOUT

O conceito de “Síndrome de Burnout” foi introduzido por Herbert Freudenberger em 1974, para descrever uma exaustão física e emocional resultante do excesso de trabalho e que acreditava ser comum aos profissionais de saúde. Segundo Jackson & Maslach, 1982, “estas ocupações requerem trabalho intenso e muito próximo com pessoas com problemas físicos, psíquicos e/ou de cariz social. Em 1987, Greeberg, definia o Síndrome de “Burnout” (esgotamento), para descrever de forma sistemática uma reacção adversa ao stress ocupacional com componentes psicofisiológicas, psicológicas e comportamentais.

Para Corin (1985; Gagnon, 1985; In Leal, M. F., 1998), o Burnout deve ser considerado um fenómeno colectivo que é necessário descodificar, com implicações individuais, institucionais e socioculturais que devem ser analisadas. Uma organização com funcionários em Burnout sofre ela própria do mesmo Síndrome, o absentismo aumenta, geram-se conflitos entre as diversas categorias profissionais e a “saúde” da organização está ameaçada.

Cromben et al (1985), refere o Burnout como uma doença ocupacional.

É com Maslach e Jackson (1982), que o Burnout é caracterizado na sua especificidade dos efeitos de stress, tendo explorado as dimensões subjacentes com uma amostra de 1025 sujeitos que “trabalhavam com pessoas”, através do Maslach Burnout Inventory (M.B.I.), instrumento que por análise factorial, revelou três factores que caracterizam o Burnout e que são:

1-Exaustão emocional- É causada por factores pessoais e organizacionais. É uma fase de alarme com uma intensidade emocional fora do normal e a sensação de estar exausto do/no trabalho, com falta de recursos emocionais e a sensação de que nada se pode oferecer ao outro, influenciando a capacidade de relacionamento com outras pessoas e fazendo decrescer a performance no trabalho.

Existe um sentimento de vulnerabilidade como consequência de se ter tentado activamente modificar situações, relações e formas de proceder sem sucesso. A exaustão física revela-se normalmente a partir da falta de energia para realizar as acções normais e habituais, bem como de agir com rapidez em situações urgentes. É uma componente fundamental do Burnout que pode ter manifestações físicas e psíquicas .

2-Despersonalização- É uma atitude inflexível e impessoal que condiciona a prestação do serviço (“desumanização”) e a relação com o outro.

É consequência do fracasso da fase anterior e um mecanismo de defesa para evitar o aumento dos sentimentos de impotência, indefesa e desesperança pessoal. Caracteriza-se por um tipo de conduta com as pessoas que se tem de atender, pacientes, marcada pela falta de interesse, perda de empatia, com culpabilização. A despersonalização é um tipo de conduta, que anda de mão dada com a depressão e a hostilidade.

3-Realização pessoal- A baixa realização pessoal é a terceira dimensão do Burnout e consiste num sentimento e crença, cada vez mais generalizada de que o trabalho não merece a pena, de que institucionalmente é impossível mudar as coisas associado a um pensamento de possível mudança de trabalho ou de instituição. Existe uma diminuição de expectativas pessoais, com auto avaliação negativa, sentimentos de fracasso e baixa auto estima.

Segundo Groch e Olsen (1994, In Correia, A. G., 1997), o Burnout pode apresentar sintomas fisiológicos, comportamentais, psicológicos e clínicos, tal como mostrado na *Figura 1*.

Físicos	Comportamentais	Psicológicos	Clínicos
<ul style="list-style-type: none"> • Fadiga • Irritabilidade • Dores de cabeça • Problemas gastrointestinais • Insónias • Dor de costas • Alteração do peso • Fraqueza • Náuseas • Tensão muscular • Alteração dos hábitos alimentares 	<ul style="list-style-type: none"> • Perda de entusiasmo • Atrasos no trabalho • Alheamento durante horas • Frustração e raiva • Aumento de rigidez • Dificuldade em tomar decisões • Resistência à mudança • Afastamento dos colegas • Irritação face aos colegas • Uso de drogas e álcool, conflitos maritais 	<ul style="list-style-type: none"> • Depressão • Diminuição da auto estima • Pessimismo • Culpa • Sentimentos de onnipotência • Sentimentos de afastamento/indiferença • Mudança de valores • Perda de objectivos • Diminuição de empenhamento • Ansiedade, paranóia desespero 	<ul style="list-style-type: none"> • Cinismo face aos “clientes” • Alheamento durante as sessões • Hostilidade face aos “Clientes” • Rapidez no diagnóstico • Rapidez em medicar • Gritar, falar alto aos “clientes”, perda de empatia.

Figura 1 – Listagem dos sintomas de Burnout segundo Groch e Olsen, 1994.

Obviamente, nem todos os profissionais que experimentam o Burnout apresentam todos estes sintomas, normalmente aparece apenas uma combinação de alguns dos sintomas acima referidos.

Infelizmente somente quando o Burnout se encontra num estado avançado é que é reconhecido, pois frequentemente numa fase preliminar, confunde-se com um simples estado de fadiga ou cansaço.

1.1. – Modelos Explicativos do Burnout

O processo de aparecimento do Síndrome de Burnout, ou a sequência de aparecimento das três dimensões, tem sido conceptualizado por diferentes autores.

Maslach (1981), sugeriu inicialmente que a exaustão emocional é a primeira dimensão a surgir devido a exigências crônicas do trabalho que esgotam os recursos emocionais do indivíduo. Principalmente devido a estratégias defensivas, os indivíduos limitam o seu envolvimento com os outros e distanciam-se. Esta despersonalização permite a obtenção de uma barreira emocional entre o indivíduo e as exigências do trabalho. Finalmente, o indivíduo reconhece a discrepância entre as suas atitudes no presente e as expectativas optimistas sobre a sua contribuição para a sociedade e para a instituição, que tinha no início da sua actividade profissional e como consequência, sente-se incapacitado para lidar com os outros e para desempenhar as suas funções.

Este modelo sequencial de aparecimento do Burnout foi defendido e reavaliado por Maslach (Maslach & Jackson, 1981; 1986; Leiter & Maslach, 1988), embora outros autores apresentem teorias e modelos que defendem estádios específicos e hipotetizam que a sequência do processo ocorre de forma variável.

O **Modelo de House e Wells (1978)**, identifica variáveis individuais e organizacionais que podem estar relacionadas com o Burnout. As três dimensões do

Burnout reflectem três categorias de stress. É um modelo que apresenta uma abordagem cognitiva – perceptual com interpretação do meio envolvente ao indivíduo e de variáveis pessoais.

As características individuais e o meio ambiente de trabalho são importantes para a percepção e impacto do Burnout, que por sua vez é mediado pelo facto de o sujeito lidar eficazmente, ou não, com a situação. O modelo é composto por quatro fases:

1-Existe grau de stress devido, ou a que as competências do indivíduo não sejam suficientes para responder às exigências reais e/ou percebidas da organização, ou a que o trabalho não corresponde às suas expectativas, necessidades ou valores.

2-O stress é percepcionado. Aqui interfere a história e personalidade do indivíduo e das variáveis organizacionais.

3-Resposta ao stress.

4-Resultados de resposta ao stress. O Burnout enquanto resposta multifacetada do stress emocional crónico, encontra-se nesta fase.

O Modelo de Cherniss (1980), considera o Burnout como um processo. Baseado num estudo de dois anos onde caracterizou profissionais de 4 áreas propensas ao Burnout (saúde mental, enfermagem, ensino e direito), Cherniss propõe que determinadas características do trabalho interagem com características do indivíduo, assim como com as suas expectativas, provocando grande stress, que o indivíduo experimenta a vários níveis.

O stress pode ser combatido através da utilização de técnicas e estratégias activas de solução de problemas. Existem diferentes fases que ocorrem de forma sucessiva e que representam uma forma de adaptação às fontes de stress:

1-Percepção do stress no trabalho, que condiciona fadiga física e cansaço emocional fruto da utilização de um conjunto de estratégias activas, mas ineficientes face ao stress.

2-Characteriza-se por mudança de conduta e alterações emocionais, resultado do fracasso e do confronto com a fase anterior, que levam ao abandono do confronto activo com sentimentos de distanciação e de desconexão pessoal, face à situação stressante.

No Modelo de Edewich e Brodsky (1980), o Burnout é um processo de degradação provocado pelo stress e que surge pelo desenvolvimento de diferentes etapas:

1-Entusiâsmo- É uma fase onde o profissional tem um idealismo elevado e expectativas irreais.

2-Estagnação- O entusiasmo do trabalho diminui. O trabalhador pensa mais nas suas necessidades, começando a surgir a fadiga.

3-Frustração- É o núcleo central do Burnout, marcado por sentimentos de impotência e pensamentos acerca do significado do trabalho e da sua eficácia negativos. Começam a surgir alterações de comportamento e perturbações somáticas.

4-Apatia- O indivíduo mostra indiferença e falta de interesse com distanciamento emocional e desprezo.

O Modelo de Golenbiewski et al. (1986), é exposto partindo da pontuação das três subescalas da M.B.I., formando uma sequência de modo a que um aumento na sub-escala de despersonalização caracteriza a primeira etapa do Modelo, que apresenta um nível de Burnout mais baixo (Lee & Asforth, 1993). Níveis altos na despersonalização podem ter efeitos negativos na realização pessoal e no esgotamento emocional.

São então consideradas fases, onde os indivíduos são classificados como altos (A) ou baixos (B), nas três subescalas, para valores médios obtidos na população, tal como se vê na *Figura 2*.

	FASES							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Despersonalização	B	A	B	A	B	A	B	A
Realização pessoal	B	B	A	A	B	B	A	A
Exaustão emocional	B	B	B	B	A	A	A	A

Figura 2 - Modelo de Golembiewski

A fiabilidade dos resultados obtidos por diversos autores em mais de 12 amostras diferentes, utilizando cerca de duzentas variáveis consideradas chave no

processo, são consistentes com elevada validade externa do Modelo (Golembiewski & Munzenrider, 1998, In Gomes, L., 1995).

Este Modelo indica-nos que as várias fases são progressivas no que respeita aos níveis de Burnout, mas os indivíduos não tem que passar necessariamente por todas as fases, apresentando duas formas de apresentação do Burnout: ataque crónico (com a descrita progressão desde a primeira fase até à oitava) e ataque agudo (com diversos deslocamentos do sujeito pelas fases; por exemplo, da primeira fase para a Quinta e desta para a oitava). Os autores defendem, que os resultados dos seus estudos vão no sentido de confirmar a hipótese de que os indivíduos em diferentes fases de Burnout apresentam antecedentes e consequências de Burnout também diferentes.

No Modelo de Leiter (1988), o autor defende que os profissionais experimentam exaustão emocional no decurso da exposição a situações de stress no trabalho e reagem alheando-se, através da despersonalização. Acontece então, que os profissionais perdem o compromisso emocional que mantinham com a sua profissão, ao mesmo tempo que continuam a sofrer exaustão emocional, tendo origem uma avaliação negativa da sua realização pessoal que conduz ao Síndrome de Burnout. Neste modelo a exaustão emocional ocupa a posição central, estando associada a elevados níveis de despersonalização e baixos de realização pessoal, assim como a outras variáveis. A despersonalização é descrita como um sentimento de incapacidade para lidar com os persistentes sentimentos de exaustão emocional, através das relações interpessoais.

Para Leiter, se a despersonalização fosse uma resposta adequada, estaria correlacionada negativamente com a exaustão emocional.

Profissionais que experienciam exaustão emocional têm uma maior probabilidade de despersonalizar os seus utentes e de se sentirem menos realizados quando têm menos suporte por parte dos seus supervisores ou colegas ou quando as suas capacidades estão a ser sub-aproveitadas (Leiter, 1991, In Gomes, I., 1995).

Segundo o modelo interactivo de stress proposto por Lazarus e Folkman (1984), devemos reflectir nas características pessoais como tendo um papel importante no desenvolvimento do Burnout, se não como variável independente, como variável moderadora dos efeitos principais devido aos factores situacionais e ambientais (Moreno-Jiménez, B. et al, 1999).

2.-FACTORES QUE MEDEIAM O STRESS / BURNOUT

As relações entre o aparecimento do stress e o surgir das suas consequências não são lineares, existem múltiplos factores que influenciam / medeiam a avaliação cognitiva do stressor, o impacto do stressor na saúde / doença no indivíduo, o tipo de resposta para lidar com o stressor, etc.

Os **factores culturais** determinam a avaliação cognitiva, em que condições os acontecimentos são percebidos como stressantes e o grau e tipo de resposta ao stress (Trumbull, 1975, In Leal, M. F.,1998).

Para Pérez-Villamil, A. (1998), nos meios profissionais relacionados com a saúde, os factores culturais / ocupacionais / educacionais associados ao papel / imagem do técnico de saúde e inculcidos ao longo da sua formação, são cruciais na forma como o indivíduo vai avaliar e lidar com o stress. A “sub cultura” do técnico, exige-lhe determinado tipo de atitude, que nem sempre é a mais adequada para lidar com o stressor.

Existem **diferenças individuais** que também influenciam todo este processo, pois uma situação que para uma pessoa poderá ser stressante, para outra poderá constituir um desafio.

O **sexo** é conhecido como factor que medeia a resposta ao stress e no desenvolvimento da doença (Ogden,J.,1999).

Stoney et al (1987), argumenta que os homens respondem mais energicamente a um stressor que as mulheres.

Cartwright (1987, In Leal, M.F.,1998), afirma que as fontes de stress são diferentes entre as mulheres e os homens, as mulheres experienciam mais stress, mas mobilizam mais suporte externo para fazer face a ele.

No caso da carreira médica e do stress e Burnout, num estudo realizado na Finlândia com 2556 médicos de diferentes especialidades, Olkimora et al, 1990(In Leal, M. F.1998), verificaram que o índice de stress variava consoante a especialidade, mas que em todas elas as mulheres apresentavam valores mais elevados.

A **idade** é uma outra variável individual que surge associada ao Burnout. Por exemplo os profissionais de saúde mais jovens apresentam valores mais elevados de despersonalização, em frequência e intensidade, declinando estes valores à medida que a idade vai avançando. Em relação aos mais velhos, os jovens apresentam também valores superiores de exaustão emocional e valores menores de realização pessoal (Leal, M. F.,1998).

Muitas são as **variáveis psicológicas** que tem sido estudadas na relação com o stress, por exemplo o controle real / percebido, os acontecimentos de vida, a ansiedade, o locus de controle, os padrões de comportamento tipo A, B e C, entre outras, mas o estilo de coping é sem dúvida uma das variáveis mais avaliadas.

Os **estilos de coping** que o indivíduo utiliza para lidar com o stress, ou seja, o tipo de resolução de problemas, aproximação e evitamento são mediadores na avaliação contínua do acontecimento e do efeito desse acontecimento stressante no indivíduo e no seu estado de saúde (Odgen, J.,1999). A estratégia de coping que o

indivíduo utiliza, condiciona a adaptação à situação e a aprendizagem / experiência, que futuramente o indivíduo adquire na relação com o stress.

A **interacção social** pode também ter um efeito positivo ou negativo em relação ao stress. O suporte social e a rede social a que o indivíduo tem acesso, pode ou não, ter “efeito de escape” e “amortecedor” à tensão gerada pelo stress a vários níveis, como por exemplo na forma de como avaliar e lidar com ele e no impacto das suas consequências.

Ao longo deste estudo, para além de controlarmos múltiplas variáveis, vamos debruçarmo-nos mais a nível teórico sobre uma variável interna ao indivíduo (coping) e uma externa ao indivíduo (suporte social no trabalho).

2.1. – Burnout e Estratégias de Coping

Cooper (1992), explica o stress afirmando que a maior parte das vezes, o indivíduo tenta orientar os seus pensamentos, emoções e relações com o mundo num estado de equilíbrio, de forma a sentir-se confortável. Quando algum factor rompe este equilíbrio, o indivíduo actua, adaptando-se e usando as estratégias de coping.

Já nos animais, tal como no ser humano, o animal reage com um comportamento a um problema vital, combatendo ou entrando em fuga.

O termo “coping” não tem sido fácil de definir. Termo que deriva da palavra francesa “couper” cujo termo literal é “bater ou atingir”, pelo constitui um galicismo introduzido na língua inglesa, com o significado de “suportar uma situação difícil” ou “resolver um problema” (Vaz Serra, 1990). Devido a não existir tradução portuguesa desta palavra na terminologia psicológica é utilizado o termo com o significado atribuído na literatura científica inglesa.

De uma forma geral no processo de coping são abordadas as estratégias que o indivíduo utiliza para lidar com as situações de ameaça, dano ou desafio, quando não está disponível uma rotina ou resposta automática.

Miller (1988), define coping como um comportamento apreendido que permite ao indivíduo responder com sucesso às exigências do meio evitando desta forma o desajustamento do equilíbrio psicológico. Para Perlin e Schooler (1978, In Santos, 1994), as estratégias de coping servem de mediadoras no impacto do ambiente social sobre os indivíduos, pelo que a função protectora do coping pode ser exercida de três formas:

- a) Eliminação ou modificação dos problemas, com procura de informação para o controlo individual e social do problema;
- b) Controlo preceptivo do significado da experiência e suas consequências, quer através da neutralização das ameaças – comparações positivas do problema – quer através da indiferença selectiva face ao problema – com mecanismos de defesa como o evitamento, racionalização, entre outros;
- c) Manifestação das consequências emocionais do problema, não lidando com este ou seu significado, mas com os estados de tensão emocional.

Para Lazarus e Folkman (1984), o termo coping pode ser definido como uma constante mudança cognitiva, bem como de esforços comportamentais, que o indivíduo leva a cabo para gerir exigências específicas (internas e/ou externas), as quais são avaliadas como excedendo as capacidades do indivíduo. Nesta definição o objectivo do coping caracteriza-se por a) dissipar a relação perturbada entre o indivíduo e o meio ambiente e b) reduzir o estado emocional sentido.

Esta definição diferencia entre “esforços de coping” e “comportamentos automáticos adaptativos”, evitando o problema de confundir coping com resultados, sendo coping um esforço para gerir esses mesmos resultados, ou seja, são esforços cognitivos e comportamentais que o indivíduo utiliza para lidar com situações indutoras de stress.

Assim o termo coping encontra-se intimamente ligado ao conceito de stress, à forma como o indivíduo avalia o stressor, à sua contextualização e ao impacto desse na sua saúde.

As opções de coping, os recursos que poderão modificar a situação podem ter carácter fisiológico (saúde), psicológico (auto estima, crenças), social (suporte social) e material (dinheiro).

O processo de coping implica uma avaliação do acontecimento stressor e dos recursos disponíveis (avaliação primária e secundária – Modelo Transaccional de Lazarus) para em função dessa avaliação seleccionar a(s) estratégia(s) de coping para diminuir ou gerir a tensão emocional (“Emocional – focused coping”), ou alterar a situação e indirectamente a emoção (“Problem – focused coping”).

Lògicamente que os processos de avaliação são influenciados e moderados por múltiplas variáveis individuais e ambientais.

No Burnout, as estratégias de coping tem sido uma variável bastante estudada, na medida em que se trata de uma variável que modela as emoções e que pode ou não, causar sofrimento. Existem várias hipóteses teóricas de como este processo ocorre:

1-As estratégias de coping modificam o foco da atenção sobre as fontes de stress, (**estratégias de evitamento**). Age-se em actividade de substituição, comportamental ou cognitiva, de forma a diminuir a tensão emocional. As estratégias de coping de evitamento são eficazes quando associadas a estratégias de confronto com o stressor (Paul Han, I., 1992).

As **estratégias de confronto**, ao contrário, dirigem a atenção do indivíduo de forma a este prevenir e controlar o stressor. Segundo Janis e Mann (1977), existem dois tipos, o de **procurar informação** sobre a situação e o da **tentativa de resolução de problema**.

2-Outra hipótese consiste em que a estratégia de coping utilizada, altere o significado subjectivo do acontecimento, recorrendo a processos cognitivos “aparentados” com a negação, como por exemplo distanciar-se, fazer humor, subestimar os aspectos negativos, entre outras.

Estas estratégias diminuem a tensão emocional mas não resolvem o problema.

3-Uma terceira hipótese consiste em modificar directamente os termos actuais da relação da pessoa com o meio, para estabelecer comportamentos activos com a confrontação do problema, elaborando planos de acção, que permitam ao indivíduo criar meios para transformar a situação e indirectamente modificar o seu estado emocional.

Consoante a estratégia de coping utilizada, o indivíduo modifica a sua avaliação inicial tendo em conta os resultados obtidos da sua aplicação. O sujeito pode corrigir ou modificar a sua estratégia de coping.

O resultado final pode ainda ser uma situação de stress, quando apesar dos mecanismos postos em marcha para lidar e adaptar-se à situação se verifica um desequilíbrio entre as exigências que lhe são colocadas e a percepção das suas capacidades cognitivo-comportamentais para controlar a situação e reduzir o sofrimento (Figueira, M. L., 1992). Todo este processo é fundamental para o desenvolvimento e manutenção de uma adaptação cognitiva, estabelecendo o indivíduo como auto-regulador motivado para a homeostasia do equilíbrio interno.

Mas como é que podemos afirmar qual a melhor estratégia de coping a utilizar e a modelar, na relação com o stress?

Os critérios da eficácia do coping são multidimensionais, sendo bons quando permitem ao indivíduo diminuir o impacto agressivo sobre o bem estar físico e psíquico (Folkman & Lazarus, 1986; Di Matteo, 1991).

As estratégias mais estudadas tem sido as de confronto e de evitamento. Os estudos indicam, que o estilo de coping activo, centrado sobre o problema, se revela

mais eficaz que um estilo de coping passivo centrado na emoção para reduzir a tensão emocional induzida

A **relação custos / benefícios** das estratégias de coping tem sido bastante discutida. Se as estratégias de evitamento, quando utilizadas de modo parcial permitem ao indivíduo ter sentimentos de coragem e esperança, com sensação de domínio e controlo sobre as emoções desagradáveis associadas ao material indutor de stress. A longo prazo, estas estratégias de coping podem interferir com a escolha das acções correctas a tomar face ao problema sobre o qual é possível exercer uma acção concreta e eficaz.

No caso de estratégias activas, revelem-se particularmente eficazes em situações nas quais existe a possibilidade de modificar ou exercer acção sobre o material indutor de stress. Mas isto também implica o confronto com o problema o que pode originar desconforto e perturbação, para além destas estratégias se revelarem consumidoras e não produtivas quando não existe a possibilidade real de afectar a situação indutora de stress.

A eficácia de cada estratégia de coping depende de características situacionais, como a duração e controlabilidade do acontecimento stressor, nomeadamente no caso do stress crónico, as estratégias de confronto são mais eficazes (Folkman, S., 1984; Hillhouse, J. J., 1996).

As **diferenças individuais** e a sua relação com as estratégias de coping tem sido objecto de estudo nas pesquisas sobre stress, distúrbios psicológicos ou doenças graves / crónicas. Nestes estudos (Shontz, 1975; Horowitz, 1976, In Roth e Cohen,

1986) é sugerido a existência de esquemas cognitivos utilizados pelos indivíduos, quer para a prevenção do problema, quer para a sua assimilação ou integração. Desta forma, face a uma situação de stress alguns desses esquemas podem ser ameaçados, o que inibe a incorporação inicial da informação.

Segundo Vaz Serra (1988), um indivíduo que utilize estratégias de coping adequadas apresenta características como, bom controlo sobre as situações diárias, pouco propenso em pedir ajuda, não permite a interferência de acontecimentos indutores de stress na sua vida diária, entre outra.

Perante determinadas situações de stress os indivíduos mais vulneráveis ficam mais facilmente irritados, tornam-se apáticos e pouco eficientes, deixando-se invadir por um estado emocional desagradável, pelo que focam a sua acção somente nas emoções sentidas, deteriorando a sua vida quotidiana, pelo que representa a perda de controlo efectivo sobre a situação.

A análise das estratégias de coping e a sua categorização como adaptativas ou desadaptativas deve ter um carácter mais flexível e ponderado

No caso do **stress crónico e do Burnout**, quando utilizada a estratégia de coping centrada na emoção, o processo cognitivo associado esgota a possibilidade de lidar com o stressor, que se mantêm, surgindo mais tensão e sintomas e sinais físicos e psíquicos (Folkman, 1984; Hillhouse, J.J.,1996).

No Burnout as estratégias de controle, apresentam uma correlação positiva com a dimensão de realização pessoal e correlação negativa com a exaustão

emocional (Hore, P.& Andrews,1988; Lee & Ashforth, 1990; Leider, 1990, 1991, 1992), contudo a sua relação com a despersonalização não é significativa.

As estratégias de coping de evitamento, encontram-se positivamente correlacionadas com a exaustão emocional (Maslach & Jackson,1990), embora a relação com a realização pessoal não seja significativa (Lee & Ashfoth, 1990).

Segundo Leiter M.(1991), as estratégias de coping utilizadas pelo profissional podem predizer o Burnout, que surge em função desses padrões e das exigências organizacionais da profissão, sendo as estratégias de coping de controle uma variável moderadora na capacidade do técnico lidar com o acontecimento e reduzir a sua reacção ao stress.

Mcintyre, T. et al., 1999, verificaram que as fontes de stress nos médicos e enfermeiros da zona norte do país eram a sobrecarga de trabalho, incapacidade de responder às exigências dos doentes, número excessivo de doentes e riscos para a saúde. Ambos os grupos profissionais apresentavam as seguintes respostas face ao stress, a negação, ansiedade, depressão, raiva e frustração e queixas físicas. As estratégias e recursos de coping que estes técnicos utilizavam em maior proporção era o suporte social no trabalho e fora dele (tempo com a família, filhos, amigos e colegas

Para Lazarus e Folkman (1984), o **coping pode afectar a saúde física** de diferentes formas:

-Pode influenciar a frequência, intensidade e duração das reacções fisiológicas e dos neuroquímicos do stress, por exemplo, o indivíduo não previne ou melhora as

condições ambientais stressantes; o indivíduo não regula o seu estado emocional e/ou o indivíduo tem um estilo de vida que o coloca em risco (comportamento tipo A).

-Pode afectar directamente e negativamente a saúde (morbilidade e mortalidade) quando se utilizam estratégias que condicionam a ingestão de substâncias (tabaco, álcool e drogas), ou à realização de actividades de alto risco.

-A utilização excessiva de estratégias centradas nas emoções pode criar e instalar distúrbios emocionais, impedindo a percepção dos sintomas ou a consulta tardia.

2.2. – Burnout e Suporte Social

É na década de 70 com os estudos de Caplan (1974, 1976) e de Cobb (1976), que se criam as bases para a conceptualização e investigação do **Suporte Social**, realçando o papel que as pessoas e as relações entre si podem desempenhar na resolução de situações de crise ou de fases de transição a nível individual.

Várias são as definições de suporte social, tendo em conta diferentes dimensões, funções, estruturas, actividades, entre outras, demonstrando a riqueza deste conceito e a dificuldade de o limitar.

Caplan (1974), descreve o conceito de sistema de suporte, cujas funções eram;

a) ajuda ao indivíduo na gestão de situações de crise emocional, por parte das pessoas

significativas para o próprio; b) a partilha de actividades com o indivíduo e c) a disponibilização de ajuda ao nível material.

Cobb (1976, In Barrera, 1981), afirma que o suporte social é essencialmente informação de que um indivíduo é amado, estimado e parte de uma rede de comunicação e obrigações mútuas. No entanto Kaplan et al (1977), definem-no como o grau em que as necessidades básicas de uma pessoa são satisfeitas, através da interacção com outras. Para Hammer (1981), o suporte social é concebido como contribuindo positivamente para o indivíduo, independentemente da forma como é definido.

Barrera (1981; 1986) no sentido de clarificar a confusão entre conceitos, propôs a sua organização de forma a também facilitar a sua operacionalização, tendo em conta que se trata de um conceito multifacetado, criando três **categorias** gerais:

1-Integração social (social embeddedness), que se refere ás ligações que os indivíduos têm com outros significativos, nos seus meios sociais.

2-Suporte social percebido (perceived social support), que caracteriza a avaliação cognitiva de estar realmente ligado aos outros, o suporte que o indivíduo acredita que realmente tem disponível em caso de necessidade.

3-Suporte prestado (enacted support), que são as acções que os outros desempenham quando prestam assistência a determinada pessoa e que se encontra relacionado com o suporte recebido, direccionado para as actividades comportamentais.

Semelhante a Weiss (1974), Cutrona (1986), refere seis **funções** existentes nas relações que as pessoas estabelecem entre si, necessárias para evitar o isolamento e para que os indivíduos sintam o suporte como adequado; são elas as funções : (1) de attachment (sentimento de proximidade emocional e segurança), (2) de integração social (sentimentos de pertencer a um grupo de pessoas que partilham interesses e actividades recreativas comuns), (3) de reforço de valor, da capacidade e competência (normalmente fornecida por colegas de trabalho), (4) de aliança e confiança (relacionado com a segurança sentida pelo indivíduo, de como contar com a assistência dos outros em qualquer circunstância e que geralmente é desempenhada pelos membros da família), (5) de orientação, conselhos e informação, bem como (6) de prestação de cuidados (sentimentos de responsabilidade quanto ao bem estar de outrém).

A forma como é conceptualizado o suporte social, pode ser operacionalizado de duas formas distintas. A avaliação quantitativa, fornece-nos informações sobre a integração do indivíduo no seu meio social, baseando-se em diversos factores estruturais. A avaliação qualitativa do suporte social, considera a avaliação individual relativamente ao suporte social disponível e o grau de satisfação com o mesmo. Esta auto-avaliação realizada pelo indivíduo depende da relação entre a personalidade e o meio social, através das estruturas sociais disponíveis, o que se reflecte no seu estado emocional e consequentemente nas relações interpessoais, num ciclo dinâmico.

No nosso trabalho, o suporte social recebido é uma das variáveis, dimensão que se integra nos comportamentos definidos como actos específicos, reconhecidos pelos membros de determinada cultura, como esforço intencional para ajudar um

indivíduo, podendo acontecer espontaneamente ou a pedido. Pode assumir várias formas e funções existindo seis por consenso, que são o suporte emocional, o “feed back”, o aconselhamento ou orientação, assistência prática, a financeira e a socialização.

Na saúde física e mental é conhecido e reconhecido o papel do suporte social, nomeadamente o seu papel como protector e moderador na relação com o stress, mas esta relação, a forma como ela se estabelece não é clara.

Na **relação com a saúde**, vários são os autores que concordam que os indivíduos que tem um bom suporte social apresentam menos doenças e menos graves, que os que tem menor suporte social.

Berkman e Syme (1979, In Ogden, J., 1999), num estudo prospectivo, afirma, que maior apoio social pode predizer um decréscimo na taxa de mortalidade, tendo assim um papel a desempenhar na saúde.

Oakley (1992), verificou os efeitos do apoio social no funcionamento imunológico e consequentemente na saúde.

Mas como é que o suporte social influencia o estado de saúde?

Sabemos que medeia a **relação stress – doença** existindo segundo Ogden, J. (1999), duas hipóteses para explicar o seu papel:

1-Hipótese do efeito principal – O suporte social é benéfico em si mesmo e a sua ausência causadora de stress. Medeia a relação stress-doença, a sua presença reduz os efeitos do stressor enquanto a sua ausência age como stressor.

2-Hipótese da protecção contra o stress – O suporte social ajuda os indivíduos a enfrentar o stress, mediando e protegendo o indivíduo do stressor. Ele influencia a avaliação que o indivíduo faz do stressor, onde a existência de outras pessoas, possibilitam ao indivíduo exposto ao stressor, seleccionar a estratégia de coping adequada através da comparação de si com os outros (Teoria da comparação social).

Muitos são os **Modelos** que tentam explicar esta relação:

-Modelo de House (1981), defende a existência de três efeitos potenciais do suporte social sobre o stress e saúde, fornecendo conforto emocional e diminuindo o impacto do stress, amortecendo o efeito do stress na saúde.

-Modelo de Barrera (1986), compila uma revisão de estudos sobre os efeitos do suporte social e a sua relação positiva e negativa com o stress e distress.

-Modelo de Cohen (1988), que tenta verificar a forma como o suporte social influencia a mortalidade e morbidade humana.

Mas o suporte social pode igualmente apresentar consequências negativas para a saúde, nomeadamente ao nível da prevenção, já que os fornecedores de suporte social, podem aumentar as incertezas e preocupações do indivíduo, proporcionando modelos inadequados, que fomentam a patologia conductual individual e geram novos problemas. Ao nível da recuperação, o suporte social pode não facilitar a

utilização de comportamentos para a saúde ou reforçar comportamentos prejudiciais à saúde.

Se restringirmos o conceito de suporte social a um conjunto de transações interpessoais que envolvem uma ou mais das dimensões , preocupações emocionais, ajuda instrumental, informação e reconhecimento no local de trabalho, restringindo-se assim a rede a que o indivíduo tem acesso a colegas de trabalho, supervisor (superior hierárquico) e subordinados, interligamos o conceito com o Burnout e com o stress.

Cherniss (1980), no seu modelo de Burnout considera que as características particulares do ambiente de trabalho, onde inclui o suporte social, interagem com as características do indivíduo, assim como as suas expectativas, sendo causa de stress / Burnout.

Gore (1978; In Leal, M.F., 1998), afirma que a pouca satisfação com o suporte social no local de trabalho aumenta a vulnerabilidade à doença.

Fong (1990, In Moreno-Jiménez, B., 1999), verificou que o apoio do supervisor ao grupo de profissionais, encontra-se relacionado com baixos níveis de Burnout.

Miller (1996), verificou que o suporte social nos técnicos de saúde que trabalham na área do VIH/SIDA em comparação com as unidades oncológicas é diferente, enquanto os primeiros recebem mais apoio dos seus colegas, os segundos são mais apoiados pela família, o que indica uma aceitação diferencial das doenças e consequências para a aceitação dos técnicos.

Bunnk (1990), afirma que o suporte social no trabalho é um indicador de bem estar e de saúde mental, mas que em alguns casos pode originar um efeito negativo de

bem estar. No contexto laboral a relação de ajuda que não pode ser desenvolvida devido ao medo de parecer incompetente, a relação de reciprocidade pode não existir, enquanto entre colegas de igual estatuto é aceite, com o supervisor não acontece da mesma forma.

Em Portugal, Nunes, R., 1996, (In I Simpósio Ibérico do Síndrome de Burnout, 1999), realizou um estudo onde tentava compreender o papel do Suporte Social intra-trabalho nos profissionais de ajuda em settings de deficiência física e mental, verificando que o papel da relação entre colegas é preditor de exaustão emocional, desempenhando um papel fundamental no amortecimento do Burnout.

Caceres, V. et al, 1997, (In I Simpósio Ibérico do Síndrome de Burnout, 1999), verificou numa amostra de médicos e enfermeiros hospitalares, que os enfermeiros recorrem mais ao suporte social intra hospitalar do que os médicos, na relação com o Burnout. Tentaram ainda verificar a relação do sexo com o suporte social no Burnout, concluindo que o sexo masculino recorre mais ao suporte extra hospitalar, enquanto o sexo feminino recorre mais ao suporte intra hospitalar.

Jimenez, B. (1999) afirma que um indicador objectivo de Burnout, é uma diminuição significativa na performance do trabalho durante um período de vários meses, que tem de ser observáveis em relação aos destinatários (que recebem serviços de menor qualidade), supervisores (que observam uma diminuição da eficácia e aumento do absentismo) e colegas (que observam uma falta geral de interesse relacionado com o trabalho).

Ao nível do Burnout, o suporte social em conjunto com outros factores contribui para o atenuar, enquanto existir reciprocidade, pois no caso de surgirem sentimentos negativos, poderá agravar os níveis de Burnout.

Se tentarmos integrar num **modelo compreensivo**, as variáveis de coping e suporte social no trabalho e a sua interacção e relação com o stress e Burnout existem aspectos relevantes.

Quando o suporte social no trabalho é fonte de stress / moderador de stress, nomeadamente o trabalho com pares / equipa multidisciplinar e com os superiores hierárquicos pode promover no indivíduo, segundo o modelo de Identidade e Auto estima e o modelo de Influência social alguns acontecimentos:

- A rede social do trabalho não facilita os recursos de controlo.
- A auto estima do técnico de saúde e a segurança enquanto profissional diminuem.
- A capacidade de resolução de problemas, enquanto técnico de saúde inserido numa equipa multidisciplinar fica alterada.
- Diminui a motivação profissional e aumenta a frustração.
- Altera-se a capacidade do indivíduo avaliar o stressor para com ele lidar, na medida que o ambiente em que se encontra inserido é em si mesmo fonte de stress.

Tudo isto faz com que o indivíduo e a própria equipa, quase por um processo de “osmose”, fique “contaminada”, não existido intra e inter pares, ajuda capaz de diminuir os efeitos dos diferentes stressores e aumentar as competências individuais e

sociais para lidar com o stress. As relações sociais degradam-se e o stress torna-se crónico, persistindo ao longo do tempo e interagindo com as fontes e recursos de coping.

Continuamente, o indivíduo vê-se só, as estratégias de coping utilizadas, avaliadas e reavaliadas não tem efeito, podendo surgir a exaustão emocional, e esgotamento no lidar com a situação, quase que “levado pela corrente”.

A despersonalização surge como estratégia de coping, aumentando o isolamento social e degradando de forma contínua o suporte social.

A realização pessoal diminui, o suporte social no trabalho é pobre e as estratégias de coping ineficazes.

O mau estar na equipa e no indivíduo aumentam, dá-se alteração no estilo de vida, na saúde física e mental do indivíduo e da equipa e conseqüentemente na organização, o Burnout instala-se.

Perante tudo isto, o suporte social no trabalho enquanto amortecedor de stress e enquanto estratégia de coping para lidar com o stress não acontece.

Mas o contrário também pode acontecer, ou seja, o suporte social no trabalho ser amortecedor do stress no indivíduo e utilizado por este como estratégia de coping, fortalecendo o próprio e a equipa a lidar de forma activa e de confronto com os stressores contínuos a que estão expostos.

Todas estas variáveis estão interligadas e interagem reciprocamente.

3. – PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO NO BURNOUT

Tendo em conta tudo o que foi referido nos capítulos anteriores, pretendemos aqui abordar estratégias na prevenção e intervenção do Burnout.

Segundo a WHO (1987), a prevenção do Burnout nos técnicos de saúde, nomeadamente os que trabalham na área de Programas de SIDA / Toxicod dependência é um dos principais objectivos de forma a constituir equipas multidisciplinares com capacidades acrescidas para lidar com o problema.

Na maioria dos autores, a atitude primordial para prevenir o stress profissional e o Burnout é reconhecer que ele existe, que seja reconhecido pelo profissional, pelos seus representantes, pelos serviços de saúde e pelo Governo, tendo de existir um empenhamento individual e organizacional.

Para planear estratégias nos técnicos é fundamental a identificação, a formação, a prevenção e intervenção, desde a formação académica, à sensibilização das entidades responsáveis pela instituição passando pelo técnico de saúde, numa perspectiva multidisciplinar para de forma organizada e integrada, prevenir e/ou intervir nos técnicos de saúde.

Os técnicos de saúde são um “grupo de risco” a nível emocional e físico. Segundo Krakowski, (1986, In Moreno-Jimenez, B.,1999), o processo de Burnout, inicia-se ainda nos anos de formação académica, pois atende-se exclusivamente aos aspectos técnicos, ignorando-se a preparação e os requisitos emocionais.

A prevenção do stress e do Burnout deveria ser iniciada ainda a nível do **Curriculum Universitário**, pois é sentido que a formação / educação académica não corresponde nem é consistente com a experiência clínica. As expectativas idealistas do estudante e a “cultura” inerente à formação do futuro técnico não o preparam para a realidade clínica, a relação / comunicação com o doente, o sofrimento humano e tudo o que lhe está associado.

A prevenção e intervenção do stress, surge na Faculdade, onde o modelo Biomédico e o modelo Bio-Psico-Social, devem ser transmitidos paralelamente, para assim fornecer ao estudante a compreensão das forças sociais, estilos de vida e comportamentos desadaptados face à saúde e à doença, tornando-o mais sensível / tolerante a alguns aspectos psicossociais, que futuramente o virão atropelar junto com o doente e a doença física.

Segundo Bento & Schroeder (1984) e Reig & Carvana, (1990); o trabalhar as expectativas irrealistas é a génese do trabalho sobre a insatisfação profissional. Ao longo da formação deveria se ensinar os estudantes a identificar, reconhecer e expressar as suas próprias dificuldades e necessidades, nomeadamente em relação aos seus objectivos relacionados com a carreira.

Mycme (1985, In Moreno-Jímenez, B., 1999), estipula a intervenção dirigida à análise dos problemas de vida inicial do técnico, identificando através de um mapa os stressores pessoais, para proceder a um programa de controle e manejo dos mesmos.

Ainda na Faculdade e tendo em conta a competição, mas também a camaradagem e a “cultura” estudantil, que envolve processos de comunicação e partilha de determinada “classe” profissional, deveriam fomentar-se **grupos de**

ajuda, que facilitem o desenvolvimento de aptidões e de partilha, facilitando o lidar com níveis de stress e o criar estruturas e experiências que mais tarde são essenciais, nomeadamente para trabalhar em equipa.

Organizar **Serviços de Aconselhamento**, que permitam a discussão de conflitos, partilha de emoções e sentimentos, criação de regras para fortalecer competências cruciais no futuro.

Mas uma vez na actividade profissional, o técnico de saúde é empurrado para uma instituição, um serviço e uma equipa, onde a sua actividade / especialidade é realizada, muitas vezes sem condições, com excesso de trabalho e onde os canais de comunicação são por vezes a indiferença e o silêncio.

A **prevenção** do Burnout é também responsabilidade dos conselhos de administração e directores clínicos da instituição e claro dos técnicos, pois o stress e os factores que o provocam são inerentes ao trabalho a à profissão.

Os administradores hospitalares devem incluir no espaço profissional algumas medidas como:

-Fornecer formação e treino nas áreas de prevenção e identificação do Burnout, no contexto hospitalar.

-Reduzir situações stressantes, que podem promover o Burnout, como gestão, horários, rotatividade, etc.

-Disponibilizar e desenvolver sistemas de intervenção no Burnout.

Segundo a maioria dos estudos, as estratégias de prevenção / intervenção devem ter diferentes referenciais (Freedman & Philips, 1990):

- Modificar o grau de stress potencial, reduzindo a intensidade ou o número de stressores.

- Ajudar os técnicos a modificar a apreciação / avaliação das potenciais situações stressantes.

- Ajudar os técnicos a desenvolver estratégias de coping adequadas para enfrentar o stress.

Para isso, o ensino de técnicas centradas na resolução de problemas, a percepção positiva, a procura de suporte social com qualidade, o ensino de técnicas de relaxação e as estratégias de auto controle, são algumas das técnicas que facilitam o técnico a utilizar as estratégias de coping directas e activas no confronto com o stress.

Para Pereira, A. M., 1999, (In I Simpósio Ibérico sobre o Síndrome de Burnout, 1999), a intervenção nas estratégias de confronto é diferente se dirigidas, focalizadas no problema ou/e emoção. A intervenção em estratégias de confronto dirigidas à emoção tem como objectivo através de processos cognitivos, diminuir o grau do transtorno emocional (por exemplo; atenção selectiva, minimização, comparações positivas, entre outras), trata-se de estratégias equivalentes a uma reavaliação cognitiva, que não cause sofrimento emocional.

No caso da intervenção em estratégias focalizadas no problema, deve-se definir o problema arranjando soluções alternativas, tendo em conta o custo e benefício. As estratégias variam segundo os autores (Moos, 1981; Cohen & Lazarus,

1983; Dewe & Guest, 1990), em todas elas a reavaliação cognitiva, o auto controle e o recurso ao suporte social são algumas das estratégias a utilizar.

Segundo Pines (1981), no técnico de saúde o ensino destas técnicas perdia peso quando usado individualmente, tornando-se mais consistente quando usado em grupo, nomeadamente através de técnicas grupais.

Maslach e Jackson, (1982), verificaram uma diminuição dos níveis de Burnout, quando se associavam técnicas de apoio social (informação e apoio técnico).

Assim, existem um conjunto de estratégias, que fortalecem a capacidade de resistência a situações stressoras, e que uma vez implementadas são uma responsabilidade partilhada da equipa técnica e dos seus superiores na prevenção do Burnout.

Mas existem outras medidas a serem implementadas, tendo em conta alguns objectivos práticos:

- Tornar os técnicos de saúde familiarizados com os sinais e sintomas de Burnout, de forma a identificar o que os afecta, antes de criar os seus efeitos.

- Ajudar os técnicos a criar expectativas realistas, identificar motivações, necessidades pessoais e estilos de coping e assistir a equipa a nível das suas necessidades.

- Assistir a equipa nos seus variados casos, de forma a evitar o envolvimento com a situação dos doentes, familiares ou outros doentes que directa ou indirectamente obtenham uso dos serviços.

-Implementar “time-out” com actividades relacionadas com o trabalho, mas fora do espaço físico clínico, como comissões de trabalho, oportunidades de formação, almoços de grupo, programas que possam ajudar a equipa a uma pausa do seu trabalho stressante e emocional.

-Envolver membros do suporte social e familiar dos técnicos, no treino e orientação de programas de formação / informação sobre Tuberculose e SIDA, para reduzir, partilhar, compreender, medos, fantasias e receios, nomeadamente da infecção e simultaneamente fortalecer esse mesmo suporte, crucial na prevenção do Burnout.

-Responsabilizar e encorajar programas de saúde e de desporto para a equipa, sensibilizando-os para um estilo de vida saudável.

-Encorajar a equipa a participar em actividades exteriores, apelar à criatividade em facetas que divergem da actividade profissional.

Todas estas estratégias devem funcionar de forma integrada e fazendo parte do horário ou seu complementar e das actividades clínicas na instituição. Simultaneamente devem ser realizados grupos de suporte.

A recomendação para a existência de **grupos de suporte** em serviços de doenças infecto-contagiosas é já um facto assumido, tendo esses grupos vários objectivos:

-Criar um espaço para ventilar, expressar e partilhar sentimentos, emoções, experiências, que normalmente são negadas ou reprimidas, nomeadamente no lidar com a morte e o morrer, a relação e envolvimento com os doentes, expressar medos,

receios e fantasias de forma a funcionar como “escape” dos níveis de stress e de ansiedade.

-Tentar partilhar “estudos de caso”, onde o processo de decisão clínica, fonte de stress, é partilhado, as indecisões e limitações do conhecimento médico são expostas, associadas às questões éticas e pessoais envolvidas na situação.

-Os grupos de suporte ajudam a equipa a lidar com as contra transferências que derivam do relacionamento com os doentes, como por exemplo com o toxicod dependente.

-Criar um espaço de humor, forte arma para enfrentar os problemas, nomeadamente associado a formas de catarse.

-Criar um espaço de supervisão, actualização de conhecimentos, com discussão aberta sobre a sensação de isolamento clínico e partilha de conhecimento médico no contexto de compreensão de situações concretas e definidas.

Para além dos grupos de suporte, existem outras técnicas de intervenção em grupo como o Roll-Play e o Psicodrama, com o objectivo de facilitar a integração social, melhorar a qualidade da relação na equipa, entre outras.

Estes grupos devem ter um técnico da área de saúde mental, devem estar incorporados na rotina de trabalho semanal com horário regular e um tempo consistente (1 hora e meia / semana), sensibilizando os técnicos a participar e manejar as suas responsabilidades.

Sempre que necessário, a instituição deverá encaminhar ou facilitar o **apoio individualizado** aos técnicos de saúde, seja sob a forma de aconselhamento,

intervenção na crise ou psicoterapia, que deverá constar dentro do programa da Saúde Ocupacional da instituição.

Em conclusão os técnicos de saúde , nomeadamente na área do VIH / Tuberculose, estão em risco de desenvolver o Síndrome de Burnout e na sua génese, a intervenção deve ser concretizada tanto nos factores individuais, como organizacionais e relacionais, susceptíveis todos eles de modificação de forma a melhorar e fortalecer as estratégias de confronto de ansiedade do profissional. De todas as medidas, destacam-se os grupos de suporte dentro das equipas. É tarefa dos serviços de Psicologia, detectar o desgaste profissional e a sua frequência, oferecer os seus conhecimentos na avaliação dos mecanismos psicológicos e na intervenção dos mesmos.

CAPITULO – 4

1. – OBJECTIVOS DO ESTUDO

Os objectivos deste estudo são o de tentar compreender, de forma mais aprofundada o Síndrome de Burnout, tal como ele é definido por Maslach, numa perspectiva multidimensional, numa amostra de técnicos de saúde (médicos e enfermeiros) em contexto hospitalar do Hospital Dr. José Maria Antunes júnior, tentando averiguar;

- Se apresentam elevados níveis de exaustão emocional.
- Se apresentam elevados níveis de despersonalização.
- Se apresentam baixos níveis de realização pessoal
- Verificar o papel e o tipo de relação das estratégias de coping utilizadas pelos técnicos com o Burnout e com as três dimensões referidas anteriormente.
- Verificar o papel e o tipo de relação do suporte social no trabalho com o Burnout e com as três dimensões referidas anteriormente.

2. – QUESTÕES A INVESTIGAR

- Saber se os técnicos de saúde (médicos e enfermeiros) do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior, apresentam Síndrome de Burnout, tal como ele é definido nas suas três dimensões por Maslach (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal) e se estas apresentam uma perspectiva multidimensional.
- Saber se as três dimensões de Burnout, tal como são definidas por Maslach, estão ou não, relacionadas com as estratégias de coping para lidar com o stress, utilizadas pelos técnicos de saúde do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior.
- Saber se as três dimensões de Burnout, tal como são definidas por Maslach, estão ou não, relacionadas com o tipo de suporte social no trabalho a que os técnicos de saúde do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior tem acesso.

3.– HIPÓTESES

3.1. – Hipótese Geral

Uma hipótese é uma proposição testável, que pode vir a ser a solução do problema, pelo que após a sua definição através do objectivo do estudo, definem-se hipóteses, relações entre variáveis e que fazem a ponte entre teoria e a observação realizada, orientando a investigação subsequente.

No nosso estudo partimos de uma hipótese indutiva, uma vez que surgiu da reflexão sobre a realidade com base em teorias existentes – A existência de Burnout nos técnicos de saúde e a sua relação com as estratégias de coping utilizadas e o suporte social no trabalho a que os técnicos de saúde tem acesso.

3.2. – Hipóteses Específicas

H 1 – Os Técnicos de Saúde do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior apresentam Síndrome de Burnout, tal como ele é definido nas suas três dimensões por Maslach e numa perspectiva multidimensional; exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

H 2 – O Síndrome de Burnout, apresentado pelos técnicos de saúde do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior, nas suas diferentes dimensões - exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal - apresenta relações com as diferentes estratégias de coping utilizadas por esses mesmos técnicos, para lidar com o stress.

H 3 – O Síndrome de Burnout apresentado pelos técnicos de Saúde do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior, nas suas diferentes dimensões - exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal - apresenta relações com o suporte social no trabalho a que o técnico tem acesso.

4. – DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS

Variável Dependente – Síndrome de Burnout, tal como ele é definido pelo Inventário de Maslach, nas dimensões de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

Variável Independente 1 – Estratégias de coping que o técnico de saúde utiliza para lidar com o stress, tal como são avaliadas pelo Inventário de Modos de Reagir.

Variável Independente 2 – Suporte social no trabalho, tal como ele é avaliado na dimensão relacionamento (envolvimento, coesão entre colegas e apoio do supervisor) pela WES (Work Environment Scale).

4.1. – Variáveis de Controlo

Várias são as variáveis que teremos de controlar ao longo deste estudo, de forma a que os resultados obtidos sejam o mais fidedignos possível. As variáveis encontradas resultam da revisão bibliográfica efectuada tendo sido seleccionadas por serem intervenientes no stress / Burnout.

Sexo – A variável será controlada na Entrevista Estruturada. A necessidade de controlar esta variável surge de vários estudos indicarem a sua influencia, tal como a de uma característica individual, na susceptibilidade ao Síndrome de Burnout, ou seja, este e as dimensões que o constituem, variarem consoante o género. Sabemos que as mulheres apresentam níveis mais elevados de exaustão emocional que os homens, enquanto estes apresentam níveis de despersonalização mais elevados que o sexo feminino. O sexo masculino apresenta níveis de realização pessoal mais elevados que o sexo feminino (Leal, M. F.; 1998; Bellany, M. et al, 1996; Pretty, G. et al, 1992; Etzim, D. , 1984).

O sexo é também uma variável que influencia na selecção da estratégia de coping a utilizar pelo indivíduo (Fleishman, J. A et al, 1994).

O sexo é ainda uma variável que influencia o efeito moderador do suporte social, na vida e no trabalho, face ao stress e ao Síndrome de Burnout (Etzim, D., 1984; Ornelas, J., 1994).

Idade – A variável será controlada na Entrevista Estruturada. Vários são os estudos que indicam que esta variável se encontra relacionada com a forma como cada indivíduo percebe e vivencia o suporte social e também o seu efeito como mediadora nas dimensões do Síndrome de Burnout, tal como ele é avaliado pelo M.B.I. (Lee, R. et al, 1993).

No campo da saúde, nomeadamente na classe profissional dos médicos, os médicos mais jovens apresentam níveis de despersonalização e de exaustão emocional, que os de faixa etária mais velha (Leal, M. F., 1998), estando o factor idade relacionado com as expectativas iniciais relacionadas com a carreira médica.

Estado civil – É sabido que se trata de uma variável que interfere, como mediadora na avaliação do stress e do Síndrome de Burnout, nomeadamente a nível do suporte social. Sabemos que os casados apresentam níveis de exaustão emocional mais elevados que os solteiros / divorciados, enquanto estes apresentam níveis de despersonalização e realização pessoal mais elevados que os primeiros, (Leal, M. F., 1998).

Categoria profissional – A variável será controlada na Entrevista Estruturada. Estudos indicam que consoante a categoria profissional, o Burnout e as dimensões que o constituem podem variar (McIntyre, T., 1994), tal como os factores mediadores do Síndrome de Burnout (Bellani, M. et al, 1996).

Habilitações literárias e profissionais – Esta variável será controlada na Entrevista Estruturada. A sua necessidade surge da interligação com a variável anterior, pois as habilitações literárias e profissionais variam dentro da categoria profissional.

Sabe-se também que o nível educacional influencia a selecção da estratégia de coping a utilizar: a mais elevado nível educacional surgem associadas menos estratégias de evitamento e/ou negação (Fleishman, A et al, 1994).

Anos na instituição – A variável será controlada na Entrevista Estruturada. Vários estudos apontam para que a exposição prolongada aos factores que desencadeiam stress / Burnout, pode produzir efeitos a longo termo, a nível físico e mental (Cherniss, C.; 1992; Bellani, M. et al, 1996).

No nosso estudo consideramos pelo menos um ano na Instituição, como tempo mínimo de critério de inclusão na amostra.

Contrato de exclusividade / não contrato de exclusividade – Esta variável será também controlada na Entrevista Estruturada. A existência de contrato de

exclusividade com a instituição, indica-nos o N° de horas semanais que o técnico de saúde trabalha (35 / 42 horas semanais) e se trabalha exclusivamente com aquela instituição, podendo ou não o técnico estar exposto a outro tipo de actividades que podem interferir também com o Burnout.

Na área da Infecçiology, esta variável tem sido controlada devido aos factores inerentes à doença e tipo de doentes, que são factores em si desencadeadores de stress profissional (Bellani, M. et al, 1996).

Funções de chefia – A variável será controlada na Entrevista Estruturada. Sabemos que a responsabilidade / não responsabilidade dentro da instituição, interfere com a exposição e percepção do stress, logo do Burnout, e ainda com o tipo de relacionamento que se estabelece com os colegas e a equipa, nomeadamente no suporte social no trabalho (Leal, M. RF., 1998).

Trabalho por turnos / rotatividade de horários – A variável será controlada na Entrevista Estruturada. A necessidade de controlar esta variável, surge de estudos indicarem a sua influência na exposição ao Burnout (Afonso, H., 1998).

Possivelmente ficaram variáveis por controlar e que por falha do experimentador, dificuldades relacionadas com os instrumentos de avaliação e de acesso à amostra não nos foi possível o seu controlo, apesar de sentirmos que as variáveis que a reflexão teórica indica como mais importantes nesta área, foram controladas.

5. – MODELO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo correlacional com caracter exploratório, ou seja, existe um único grupo a observar, sem grupo de controlo, constituído pelos técnicos de saúde (médicos e enfermeiros) do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior, testado apenas uma única vez (estudo transversal) onde se tenta relacionar variáveis.

Optou-se por um estudo exploratório por as características da Instituição serem de tal forma específicas, que a tornam única no sistema nacional de saúde.

Em relação à selecção das categorias profissionais, médicos e enfermeiros, deveu-se a estas serem “equivalentes” no contacto com a(s) doença(s) e com o doente e a existirem em numero suficiente para no seu conjunto constituírem amostra de estudo, pois restavam as auxiliares de acção médica que por sua vez, não tem critérios equivalentes a nível sócio – educacional / profissional.

Outra razão deveu-se, que ao longo da reflexão teórica, estas foram as classes profissionais, na área do Stress profissional / Burnout e da Saúde que tem sido mais avaliadas, sendo nelas que a reflexão teórica se debruça. São também elas que constituem o grande bloco do corpo clínico da Instituição.

6. – INSTRUMENTOS

Dos muitos instrumentos da Psicologia em geral e da Psicologia da Saúde em particular, seleccionámos aqueles que nos parecem mais indicados para o estudo,

tendo em conta os constructos teóricos que pretendia-mos avaliar, embora sempre sujeitos a limitações relacionadas com as suas características.

6.1. – Entrevista Estruturada

Tem como objectivo a recolha de dados relacionados com o indivíduo e que constituem variáveis de influência no estudo.

Pretende-se ainda, através dela, estabelecer uma relação empática com os indivíduos que constituem a amostra, de forma a facilitar a comunicação, transmitir as consignes dos instrumentos e esclarecer qualquer dúvida em relação aos mesmos, ao estudo e seus objectivos.

6.2. – Maslach's Burnout Inventory (M.B.I.)

O M.B.I. foi um inventário construído por Maslach & Jackson (1981), para medir hipotéticos aspectos do Síndrome de Burnout, tal como foi definido pelos mesmos. É um inventário constituído por 22 itens, sub divididos em 3 sub escalas:

- 9 itens para avaliar a dimensão Exaustão Emocional, onde são descritas emoções com uma intensidade fora do normal e a sensação de estar exausto do e no trabalho, (itens 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, e 20).

- 5 itens na sub escala de Despersonalização, que descrevem um sentimento de resposta impessoal perante os cuidados no serviço. Em ambas as sub-escalas, os elevados scores correspondem a elevados níveis de Burnout, pois existe uma moderada correlação entre estas sub escalas, 0,44 para a frequência e 0,50 para a intensidade, (itens 5, 10, 11, 15, e 22).

- 8 itens para a sub escala de Realização Pessoal, onde se descrevem sentimentos de competência e sucesso no trabalho com pessoas. Ao contrário das anteriores, nesta sub escala, baixos scores correspondem a alto grau de Burnout, (itens 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21).

É um inventário que avalia duas dimensões, frequência e intensidade, utilizando a escala de Likert, respectivamente 1 (poucas vezes ao ano ou menos) a 6 (todos os dias) e 1 (quase nunca sinto) a 7 (com muita intensidade).

É um instrumento que apresenta uma consistência interna estimada pelo Coeficiente Alpha de Cronbach elevada, 0,83 (frequência) e 0,84 (intensidade), para os 22 itens, sendo discriminada também para as sub escalas.

Ao nível do Test-reteste, com um intervalo de avaliação de 2-4 semanas, para n=53, os coeficientes foram significativos para 0.001.

A nível da validade convergente ela foi demonstrada por correlações com os pares, presença de certas características no trabalho, que contribuem para o Burnout e com medidas hipotéticas relacionadas com o Burnout.

O M.B.I., tem sido o instrumento mais utilizado para avaliar e compreender o Síndrome de Burnout, sendo nomeadamente a partir do seu constructo teórico que se constróem tentativas explicativas de modelos teóricos do Síndrome de Burnout.

Apesar do M.B.I. não ter sido ainda adaptado à população portuguesa, ele tem sido utilizado em vários estudos realizados em Portugal, nomeadamente no campo da saúde e da instituição hospitalar (Leal, M. F., 1990; Gomes, I., 1995; Correia, A., 1997; Afonso, H., 1998). Como têm sido utilizadas várias versões do M.B.I. em Portugal, seleccionou-se a versão, que por consenso traduzia melhor os conteúdos da versão original.

Após a aplicação do instrumento tivemos acesso a dados de uma versão portuguesa do M.B.I., que ignoramos se é a utilizada neste estudo por o seu artigo não estar ainda publicado e que foi validada em Portugal por Nunes, R. (1996); In. I Simpósio Ibérico sobre o Síndrome do Burnout, 1999.

Os dados obtidos pela nossa aplicação surgem no sub capítulo dos resultados estatísticos.

6.3. – Escala de Avaliação de Modos de Reagir –

Construída por Figueira, M. L. e colaboradores em 1990, tem como objectivo investigar os mecanismos de coping usados pela população de seropositivos e de doentes de SIDA.

A escala é constituída por 25 itens que procuram cobrir as várias áreas de coping por vários autores, nomeadamente Lazarus.

1-Estratégias activas e orientadas para enfrentar o problema:

- a) Comportamentais activas – Comportamentos manifestos como tentativa de lidar directamente com o problema (itens 2, 3, 16, 19, 21 e 22).
- b) Cognitivas activas – Esforço para lidar com a avaliação da natureza stressante do acontecimento (itens 4, 5, 8, 12, 14, 20 e 24).

2-Estratégias que consistem num esforço para reduzir a tensão pelo evitamento para lidar com o problema (itens 1, 7, 10, 11, 13 e 17).

3-Estratégias focadas na emoção orientadas para regular o mal estar emocional causado pelo problema (itens 6, 9, 15, 18, 23 e 25).

Os mecanismos implicados nos vários itens do inventário podem também ser classificados de acordo com o foco de “coping” em:

1-Estratégias que envolvem uma busca de informação acerca do problema.

2-Estratégias focadas na tentativa de resolver o problema.

3-Estratégias que envolvem uma tentativa de regulação afectiva e um controlo dos afectos associados.

4-Descarga emocional para lidar com a situação.

Cada um dos itens é cotado através de uma escala do tipo Likert, que oscila entre 0 (nunca) e o 3 (muito frequentemente).

Esta escala foi utilizada com o objectivo exploratório numa amostra de 123 sujeitos – 49 seropositivos e 74 doentes de SIDA – (Figueira, M. L., 1990), e posteriormente em outras análises dentro da mesma população (Figueira, M. L. et al 1992).

As suas características de aplicação neste estudo surgem no sub capítulo dos resultados estatísticos.

6.4. – Sub Escala de Relacionamento da Work Enviroment Scale (W.E.S.)

A WES foi construída por MOOS (1986), para avaliar 10 dimensões das características ambientais, chamadas clima social. Tem em conta, que o clima social na instituição é uma variável que pode influenciar o comportamento do indivíduo em situação de trabalho, tendo sido construída para avaliar o clima organizacional de todos os tipos de trabalho.

A WES é composta por três dimensões, subdivididas em 10 subescalas: a dimensão Relacionamento (sub escala de envolvimento, coesão entre colegas e apoio do supervisor), dimensão Desenvolvimento Pessoal (sub escala de autonomia, orientação para a tarefa e pressão no trabalho) e dimensão Sistemas de Manutenção e Mudança (sub escala de clareza, controlo e conforto físico).

Constituída por 90 itens, sub divididos por diferentes sub escalas, apresenta resposta standartizada no formato verdadeiro / falso; cada sub escala é constituída por 9 itens.

A WES é considerada uma boa escala de avaliação psicossocial, tendo apresentado boas qualidades psicométricas na população americana e por isso utilizada em vários estudos. A nível da consistência interna apresentou um intervalo

de 0,69 a 0,86 medido pelo Alpha de Cronbach's, nas 10 sub escalas e um test-retest (com um intervalo de um mês) de 0,69 a 0,83.

Vários são os estudos que verificam que as sub escalas do WES poderiam ser utilizadas para identificar as diferenças nas componentes do Burnout (Golembiewski, et al, 1986; Golembiewski, et al ,1988; citados por Pretty, M. e Catano, 1992).

A WES, encontra-se traduzida e adaptada para a população portuguesa (Louro, C., 1995), onde através do coeficiente de Alpha de Cronbach, verificou-se uma fidelidade para a escala global de 0,84.

Neste trabalho, utilizaremos apenas a dimensão Relacionamento (sub escalas de envolvimento, coesão entre colegas e apoio do supervisor) da versão portuguesa da WES, por já ter sido utilizada em Portugal em estudos sobre o Burnout, por esta dimensão avaliar o relacionamento em diferentes vertentes no local de trabalho e apresentar boas qualidades métricas, segundo o Alpha de Cronbach (*Quadro 1*).

Subescalas	Amostra Americana	Amostra Portuguesa
Envolvimento	0,84	0,70
Coesão entre colegas	0,69	0,73
Apoio do supervisor	0,77	0,71

Quadro 1 – *Comparação dos valores obtidos na WES, segundo o Alfa de Cronbach.*

As sub escalas foram descritas como:

Envolvimento – Até que ponto os profissionais se preocupam e se envolvem no local de trabalho e com o trabalho.

Coesão entre colegas – Até que ponto os profissionais são amigáveis e se apoiam entre si.

Apoio do supervisor – Até que ponto o superior hierárquico apoia os trabalhadores e os encoraja a se apoiarem uns aos outros.

Como estas sub escalas avaliam dimensões do suporte social no local de trabalho e pela ausência de instrumentos na área, utilizamos este instrumento, ficando com 27 itens, que foram colocados segundo a ordem utilizada no instrumento original.

As suas características da aplicação neste estudo, surgem no sub capítulo dos resultados estatísticos.

Os instrumentos foram compilados com um pequeno texto de introdução, que tentava fazer referência à importância do estudo e às variáveis a avaliar, constituindo-se um **Protocolo de Investigação** (ver Anexo 1).

7. – PROCEDIMENTO

O procedimento relativo ao desenvolvimento da investigação obedeceu a diversas fases:

O Protocolo de investigação sofreu diversas remodelações, inicialmente profundas e de conteúdo e posteriormente de grafismo, que acompanhavam o levantamento bibliográfico que se ia realizando, até se chegar a uma forma definitiva com selecção e organização dos instrumentos de avaliação.

Foi realizado um pequeno resumo dos objectivos do estudo e junto com o Protocolo de Investigação entregue com um pedido de autorização ao Conselho de Administração e ao Conselho de Ética do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior, que foi concretizada a 6 de Maio de 1999 (ver Anexo 2).

A recolha da amostra decorreu entre 21 de Maio e 16 de Julho de 1999. A autora do estudo entregou pessoalmente o Protocolo a cada técnico de saúde, verificando se estes cumpriam os critérios de inclusão na amostra (médicos e enfermeiros a exercer a profissão na Instituição à mais de um ano), e explicando a importância e os objectivos do estudo. Foi garantido a todos os indivíduos, o sigilo e anonimato de todas as informações e ainda que todos os dados recolhidos, seriam trabalhados estatisticamente em conjunto com outros indivíduos nas mesmas condições.

O Protocolo de investigação, obedeceu em todos os indivíduos, à aplicação dos instrumentos segundo a mesma ordem (ver Anexo 1). A duração do preenchimento do Protocolo foi de acordo com cada indivíduo. Para aplicação de cada instrumento de avaliação, as consignes utilizadas foram as descritas conjuntamente com os instrumentos apresentados.

Uma vez preenchidos os instrumentos, deveriam ser colocados num envelope, que a autora recolhia diariamente por serviço.

O final do procedimento, que ocorreu em meados de Julho, deveu-se a grande parte dos técnicos se encontrarem em período de férias.

Foram recolhidos 33 Protocolos de investigação, todos eles obedecendo a todos os critérios de inclusão na amostra e de preenchimento.

8. – SELECÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

8.1. – Critérios de Selecção da amostra

A população de médicos e enfermeiros do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior, era constituída em Maio de 1999 por 49 técnicos de saúde, 16 médicos (12 pneumologistas, 2 médicos de medicina interna, 1 fisíatra e 1 otorrinolaringologista) e 33 enfermeiros.

A amostra do estudo é constituída por 33 sujeitos (8 médicos e 25 enfermeiros). A sua recolha teve em conta algumas características, que serviram de critério para selecção dos sujeitos:

- Ter formação académica em Medicina ou enfermagem.
- Trabalhar no Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior à pelo menos um ano.
- Dentro das actividades a exercer na instituição, estar em contacto com o utente do internamento e trabalhar em equipa num dos serviços do internamento.

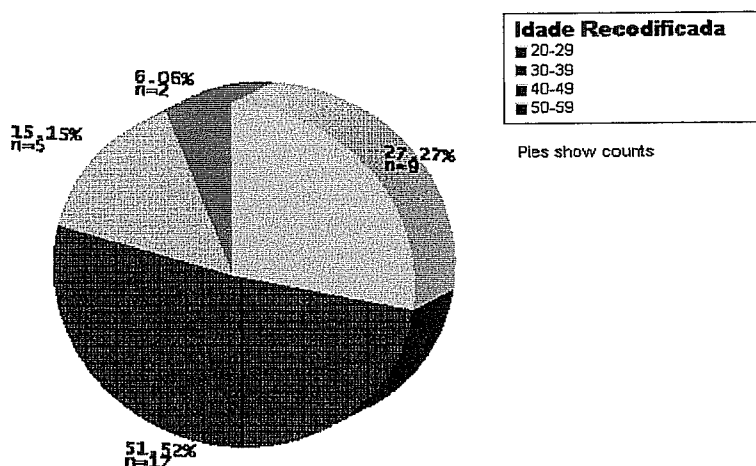
8.2. – Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por 33 técnicos de saúde (8 médicos e 25 enfermeiros), do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior. Da população de 49 técnicos foram excluídos 7 (5 médicos e 2 enfermeiros) por não possuírem todos os critérios de selecção necessários à inclusão na amostra, 5 técnicos (3 médicos e 2 enfermeiros) recusaram responder ao Protocolo de Investigação, 1 enfermeiro encontrava-se de baixa durante o período de recolha da amostra e 3 enfermeiros encontravam-se a frequentar as especialidades não estando a exercer a sua actividade profissional na Instituição.

A amostra de $n=33$ apresenta as seguintes características:

Em relação ao **sexo** a amostra divide-se por sexo masculino com 13 indivíduos (39,4%) e sexo feminino, 20 indivíduos (60,6%).

Em relação à **idade** a amostra apresenta uma média de 34,85 com um Desvio Padrão de 7,09, oscilando entre 24 e 51 anos. Quando recodificada a variável por grupos etários temos a seguinte distribuição (Gráfico 1).



O estado civil dominante é o casado / união de facto com 21 sujeitos (63,6%), seguido do solteiro com 9 sujeitos (27,3%) e divorciado/separado com 3 sujeitos (9,1%). 19 indivíduos da amostra (57,6%) tem filhos a contrapor 14 (42,4%).

Em relação à distribuição por categoria profissional a nossa amostra era constituída por 8 médicos (24,2%), sendo 1 de medicina interna e 7 pneumologistas e ainda por 25 enfermeiros (77,8%), 2 especialistas e 23 graduados (ver gráfico 2).

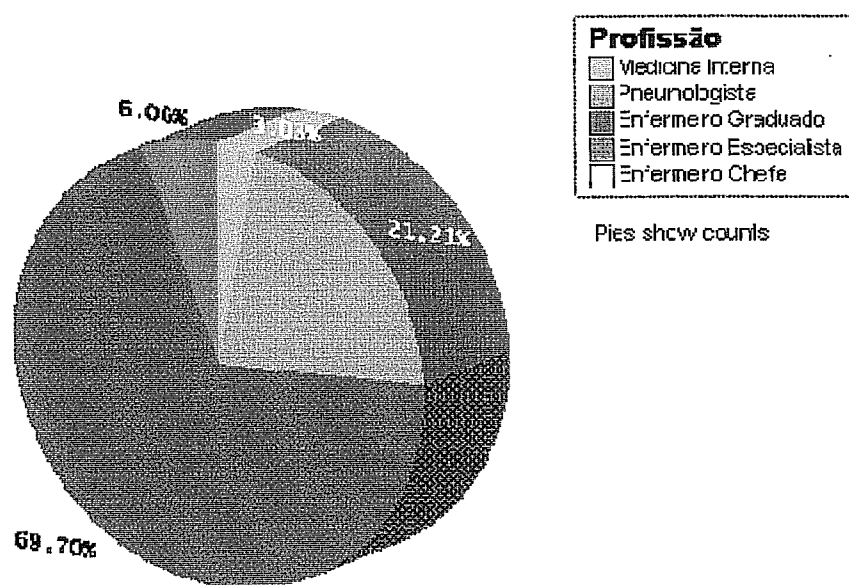


Gráfico 2-Distribuição da amostra por categoria profissional.

O tempo médio de anos na profissão é de 10,1, com Desvio Padrão de 6,3, oscilando entre 2 e 24 anos a exercer a profissão. Em relação ao número de anos na

Instituição, Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior, os técnicos apresentam uma média de 5 anos, com um desvio padrão de 3,2, oscilando entre 1 e 20 anos.

90,9% da amostra (30 sujeitos), tem **vinculo profissional** com a Instituição e um **horário** de 42 horas / semana ao contrário de 9,1% (3 sujeitos), que se encontram a contracto a termo certo e em regime de 35 horas semanais.

Dos 33 indivíduos, 6 (18,2%), tem **funções de chefia**, ao contrário de 27 (81,8%) e 22 indivíduos (66,7%) **trabalham por turnos** a contrapor 11 (33,3%). Devemos referir em relação a esta última variável, que a questão encontrava-se mal elaborada, faltando a possibilidade de colocar como reposta, urgência interna, o que levou a todos os médicos a colocar o não trabalho por turnos.

12 dos 33 técnicos (36,4%) não tem contracto de exclusividade **trabalhando noutra instituição**, ao contrário de 21 (63,6%).

Em relação ao **numero de horas** que o técnico passa **com o utente** por semana, encontramos uma média de 5,3 hora / semana, com um desvio padrão de 1,9, oscilando o numero de horas entre 1 e 10.

9. – TRATAMENTO ESTATISTICO

Os dados recolhidos foram submetidos a tratamento estatístico através do programa SPSS .8 (Statistical Program for Social Sciences, versão 8.0 for Windows 98).

Foi construída uma base de dados (ver anexo 3), onde as colunas verticais obedeciam a todos os resultados obtidos em cada variável (previamente definida) e as colunas horizontais aos dados obtidos por cada sujeito da amostra.

Utilizaram-se testes não paramétricos e bicaudais (devido respectivamente ao tipo de escalas ordinais e nominais – e às hipóteses colocadas serem bidireccionais).

As instruções pedidas foram:

-Análise descritiva das variáveis contínuas (idade, anos na profissão, anos na instituição, número de horas com o utente, M.B.I. e Escala de Modos de Reagir com respectivas sub escalas).

-Frequência das variáveis descontínuas (sexo, estado civil, filhos, cargo de chefia, vínculo com a instituição, carga horária, trabalho por turnos, trabalhar em outra instituição e sub escalas de envolvimento, coesão e relação com o supervisor da W.E.S.).

-Alfa de Cronbach para as 3 escalas usadas e respectivas sub escalas.

-Análise factorial exploratória com rotação Varimax e grupamento de factores para as três escalas usadas (M.B.I., Escala de Modos de Reagir e sub escalas de Relacionamento da WES).

-Coeficiente de Correlação de Spearman para todas as sub escalas usadas (sub escalas do M.B.I., Escala de Modos de Reagir e sub escalas de relacionamento da W.E.S.).

-Aplicação do teste estatístico de Mann-Whitney às variáveis sexo, idade, estado civil, ter filhos, categoria profissional, anos na instituição, anos na profissão,

horas de contacto com utente, trabalho por turnos e trabalho noutra instituição. Para isso foram criadas novas variáveis na base de dados e comparados os grupos estipulados em relação a cada variável da seguinte forma:

-Sexo-

n1 – n=13, sexo masculino.

n2 – n=20, sexo feminino.

-Idade-

n1 – n= 19 , idade inferior e igual a 35 anos.

n2 – n= 14 , idade superior a 35 anos.

Os 35 anos correspondem à média de idade da amostra.

-Estado cívil-

n1 – n=21, Casado /união de facto

n2 – n=9, Solteiro

Anularam-se 3 sujeitos devido a serem divorciados/separados.

-Ter filhos-

n1 – n=19, ter filhos.

n2 – n=14, não ter filhos.

-Profissão-

n1 – n=8, carreira profissional na medicina.

n2 – n=25, carreira profissional na enfermagem.

-Trabalho por turnos-

n1 – n=22, trabalha por turnos.

n2 – n=11, não trabalha por turnos.

-Trabalho em outra instituição-

n1 – n=12, trabalha em outra instituição.

n2 – n=21, não trabalha em outra instituição.

-Anos na profissão –

n1 – n=20, trabalha à menos ou à 10 anos na carreira.

n2 – n=13, trabalha à mais de 10 anos na carreira.

Os 10 anos correspondem à média de anos encontrada na amostra.

-Anos na Instituição-

n1 – n=20, trabalha à menos ou à 5 anos na instituição.

n2 – n=13, trabalha à mais de 5 anos na instituição.

Os 5 anos correspondem à média de anos encontrada na amostra de técnicos.

-Horas com o utente em média por semana-

n1 – n=20, passa menos ou igual a 5 horas/semana com o utente.

n2 - n=13, passa mais de 5 horas /semana com o utente.

As 5 horas / semana corresponde à média encontrada na amostra.

As variáveis vinculo com a instituição e carga horária / semana não foram agrupadas devido aos grupos constituídos ser muito discrepante (n1=30 e n2= 3).

Devido ao numero limitado da amostra e ao tipo de estudo apenas realizamos este tratamento estatístico.

10. – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A primeira parte deste sub capitulo refere-se aos instrumentos utilizados e às suas propriedades na nossa amostra. Numa segunda parte apresentamos os resultados obtidos no relacionamento entre variáveis (sub escalas) e por ultimo apresentamos a comparação de grupos em algumas variáveis.

Os resultados obtidos para esta amostra $n=33$, pode ser generalizado para a população de técnicos (médicos e enfermeiros) da instituição $n=49$.

10.1. – Instrumentos

-Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) –

Só depois da aplicação do Inventário M.B.I. à nossa amostra, tivemos acesso aos resultados obtidos pela versão validada para Portugal por Nunes, R. (1996), In I Simpósio Ibérico sobre o Síndrome de Burnout, 1999.

A nível da consistência interna, o Alfa de Cronbach total da escala encontrado foi de ,377, que não é significativo (pode dever-se ao tamanho da amostra $n=33$).

Fomos ainda verificar os Alfas de Cronbach para as sub escalas do M.B.I.
(Quadro 2)

Quadro 2 – *Comparação dos Alfas de Cronbach das sub escalas MBI*

Sub escalas	Manual	Nosso estudo
Exaustão emocional	,90	,45
Despersonalização	,79	,51
Realização Pessoal	,71	,74

Apenas a sub escala Realização Pessoal apresenta um valor significativo ,74, tendo em conta o numero de itens da sub escala (8 itens).

Foi realizada Análise factorial exploratória através do método dos componentes principais com rotação varimax sem definição de factores e com recorrência ao critério de Kaiser do Inventário M:B:I., por discriminação surgiram 8 factores que explicam 77,69% da escala, dos quais 3 factores explicam 43,8% da variância total. Apesar da heterogeneidade factorial por nós obtida, verificamos que os factores se encontram de acordo com o constructo teórico por exemplo o Factor 1- exaustão emocional, o que no levou a optarmos pelos factores originais (ver Tabela 1).

TABELA 1

Análise Factorial do Maslach Burnout Inventory

Itens	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6	Factor7	Factor8
1 - Sinto que o meu trabalho me esgota emocionalmente.	.855							
8-Sinto-me esgotado/a com o meu trabalho.	.812							
2- Sinto-me exausto/a no fim do dia de trabalho.	.785							
3-Sinto-me fatigado/a quando me levanto de manhã e tenho de encarar outro dia no emprego.	.526							
12-Sinto-me cheio/a de energia		.843						
19-Tenho realizado muitas coisas válidas neste emprego.		.760						
18-Sinto-me satisfeito/a depois de trabalhar de perto com os meus utentes.		.624						
21-No meu trabalho lido calmamente com problemas emocionais		.596						
5-Sinto que trato alguns utentes como se fossem objectos impessoais.			.886					
10-Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que aceitei este emprego.			.747					
9-Sinto que estou, através do meu trabalho, a influenciar positivamente a vida das outras pessoas.				.898				
7-Lido muito eficazmente com os problemas dos meus utentes.				.780				
13-Sinto-me frustrado com o meu emprego.				-.522				
17-Consigo facilmente criar uma atmosfera descontraída com os meus utentes.					-.759			
6-Trabalhar todo o dia com pessoas é stressante para mim.					.694			
16-Trabalhar directamente com as pessoas causa-me muito stress .					.638			
4-Posso facilmente compreender como os meus utentes sentem as coisas.					-.458			
15-Na verdade não me importa o que acontece com alguns utentes.						.822		
11-Preocupa-me estar a endurecer emocionalmente com este trabalho.						.798		
22-Sinto que os utentes me culpam por alguns dos seus problemas.							-.794	
14-Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu emprego.							.537	
20-Sinto-me como se estivesse chegado ao fim das minhas forças.								.874
Eigenvalues	4.4	2.8	2.3	1.9	1.5	1.4	1.2	1.1
Variância total explicada (%)	20.15	12,77	10.88	8,90	7,18	6,67	5,75	5,36

-Escala de Modos de Reagir –

Uma vez aplicado o Alfa de Cronbach à escala total, obtivemos um valor de ,733, o que tendo em conta a dimensão da amostra e o numero de itens é significativo. Podemos então inferir, que a Escala de Modos de Reagir, apresenta uma boa consistência interna, o que possivelmente se deve à escala ter sido construída para a população portuguesa.

Quando aplicado o Alfa de Cronbach para as sub escalas que constituem a Escala de Modos de Reagir, encontramos os seguintes valores (Quadro 3).

Quadro 3 – *Alfas de Cronbach das sub escalas da Escala de Modos de Reagir.*

Sub escalas	Alfas de Cronbach
Comportamentais Activos	,32
Cognitivos activos	,64
Evitamento	,47
Focado nas emoções	,40

Os valores encontrados são extremamente baixos (possivelmente devido ao numero de itens que constituem as sub escalas), excepto a sub escala de estratégias

cognitivas activas, que apresenta um Alfa de Cronbach de ,64, que apesar de baixo pode ser aceitável.

Foi realizada Análise factorial exploratória através do método dos componentes principais com rotação Varimax, sem definição de factores e com recorrência ao critério de Kaiser da Escala de Modos de Reagir, por discriminação surgiram 10 factores que explicam 80,84% da escala (ver Tabela 2), explicando 4 deles, 49,68% da variância total. Dada a heterogeneidade factorial por nós obtida, optamos pelos factores originais.

-Sub Escala de Relacionamento da Work Enviroment Scale (W.E.S.) –

Aplicado o Alfa de Cronbach à escala total e às sub escalas (envolvimento, coesão com os colegas e apoio do supervisor), foram encontrados valores surpreendentemente não significativos para a nossa amostra, o que nos levou a pedir os valores standard do Alfa de Cronbach, para esta escala e amostra (Quadro 4).

ANÁLISE FACTORIAL DA ESCALA DE MODOS DE REAGIR

ITENS	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6	Factor7	Factor8	Factor9	Factor10
6-Pisar mais desconfiado das intenções dos outros.	.755									
12-Pensar mais na religião e em Deus.	.751									
15-Culpar-se, responsabilizar-se pelo actual problema.	.717									
20-Achar que foi azar mas aceitar.	.647									
11-Gastar mais dinheiro consigo para compensar.	.517									
24- Procurar reformular a sua vida tão optimista quanto possível.	.827									
17-Fazer de conta que nada mudou e viver do mesmo modo.	.805									
16- Procurar distrações (ler, música, tv, etc).	.595									
10-Evitar contactar com amigos e isolar-se.		.916								
9- Irritar-se e agredir os outros para descarregar.		.847								
1-Evitar pensar no problema.			.895							
2-Tentar estar sempre ocupado numa actividade qualquer.			.642							
13-Corner, beber ou fumar mais para obter prazer.			.510							
4-Aceitar realisticamente e viver o melhor possível.				.881						
5- Procurar-se informar o melhor possível.				.730						
7-Aumentar o consumo de drogas ou medicamentos que aliviem.					.766					
21- Procurar soluções naturalistas, espirituais ou outras.					.687					
18-Preocupar-se muito com o corpo.					.626					
14- Procurar pensar no problema e encontrar soluções.					-.493					
25-Dramatizar, fazer cenas para obter atenção.						.945				
19-Modificar a relação com os outros para se defender.						.735				
22-Modificar os hábitos sexuais por precaução.						-.618				
3- Procurar apoio, ajuda ou aconselhar-se nos outros.								.871		
23-Achar que os outros são culpados e revoltar-se.								-.423		
8- Ter esperança numa solução médica eficaz.									.932	
Eigenvalues	4,5	3,9	2,3	2,2	1,7	1,5	1,3	1,1	1,0	1,0
Variância total explicada (%)	18,0	13,1	9,4	8,8	6,9	6,1	5,3	4,6	4,1	4,0

Quadro 4 – Alfas de Cronbach da Escala de Suporte Social

Sub escalas	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach
	Encontrado	Standard
Envolvimento	,37	,37
Coessão colegas	-,49	-,76
Apoio Supervisor	-,10	-,10
Escala total	,19	

Apesar da comparação / relação dos Alfas de Cronbach ser diminuta, podemos afirmar, perante os valores encontrados (não significativos) que não existe consistência interna.

Realizada Análise factorial exploratória, apenas por rotação Matrix devido à escala ser nominal, foram encontrados 9 factores que explicam 77,08% da variância total, dos quais 3 justificam 42,65% da variância (ver Tabela 3). Da análise de factores verificamos que a escala não deve ter sido compreendida pela nossa amostra não avaliando aquilo a que se proponha, o facto da escala ser nominal limitou o universo de resposta dos sujeitos. Assim, devido à heterogeneidade de factores encontrada, optamos pelos factores originais.

TABELA 3

ANÁLISE FACTORIAL DA ESCALA DE SUPORTE SOCIAL NO TRABALHO

ITENS	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6	Factor7	Factor8	Factor9
9-Os supervisores tendem a desencorajar as críticas dos empregados	.725								
8-As pessoas interessam-se pessoalmente umas pelas outras.	.648								
6-Os supervisores geralmente elogiam o empregado que faz alguma coisa bem.	.645								
15-Os supervisores criticam muitas vezes os empregados por coisas de pouca importância.	-.613								
18-Os empregados sentem-se geralmente à vontade para abordar o supervisor sobre os seus projectos laborais.	.569								
12-Os supervisores geralmente dão pleno crédito às ideias dos empregados.	.562								
5-O ambiente é um tanto impessoal.	-.558								
14-As pessoas são geralmente sinceras em relação aquilo que sentem.	.551								
17-Os empregados almoçam muitas vezes juntos.	.547								
4-Não existe grande espírito de grupo.	-.545								
10-As pessoas parecem sentir orgulho na organização.	.474								
23-Os empregados falam muitas vezes uns com os outros sobre os seus problemas pessoais.	.757								
16-Poucas pessoas se oferecem voluntariamente.	-.563								
3-Os supervisores tendem a falar com superioridade para os empregados.	.549								
2-As pessoas fazem os possíveis para ajudar um novo empregado a sentir-se mais à vontade.	.424								
1-O trabalho é realmente desafiador.			.591						
13-As pessoas esforçam-se bastante naquilo que fazem.			.482						
26-As pessoas, criam muitas vezes, problemas por falarem dos outros pelas costas.			.544						
20-Os empregados que se diferenciam muito dos outros na organização não se dão bem.			.428						
27-Os supervisores defendem realmente o seu pessoal.				.643					
7-Muitas pessoas parecem estar apenas a fazer tempo.				.546					
21-Os supervisores esperam demasiado dos empregados.				.448					
24-Os empregados discutem os seus problemas pessoais com os supervisores.					.643				
25-O trabalho é geralmente muito interessante.					.586				
19-É um local de trabalho animado.					.495				
22-É difícil conseguir pessoas para fazer qualquer trabalho extraordinário.						.522			
11-Os empregados raramente fazem coisas juntas depois do trabalho.									.591
Eigenvalues	6,1	3,0	2,3	2,0	1,7	1,7	1,4	1,2	1,1
Variância total explicada (%)	22,6	11,2	8,6	7,5	6,5	6,4	5,3	4,5	4,1

10.2. – Síndrome de Burnout

Quando aplicado o Coeficiente de correlação de Spearman às sub escalas do MBI obtivemos os seguintes resultados (Quadro 5).

Quadro 5 – Resultados da aplicação do r de Spearman às sub escalas do MBI.

Sub escalas	Exaustão Emoc.	Despers.	Real. Pessoal
Exaustão Emoc.	1,000	,298	-,338
Despers.	,298	1,000	-,348*
Real. Pessoal	-,338	-,348*	1,000

*Significativo para $p < 0,05$

Podemos afirmar que o constructo Burnout é um constructo multidimensional, encontrando-se duas das suas dimensões inversamente correlacionadas (despersonalização / realização pessoal), o que vai ao encontro do constructo teórico, tal como foi definido por Maslach em 1981.

Na nossa amostra, apenas uma das dimensões (exaustão emocional), não se correlacionou com as outras duas.

Tendo em conta o Modelo de Golembiewski et al. (1986) e sabendo que:

-Scores altos (A) em exaustão emocional quer dizer que o sujeito se encontra sob tensão superior aos seus limites, encontrando-se exausto e sem forças para atingir os seus objectivos. Sendo a sub escala de exaustão emocional constituída por 9 itens (cada um pode ir de 0 a 6) o total de valores pode oscilar entre 0 e 64 e sabendo que é considerado alto (A), scores maiores ou iguais a 24 (Barros, B.; Nunes, R.;1999), no nosso estudo foi encontrado uma média de 15 o que é considerado baixo (B).

-Scores altos (A) em despersonalização, indica um distanciamento do indivíduo em relação aos outros, que age de forma insensível, indiferente para com as pessoas com as quais trabalha, o que implica elevados valores de Burnout. Tendo em conta que a sub escala é composta por 5 itens, que podem oscilar entre 0 e 30 e que scores maiores ou iguais a 19 (Barros, B.; Nunes, R.;1999), são considerados altos (A). No nosso estudo foi encontrado uma média de 6, baixo (B).

-Scores baixos (B) de realização pessoal equivale ao descontentamento por parte do sujeito em relação ao seu trabalho, existem sentimentos de falta de competência e baixa auto estima. Sendo a sub escala constituída por 8 itens, cujo total de valores pode oscilar entre 0 e 48. Scores menores ou iguais a 26 são considerados baixos (B), (Barros, B.; Nunes, R.,1999). No nosso estudo a média de realização pessoal encontrada foi de 37, o que é alto (A).

Segundo o Modelo de Golembiewski e os dados encontrados (exaustão emocional –B; despersonalização – B e realização pessoal – A, a nossa amostra situa-se na fase 3 de Burnout, que segundo Mirvis et al; 1996 (In. Nunes, R., 1999) reflecte a fronteira entre um nível baixo e um nível intermédio de Burnout. Estes dados reforçam também a ideia de se tratar de um constructo multidimensional.

Podemos aceitar a Hipótese 1 (H1), que afirma que os técnicos de saúde do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior, apresentam Síndrome de Burnout, tal como ele é definido nas suas três dimensões por Maslach e numa perspectiva multidimensional; exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Embora em níveis considerados baixos, devem ser levados em conta para evitar o seu desenvolvimento para fases mais crónicas e intensas.

10.3. – Relação intra e inter variáveis principais –

-Relação Síndrome de Burnout – Estratégias de coping-

Aplicado o Coeficiente de Correlação de Spearman – bicaudal às sub escalas do M.B.I. e à Escala de Modos de Reagir, obtivemos os seguintes resultados (Quadro 6):

Quadro 6 – *Coeficiente de correlação de Spearman entre as sub escalas do MBI e Escala de Modos de Reagir.*

MBI	Sub escalas – Escala de Modos de Reagir			
	Comp. Activo	Cognit. Activo	Evitam.	Foco emoção
Exhaust Emoc.	,301	,245	,287	,247
Despersonal.	,043	-,163	,556**	,432*
Real. Pessoal	,200	,154	-,169	-,236

** - Significativo para $p < 0,05$

*- Significativo para $p < 0,01$

Verificamos que a despersonalização (dimensão do Burnout), encontra-se positivamente correlacionada com as estratégias de coping de evitamento e estratégias focadas na emoção, respectivamente com um nível de significância de $p < 0,05$ e $p < 0,01$. Estes dados vão ao encontro de alguns autores, que afirmam que a dimensão de despersonalização surge como uma estratégia de coping para lidar com a exaustão emocional e que não sendo uma resposta adequada não se encontra correlacionada negativamente com a dimensão exaustão emocional (Leiter, 1988).

Sabendo que nas estratégias de coping centradas na emoção, o processo cognitivo associado, esgota a possibilidade de lidar com o stressor fazendo surgir mais tensão e sinais físicos e psíquicos de stress (Folkman, 1984; Hillhouse J., 1996), dificultando também a resolução das causas que originam o problema.

No caso das estratégias de coping de evitamento, elas tentam evitar o sofrimento desencadeado pelos stressores, podendo também através delas recorrer a processos cognitivos “aparentados” com a negação – “quem não vê é como quem não sente”. Sabemos que se associado a estas estratégias de coping existir uma estratégia de coping activa, a estratégia de evitamento torna-se mais eficaz para lidar com o problema. Assim, aplicamos o coeficiente de correlação de Spearman intra sub escalas da Escala de Modos de Reagir e verificamos que (Quadro 7):

Quadro 7 – Coeficientes de Correlação de Spearman da Escala de Modos de Reagir

Sub escalas	comp. Act.	Cognit. Act.	Evitam.	Foco emoç.
Comp. Activos	1,000	,307	,453**	,311
Cognt. Activos	,307	1,000	,043	,214
Evitamento	,453**	,043	1,000	,633**
Foco Emoção	,311	,214	,633**	1,000

** - Significativo para $p < 0,01$

Verificamos que encontramos correlações significativas para $p < 0,01$ entre as estratégias de coping de evitamento com estratégias de comportamentos activos ($,453^{**}$), o que reforça a ideia anterior. As estratégias de evitamento encontram-se também correlacionadas positivamente de forma significativa para $p < 0,01$, ($,633$) com as estratégias focadas na emoção. Esta questão pode reforçar a ideia de a despersonalização surgir também ela como estratégia de coping para lidar com os stressores / exaustão emocional, ou seja, utilização de estratégias de coping ineficazes, para resolução dos problemas.

Podemos então aceitar a Hipótese 2 (H2), que afirma que o Síndrome de Burnout apresentado pelos técnicos de saúde do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior, nas suas diferentes dimensões – exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal – apresentam relações com as diferentes estratégias de coping utilizadas por esses mesmos técnicos, para lidar com o stress.

-Relação Síndrome de Burnout – Suporte Social no trabalho –

Aplicado o coeficiente de correlação de Spearman às sub escalas de Relacionamento da Work Environment Scale (WES), nas dimensões de envolvimento, coesão com os colegas e apoio do supervisor, não foram encontrados quaisquer valores significativos tanto na sua relação com as diferentes dimensões do Burnout como a nível intra escala de Relacionamento da WES.

Isto pode dever-se a não existir realmente qualquer tipo de relacionamento entre as variáveis na nossa amostra, ou devido ao instrumento utilizado não medir aquilo a que se proponha, o suporte social no trabalho.

Perante isto teremos de rejeitar a Hipótese 3 (H3), que afirmava que o Síndrome de Burnout apresentado pelos técnicos de saúde do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior nas suas diferentes dimensões – exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, apresenta relações com o suporte social no trabalho a que o técnico tem acesso.

-Relação estratégias de coping – Suporte social no trabalho –

Quando relacionadas as variáveis estratégias de coping – suporte social no trabalho, através da aplicação do coeficiente de correlação de Spearman, às sub escalas da Escala de Modos de Reagir e à sub escala de Relacionamento da Work Environment Scale (WES), obtivemos os seguintes resultados (Quadro 8):

Quadro 8 – *Relação entre as sub escalas da Escala de Modos de Reagir e a sub escala de Relacionamento da WES.*

W.E.S.	Sub escalas da Escala de Modos de Reagir			
	Comp.acti.	Cognit. Acti.	Evitamento.	Foco emoç.
Envolvimento	,104	,389*	-,157	,229
Coessão coleg.	,039	-,060	-,140	-,069
Apoio Super.	-,109	-,275	-,164	-,264

* - Significativo para $p < 0,05$

Verificamos que existe uma relação significativa entre a estratégia de confronto – cognitiva activa, ou seja, existe um esforço para lidar com a avaliação de natureza stressante do acontecimento e a sub escala de envolvimento, que indica a forma como os profissionais se preocupam e envolvem no local de trabalho, para um $p < 0,05$.

Este resultado têm coerência se pensarmos na teoria de Lazarus sobre o stress e a fase de avaliação secundária onde o indivíduo avalia os recursos de confronto, entre os quais os sociais e onde existem processos cognitivos envolvidos, podendo depois, ou não, surgir a acção directa. Para o indivíduo realizar uma avaliação real tem de se envolver com a situação stressante e as suas características, para assim avaliar e seleccionar a melhor forma de resolver o problema.

Quando da aplicação do teste de Mann-Whitney nas variáveis de controlo, não obtivemos resultados significativos para a nossa amostra, para as variáveis sexo, estado civil, casado / união de facto e divorciado / solteiro / separado, trabalho em outra instituição para além do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior, numero de anos que trabalha na instituição e numero de horas média com o utente. Mas obtivemos resultados significativos nas restantes variáveis onde tínhamos numero de sujeitos, que permitisse a aplicação do teste.

A nível da variável **idade** foram encontrados valores significativos para $p < 0,05$, com um valor de ,045 na sub escala de exaustão emocional do M.B.I. O grupo de idade inferior ou igual a 35 anos apresenta mais exaustão emocional que o grupo com idade superior a 35 anos. Este dado vai ao encontro do modelo de Edewich e Brosky (1980), onde o entusiasmo e as expectativas irrealistas associadas à fase inicial da carreira profissional desencadeiam, no confronto com a realidade, mais frustração e exaustão emocional, valores comprovados em outros estudos (Leal, M. F., 1998).

A variável **estado civil**, comparando os solteiros com o grupo de casados-união de facto, encontramos valores significativos (0,014), para $p < 0,05$, na sub escala de realização pessoal, ou seja, que o grupo de casados-união de facto apresenta mais realização pessoal que o grupo de solteiros. Comparando solteiros com o grupo de divorciado-separado, também encontramos valores significativos para $p < 0,05$, com um valor de ,033 e ,012, respectivamente para as sub escalas de exaustão emocional e realização pessoal. Podemos afirmar que o estado civil é uma

variável discriminativa em relação ao conceito de Burnout, enquanto conceito multidimensional.

Em relação à variável **ter filhos**, encontramos valores significativos para $p < 0,05$, são eles ,036, ,013 e ,018, respectivamente para as sub escalas de exaustão emocional do M.B.I. e para as sub escalas da Escala de Modos de Reagir, estratégias de evitamento e focadas na emoção. Estas variáveis (estado civil e ter filhos) que se encontram interligadas com o suporte social familiar, variável mediadora da avaliação do stress, parece aqui também ser discriminativa na avaliação / relação com o conceito Burnout, suas dimensões e na forma como com ele se lida (estratégias de coping utilizadas). Segundo a teoria, as estratégias, de evitamento associadas a estratégias focadas na emoção, no caso do Burnout, esgotam as capacidades para lidar com o stress, focando a sua acção nas emoções sentidas, perdendo o controlo efectivo da situação (exaustão emocional).

Na variável **profissão**, comparando médicos com enfermeiros, também foram encontrados valores significativos para $p < 0,05$, para a sub escala de exaustão emocional do M.B.I. (,035) e para as sub escalas de estratégias comportamentais activas (,022) e estratégias focadas na emoção (,011) da Escala de Modos de Reagir. Os enfermeiros apresentam mais exaustão emocional, mas também utilizam mais estratégias activas em conjunto com estratégias focadas na emoção, ao contrário dos médicos, o que vai ao encontro de outros estudos onde a categoria profissional é uma variável discriminativa em relação ao Burnout, suas dimensões e variáveis mediadoras (McIntyre, T., 1994; Bellani, M. et al., 1996).

A variável **trabalho por turnos** também apresentou valores significativos, para $p < 0,05$, na sub escala exaustão emocional do M.B.I., (,039) e na sub escala de estratégias comportamentais activas da Escala de Modos de Reagir (,012), tendo em conta que os indivíduos que trabalham por turnos na nossa amostra, são todos eles enfermeiros. Este resultado, coincide com alguns modelos de trabalho por turnos em enfermeiros (Martins, M. et al, 1999), que afirma que o próprio trabalho por turnos tem implicações a nível médico, biológico e social onde podemos incluir a exaustão emocional, mas que também são esses mesmos enfermeiros, que utilizam com mais frequência estratégias ajustadas, que impliquem um esforço activo de lidar com a acção.

Por ultimo, encontramos valores significativos para $p < 0,05$, na variável **anos a trabalhar na profissão**, na sub escala de estratégias comportamentais activas da Escala de Modos de Reagir (,032), ou seja, o grupo que trabalha na profissão à 10 anos ou menos utiliza mais estas estratégias. Este dado reforça a ideia de quanto mais antiguidade na carreira, menor o uso de estratégias de ajustamento (Martins, P., et al, 1999).

Se integrar-mos todos estes dados num modelo compreensivo do Burnout e das variáveis que avaliamos no estudo, para a amostra de técnicos de saúde (médicos e enfermeiros) do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior, obtemos, (Figura 3).

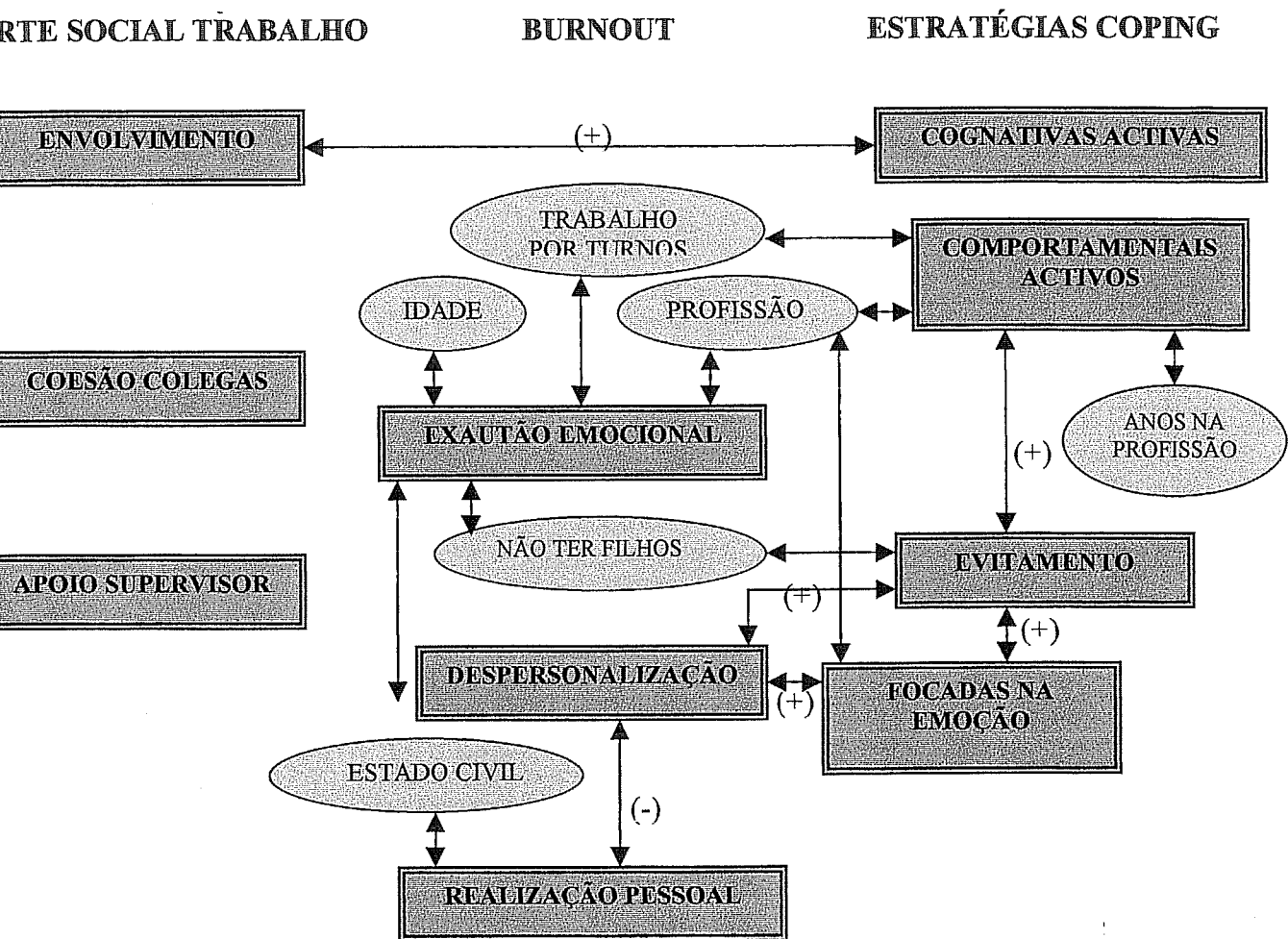


Figura3 – Modelo Compreensivo do Burnout nos técnicos de saúde do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior

Verificamos que o Burnout é um conceito multidimensional, que existe relação entre o Burnout e as estratégias de coping utilizadas pelos técnicos de saúde, o que já não acontece em relação ao suporte social no trabalho. Verificamos ainda a intervenção de outras variáveis, no Burnout e na forma como os técnicos se relacionam com ele.

11. – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma investigação implica sempre algumas limitações relacionadas com a sua realização e desenvolvimento. Algumas limitações estão relacionadas com a validade externa ou interna do estudo e devem ser ponderadas e analisadas, de forma a evitar, minimizar os erros de generalização, que podem assim colocar toda a investigação em causa.

No caso concreto do nosso estudo, existem várias limitações, que devem ser numeradas.

O primeiro aspecto a reflectir diz respeito à **validade externa** dos resultados apurados, ou seja, por várias razões, as conclusões a que chegamos não podem ser generalizadas à população de técnicos de saúde (médicos e enfermeiros) de Portugal.

A dimensão da amostra não é em si representativa dos técnicos de saúde (médicos e enfermeiros) que trabalham no Sistema de Saúde Nacional, não podendo extrapolar os resultados obtidos no estudo.

O numero reduzido da amostra ($n=33$), limita o valor representativo dos resultados, não permitindo explorar a contribuição de alguns factores mais aprofundados e a relação entre os mesmos.

Apesar do numero que constitui a amostra ser limitado, ele é representativo dos técnicos de saúde do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior, no período de Maio de 1999, pois ele representa 67,3% da população de técnicos de saúde da

Instituição, sendo representativa dos médicos em 50% e 75,8% dos enfermeiros. Esta representatividade não deve ser alargada aos resultados obtidos, mas sim e apenas aos seus indicadores.

Apesar da representatividade, será difícil obter uma amostra perfeitamente idêntica à amostra obtida no estudo, o que implica problemas na réplica do mesmo.

A heterogeneidade da população de técnicos de saúde em geral e das características das instituições, serviços, especialidades, patologias, onde exercem a sua profissão, contribuem também para que existam marcadas diferenças entre os sub grupos que constituem esta população. No nosso caso, a nossa amostra não é de alguma forma representativa das diferenças existentes, nomeadamente por, estabelecermos critérios de selecção, que se interligam com as características da Instituição e necessidade de controlar algumas variáveis.

O tipo de design utilizado no estudo, também não nos permite comparações com sub grupos de técnicos de saúde.

Assim, as conclusões a que chegamos, tem de ser enquadradas apenas nas características da amostra em questão, inferindo indicadores para a população de técnicos do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior.

Ao nível da **validade interna**, existem grandes limitações a que devemos estar atentos.

Os instrumentos utilizados e as suas características e propriedades são sentidas como a maior das limitações por; não existir padrões de referência para a população portuguesa, não permitindo assim, um juízo quanto ao significado dos resultados (excepto o M.B.I.).

A consistência interna dos instrumentos utilizados, tendo em conta as sub escalas que os constituem, não apresentam valores significativos, não sabendo se realmente avaliámos aquilo a que nos proponhamos. A Escala de Modos de Reagir, a única construída para a população portuguesa, apesar de não validada para a mesma, apresenta uma boa consistência interna no global mas não nas sub escalas que a constituem. Apesar de limitado a este nível, pareceu-nos inicialmente que os instrumentos utilizados preenchessem os objectivos do estudo nas variáveis em questão.

Outra limitação, encontra-se relacionada com a inexperiência do experimentador, que involuntariamente poderá ter realizado algum desvio experimental.

No entanto, acreditamos que apesar das limitações enumeradas, o estudo é crucial na compreensão dos alguns aspectos internos e externos relacionados com o Burnout e na implementação de estratégias de prevenção do Burnout nos técnicos de saúde (médicos e enfermeiros), do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior.

CONCLUSÃO

O início de um trabalho de investigação implica vontade, gosto, dedicação e capacidade de reflexão, o ser diferente dos outros num pequeno passo que se deu, o se contribuir com o que se compreendeu, tudo isto tem mais significado quando se trata de uma Tese de Dissertação, que nos envolve e com a qual nos envolvemos.

Ao iniciar este trabalho estávamos conscientes das inúmeras dificuldades, desde a recolha bibliográfica, à recolha dos dados e à gestão de todos estes passos. No entanto, é sentida gratificação como um agradecimento de todo o envolvimento.

Em relação ao trabalho, os objectivos a que nos propusemos foram em parte atingidos, realizando um pequeno diagnóstico sobre o Burnout nos técnicos de saúde do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior.

O Burnout existe, enquanto conceito multidimensional, ainda em fase precoce, tal como a Instituição enquanto hospital especializado no Sistema Nacional de Saúde, sendo crucial a prevenção e intervenção, de forma a evitar que o Burnout se instale de uma forma mais intensa e crónica, colocando em causa a prestação dos cuidados de saúde, a qualidade do técnico enquanto profissional e pessoa e ainda o funcionamento da própria Instituição.

A relação entre as variáveis estudadas não foi concretizada em pleno, mas sim parcialmente, possivelmente devido aos instrumentos utilizados, mas também não foi provado o inverso dos objectivos do estudo. Existe relação entre o Burnout e as estratégias de coping utilizadas pelos técnicos, podendo esta ser uma área

privilegiada na prevenção / intervenção no técnico e equipa de forma a minimizar o stress.

Verificamos também que existem variáveis, enquanto profissional e pessoa, que intervêm neste processo, como a idade, estado civil, ter filhos, profissão, trabalho por turnos e anos na profissão, lançando o desafio para novos estudos na compreensão e análise destas variáveis no processo de Burnout.

Torna-se necessário avaliar de forma mais aprofundada estas e outras dimensões relacionadas com o indivíduo enquanto pessoa e enquanto técnico, com a organização enquanto ambiente de interacção na prestação dos cuidados de saúde e sua inter relação.

Desta forma podemos obter uma perspectiva global onde as dimensões subjectivas, sociais, psicossociais e organizacionais se inter-relacionam e a intervenção psicológica se torna mais eficaz, diminuindo o Burnout e melhorando a qualidade na saúde.

A psicologia enquanto ciência, contribui com outras ciências humanas, médicas e organizacionais para o melhor funcionamento da saúde em geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, H. (1998). **Relação entre Natureza e Conteúdo do trabalho e Síndrome de Burnout em Contexto Hospitalar.** (Monografia de Licenciatura em Psicologia Social e das Organizações). Lisboa. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ahmed, P. (1991). **Living and Dying with AIDS.** London. Ed. By Paul Ahmed.
- Albuquerque, Afonso. (1987). **Stress, Causas, prevenção e Controlo – Um guia prático – Informação e saúde.** Texto editora, Lisboa.
- Altschuler, J. (1997). **Working with Chronic illness.** Ed. Stephen Frost, 157-178
- Antunes, M.L. (1995). Tuberculose em Portugal. **Acta Médica Portuguesa.** pp 559-565.
- Araújo, A Teles; Pina, J.; Freitas, M A Graça. (1994). **História da Pneumologia Portuguesa.** Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Barrera, M. (1986). Distinction Between Social Support Concepts, Measures, and Models. **American Journal of Community.** Vol 14, N°4, 413-445.
- Bastos, Susana P. (1997). **O Estado Novo e os seus Vadios. Contribuição para o estudo das identidades marginais e da sua repressão.** Pub. Dom Quixote. Lisboa.

- Belcastro, P; Hays, L. (1984). Ergophilia ... Ergophobia ... Ergo ... Burnout? **Psychology:Research and Practice. Vol 15, N°2**, 260-270.
- _ Belloti, G.G. et al. (1996). Burnout and related factors among HIV/AIDS workers. **Health care Vol. 8, N°2**, pp 207-221.
- Bishop, G. D. (1994). **Stress and Disease**. In Health Psychology Integrating Mind and Body. 124-181. Bishop Ed.
- Cordeiro, P. Antónia da Costa (1910). **Jubileu do Collegio do Barro. 1860 – 1910**. Comp e Imp. Matos. Braga.
- Correia, A (1997). **O Burnout nos Profissionais dos Centros de Atendimento de Toxicodependentes: Causas e Consequências**.(Dissertação apresentada para o Grau de Mestre em Comportamento Organizacional). Lisboa. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Cherniss, C. (1992). Long-term Consequences of Burnout: The function of control and escapist coping patterns. **Journal of Organizational Behaviour. Vol 12**, 123-144.
- Cherniss, C. (1993). **Differents Ways of Thinking about Burnout**. Cap. 13. Ed. By Ronald, R. 217-229.
- Coorigan, P. et al. (1994). Staff Burnout in a Psychiatric Hospital: a cross-lagged panel Design. **Journal of Organizational Behavior. Vol 15**, pp65-74.
- Departamento de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. (1999). **I Simposio Ibérico sobre o Síndrome de Burnout**. Lisboa.

– Dis, H.; Dongen, E. (1993). **Burnout in HIV/AIDS Health Care and Support. Impact for Professionals and Volunteers.** Amsterdam University Press.

– Domingos, A.(1997). A Tuberculose dos seropositivos é uma doença nova.
Ver. Port. Pneumologia, III, (1), 67-116.

–Elliott, T. et al. (1996). Occupational Burnout, Tolerance for Stress, and Coping among Nurses in Rehabilitation Units. **Rehabilitation Psychology, Vol 41, N°4, 267-284.**

-Etzin,D. (1984). Moderating effect of Social Support on stress-Burnout relationship. **Journal of Applied Psychology, Vol 69, N°4, 615-622.**

-Faustino, Ricardo.(1999). **Auto Conceito e Suporte Social: Influência no Processo de Coping. Estudo Exploratório de um Modelo Integrativo numa amostra de indivíduos Seropositivos para o VIH.** (Monografia de fim de curso na área da Psicologia da Saúde). Universidade Independente. Lisboa.

-Figueira, M. L. (1990). **Aspectos Psiquiátricos e Psicológicos da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana.** Lição de Síntese. Faculdade de Medicina de Lisboa.

-Figueira, M. L. (1992). Mecanismos Psicológicos de Adaptação à Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida. **Análise Psicológica 2 (x): 159-173.**

-Fleishman, J.; Fagel, B. (1994). Coping and Depressive Symptoms Among People With AIDS. In **Health Psychology, Vol 13, N° 2, 156-169.**

-Folkman, S. (1984). Personal Control and stress and coping processes: A theoretical Analysis. **Journal of Personality and Social Psychology**. Vol 46, N°4, 839-852.

-Franceschi-Chaix, Catherine. (1993). Le Syndrome de Burn-Out. **Recherche en Soins Infirmiers**. N32.

-Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-out. **Journal of Social Issues**, Vol 30, n° 1, pp. 159-165.

-Friedman, H.; DiMatteo, M. (1989). **The Caregivers reactions to dying patients**. Health Psychology. Prentice Hall. New Jersey. 246-266.

-Garcia-Marques, Teresa. (1998). **Princípios Normativos para a Preparação da Monografia**. Lisboa. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Garcia-Camba, E. (1998). El riesgo de desgaste profesional en la atención al paciente com VIH. **In Psiquiatría y SIDA**. 87-96. Masson S.A.

-Gil Monte, P.; Peiró, J. M. (1998). A Model process development: Na alternative from appraisal models of stress. **Comportamento Organizacional e Gestão**, Vol 4, N° 1, 165-179.

-Gomes, I. (1995). **Burnout – Uma abordagem empírica**. (Monografia de licenciatura em Psicologia Social e das Organizações). Lisboa. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

-Gore, Susan. (1985). **Social Support and Styles of Coping with Stress**. In Social Support and Health. By Cohen, S. & Syme, S , 1985. Pp 263-278. Ed. Academic Press. USA.

- Hilhouse, J. J.; Adler, C. M. (1996). Evaluating a Simple Model of Work Stress, Burnout, Affective and Physical Symptoms in Hospital Nurses. In **Psychology, Health & Medicine, Vol IO, N° 3**, pp 297-306.

- Instituto Superior de Psicologia Aplicada. (2000). **Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas**. Lisboa.

- Jackson, S.; Schwab, R.(1986). Toward na Understanding of the_Burnout Phenomenon. **Journal of Applied Psychology. Vol 71, N°4**, 630-640.

- Lazarus, R.; Folkman, S. (1984). **Stress, Appraisal, and coping**. Springer Publishing Company. New York.

- Leal, M. (1995). **Stress e Burnout**. In Jornadas de Investigação em Saúde Pública e Saúde Ocupacional. pp31-48.

- Leal, M. (1998). **Stress e Burnout**. (Mestrado em Saúde Ocupacional). Ed. Bial.

- Lee, R.; Ashforth, B. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of Burnout. **Journal of Applied Psychology. Vol 75, N° 6**, 743-747.

- Lee, R. ; Ashforth, B.(1993). A Further examination of managerial_burnout: Toward na integrated model. **Journal of Organizational Behavior, Vol 14**, 3-20, 93.

- Leiter, M.(1991). Coping patterns as predictors of Burnout: The function_of control and escapist coping patterns. **Journal of Organizational Behaviour, Vol 12**, 123-144.

Lopes, M. F. (1999). **Memórias do Hospital Drº José Maria Antunes Júnior**. Torres Vedras.

-Louro, C. (1995). **Tradução e Aferição da Work Environment Scale (WES) à população Portuguesa.** (Monografia de Licenciatura em Psicologia Social e das Organizações). Lisboa. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

-Martin, M. J. et al. (1997). **Rev. Psiquiatria** Fac. Med. Barna., 24, 5, 113-118.

-Martins, P.; Martins, A. C. (1999). O regime de horário de trabalho e a vida social e doméstica: Satisfação e estratégias de coping – Um estudo numa amostra de enfermeiros. **Análise Psicológica, 3 (XVII):** 529-546.

- Maslach, C.; Jackson, S. (1981). The measurement of experienced Burnout. **Journal of Occupational Behaviour, Vol 2,** 99-113.

-McCann, S. (1993). Overtraining and Burnout. **Sport Psychology Interventions. Cap. 15.** 347-368.

- McIntyre, T. (1994). **Psicologia da Saúde :Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras.** Ed. Teresa M. McIntyre.

-McIntyre, T. (1994). Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. **Análise Psicológica. 2-3(XII):** 193-200.

McIntyre, T.; McIntyre, S.; Silvério J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. **Análise Psicológica. 3 (XVII):** 513-527.

-Miller, R. et al. (1991). **A guide to clinical counseling.** Ed. James Dilley. USA.

-Miller, D ; Gillies, P. (1996). Is there life after work? Experiences of HIV and oncology health staff. In **AIDS Care, Vol 8, N° 2**, pp 167-182.

-Miller, D.(1997). HIV/AIDS health worker stress and Burnout: Introduction and overview. In **Aids care, Vol 8, N°2**, pp 133-135.

-Moreno, Jiménez, B. et al. (1999). **El estrés asistencial en los servicios de salud**. In Manual de Psicología de la salud, Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. Ed. Miguel Angel Simón. Biblioteca Nueva. Pp 739-761.

-Ogden ; Jane. (1999). **Psicologia da Saúde**. Manuais Universitários 11. Climepsi Ed. Lisboa.

-Paulhan, Isabelle. (1992). Le Concept de Coping. In **L'Année Psychologique, 92**. Pp 542-557.

-Pretty, G. et al. (1992). Psychological environments and Burnout: gender considerations within the corporation. **Journal of Organization Behavior, Vol 13**, 701-711.

-Pronost, Anne Marie; Tap, Pierre. (1996). Le Prevention du Burnout et ses incidences sur les stratégies de coping. In **Psychologie Française. N°41-2**. Pp 165-172.

-Prosser, D. ;et al. (1997). Perceived sources of work stress and satisfaction among hospital and community mental health staff, and their relation to mentalhealth, burnout and job satisfaction. In **Journal of Research, Vol 43, N° 1**, pp 51-59.

- Raquepa W, J.; Miller, R. (1989). Psychotherapist Burnout: A Componential Analysis. **Professional Psychology: Research and Practice**. Vol20, Nº1. Pp 32-36.
- Ribeiro, José L. P. (1999). **Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde**. Manuais Universitários, 12. Série Metodologias. Climepsi Ed. Lisboa.
- Roth, S., Cohen, L. (1986). Approach, Avoidance and coping with stress. **American Psychologist**, 7 (41), 813-819.
- Ryan, C. (1989). **The Training and Support of Health Care Professionals Dealing With the Psychiatric Aspects of AIDS**. In Ostrow, D. Behavioral Aspects of AIDS. Pp 355-394.
- Sarafino, E. P. (1990). **Stress, Illness and Coping**. In Health Psychology Biopsychosocial Interactions. Part II. Pp 76-172.
- Schaffner, B. (1990). **Reactions of Medical Personnel and Intimates to persons with AIDS**. In Behavioral Aspects of AIDS. David G. Ostrow. 341-354.
- Seabra, A (1991) **Adaptação Psicológica ao Diagnóstico de Seropositividade para o VIH-Estudo Exploratório**-. (Monografia de Fim de Curso Apresentada na Área de Psicologia Clínica).Lisboa. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Seabra, A; Silva, A (1997). **Levantamento Epidemiológico da população e internamento do Hospital Drº José Maria Antunes Junior**. Torres Vedras.
- Serra, Vaz. (1988). Um estudo sobre coping: o Inventário de resolução de problemas. **Psiquiatria Clínica**, 4 (9), 301-316.

-Serra Vaz. (1990). A relevância clínica do coping nos transtornos emocionais. Psiquiatria na prática clínica, 4 (3), 157-163.

-Shinn, M. et al (1984). Coping with Job Stress and Burnout in the Human Services. In Journal of Personality and Social Psychology. Vol 46, N°4. Pp 884-876.

-Skorupa, J.; Agresti, A (1993). Ethical Beliefs about Burnout and continued professional practice. Professional Psychology: Research and Practice. Vol 24, N°3, 181-185.

- Stedford, A (1986). **Encarando a Morte**. Uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal. Artes Gráficas.

-Suran, B; Sheridan, E.(1985). Management of Burnout: Training Psychologist in professional life Span Perspectives. Professional Psychology: Research and Practice. Vol 16, N°6, 741-752.

-Teixeira, J. C. et al. (1996). Os médicos e a SIDA. Estudo Exploratório das Representações sociais da SIDA entre clínicos gerais, psiquiatras, infectiologistas, cirurgiões e dentistas. Análise Psicológica. 2-3 (XIV). 269-281.

-WHO. (1987). **Training on AIDS for Personnel in Drug Treatment Centres**. Report on a WHO Meeting Bremen, 1987.

ANEXOS

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

O objectivo deste Protocolo de Investigação visa a recolha de dados para a realização da Tese de Dissertação no Mestrado de Psicologia da Saúde, do Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Tendo presente que os objectivos a que nos propomos são os de compreender os sentimentos associados ao trabalho em contexto hospitalar, os dados obtidos tornam-se indispensáveis na contribuição para o planeamento e implementação de Intervenções no domínio do Stress e Burnout.

Nesta Instituição existem várias categorias profissionais a interagir no contexto hospitalar e a realizar trabalho em equipa. Por este facto, os objectivos a que nos propomos só poderão ser atingidos com **a participação e envolvimento de todos os técnicos.**

Não se pretende qualquer tipo de avaliação individual, nem de um grupo profissional em particular, mas uma análise alargada do Hospital, assegurando-se por conseguinte a **confidencialidade e o anonimato.**

Solicitamos a sua colaboração e agradecemos **que responda a todas as questões**, mesmo que não tenha a certeza absoluta em algumas delas, dado que não existem respostas certas ou erradas.

Responder a este Protocolo é uma contribuição para a criação de melhores condições de saúde para os técnicos de saúde.

OBRIGADO

As questões que se seguem, referem-se a si próprio(a), sendo muito importantes para a correcta interpretação dos dados recolhidos. **A confidencialidade é garantida.**

1 – Sexo Masculino Feminino

2 – Idade _____ Anos

3 _ Estado Civil: Solteiro casado Outro Qual? _____

4 – Tem filhos: Não Sim

5 – Habilitações Literárias:

Bacharelato/freq. Universitária Curso _____

Curso Superior Qual? _____ Especialidade _____

6 – Profissão: _____

7 – Anos de actividade profissional: _____ anos. E nesta Instituição? _____ anos.

8 – No seu trabalho exerce funções de Chefia? Não Sim

9 – Qual o seu vinculo laboral?

Definitivo Contratado Recibo Verde Outro Qual? _____

10 – Numero de horas/semana que trabalha habitualmente na Instituição? _____

11 – Dentro da sua carga horária, diga o numero de horas que passa em média em contacto directo com os doentes do internamento? _____

12- Trabalha por turnos? Não Sim

13 – Trabalha em mais alguma Instituição para além desta? Não Sim

O objectivo desta pesquisa é descobrir como, diferentes pessoas em serviços humanos ou em profissões de ajuda, encaram o seu trabalho e as pessoas com quem trabalham de perto. Dado que, pessoas de diferentes profissões irão responder a este inventário, usar-se-á o termo utentes para classificar as pessoas a quem fornece os seus serviços, cuidados, tratamentos ou informações. Quando responder a este inventário, por favor, pense nessas pessoas como utentes do serviço que presta, mesmo que possa utilizar outro termo no seu trabalho.

Os enunciados abordam sensações relacionadas com o trabalho. Por favor, leia, cuidadosamente, cada enunciado e verifique se alguma vez, sentiu deste modo, relativamente ao seu trabalho. Se nunca teve essa sensação, escreva 0 (zero) antes do enunciado. Se já teve essa sensação, indique quantas vezes a sentiu, escrevendo o numero (de 1 a 6) que melhor descreve a frequência dessa sensação. Um exemplo é mostrado em baixo.

EXEMPLO:

FREQUÊNCIA:0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Algumas vezes	Uma vez por	Algumas vezes	Uma vez	Algumas	Todos
	por ano ou	mês ou	por mês	por	vezes por	os dias
	menos	menos		semana	semana	

FREQUÊNCIA:

0 – 6

Enunciado:

_____ Sinto-me deprimido no trabalho.

Se nunca se sente deprimido no trabalho, escreverá o numero “0” (zero) debaixo do cabeçalho “FREQUÊNCIA”. Se raramente se sente deprimido no trabalho (algumas vezes por ano ou menos), deverá escrever o numero “1”. Se a sua sensação de depressão é razoavelmente frequente (algumas vezes por semana, mas não diariamente) deverá escrever um “5”.

FREQUÊNCIA:0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Algumas vezes	Uma vez por	Algumas vezes	Uma vez	Algumas	Todos
	por ano ou	mês ou	por mês	por	vezes por	os dias
	menos	menos		semana	semana	

FREQUÊNCIA:

0 – 6 Enunciados

1. _____ Sinto que o meu trabalho me esgota emocionalmente.
2. _____ Sinto-me exausto/a no fim do dia de trabalho.
3. _____ Sinto-me fatigado/a quando me levanto de manhã e tenho de encarar outro dia no emprego.
4. _____ Posso facilmente compreender como os meus utentes sentem as coisas.
5. _____ Sinto que trato alguns utentes como se fossem objectos impessoais.
6. _____ Trabalhar todo o dia com pessoas é stressante para mim.
7. _____ Lido muito eficazmente com os problemas dos meus utentes.
8. _____ Sinto-me esgotado/a com o meu trabalho.
9. _____ Sinto que estou, através do meu trabalho, a influenciar positivamente a vida das outras pessoas.
10. _____ Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que aceitei este emprego.
11. _____ Preocupa-me estar a endurecer emocionalmente com este trabalho.
12. _____ Sinto-me cheio/a de energia.
13. _____ Sinto-me frustrado/a com o meu emprego.
14. _____ Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu emprego.
15. _____ Na verdade não me importa o que acontece com alguns utentes.
16. _____ Trabalhar directamente com pessoas causa-me muito stress.
17. _____ Consigo facilmente criar uma atmosfera descontraída com os meus utentes.
18. _____ Sinto-me satisfeito/a depois de trabalhar de perto com os meus utentes.
19. _____ Tenho realizado muitas coisas válidas neste emprego.
20. _____ Sinto-me como se tivesse chegado ao fim das minhas forças.

FREQUÊNCIA:0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Algumas vezes	Uma vez por	Algumas vezes	Uma vez	Algumas	Todos
	por ano ou	mês ou	por mês	por	vezes por	os dias
	menos	menos		semana	semana	

FREQUÊNCIA:

0 – 6

Enunciados

21. _____ No meu trabalho lido calmamente com problemas emocionais.
22. _____ Sinto que os utentes me culpam por alguns dos seus problemas.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DOS MODOS DE REAGIR

INSTRUÇÕES: Suponha que tem um problema difícil no seu local de trabalho. Segue-se abaixo uma lista de modos de reagir em situações difíceis. Quantifique a frequência ou a intensidade com que usa cada um dos mecanismos dando uma das seguintes notas:

- 0 – Nunca
 - 1 – Às vezes
 - 2 – Frequentemente
 - 3 – Muito frequentemente
-

- 1 – Evitar pensar no problema. _____
- 2 – Tentar estar sempre ocupado numa actividade qualquer. _____
- 3 – Procurar apoio, ajuda ou aconselhar-se nos outros. _____
- 4 – Aceitar realisticamente e viver o melhor possível. _____
- 5 – Procurar-se informar-se o melhor possível. _____
- 6 – Ficar mais desconfiado das intenções dos outros. _____
- 7 – Aumentar o consumo de drogas ou medicamentos que aliviem. _____
- 8 – Ter esperança numa solução médica eficaz. _____
- 9 – Irritar-se e agredir os outros para descarregar. _____
- 10 – Evitar contactar com os amigos e isolar-se. _____
- 11 – Gastar mais dinheiro consigo para compensar. _____
- 12 – Pensar mais na religião e em Deus. _____
- 13 – Comer, beber ou fumar mais para obter prazer. _____
- 14 – Procurar pensar no problema e encontrar soluções. _____
- 15 – Culpar-se, responsabilizar-se pelo actual problema. _____
- 16 – Procurar distrações (ler, música, tv, etc). _____
- 17 – Fazer de conta que nada mudou e viver do mesmo modo. _____
- 18 – Preocupar-se muito com o corpo. _____
- 19 – Modificar a relação com os outros para se defender. _____
- 20 – Achar que foi azar mas aceitar. _____
- 21 – Procurar soluções naturalistas, espirituais ou outras. _____
- 22 – Modificar os hábitos sexuais por precaução. _____
- 23 – Achar que os outros são culpados e revoltar-se. _____
- 24 – Procurar reformular a sua vida tão optimista quanto possível. _____
- 25 – Dramatizar, fazer cenas para obter atenção. _____

ESCALA DE SUPORTE SOCIAL NO LOCAL DE TRABALHO

Existem neste questionário 27 afirmações acerca do suporte social existente no seu local de trabalho.

As afirmações tem como objectivo aplicarem-se a todos os ambientes de trabalho. Contudo, algumas palavras podem não estar perfeitamente adequadas para o seu ambiente de trabalho. Por exemplo, o termo supervisor pode referir-se ao seu chefe ou à pessoa ou pessoas a quem o empregado reporta.

Decida quais as afirmações que são verdadeiras para o seu ambiente de trabalho e quais as que são falsas.

Se pensa que a afirmação é verdadeira ou a maior parte das vezes é verdadeira para o seu ambiente de trabalho, coloque a letra V (Verdadeiro), no quadrado correspondente à afirmação.

Se pensa que a afirmação é falsa ou a maior parte das vezes é falsa para o seu ambiente de trabalho, coloque a letra F (Falso) no quadrado correspondente à afirmação.

Por favor certifique-se que respondeu a todas as questões.

-
- 1 – O trabalho é realmente desafiador.
 - 2 – As pessoas fazem os possíveis para ajudar um novo empregado a sentir-se mais à vontade.
 - 3 – Os supervisores tendem a falar com superioridade para os empregados.
 - 4 – Não existe grande espírito de grupo.
 - 5 – O ambiente é um tanto impessoal.
 - 6 – Os supervisores geralmente elogiam o empregado que faz alguma coisa bem.
 - 7 – Muitas pessoas parecem estar apenas a fazer tempo.
 - 8 – As pessoas interessam-se pessoalmente uma pelas outras.
 - 9 – Os supervisores tendem a desencorajar as críticas dos empregados.

- 10 – As pessoas parecem sentir orgulho na organização.
- 11 – Os empregados raramente fazem coisas juntas depois do trabalho.
- 12 – Os supervisores geralmente dão pleno crédito às ideias dos empregados.
- 13 – As pessoas esforçam-se bastante naquilo que fazem.
- 14 – As pessoas são geralmente sinceras em relação aquilo que sentem.
- 15 – Os supervisores criticam muitas vezes os empregados por coisas de pouca importância.
- 16 – Poucas pessoas se oferecem voluntariamente.
- 17 – Os empregados almoçam muitas vezes juntos.
- 18 – Os empregados sentem-se geralmente à vontade para abordar o supervisor sobre os seus projectos laborais.
- 19 – É um local de trabalho animado.
- 20 – Os empregados que se diferenciam muito dos outros na organização não se dão bem.
- 21 – Os supervisores esperam demasiado dos empregados.
- 22 – É difícil conseguir pessoas para fazer qualquer trabalho extraordinário.
- 23 – Os empregados falam muitas vezes uns com os outros sobre os seus problemas pessoais.
- 24 – Os empregados discutem os seus problemas pessoais com os supervisores.
- 25 – O trabalho é geralmente muito interessante.
- 26 – As pessoas criam, muitas vezes, problemas por falarem dos outros pelas costas.
- 27 – Os supervisores defendem realmente o seu pessoal.

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO/RESPOSTA AO CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO E ÉTICA DO HOSPITAL DRº JOSÉ MARIA ANTUNES
JÚNIOR**

Eu, Alexandra Paula Pereira de Carvalho Seabra, Técnica Superior de Saúde , grau de Assistente no ramo de Psicologia clínica, desta instituição, venho por este meio solicitar a V.ªs Ex.ªs, autorização para a realização do trabalho de concretização da Tese de Dissertação do Mestrado de Psicologia da Saúde.

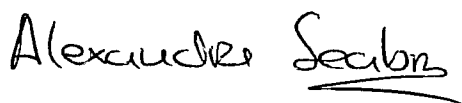
Solicito ainda, a V. Ex.ªs o pedido com parecer da Comissão de Ética do Hosp. Drº José Maria Antunes Júnior, para então dar início ao trabalho de investigação .

Com os melhores cumprimentos, sempre disponível para qualquer esclarecimento.

Pede deferimento.

Torres Vedras, 5 de Março de 1999.

Alexandra Seabra

Handwritten signature of Alexandra Seabra in black ink, with the name written in a cursive style and underlined.

(Psicóloga Clínica)

Em anexo, junto um pequeno resumo do trabalho de investigação a realizar para a concretização da Tese do Mestrado.

O trabalho de Investigação “O Técnico, a pessoa e o Burnout no Hospital Drº José Maria Antunes Júnior”, surge na concretização de um trabalho de investigação para a conclusão da Tese de Dissertação do Mestrado de Psicologia da Saúde do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, (1997/99).

A escolha deste tema relaciona-se com a minha área profissional de intervenção, a Instituição onde exerço actividade e a importância de avaliação, compreensão do Síndrome de Burnout, para a prevenção e intervenção na área.

Nas duas ultimas décadas, vários tem sido os estudos que tem tentado avaliado o stress profissional em diferentes áreas. Na área da saúde são encontradas profissões, consideradas de alto risco em relação ao stress ocupacional, nomeadamente por lhes ser inerente o contacto social com o utente e a responsabilidade sobre o mesmo.

O stress ocupacional é sabido que se encontra relacionado com a doença, menor produtividade, absentismo e acidentes pessoais. Quando este se torna crónico, surge o Burnout.

O “Síndrome de Burnout” (esgotamento), foi introduzido por H. Freudenberger em 1974, para descrever a exaustão física e emocional resultante do excesso de trabalho. É com Maslach e Jackson (1981), que o Burnout é definido em 3 dimensões (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal). O Burnout pode apresentar sinais e sintomas físicos, emocionais e comportamentais.

No campo da SIDA/Tuberculose é reconhecido tratar-se de uma área de elevado risco de stress profissional, nomeadamente a nível qualitativo (forma aguda).

Os Modelos explicativos do Burnout no campo da SIDA/Tuberculose são dois e surgem de forma integrada:

- O Burnout é primordialmente causado pela situação específica de como os técnicos de saúde interagem com o cliente, do confronto com a morte e o morrer, a doença

crónica, o medo da infecção e o tipo de doentes difíceis já anteriormente estigmatizados.

- O Burnout é primordialmente causado por contradição no trabalho e condições institucionais, pressões de tempo, tomada de decisões, falta de feedback e vago critério de sucesso.

Sabemos que existem diferentes aspectos envolvidos e que são inerentes ao trabalho/instituição, ao indivíduo e extra indivíduo/trabalho.

O objectivo deste estudo exploratório é de tentar compreender de forma mais aprofundada o Síndrome de Burnout nos Técnicos de Saúde (médicos e enfermeiros) do Hospital Dr^o José Maria Antunes Júnior, tendo em conta duas variáveis, as estratégias de Coping (modos de reagir ao stress) e o Suporte Social no trabalho, visto serem variáveis que influenciam e condicionam o Burnout. Para além destas variáveis, existem algumas que teremos de controlar, de forma a não enviesar o estudo que serão o sexo, idade, estado civil, anos na Instituição, horário, vínculo, entre outras.

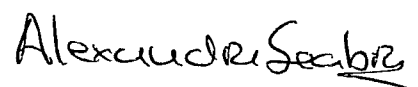
Para avaliar os técnicos de saúde vamos utilizar vários instrumentos:

- Uma entrevista estruturada para controlo das variáveis.
- O Inventário de Maslach & Jackson, que avalia as três dimensões do Burnout e que é constituída por 25 itens.
- Uma Escala de Modos de Reagir, onde se avalia as estratégias de coping utilizadas pelos técnicos de saúde e que é também constituída por 25 itens.
- Escala de avaliação de Suporte Social no trabalho, constituída por 27 itens.

Em todos estes instrumentos não existem respostas certas ou erradas, não se trata de uma avaliação individual, mas sim da amostragem de técnicos da instituição, que constituirá uma base de dados, que por sua vez sofrerá tratamento estatístico. Nesta base de dados cada indivíduo terá um número de código e só terá acesso a ela, a investigadora e a própria instituição, caso a solicite. Todos os técnicos serão informados dos objectivos do trabalho e será garantido o sigilo e a confidencialidade.

Sem mais e ao Vosso dispor para qualquer esclarecimento, com os melhores cumprimentos.

Alexandra Seabra

A handwritten signature in black ink that reads "Alexandra Seabra". The signature is written in a cursive style with a prominent underline under the word "Seabra".

(Psicóloga Clínica)



Carvalho Seabra
6.5-99.
conhecimento

acertado -> absolutamente
a função de COMISSÃO DE ÉTICA
-> não se quebra a referência
A
Presidente do Conselho de Administração
Exm^a Sr^a Dr^a Ana Maria Barbado

Torres Vedras, 13 de Abril de 1999

11/11/13/99
Dr^a ANA MARIA BARBADO
Presidente

Assunto: Pedido de parecer sobre os trabalhos de investigação:

"A Representação da Tuberculose no Doente Internado, Um Estudo Exploratório" de

"O Técnico, a pessoa ... e o Burnout no Hospital Dr. José Maria Antunes" de Alexandra
Carvalho Seabra

Na sequência do pedido de parecer solicitado por V. Ex^a sobre os assuntos em epígrafe e
após análise da matéria sujeita a apreciação, cumpre-nos referir o seguinte:

Não obstante o interesse intrínseco dos levantamentos propostos pela Sr^a Dr^a Alexandra
Carvalho Seabra, Psicóloga Clínica desta Instituição e pelo Sr. _____, estudante do 4^o
ano do Curso de Psicologia _____, que se encontra a cumprir um estágio de
formação neste Hospital, considera a Comissão de Ética que deverão ser tidos em consideração os
seguintes aspectos:

1. Por forma a garantir os objectivos definidos nas propostas apresentadas, esta
Comissão deverá acompanhar toda a investigação, reservando-se o direito de emitir
pareceres quanto ao andamento dos trabalhos e forma de tratamento da informação
obtida.
2. Caso o técnico de saúde e o doente considerem relevante, um dos seus elementos
poderá estar presente durante a realização das entrevistas individualizadas,
assegurando assim que os pressupostos e objectivos das mesmas sejam cumpridos.



3. Após a conclusão dos trabalhos, deverá esta Comissão ser garante da confidencialidade e sigilo das informações obtidas,

3.1. impedindo, no que se refere à investigação que abrange os técnicos de saúde, a aplicação de sanções ou qualquer outro tipo de tratamento discriminatório por parte da Instituição, sob pena de os mesmos poderem vir a recorrer à via judicial.

3.2. velando, no caso do levantamento a efectuar junto dos doentes desta Instituição, pela sua integridade física e psicológica.

Fuze às características/envolvimento do estudo a realizar junto dos técnicos de saúde, consideramos que deverá ser tido e linha de conta o seguinte:

Se as conclusões do trabalho de investigação comprovarem a existência de casos que preencham os requisitos do "Síndrome de Burnout", o mesmo deverá incluir um capítulo de sugestões/recomendações dirigidos à Instituição podendo, caso a Administração considere que a situação merece ser objecto de reflexão, ser criado um grupo de trabalho que proceja a uma análise dos resultados obtidos e apresente uma proposta de melhoria das condições de trabalho, por forma a minorar os efeitos de stress na actividade profissional dos técnicos de saúde.

À consideração superior.

O Presidente da Comissão de Ética

Francisco José dos Santos Alves

BASE DE DADOS E DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS

VARIÁVEIS – DEFINIÇÃO

-Numero – Código, intervalar

-Sexo –

- 1 – Masculino

- 2 – Feminino

-Idade – Numérica, intervalar

-Estado Civil – (Estcivil) –

-1 – Solteiro

-2 – Casado / união de facto

-3- Divorciado / Separado

-4- Viuvo

-Filhos –

-1 –Sim

-2-Não

-Profissão –

-1- Medicina Interna

-2- Pneumologia

-3-Enfermeiro Graduado

-4-Enfermeiro Especialista

-5-Enfermeiro Chefe

-Anos na Profissão – (Anosprof)- Intervalar

-Anos na Instituição – (Anosinst) -Intervalar

-Chefia –

-1 –Sim

-2-Não

-Vinculo com a Instituição – (Vincprof)

-1-Definitivo

-2-Contratado

-3-Recibo Verde

-4-Outro (CAP)

-Tipo de Contrato Horas/semana – (Horaprof)

-1-35Horas/Semana

-2-42Horas/Semana

-Horas Contacto com utente/dia – (Horauten)-Intervalar

-Trabalho por turnos – (Trabturn)

-1-Sim

-2-Não

-Trabalho em outras Instituições –(Outrinst)

-1-Sim

-2-Não

-Maslach Burnout Inventory- (MBI)- Vai da MBI1 a MBI22

-0-Nunca

-1-Algumas vezes ano/menos

-2-Algumas vezes mês/menos

-3-Algumas Vezes mês

-4-Uma vez semana

-5-Algumas vezes semana

-6-Todos os dias

-Coping – (Coping) Vai de Coping1 a Coping25

-0-Nunca

-1-Às vezes

-2-Frequentemente

-3-Muito frequentemente

-Suporte Social no Trabalho – (SST) Vai de SST1 a SST27

-1-Verdadeiro

-2-Falso

-Idade recodificada – (Idaderec)

-1-“20 – 29”

-2-“30 – 39”

-3-“40 – 49”

-4 -“50-59”

-Sub escala de Exaustão emocional – (Exastemo)

-Somatório dos itens 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20 da escala do Burnout.

-Sub escala de Despersonalização –(Desperso)

-Somatório dos itens 5, 10, 11, 15 e 22 da escala do Burnout

-Sub Escala de Realização Pessoal – (Realpesl)

-Somatório dos itens 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21 da escala do Burnout.

-Sub Escala de Estratégias Comportamentais Activas – (Compacti)

-Somatório dos itens 2, 3, 16, 19, 21 e 22 da escala de Modos de Reagir

(coping).

-Sub Escala de Estratégias Cognitivas Activas – (Cognacti)

-Somatório dos itens 4, 5, 8, 12, 14, 20, e 24 da Escala de Modos de reagir (coping).

-Sub Escala de Estratégias de Evitamento – (Evitamen)

-Somatório dos itens 1, 7, 10, 11, 13 e 17 da Escala de Modos de Reagir (coping).

-Sub Escala de Estratégias Focadas na Emoção – (Focoemoç)

-Somatório dos itens 6, 9, 15, 18, 23 e 25 da Escala de Modos de Reagir (coping).

-Sub Escala de Envolvimento – (Envolvim)

-Somatório dos itens 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22 e 25 da Escala de Suporte Social no Trabalho.

-Sub Escala de Coesão entre Colegas – (Coesãoco)

-Somatório dos itens 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, e 26 da Escala de Suporte Social no Trabalho.

-Sub Escala de Apoio do Supervisor – (Apoiosup)

-Somatório dos itens 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, e 27 da Escala de Suporte Social no Trabalho.

- **Carreira profissional** –(profis)

-1-Médico.

-2-Enfermeiro.

- **Idade grupos** – (idadman)

-1-Idade inferior ou igual a 35 anos.

-2-Idade superior a 35 anos.

- **Anos na Profissão** – (anoprofi)

-1-Sujeito que está na profissão à menos ou à 10 anos.

-2-Sujeito que está na profissão à mais de 10 anos.

- **Anos na Instituição** – (anoitit)

-1-Sujeito que está na instituição à 5 ou menos de 5 anos.

-2-Sujeito que está na instituição à mais de 5 anos.

- **Horas em média com o utente** – (horutent)

-1- Passa em média menos de 5 ou 5 horas com o utente.

-2-Passa mais de 5 horas com o utente.

- **Estado civil** – (união)

-1-Casado

-2-Solteiro

	número	sexo	idade	estcivil	filhos	prof	anosprof
1	1	2	27	1	2	3	2
2	2	2	51	2	1	1	24
3	3	1	38	2	1	3	11
4	4	2	34	2	1	3	7
5	5	1	39	2	1	2	14
6	6	1	50	3	1	2	24
7	7	2	39	1	2	2	14
8	8	1	42	1	2	3	18
9	9	1	44	1	2	2	17
10	10	1	26	2	2	3	4
11	11	2	34	2	1	3	7
12	12	1	31	2	1	3	6
13	13	2	33	1	2	3	4
14	14	2	37	2	1	2	9
15	15	2	24	2	2	3	3
16	16	2	45	3	1	2	20
17	17	1	26	1	2	3	5
18	18	1	30	2	2	3	5
19	19	2	39	3	2	2	14
20	20	2	29	1	2	3	4
21	21	2	35	2	1	3	6
22	22	1	32	2	1	3	10
23	23	1	31	1	2	3	10
24	24	2	28	1	2	3	4
25	25	2	43	2	1	3	11
26	26	1	38	2	1	3	13
27	27	1	27	2	1	3	6
28	28	2	29	2	1	3	7
29	29	2	39	2	1	4	17

	anosinst	chefia	vincprof	horaprof	horauten	trabturn	outrinst
1	2	2	4	2	8	1	1
2	4	2	1	2	5	2	2
3	7	2	1	2	5	1	1
4	7	2	1	2	6	1	2
5	4	2	1	1	3	1	1
6	5	1	1	2	6	2	2
7	4	2	1	2	1	2	2
8	6	1	1	2	8	1	2
9	7	2	1	2	10	2	2
10	4	2	1	2	8	1	1
11	7	2	1	2	5	1	2
12	1	2	1	2	8	1	2
13	4	2	1	2	4	1	2
14	1	2	1	1	2	2	1
15	2	2	4	2	5	1	2
16	6	1	1	2	6	2	2
17	5	2	1	2	8	2	2
18	5	2	1	2	5	1	2
19	4	2	1	1	3	2	1
20	3	2	1	2	5	1	2
21	6	2	1	2	5	1	2
22	7	2	1	2	5	1	1
23	4	2	1	2	4	1	1
24	3	2	1	2	5	1	1
25	20	2	1	2	5	1	2
26	7	2	1	2	4	1	1
27	6	2	1	2	4	1	1
28	7	1	1	2	8	1	2
29	3	1	1	2	5	2	2

	mbi1	mbi2	mbi3	mbi4	mbi5	mbi6	mbi7
1	5	5	3	3	1	3	3
2	0	0	0	1	0	0	3
3	3	3	2	4	3	2	5
4	6	5	3	6	0	1	5
5	0	3	1	3	0	3	6
6	0	1	0	3	2	1	6
7	1	4	0	6	0	0	5
8	1	5	4	6	1	5	5
9	3	4	1	5	1	1	5
10	1	0	1	6	1	0	5
11	1	1	2	6	0	0	6
12	2	3	3	5	3	3	3
13	1	2	2	5	0	1	3
14	0	2	0	5	0	0	5
15	5	5	3	3	0	0	5
16	1	2	1	6	0	0	6
17	1	4	2	5	0	1	5
18	2	1	5	5	2	2	5
19	0	3	1	5	1	1	5
20	2	3	1	5	0	0	4
21	2	3	3	5	0	3	5
22	3	5	5	6	0	0	6
23	3	2	3	5	2	0	1
24	1	2	2	2	1	0	5
25	1	1	0	6	1	1	5
26	2	0	2	6	0	1	3
27	3	1	3	4	1	0	5
28	5	5	0	6	0	0	5
29	1	2	1	5	1	1	5

	mbi8	mbi9	mbi10	mbi11	mbi12	mbi13	mbi14
1	3	6	1	2	4	2	3
2	0	0	0	0	5	0	0
3	3	5	5	2	4	1	2
4	4	6	0	2	6	0	4
5	0	6	0	0	5	0	2
6	0	6	1	0	6	0	2
7	2	5	1	1	5	1	3
8	3	5	5	4	5	1	2
9	4	5	1	1	3	3	1
10	0	6	3	3	6	1	5
11	1	6	0	0	6	0	1
12	3	5	2	3	5	1	3
13	2	3	1	4	3	1	3
14	0	5	0	3	6	0	0
15	5	5	3	2	5	0	0
16	1	6	0	1	5	0	3
17	2	6	1	1	2	1	3
18	1	6	3	1	3	5	1
19	1	5	0	2	6	1	3
20	1	3	2	5	4	1	1
21	1	6	1	0	3	2	1
22	2	6	0	0	3	5	2
23	3	2	4	0	5	41	5
24	1	5	3	1	3	1	1
25	1	6	0	0	5	1	1
26	3	6	1	1	1	1	0
27	3	6	1	1	5	3	3
28	0	6	0	3	5	0	0
29	1	5	1	3	5	1	2

	mbi15	mbi16	mbi17	mbi18	mbi19	mbi20	mbi21
1	0	3	3	5	3	1	2
2	0	0	5	5	4	0	3
3	1	1	6	3	3	0	5
4	4	3	4	5	5	0	5
5	0	2	3	3	5	0	6
6	2	0	5	6	6	0	5
7	0	1	5	5	5	0	3
8	5	4	3	3	5	0	6
9	1	1	5	5	1	1	5
10	1	0	6	6	6	0	5
11	0	0	6	6	3	0	6
12	2	1	5	3	3	1	3
13	1	3	2	3	2	2	3
14	3	0	5	6	4	0	6
15	0	5	6	6	3	0	6
16	0	0	6	5	5	0	5
17	1	1	6	5	4	0	6
18	3	1	5	5	1	1	5
19	1	1	6	6	5	0	5
20	5	0	3	2	2	0	4
21	0	2	5	5	3	0	1
22	1	0	6	4	5	0	6
23	0	0	6	3	3	0	6
24	1	1	2	2	5	0	5
25	1	1	5	5	5	1	5
26	3	1	6	1	1	0	1
27	1	0	6	6	4	1	5
28	0	0	5	6	5	0	5
29	1	1	5	5	5	1	5

	mbi22	coping1	coping2	coping3	coping4	coping5	coping6
1	3	0	1	3	3	3	2
2	0	0	0	1	0	1	0
3	2	1	1	2	3	2	2
4	0	2	3	3	3	3	1
5	2	1	1	3	2	3	1
6	0	0	0	1	2	2	1
7	1	0	0	3	3	2	1
8	0	1	2	2	2	2	1
9	5	1	1	1	1	2	1
10	0	1	3	1	2	3	2
11	0	0	2	3	3	3	1
12	3	1	1	2	1	2	1
13	1	2	1	2	1	3	1
14	4	1	2	3	1	2	0
15	0	1	3	2	2	3	3
16	0	0	0	1	3	3	1
17	0	0	0	2	3	2	1
18	0	1	2	1	2	3	2
19	1	1	3	1	3	3	2
20	0	1	2	1	2	2	3
21	0	1	1	2	2	3	1
22	2	0	1	2	3	3	1
23	0	1	2	3	3	3	1
24	3	0	1	3	2	3	1
25	1	1	1	2	1	2	1
26	0	1	1	1	2	2	2
27	1	0	1	2	1	3	1
28	0	0	3	2	2	3	3
29	0	1	2	3	2	3	3

	coping7	coping8	coping9	coping10	coping11	coping12	coping13
1	1	2	1	1	0	1	1
2	0	0	0	0	0	0	0
3	0	2	1	1	0	0	1
4	1	1	0	0	1	0	2
5	1	2	0	1	1	1	0
6	0	2	0	0	0	0	0
7	0	1	0	0	0	1	0
8	1	1	2	3	0	0	1
9	0	3	1	1	1	0	1
10	0	2	1	2	0	1	1
11	0	1	1	1	0	1	0
12	0	2	0	0	0	1	0
13	0	1	0	1	1	1	1
14	0	0	1	1	1	0	1
15	0	1	0	0	2	3	1
16	0	0	1	1	1	0	0
17	0	1	1	0	1	1	1
18	0	1	1	2	2	0	2
19	0	2	1	1	3	1	0
20	0	0	1	1	2	0	2
21	0	1	0	0	2	1	1
22	0	1	0	0	0	0	0
23	0	1	0	0	0	0	0
24	0	2	1	1	3	1	1
25	0	1	1	1	0	2	0
26	1	0	1	1	1	2	1
27	0	0	1	1	0	0	0
28	1	2	1	0	1	1	1
29	0	1	0	1	2	2	1

	coping14	coping15	coping16	coping17	coping18	coping19	coping20
1	2	0	1	1	3	1	1
2	2	0	0	0	0	0	0
3	2	1	1	1	1	1	0
4	2	0	2	1	1	1	0
5	2	0	1	0	1	1	1
6	2	1	2	0	0	1	1
7	3	1	0	0	0	1	1
8	1	1	2	1	2	1	1
9	2	1	1	1	1	1	0
10	2	1	2	1	1	1	1
11	3	1	3	0	0	0	1
12	2	1	0	0	0	1	0
13	3	3	1	0	1	1	1
14	1	0	2	1	1	1	0
15	3	2	3	2	2	1	3
16	3	0	1	0	0	1	0
17	3	1	2	0	0	1	0
18	1	1	1	0	2	2	0
19	3	2	3	3	1	0	1
20	2	2	1	0	0	1	1
21	2	2	2	0	0	1	1
22	3	1	2	0	1	0	1
23	3	1	3	3	2	0	1
24	2	1	1	0	1	1	1
25	2	1	1	1	1	0	1
26	1	1	2	0	2	1	1
27	3	1	1	1	0	1	1
28	2	1	1	0	2	0	1
29	3	2	3	0	3	1	1

	coping21	coping22	coping23	coping24	coping25	sst1	sst2
1	1	0	1	3	0	2	1
2	0	0	0	0	0	1	2
3	0	0	0	1	1	1	2
4	0	1	1	1	0	1	1
5	0	1	0	2	0	1	1
6	0	0	1	2	0	1	1
7	0	0	0	1	0	1	2
8	0	2	1	2	0	1	1
9	0	1	1	1	1	2	1
10	0	1	1	2	0	1	1
11	0	1	1	1	0	2	1
12	1	1	1	1	0	1	1
13	0	0	0	1	0	1	1
14	0	0	0	2	1	1	1
15	1	0	0	3	0	1	1
16	0	0	1	0	0	1	2
17	1	0	1	2	1	1	1
18	1	0	1	1	1	1	1
19	0	0	1	3	0	1	1
20	0	0	1	1	0	1	1
21	0	1	1	2	1	1	1
22	1	0	0	3	0	2	1
23	2	2	1	3	0	2	1
24	0	0	1	2	1	1	1
25	1	0	1	3	0	2	1
26	2	1	1	1	1	2	2
27	0	0	1	3	0	2	1
28	1	0	0	1	0	2	2
29	0	0	0	2	0	1	2

	sst3	sst4	sst5	sst6	sst7	sst8	sst9
1	2	1	2	2	1	2	1
2	2	1	1	2	2	2	2
3	2	1	1	2	1	2	1
4	1	1	1	2	1	2	2
5	1	1	1	2	1	2	1
6	1	1	1	2	1	2	1
7	2	1	1	1	1	1	2
8	1	2	2	1	2	1	2
9	2	1	1	2	1	2	2
10	2	2	1	1	1	2	1
11	2	2	2	2	2	2	2
12	2	1	1	2	1	2	1
13	1	2	2	2	2	1	2
14	2	1	2	1	1	1	2
15	2	1	2	1	1	2	2
16	2	1	2	1	1	2	2
17	2	1	2	1	1	1	2
18	1	1	1	2	1	2	1
19	2	2	2	1	2	1	2
20	2	2	2	1	2	2	2
21	1	1	2	2	1	2	1
22	2	1	2	1	1	1	2
23	2	2	2	1	2	1	2
24	2	2	2	1	1	2	1
25	1	1	1	2	1	2	1
26	2	1	1	2	1	2	1
27	1	1	2	2	1	1	1
28	2	1	1	2	1	2	1
29	1	1	1	1	1	2	1

	sst10	sst11	sst12	sst13	sst14	sst15	sst16
1	2	1	2	2	2	1	1
2	2	1	2	1	2	2	1
3	1	1	2	1	2	1	1
4	1	1	2	1	2	2	1
5	2	1	2	1	2	1	1
6	2	1	2	2	2	1	1
7	2	1	1	2	1	2	1
8	1	1	2	1	1	1	1
9	2	1	2	2	2	2	1
10	1	1	1	1	2	2	1
11	2	1	1	2	2	2	2
12	2	2	1	2	2	1	1
13	2	2	1	2	2	2	1
14	1	1	1	2	2	2	1
15	1	1	1	2	2	2	2
16	2	1	1	2	2	2	1
17	2	2	2	1	1	2	2
18	2	1	2	2	2	1	1
19	2	1	1	1	2	2	1
20	1	1	1	1	1	2	1
21	2	1	2	2	2	1	1
22	2	2	2	2	2	2	1
23	1	11	1	1	1	2	2
24	2	1	2	2	1	2	1
25	2	1	2	1	1	2	2
26	2	1	2	2	2	1	1
27	2	1	2	2	1	2	2
28	2	1	2	2	2	1	1
29	2	1	2	2	2	1	2

	sst17	sst18	sst19	sst20	sst21	sst22	sst23
1	2	2	2	1	1	2	1
2	1	1	2	2	2	2	2
3	1	2	1	1	2	2	1
4	1	2	1	2	2	2	1
5	2	2	2	1	1	1	2
6	1	2	2	1	1	1	2
7	1	1	2	2	2	1	2
8	1	1	1	2	1	1	1
9	1	1	2	1	2	2	2
10	1	1	1	1	2	1	2
11	1	1	2	2	2	2	1
12	2	1	2	1	2	2	1
13	1	2	1	1	2	1	1
14	1	1	1	2	2	2	2
15	1	1	2	1	1	2	2
16	1	1	2	1	2	1	2
17	1	1	1	2	1	2	1
18	2	2	2	1	1	2	2
19	1	1	1	2	2	2	1
20	1	1	1	2	2	2	2
21	1	1	1	1	2	2	1
22	1	1	2	2	2	2	1
23	1	1	1	2	2	2	1
24	2	1	1	1	2	2	2
25	2	1	1	2	1	2	1
26	2	2	2	1	2	2	2
27	2	1	1	2	2	2	1
28	2	1	1	2	2	1	1
29	2	1	2	1	2	2	1

	sst24	sst25	sst26	sst27	idaderec	exastemo	desperso
1	2	2	1	2	1	28	7
2	2	2	2	2	4	0	0
3	2	2	1	1	2	17	13
4	1	1	1	2	2	26	6
5	2	2	1	2	2	11	2
6	2	1	1	2	4	4	5
7	2	2	2	1	2	12	3
8	2	2	1	1	3	25	15
9	1	2	1	2	3	19	9
10	1	1	1	1	1	8	8
11	2	2	1	2	2	6	0
12	1	1	1	1	2	20	13
13	1	1	1	2	2	17	7
14	2	1	1	1	2	2	10
15	2	2	1	1	1	23	5
16	2	1	1	1	3	8	1
17	1	1	1	1	1	15	3
18	2	1	1	1	2	19	9
19	1	2	1	1	2	11	5
20	2	2	2	1	1	9	12
21	1	2	1	2	2	17	1
22	2	2	1	1	2	22	3
23	1	2	2	1	2	57	6
24	2	2	1	2	1	9	9
25	1	2	1	1	3	8	3
26	2	2	1	2	2	10	5
27	1	2	1	1	1	17	5
28	2	2	1	1	1	10	3
29	1	2	1	2	2	11	6

	realpesl	compacti	cognacti	evitamen	focoemoç	envolvim	coesãoco
1	29	7	15	4	7	15	13
2	26	1	3	0	0	14	15
3	35	5	10	4	6	11	12
4	42	10	10	7	3	10	12
5	37	7	13	4	2	12	13
6	43	4	11	0	3	12	12
7	39	4	12	0	2	13	13
8	38	9	9	7	7	12	11
9	34	5	9	5	6	15	12
10	46	8	13	5	6	10	12
11	45	9	13	1	4	18	13
12	32	6	9	1	3	13	13
13	24	5	11	5	5	13	12
14	42	8	6	5	3	11	13
15	39	10	18	6	7	14	13
16	44	3	9	2	3	12	14
17	39	6	12	2	5	12	12
18	35	7	8	7	8	13	13
19	43	7	16	8	7	14	12
20	27	5	8	6	7	13	14
21	33	7	12	4	5	13	12
22	42	6	14	0	3	15	13
23	31	12	14	4	5	15	22
24	29	6	13	5	6	14	13
25	42	5	12	3	5	14	12
26	25	8	9	5	8	15	14
27	41	5	11	2	4	15	12
28	43	7	12	3	7	13	14
29	40	9	14	5	8	15	13

	apoiosup	cogn.act	cognevit	comp.act	comp.evi	reg.emoc	profis
1	15	11	5	8	4	5	2
2	17	2	0	2	0	0	1
3	15	8	3	5	3	6	2
4	16	7	4	10	6	3	2
5	14	9	3	8	4	2	1
6	14	9	0	3	2	4	1
7	14	9	1	5	0	3	1
8	12	7	4	8	7	6	2
9	16	7	3	5	4	6	1
0	12	9	4	8	5	6	2
1	16	9	1	9	4	4	2
2	12	6	2	7	0	4	2
3	15	7	4	6	4	5	2
4	14	4	3	7	5	3	1
5	13	12	8	9	6	6	2
6	14	6	0	4	3	4	1
7	13	9	1	5	4	6	2
8	13	5	3	7	7	8	2
9	13	12	6	7	7	6	1
0	14	6	1	5	6	8	2
1	13	8	2	7	5	6	2
2	15	11	1	7	2	2	2
3	13	11	6	12	3	3	2
4	15	9	2	7	6	6	2
5	12	8	5	6	2	4	2
6	16	5	5	7	6	7	2
7	13	8	1	6	2	5	2
8	14	8	3	9	4	5	2
9	12	9	6	8	7	6	2

	idadman	anoprofi	anointit	horutent	união
1	1	1	1	2	2
2	2	2	1	2	1
3	2	2	2	1	1
4	1	1	2	1	1
5	2	2	1	1	1
6	2	2	1	1	2
7	2	2	1	1	2
8	2	2	2	2	2
9	2	2	2	1	2
10	1	1	1	2	1
11	1	1	2	1	1
12	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	2
14	2	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1
16	2	2	2	1	2
17	1	1	1	2	2
18	1	1	2	2	1
19	2	2	1	1	2
20	1	1	1	1	2
21	1	1	2	1	1
22	1	1	2	2	1
23	1	1	1	1	2
24	1	1	1	2	2
25	2	2	2	1	1
26	2	2	2	2	1
27	1	1	2	2	1
28	1	1	2	2	1
29	2	2	1	1	1

	número	sexo	idade	estcivil	filhos	prof	anosprof
0	30	2	26	2	2	3	3
1	31	2	33	2	1	3	5
2	32	2	41	2	1	4	21
3	33	2	30	2	1	3	9

	anosinst	chefia	vincprof	horaprof	horauten	trabturn	outrinst
30	3	2	4	2	4	1	1
31	5	2	1	2	6	1	2
32	4	1	1	2	4	2	2
33	3	2	1	2	5	2	2

	mbi1	mbi2	mbi3	mbi4	mbi5	mbi6	mbi7
0	2	3	3	6	1	1	5
1	1	2	0	6	0	0	6
2	2	2	1	5	1	0	5
3	2	2	1	4	1	1	5

	mbi8	mbi9	mbi10	mbi11	mbi12	mbi13	mbi14
30	2	6	1	1	5	2	0
31	0	6	0	0	6	0	0
32	1	5	3	1	5	1	2
33	2	5	2	5	4	2	1

	mbi15	mbi16	mbi17	mbi18	*mbi19	mbi20	mbi21
0	1	1	5	5	4	2	5
1	1	1	6	6	4	0	5
2	2	0	5	3	3	0	3
3	1	1	5	5	4	1	5

	mbi22	coping1	coping2	coping3	coping4	coping5	coping6
30	0	1	3	2	3	3	1
31	3	1	3	1	1	1	1
32	3	1	1	2	3	3	2
33	2	1	2	1	3	3	1

	coping7	coping8	coping9	coping10	coping11	coping12	coping13
0	0	2	1	1	1	0	1
1	0	1	0	0	1	1	0
2	0	0	1	0	0	1	2
3	0	1	1	1	1	0	2

	coping14	coping15	coping16	coping17	coping18	coping19	coping20
30	2	0	2	1	2	11	1
31	2	1	1	1	1	1	1
32	3	1	1	1	0	1	1
33	3	1	2	1	1	0	1

	coping21	coping22	coping23	coping24	coping25	sst1	sst2
0	0	0	1	2	0	1	1
1	1	1	0	2	0	2	2
2	0	0	1	3	1	2	1
3	0	0	1	2	0	1	1

	sst3	sst4	sst5	sst6	sst7	sst8	sst9
0	1	2	2	2	1	2	1
1	2	1	1	2	1	2	1
2	1	1	2	1	1	1	2
3	2	1	2	1	1	2	1

	sst10	sst11	sst12	sst13	sst14	sst15	sst16
0	2	1	2	2	2	1	1
1	2	1	2	2	2	2	1
2	2	2	1	2	2	1	2
3	2	1	1	2	2	2	1

	sst17	sst18	sst19	sst20	sst21	sst22	sst23
0	2	1	1	1	2	2	1
1	1	2	2	1	2	2	2
2	1	1	1	1	2	2	1
3	2	1	1	1	2	2	2

	sst24	sst25	sst26	sst27	idaderec	exastemo	desperso
0	2	2	1	2	1	16	4
1	1	1	1	1	2	4	4
2	1	2	1	2	3	9	10
3	2	2	1	1	2	13	11

	realpesl	compacti	cognacti	evitamen	focoemoç	envolvim	coesãoco
0	41	18	13	5	5	14	13
1	45	8	9	3	3	14	13
2	34	5	14	4	6	15	12
3	37	5	13	6	5	13	14

	apoiosup	cogn.act	cognevit	comp.act	comp.evi	reg.emoc	profis
0	14	10	4	8	5	14	2
1	15	7	4	7	2	3	2
2	12	10	3	6	3	7	2
3	13	10	3	6	6	4	2

	idadman	anoprofi	anointit	horutent	união
0	1	1	1	1	1
1	1	1	1	2	1
2	2	2	1	1	1
3	1	1	1	2	1

TRATAMENTO ESTATISTICO

Frequencies

Frequency Table

Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	13	39,4	39,4	39,4
	Feminino	20	60,6	60,6	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

Idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	24	1	3,0	3,0	3,0
	26	3	9,1	9,1	12,1
	27	2	6,1	6,1	18,2
	28	1	3,0	3,0	21,2
	29	2	6,1	6,1	27,3
	30	2	6,1	6,1	33,3
	31	2	6,1	6,1	39,4
	32	1	3,0	3,0	42,4
	33	2	6,1	6,1	48,5
	34	2	6,1	6,1	54,5
	35	1	3,0	3,0	57,6
	37	1	3,0	3,0	60,6
	38	2	6,1	6,1	66,7
	39	4	12,1	12,1	78,8
	41	1	3,0	3,0	81,8
	42	1	3,0	3,0	84,8
	43	1	3,0	3,0	87,9
	44	1	3,0	3,0	90,9
	45	1	3,0	3,0	93,9
	50	1	3,0	3,0	97,0
	51	1	3,0	3,0	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

Estado Civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro	9	27,3	27,3	27,3
	Casado/União facto	21	63,6	63,6	90,9
	Divorciado/Separado	3	9,1	9,1	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

Tem Filhos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	19	57,6	57,6	57,6
	Não	14	42,4	42,4	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

Profissão

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Medicina Interna	1	3,0	3,0	3,0
Pneumologista	7	21,2	21,2	24,2
Enfermeiro Graduado	23	69,7	69,7	93,9
Enfermeiro Especialista	2	6,1	6,1	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Anos Profissão

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	3,0	3,0	3,0
3	2	6,1	6,1	9,1
4	4	12,1	12,1	21,2
5	3	9,1	9,1	30,3
6	3	9,1	9,1	39,4
7	3	9,1	9,1	48,5
9	2	6,1	6,1	54,5
10	2	6,1	6,1	60,6
11	2	6,1	6,1	66,7
13	1	3,0	3,0	69,7
14	3	9,1	9,1	78,8
17	2	6,1	6,1	84,8
18	1	3,0	3,0	87,9
20	1	3,0	3,0	90,9
21	1	3,0	3,0	93,9
24	2	6,1	6,1	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Anos Instituição

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	6,1	6,1	6,1
2	2	6,1	6,1	12,1
3	5	15,2	15,2	27,3
4	8	24,2	24,2	51,5
5	4	12,1	12,1	63,6
6	4	12,1	12,1	75,8
7	7	21,2	21,2	97,0
20	1	3,0	3,0	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Funções Chefia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	6	18,2	18,2	18,2
Não	27	81,8	81,8	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Vínculo Profissional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Definitivo	30	90,9	90,9	90,9
Outro	3	9,1	9,1	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Horas Profissão

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 35	3	9,1	9,1	9,1
42	30	90,9	90,9	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Horas c/ utente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	3,0	3,0	3,0
2	1	3,0	3,0	6,1
3	2	6,1	6,1	12,1
4	6	18,2	18,2	30,3
5	12	36,4	36,4	66,7
6	4	12,1	12,1	78,8
8	6	18,2	18,2	97,0
10	1	3,0	3,0	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Trabalho Turnos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	22	66,7	66,7	66,7
Não	11	33,3	33,3	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Trabalho Outra Instituição

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	12	36,4	36,4	36,4
Não	21	63,6	63,6	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	33	24	51	34,85	7,09
Anos Profissão	33	2	24	10,12	6,35
Anos Instituição	33	1	20	5,03	3,24
Horas c/ utente	33	1	10	5,30	1,93
Valid N (listwise)	33				

Frequencies

Statistics

Idade Recodificada

Valid	33
Missing	0
Mean	2,00
Median	2,00
Mode	2
Std. Deviation	,83
Variance	,69
Range	3
Minimum	1
Maximum	4
Sum	66

Idade Recodificada

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 20-29	9	27,3	27,3	27,3
30-39	17	51,5	51,5	78,8
40-49	5	15,2	15,2	93,9
50-59	2	6,1	6,1	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Factor Analysis

Communalities

	Initial	Extraction
MBI1	1,000	,762
MBI2	1,000	,781
MBI3	1,000	,725
MBI4	1,000	,794
MBI5	1,000	,883
MBI6	1,000	,802
MBI7	1,000	,901
MBI8	1,000	,807
MBI9	1,000	,844
MBI10	1,000	,765
MBI11	1,000	,818
MBI12	1,000	,742
MBI13	1,000	,787
MBI14	1,000	,628
MBI15	1,000	,791
MBI16	1,000	,794
MBI17	1,000	,762
MBI18	1,000	,772
MBI19	1,000	,812
MBI20	1,000	,813
MBI21	1,000	,641
MBI22	1,000	,671

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,433	20,150	20,150	4,433	20,150	20,150
2	2,810	12,771	32,921	2,810	12,771	32,921
3	2,396	10,889	43,810	2,396	10,889	43,810
4	1,958	8,902	52,712	1,958	8,902	52,712
5	1,581	7,188	59,901	1,581	7,188	59,901
6	1,469	6,676	66,577	1,469	6,676	66,577
7	1,266	5,753	72,330	1,266	5,753	72,330
8	1,180	5,366	77,695	1,180	5,366	77,695
9	,974	4,429	82,124			
10	,817	3,714	85,838			
11	,607	2,758	88,596			
12	,515	2,341	90,937			
13	,467	2,122	93,058			
14	,369	1,679	94,737			
15	,314	1,426	96,164			
16	,244	1,109	97,273			
17	,193	,879	98,152			
18	,162	,736	98,887			
19	7,977E-02	,363	99,250			
20	7,539E-02	,343	99,593			
21	5,146E-02	,234	99,827			
22	3,815E-02	,173	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %
0	2,909	13,223	13,223
1	2,605	11,841	25,064
2	2,424	11,018	36,081
3	2,357	10,714	46,795
4	2,139	9,722	56,517
5	1,821	8,279	64,796
6	1,454	6,610	71,407
7	1,384	6,289	77,695
8			
9			
0			
1			
2			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix^a

	Component							
	1	2	3	4	5	6	7	8
MBI1	,467	,416	,302	-,386	-,236	-,137	,156	,180
MBI2	,346	,693	6,751E-02	-4,908E-02	-,354	-,124	-7,199E-02	,168
MBI3	,646	,281	,304	-,138	,221	6,767E-02	-,209	-,140
MBI4	-8,364E-02	,337	,227	-,102	,584	-,394	,319	-,111
MBI5	,355	-,226	,380	,375	,238	,584	,130	7,474E-02
MBI6	,529	,302	-,200	,318	,124	,322	-,208	-,356
MBI7	-,600	,610	-,122	9,577E-02	,229	,177	-,193	,156
MBI8	,720	,297	,292	-,272	-,128	3,675E-03	8,486E-02	,135
MBI9	-,207	,701	3,816E-02	-,132	,456	,264	-5,142E-02	-,103
MBI10	,605	-,137	,292	,418	,143	8,291E-02	-,189	,239
MBI11	,355	,144	-,255	,461	-2,876E-02	-,325	,514	,151
MBI12	-,512	,142	,308	,465	-,282	5,384E-03	,264	9,384E-05
MBI13	,293	-,453	,688	-5,192E-02	-9,300E-02	-9,031E-02	-5,070E-02	1,151E-02
MBI14	,176	-3,825E-02	,574	,321	-7,619E-02	-6,131E-02	8,089E-02	-,384
MBI15	,338	,132	-,236	,437	,457	-,384	6,032E-02	,228
MBI16	,549	,530	-,174	3,771E-02	-,357	4,560E-04	-,122	-,190
MBI17	-,399	-3,162E-02	,587	-,387	,302	3,080E-02	3,516E-02	,119
MBI18	-,613	,362	,252	-,126	-,217	,168	,318	-9,513E-02
MBI19	-,577	,280	,194	,488	-,238	-2,347E-02	-,138	-,219
MBI20	,317	-6,679E-03	-,173	-,115	4,487E-02	,384	,660	-,290
MBI21	-,290	,306	,445	,339	-5,480E-02	2,957E-02	-4,736E-02	,379
MBI22	6,456E-02	3,551E-03	-,252	-3,518E-02	-9,704E-02	,528	,163	,536

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 8 components extracted.

Rotated Component Matrix^a

	Component							
	1	2	3	4	5	6	7	8
BI1	,855	-6,722E-02	-1,291E-02	-4,580E-02	-,132	7,152E-03	2,366E-03	8,072E-02
BI2	,785	,161	-,100	,144	,268	,105	-5,996E-02	-,147
BI3	,526	-,354	,442	,194	,115	-3,013E-02	,276	6,493E-04
BI4	,112	-2,654E-02	-7,801E-02	,438	-,458	,398	,439	,147
BI5	-8,046E-02	5,121E-02	,886	-2,927E-02	-1,061E-02	-5,568E-03	-,147	,256
BI6	,123	-,182	,386	,285	,694	7,384E-02	,119	,147
BI7	-,121	,355	-,208	,780	-1,009E-02	-2,968E-02	-,198	-,260
BI8	,812	-,233	,265	-8,527E-02	6,627E-03	3,745E-02	2,548E-03	,123
BI9	,140	5,890E-02	2,453E-03	,898	-4,802E-02	-6,561E-02	4,395E-02	7,285E-02
BI10	,170	-,123	,743	-,192	,129	,267	-1,437E-02	-,210
BI11	,153	,140	-1,514E-02	-,187	,198	,798	-5,481E-02	,246
BI12	-,137	,843	-7,163E-03	-2,279E-02	-8,875E-02	3,764E-02	4,293E-02	2,086E-02
BI13	,170	-3,908E-02	,483	-,522	-,349	-,197	,286	-8,880E-02
BI14	,112	,314	,422	-,187	2,148E-02	-3,621E-02	,537	,118
BI15	-1,943E-02	-,188	,158	,130	,101	,822	5,743E-02	-,157
BI16	,608	-4,539E-02	-4,041E-02	6,020E-02	,638	4,980E-02	6,523E-02	5,253E-02
BI17	2,251E-03	8,545E-02	8,464E-02	,225	-,759	-,316	,127	-6,792E-02
BI18	5,752E-02	,624	-,289	,282	-,263	-,303	-1,826E-02	,234
BI19	-,215	,760	-8,358E-02	,186	,177	-,107	,228	-,227
BI20	7,211E-02	-,121	9,021E-02	1,930E-03	,106	4,847E-02	-9,904E-02	,873
BI21	,133	,596	,229	,181	-,223	7,825E-02	-,118	-,335
BI22	4,411E-02	-1,401E-02	,128	3,882E-02	2,097E-02	-1,299E-02	-,794	,139

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
 a. Rotation converged in 8 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3	4	5	6	7	8
	,533	-,506	,438	-,261	,331	,252	,047	,156
	,578	,295	-,181	,693	,213	,133	,026	-,028
	,315	,360	,520	-,089	-,516	-,267	,379	-,107
	-,333	,521	,421	-,064	,414	,490	,058	-,146
	-,336	-,433	,300	,582	-,354	,337	,178	,031
	-,132	,057	,464	,278	,196	-,512	-,509	,357
	,066	,255	-,117	-,133	-,316	,377	-,105	,804
	,189	,024	,091	-,075	-,378	,302	-,741	-,409

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

MBI - Escala Total.

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

Number of Cases = 33,0

Number of Items = 22

Alpha = ,3776

MBI - Sub Escala de Exaustão Emocional

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

Number of Cases = 33,0

N of Items = 9

Alpha = ,4515

MBI - Sub Escala de Despersonalización

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

Number of Cases = 33,0

Number of Items = 5

Alpha = ,5134

MBI - Sub Escala de Realização Pessoal

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 33,0

N of Items = 8

Alpha = ,7498

Factor Analysis

Communalities

	Initial	Extraction
Coping1	1,000	,829
Coping2	1,000	,799
Coping3	1,000	,872
Coping4	1,000	,828
Coping5	1,000	,761
Coping6	1,000	,851
Coping7	1,000	,822
Coping8	1,000	,897
Coping9	1,000	,888
Coping10	1,000	,887
Coping11	1,000	,633
Coping12	1,000	,743
Coping13	1,000	,834
Coping14	1,000	,870
Coping15	1,000	,837
Coping16	1,000	,650
Coping17	1,000	,766
Coping18	1,000	,809
Coping19	1,000	,689
Coping20	1,000	,765
Coping21	1,000	,860
Coping22	1,000	,864
Coping23	1,000	,742
Coping24	1,000	,800
Coping25	1,000	,912

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix^a

	Component							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Coping1	,367	,309	-,130	-,333	-,407	-,393	,355	-,135
Coping2	,706	,257	5,363E-02	-,138	-,224	-,312	-9,303E-02	1,330E-02
Coping3	,189	-,199	,414	,103	,439	-,251	,343	-8,296E-02
Coping4	,389	1,897E-02	,116	,635	,329	5,638E-02	,224	-8,795E-02
Coping5	,603	-2,234E-02	-4,850E-02	,475	,285	-,141	9,882E-02	-,204
Coping6	,636	9,073E-03	-,370	-,203	,309	,178	-,184	-,102
Coping7	,171	,386	,473	-,318	,460	4,499E-02	1,075E-02	-,314
Coping8	,201	,126	,187	2,333E-02	7,186E-02	-,280	-,175	,306
Coping9	7,469E-02	,687	-8,399E-02	,308	3,115E-02	,411	-,321	-2,968E-02
Coping10	,166	,693	-4,010E-02	5,378E-02	-9,798E-02	5,731E-02	-,420	-,248
Coping11	,411	,110	-,592	-9,245E-02	3,324E-02	-,120	,133	,152
Coping12	,474	-,392	-,122	-,442	,197	,250	-3,242E-02	5,321E-02
Coping13	,297	,558	-,474	9,006E-03	,185	-4,960E-02	,312	-9,830E-02
Coping14	,187	-,737	-,124	,483	-3,577E-02	-4,228E-02	1,612E-02	-,170
Coping15	,411	-,322	-,571	-,209	-,283	9,383E-02	3,486E-03	-,208
Coping16	,707	-4,563E-02	,102	,221	-,218	5,575E-02	,173	-5,596E-02
Coping17	,551	-4,806E-03	,297	,175	-,522	3,894E-02	3,209E-02	,216
Coping18	,653	,293	,256	-,314	,282	-5,360E-02	-,109	,182
Coping19	,107	,326	-7,568E-04	,225	8,888E-02	-,452	-,155	,506
Coping20	,680	-,421	-6,724E-03	-,109	1,099E-02	9,890E-02	-,293	-2,888E-02
Coping21	,225	-,110	,362	-,394	6,320E-02	,528	,210	,273
Coping22	,107	,259	,581	-,214	-,397	4,334E-02	,264	-,312
Coping23	7,053E-02	,437	3,019E-02	,482	-,251	,400	8,133E-02	-3,507E-02
Coping24	,577	-,256	,247	,229	-,151	,243	-2,825E-02	,294
Coping25	-,161	,377	-,365	-1,594E-02	,112	,320	,537	,348

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix^a

	Component	
	9	10
Coping1	-5,042E-02	-5,933E-02
Coping2	-,237	-1,549E-02
Coping3	,362	-,321
Coping4	-,213	,213
Coping5	,115	5,144E-02
Coping6	-,216	,222
Coping7	-5,385E-02	6,237E-02
Coping8	,444	,632
Coping9	7,340E-02	-,169
Coping10	,298	-,191
Coping11	,175	8,698E-02
Coping12	,219	-1,863E-02
Coping13	-,235	-,103
Coping14	-7,731E-02	7,614E-02
Coping15	,212	,131
Coping16	2,898E-02	-6,520E-02
Coping17	-,105	-,104
Coping18	-2,446E-02	-7,190E-02
Coping19	-,167	-2,013E-02
Coping20	2,791E-02	-,131
Coping21	-,286	,168
Coping22	,164	,221
Coping23	2,875E-02	,284
Coping24	,167	-,301
Coping25	,279	-8,890E-02

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 10 components extracted.

Rotated Component Matrix^a

	Component							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Coping1	4,944E-02	9,530E-02	-9,581E-03	,893	-9,683E-02	1,186E-02	8,310E-02	-6,125E-02
Coping2	,211	,355	,134	,642	,122	,218	-,252	,244
Coping3	-6,834E-02	,121	-,142	-4,332E-02	,222	,136	2,426E-02	-4,842E-02
Coping4	-6,602E-02	,148	-3,494E-02	-7,651E-02	,881	,102	1,626E-02	8,557E-02
Coping5	,242	,167	,130	,116	,730	-7,949E-02	-5,861E-02	6,969E-02
Coping6	,755	-4,872E-02	8,325E-02	,130	,322	,283	-5,828E-02	,130
Coping7	-3,095E-02	-,217	,228	,103	,128	,766	-,141	-,151
Coping8	5,392E-02	1,597E-02	2,388E-02	7,736E-03	7,577E-02	7,222E-02	-2,260E-02	,110
Coping9	-8,360E-02	8,337E-02	,847	-,134	,141	,112	,206	9,646E-02
Coping10	8,324E-03	8,889E-04	,916	,184	-6,404E-02	3,761E-02	-4,128E-02	-6,837E-03
Coping11	,517	-2,639E-02	4,913E-02	,350	,110	-,192	,358	,204
Coping12	,751	,186	-,173	-8,637E-02	-,120	,196	4,457E-02	-,135
Coping13	,160	-,211	,265	,510	,340	,123	,411	,233
Coping14	,206	,205	-,400	-,234	,459	-,493	-,310	-9,393E-02
Coping15	,717	8,062E-02	-6,719E-02	,253	-1,621E-02	-,381	3,389E-02	-,282
Coping16	,204	,595	4,879E-02	,292	,385	3,349E-03	-2,481E-02	-,110
Coping17	-6,015E-02	,805	9,008E-03	,271	8,630E-02	2,466E-02	-,113	1,375E-02
Coping18	,317	,267	,190	,251	4,876E-02	,626	-4,439E-02	,273
Coping19	-,217	8,514E-02	8,372E-02	,165	7,473E-02	1,698E-02	1,546E-02	,735
Coping20	,647	,454	-2,972E-02	-2,443E-02	7,783E-02	4,675E-02	-,338	2,046E-02
Coping21	,139	,326	-,343	-,150	-7,606E-02	,687	,159	-,175
Coping22	-,329	,207	7,045E-02	,370	-6,561E-02	,329	-9,196E-02	-,618
Coping23	-,269	,208	,389	-3,960E-02	,392	-2,681E-02	,266	-,222
Coping24	,204	,827	2,719E-02	-,146	,113	4,100E-03	1,181E-02	4,087E-02
Coping25	-2,840E-02	-7,919E-02	9,086E-02	7,900E-04	-4,876E-02	-8,565E-03	,945	7,347E-03

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Rotated Component Matrix^a

	Component	
	9	10
Coping1	2,060E-02	1,774E-03
Coping2	-7,685E-02	8,226E-02
Coping3	,871	3,757E-02
Coping4	1,804E-02	1,942E-02
Coping5	,291	,107
Coping6	-,223	-2,825E-02
Coping7	,254	4,722E-02
Coping8	1,944E-02	,932
Coping9	-,215	-8,971E-02
Coping10	1,757E-02	8,382E-02
Coping11	-3,121E-02	,145
Coping12	,180	3,547E-02
Coping13	-8,921E-02	-,269
Coping14	4,323E-02	-,105
Coping15	-,149	2,054E-02
Coping16	7,395E-02	1,110E-02
Coping17	-,130	5,147E-02
Coping18	,203	,162
Coping19	-1,964E-02	,232
Coping20	,119	-4,000E-02
Coping21	-,243	-5,025E-02
Coping22	1,962E-02	,262
Coping23	-,423	,146
Coping24	,195	-5,637E-03
Coping25	8,144E-03	-3,190E-02

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
 a. Rotation converged in 14 iterations.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
	4,506	18,026	18,026	4,506	18,026	18,026
	3,294	13,177	31,202	3,294	13,177	31,202
	2,370	9,480	40,682	2,370	9,480	40,682
	2,218	8,872	49,554	2,218	8,872	49,554
	1,744	6,977	56,531	1,744	6,977	56,531
	1,537	6,147	62,678	1,537	6,147	62,678
	1,335	5,339	68,017	1,335	5,339	68,017
	1,169	4,675	72,692	1,169	4,675	72,692
	1,030	4,120	76,812	1,030	4,120	76,812
	1,008	4,032	80,844	1,008	4,032	80,844
	,795	3,182	84,026			
	,721	2,882	86,908			
	,595	2,379	89,287			
	,528	2,111	91,398			
	,422	1,688	93,086			
	,360	1,439	94,525			
	,298	1,193	95,718			
	,272	1,087	96,805			
	,203	,811	97,616			
	,198	,792	98,408			
	,179	,718	99,125			
	,129	,516	99,642			
	4,848E-02	,194	99,836			
	2,563E-02	,103	99,938			
	1,541E-02	6,166E-02	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,964	11,854	11,854
2	2,554	10,215	22,069
3	2,268	9,073	31,142
4	2,251	9,003	40,145
5	2,232	8,928	49,073
6	2,222	8,886	57,959
7	1,666	6,666	64,625
8	1,432	5,728	70,353
9	1,432	5,727	76,080
10	1,191	4,764	80,844

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3	4	5	6	7	8
1	,564	,544	,103	,375	,394	,215	-,093	,080
2	-,317	-,166	,683	,372	,028	,324	,318	,154
3	-,522	,355	-,074	-,153	-,028	,532	-,356	-,211
4	-,373	,220	,187	-,284	,678	-,463	,002	,152
5	,225	-,471	-,023	-,385	,348	,416	,103	,304
6	,196	,243	,202	-,529	,018	,262	,347	-,428
7	-,225	,018	-,476	,348	,255	,056	,618	-,291
8	-,059	,374	-,250	-,214	-,276	,068	,414	,628
9	,156	,052	,303	-,146	-,200	-,302	,279	-,322
10	,056	-,279	-,247	-,013	,286	,104	-,047	-,209

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Component Transformation Matrix

Component	9	10
	,090	,106
	-,163	,101
	,278	,200
	-,017	,004
	,426	-,027
	-,368	-,272
	,213	-,147
	-,133	,290
	,513	,533
0	-,495	,689

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Escala de Medos de Reagir - Total

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 33,0

N of Items = 25

Alpha = ,7339

Escala de Medida de Heagier

Sub Escala de Estratégias Comportamentais Ativas

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

Number of Cases = 33,0

Number of Items = 6

Alpha = ,3225

Escala de niveles de reagr

Sub Escala de Estrategias Cognitivas Activas

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

Number of Cases = 33,0

Number of Items = 7

Alpha = ,6464

ESTRATEGIAS DE REAGIR

Sub Escala de Estrategias de Evitamento

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 33,0

N of Items = 4

Alpha = ,3475

Sub Escala de Estrategias Focadas en Emocional

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

Number of Cases = 33,0

Number of Items = 6

Alpha = ,4055

Factor Analysis

Communalities

	Initial	Extraction
ST1	1,000	,636
st2	1,000	,766
st3	1,000	,719
st4	1,000	,781
st5	1,000	,828
st6	1,000	,756
st7	1,000	,823
st8	1,000	,788
st9	1,000	,900
st10	1,000	,649
st11	1,000	,813
st12	1,000	,769
st13	1,000	,822
st14	1,000	,733
st15	1,000	,656
st16	1,000	,704
st17	1,000	,776
st18	1,000	,688
st19	1,000	,837
st20	1,000	,846
st21	1,000	,919
st22	1,000	,791
st23	1,000	,738
st24	1,000	,802
st25	1,000	,766
st26	1,000	,789
st27	1,000	,717

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
0	6,126	22,690	22,690	6,126	22,690	22,690
1	3,047	11,284	33,975	3,047	11,284	33,975
2	2,343	8,679	42,654	2,343	8,679	42,654
3	2,042	7,563	50,217	2,042	7,563	50,217
4	1,765	6,535	56,752	1,765	6,535	56,752
5	1,732	6,414	63,167	1,732	6,414	63,167
6	1,434	5,312	68,479	1,434	5,312	68,479
7	1,216	4,504	72,983	1,216	4,504	72,983
8	1,108	4,104	77,087	1,108	4,104	77,087
9	,987	3,656	80,743			
10	,938	3,474	84,217			
11	,710	2,630	86,846			
12	,605	2,242	89,088			
13	,501	1,854	90,942			
14	,459	1,699	92,641			
15	,370	1,372	94,013			
16	,310	1,148	95,162			
17	,302	1,117	96,278			
18	,234	,865	97,143			
19	,190	,704	97,847			
20	,143	,530	98,377			
21	,129	,477	98,854			
22	,101	,372	99,226			
23	8,244E-02	,305	99,532			
24	6,458E-02	,239	99,771			
25	3,489E-02	,129	99,900			
26	2,693E-02	9,976E-02	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix^a

	Component						
	1	2	3	4	5	6	7
ST1	3,096E-02	-,418	,591	,168	,130	-,206	,125
st2	,271	,424	,380	,392	6,315E-02	-,143	-,131
st3	-,279	,549	,504	2,029E-02	-6,543E-02	1,348E-02	-,200
st4	-,545	-5,580E-02	-,323	-8,442E-02	,378	,404	-,203
st5	-,558	-,249	4,533E-02	-,501	2,323E-02	,394	,182
st6	,645	-,233	-7,050E-02	,283	,380	-,189	-1,620E-02
st7	-,631	3,461E-02	-,170	,224	,546	,171	,124
st8	,648	,225	2,178E-02	,144	7,661E-02	,169	-,324
st9	-,725	,231	4,161E-02	-9,338E-02	,221	-,179	,429
st10	,474	-,221	,413	-,130	,115	6,159E-02	,264
st11	-,508	-,212	9,358E-02	,167	,155	-,187	-5,981E-02
st12	,562	-,353	-7,172E-02	,455	-7,073E-02	3,725E-03	6,456E-02
st13	,432	2,092E-02	,482	-,550	3,594E-02	,119	,200
st14	,551	,252	2,722E-02	-,399	,396	-,168	-3,744E-02
st15	-,613	,259	,222	-,100	-7,518E-02	-,246	-2,288E-02
st16	-,321	-,563	,287	6,464E-04	-,206	-,186	,188
st17	,547	-,368	,160	,105	-,264	,386	-,217
st18	,569	9,039E-02	-,388	,178	,233	-,256	,139
st19	,472	,384	,363	9,299E-02	9,146E-02	-,106	,495
st20	-,658	-,119	9,099E-02	,428	-9,075E-02	-9,198E-02	,144
st21	-,209	,179	,427	-,201	,448	-7,844E-02	-,557
st22	-5,667E-02	-,355	,434	-4,763E-02	3,228E-02	-4,844E-02	-,251
st23	,186	,757	4,789E-02	6,584E-03	-,193	,121	6,540E-02
st24	,178	,467	4,057E-02	,171	-9,630E-02	,643	,288
st25	-,123	-,308	,423	,334	,123	,586	4,237E-03
st26	-,508	,326	,181	,544	,177	8,822E-02	1,367E-02
st27	,419	-,209	-4,065E-02	-6,609E-02	,643	,162	,189

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix^a

	Component	
	8	9
st1	7,393E-02	-5,585E-02
st2	-,405	-9,243E-02
st3	,187	7,691E-02
st4	3,995E-02	-,143
st5	6,444E-02	9,555E-02
st6	4,380E-02	,136
st7	2,707E-02	-1,942E-02
st8	,388	8,213E-02
st9	-3,148E-03	,216
st10	-,312	-5,798E-02
st11	,248	-,591
st12	-6,939E-02	,319
st13	-,145	-,156
st14	6,857E-02	,125
st15	,146	,256
st16	,242	-,175
st17	-7,972E-03	-,197
st18	,175	-6,896E-02
st19	,203	-,143
st20	-,231	,342
st21	-,319	4,056E-02
st22	,522	,363
st23	,260	-6,964E-02
st24	3,052E-02	,115
st25	2,888E-03	8,457E-02
st26	4,590E-02	-,233
st27	,110	6,520E-02

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 9 components extracted.

Rotated Component Matrix^a

a. Rotation failed to converge in 25 iterations. (Convergence = 5,219E-04).

Escala de Superior Journal no Trabalho - Total

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	40,3636	10,8011	3,2865	27

Reliability Coefficients

Number of Cases = 33,0

N of Items = 27

Alpha = ,1928

Sub Escala de Evolucionamento

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

Number of Cases = 33,0

Number of Items = 9

Alpha = ,3732

Sub Escala de Coesão com os colegas

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

Number of Cases = 33,0

Number of Items = 9

Alpha = ,4991

Escala de suporte social no trabalho
Sub Escala de Apoio do Supervisor

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

Number of Cases = 33,0

Number of Items = 9

Alpha = -,1043

Nonparametric Correlations

Correlations

			EXASTEMO	DESPERSO	REALPESL
Spearman's rho	EXASTEMO	Correlation Coefficient	1,000	,298	-,338
		Sig. (2-tailed)	,	,092	,054
		N	33	33	33
	DESPERSO	Correlation Coefficient	,298	1,000	⇒ -,348*
		Sig. (2-tailed)	,092	,	,047
		N	33	33	33
	REALPESL	Correlation Coefficient	-,338	⇒ -,348*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,054	,047	,
		N	33	33	33
	COMPACTI	Correlation Coefficient	,301	,043	,200
		Sig. (2-tailed)	,089	,811	,264
		N	33	33	33
COGNACTI	Correlation Coefficient	,245	-,163	,154	
	Sig. (2-tailed)	,170	,364	,393	
	N	33	33	33	
EVITAMEN	Correlation Coefficient	,287	⇒ ,556**	-,169	
	Sig. (2-tailed)	,106	,001	,348	
	N	33	33	33	
FOCOEMOÇ	Correlation Coefficient	,247	⇒ ,432*	-,236	
	Sig. (2-tailed)	,166	,012	,186	
	N	33	33	33	
ENVOLVIM	Correlation Coefficient	,091	-,186	-,201	
	Sig. (2-tailed)	,613	,301	,261	
	N	33	33	33	
COESÃOOCO	Correlation Coefficient	-,180	-,199	-,195	
	Sig. (2-tailed)	,317	,266	,276	
	N	33	33	33	
APOIOSUP	Correlation Coefficient	-,117	-,255	-,150	
	Sig. (2-tailed)	,516	,152	,406	
	N	33	33	33	

Correlations

			COMPACTI	COGNACTI	EVITAMEN
Pearson's rho	EXASTEMO	Correlation Coefficient	,301	,245	,287
		Sig. (2-tailed)	,089	,170	,106
		N	33	33	33
	DESPERSO	Correlation Coefficient	,043	-,163	→,556**
		Sig. (2-tailed)	,811	,364	,001
		N	33	33	33
	REALPESL	Correlation Coefficient	,200	,154	-,169
		Sig. (2-tailed)	,264	,393	,348
		N	33	33	33
	COMPACTI	Correlation Coefficient	1,000	,307	→,453**
		Sig. (2-tailed)	,	,082	,008
		N	33	33	33
COGNACTI	Correlation Coefficient	,307	1,000	,043	
	Sig. (2-tailed)	,082	,	,812	
	N	33	33	33	
EVITAMEN	Correlation Coefficient	→,453**	,043	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,008	,812	,	
	N	33	33	33	
FOCOEMOÇ	Correlation Coefficient	,311	,214	→,633**	
	Sig. (2-tailed)	,078	,232	,000	
	N	33	33	33	
ENVOLVIM	Correlation Coefficient	,104	→,389*	-,157	
	Sig. (2-tailed)	,566	,025	,383	
	N	33	33	33	
COESÁOCO	Correlation Coefficient	,039	-,060	-,140	
	Sig. (2-tailed)	,830	,739	,436	
	N	33	33	33	
APOIOSUP	Correlation Coefficient	-,109	-,275	-,164	
	Sig. (2-tailed)	,545	,121	,363	
	N	33	33	33	

Correlations

			FOCOEMOÇ	ENVOLVIM
Pearman's rho	EXASTEMO	Correlation Coefficient	,247	,091
		Sig. (2-tailed)	,166	,613
		N	33	33
	DESPERSO	Correlation Coefficient	→ ,432*	-,186
		Sig. (2-tailed)	,012	,301
		N	33	33
	REALPESL	Correlation Coefficient	-,236	-,201
		Sig. (2-tailed)	,186	,261
		N	33	33
	COMPACTI	Correlation Coefficient	,311	,104
		Sig. (2-tailed)	,078	,566
	N	33	33	
COGNACTI	Correlation Coefficient	,214	→ ,389*	
	Sig. (2-tailed)	,232	,025	
	N	33	33	
EVITAMEN	Correlation Coefficient	→ ,633**	-,157	
	Sig. (2-tailed)	,000	,383	
	N	33	33	
FOCOEMOÇ	Correlation Coefficient	1,000	,229	
	Sig. (2-tailed)	,	,201	
	N	33	33	
ENVOLVIM	Correlation Coefficient	,229	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,201	,	
	N	33	33	
COESÃOÇO	Correlation Coefficient	-,069	,242	
	Sig. (2-tailed)	,702	,174	
	N	33	33	
APOIOSUP	Correlation Coefficient	-,264	,134	
	Sig. (2-tailed)	,138	,458	
	N	33	33	

Correlations

			COESÃO	SUP
Pearson's rho	EXASTEMO	Correlation Coefficient	-,180	-,117
		Sig. (2-tailed)	,317	,516
		N	33	33
	DESPERSO	Correlation Coefficient	-,199	-,255
		Sig. (2-tailed)	,266	,152
		N	33	33
	REALPESL	Correlation Coefficient	-,195	-,150
		Sig. (2-tailed)	,276	,406
		N	33	33
	COMPACTI	Correlation Coefficient	,039	-,109
		Sig. (2-tailed)	,830	,545
		N	33	33
COGNACTI	Correlation Coefficient	-,060	-,275	
	Sig. (2-tailed)	,739	,121	
	N	33	33	
EVITAMEN	Correlation Coefficient	-,140	-,164	
	Sig. (2-tailed)	,436	,363	
	N	33	33	
FOCOEMOÇ	Correlation Coefficient	-,069	-,264	
	Sig. (2-tailed)	,702	,138	
	N	33	33	
ENVOLVIM	Correlation Coefficient	,242	,134	
	Sig. (2-tailed)	,174	,458	
	N	33	33	
COESÃO	Correlation Coefficient	1,000	,264	
	Sig. (2-tailed)	,	,137	
	N	33	33	
APOIOSUP	Correlation Coefficient	,264	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,137	,	
	N	33	33	

*. Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

ar Tests

nn-Whitney Test

Ranks

	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
EXASTEMO	Masculino	13	20,85	271,00
	Feminino	20	14,50	290,00
	Total	33		
DESPERSO	Masculino	13	19,54	254,00
	Feminino	20	15,35	307,00
	Total	33		
REALPESL	Masculino	13	16,00	208,00
	Feminino	20	17,65	353,00
	Total	33		
COMPACTI	Masculino	13	16,96	220,50
	Feminino	20	17,02	340,50
	Total	33		
COGNACTI	Masculino	13	15,00	195,00
	Feminino	20	18,30	366,00
	Total	33		
EVITAMEN	Masculino	13	15,58	202,50
	Feminino	20	17,92	358,50
	Total	33		
COCOEMOÇ	Masculino	13	17,27	224,50
	Feminino	20	16,83	336,50
	Total	33		
ENVOLVIM	Masculino	13	15,58	202,50
	Feminino	20	17,92	358,50
	Total	33		
COESÃO	Masculino	13	14,46	188,00
	Feminino	20	18,65	373,00
	Total	33		
APOIOSUP	Masculino	13	15,50	201,50
	Feminino	20	17,98	359,50
	Total	33		

us e
significativo

Test Statistics^b

	EXASTEMO	DESPERSO	REALPESL	COMPACTI	COGNACTI	EVITAMEN
Mann-Whitney U	80,000	97,000	117,000	129,500	104,000	111,500
Wilcoxon W	290,000	307,000	208,000	220,500	195,000	202,500
Z	-1,846	-1,221	-,480	-,019	-,967	-,690
Asymp. Sig. (2-tailed)	,065	,222	,631	,985	,334	,490
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,068 ^a	,235 ^a	,650 ^a	,986 ^a	,353 ^a	,501 ^a

Test Statistics^b

	FOCOEMOÇ	ENVOLVIM	COESÃO	APOIOSUP
Mann-Whitney U	126,500	111,500	97,000	110,500
Milcoxon W	336,500	202,500	188,000	201,500
Z	-,131	-,696	-,1290	-,734
Asymp. Sig. (2-tailed)	,896	,486	,197	,463
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,899 ^a	,501 ^a	,235 ^a	,478 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Sexo

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic
ade	33	27	24	51
nos Instituição	33	19	1	20
nos Profissão	33	22	2	24
oras c/ utente	33	9	1	10
alid N (listwise)	33			

Descriptive Statistics

	Mean		Std.	Variance
	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic
ade	34,85	1,23	7,09	50,320
nos Instituição	5,03	,56	3,24	10,468
nos Profissão	10,12	1,11	6,35	40,360
oras c/ utente	5,30	,34	1,93	3,718
alid N (listwise)				

ar Tests

nn-Whitney Test

Ranks

	idade grupos	N	Mean Rank	Sum of Ranks
EXASTEMO	menos ou igual a 35	19	19,89	378,00
	mais de 35	14	13,07	183,00
	Total	33		
DESPERSO	menos ou igual a 35	19	17,18	326,50
	mais de 35	14	16,75	234,50
	Total	33		
REALPESL	menos ou igual a 35	19	16,79	319,00
	mais de 35	14	17,29	242,00
	Total	33		
COMPACTI	menos ou igual a 35	19	19,63	373,00
	mais de 35	14	13,43	188,00
	Total	33		
COGNACTI	menos ou igual a 35	19	18,63	354,00
	mais de 35	14	14,79	207,00
	Total	33		
EVITAMEN	menos ou igual a 35	19	17,58	334,00
	mais de 35	14	16,21	227,00
	Total	33		
FOCOEMOÇ	menos ou igual a 35	19	17,53	333,00
	mais de 35	14	16,29	228,00
	Total	33		
ENVOLVIM	menos ou igual a 35	19	17,66	335,50
	mais de 35	14	16,11	225,50
	Total	33		
COESÁOCO	menos ou igual a 35	19	18,16	345,00
	mais de 35	14	15,43	216,00
	Total	33		
APOIOSUP	menos ou igual a 35	19	17,08	324,50
	mais de 35	14	16,89	236,50
	Total	33		

Test Statistics^b

	EXASTEMO	DESPERSO	REALPESL	COMPACTI	COGNACTI	EVITAMEN
Mann-Whitney U	78,000	129,500	129,000	83,000	102,000	122,000
Wilcoxon W	183,000	234,500	319,000	188,000	207,000	227,000
Z	-2,008	-,128	-,146	-1,844	-1,139	-,406
Asymp. Sig. (2-tailed)	,045	,898	,884	,065	,255	,685
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,046 ^a	,900 ^a	,900 ^a	,071 ^a	,271 ^a	,706 ^a

Test Statistics^b

	FOCOEMOÇ	ENVOLVIM	COESÃO	APOIOSUP
Mann-Whitney U	123,000	120,500	111,000	131,500
Wilcoxon W	228,000	225,500	216,000	236,500
Z	-,370	-,465	-,850	-,056
Asymp. Sig. (2-tailed)	,712	,642	,395	,955
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,733 ^a	,653 ^a	,439 ^a	,957 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: idade grupos

ar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
EXASTEMO	casado -solteiro/separado			
	casado/união de facto	21	16,02	336,50
	solteiro/separado/divorciado	12	18,71	224,50
	Total	33		
DESPERSO	casado/união de facto	21	16,02	336,50
	solteiro/separado/divorciado	12	18,71	224,50
	Total	33		
REALPEL	casado/união de facto	21	18,55	389,50
	solteiro/separado/divorciado	12	14,29	171,50
	Total	33		
COMPACTI	casado/união de facto	21	18,98	398,50
	solteiro/separado/divorciado	12	13,54	162,50
	Total	33		
COGNACTI	casado/união de facto	21	16,95	356,00
	solteiro/separado/divorciado	12	17,08	205,00
	Total	33		
EVITAMEN	casado/união de facto	21	16,64	349,50
	solteiro/separado/divorciado	12	17,63	211,50
	Total	33		
COEOMOÇ	casado/união de facto	21	16,31	342,50
	solteiro/separado/divorciado	12	18,21	218,50
	Total	33		
ENVOLVIM	casado/união de facto	21	17,38	365,00
	solteiro/separado/divorciado	12	16,33	196,00
	Total	33		
COESÁOCO	casado/união de facto	21	17,69	371,50
	solteiro/separado/divorciado	12	15,79	189,50
	Total	33		
COIOSUP	casado/união de facto	21	16,43	345,00
	solteiro/separado/divorciado	12	18,00	216,00
	Total	33		

não é significativo

Test Statistics^b

	EXASTEMO	DESPERSO	REALPEL	COMPACTI	COGNACTI	EVITAMEN
Mann-Whitney U	105,500	105,500	93,500	84,500	125,000	118,500
Wilcoxon W	336,500	336,500	171,500	162,500	356,000	349,500
Z	-,769	-,771	-1,219	-1,572	-,038	-,284
Asymp. Sig. (2-tailed)	,442	,441	,223	,116	,970	,776
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,449 ^a	,449 ^a	,228 ^a	,122 ^a	,985 ^a	,782 ^a

Test Statistics^b

	FOCOEMOÇ	ENVOLVIM	COESÃO	APOIOSUP
Mann-Whitney U	111,500	118,000	111,500	114,000
Wilcoxon W	342,500	196,000	189,500	345,000
Z	-,551	-,306	-,576	-,459
Asymp. Sig. (2-tailed)	,582	,760	,565	,646
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,593 ^a	,782 ^a	,593 ^a	,671 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: casado -solteiro/separado

ar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	Estado Civil	N	Mean Rank	Sum of Ranks
EXASTEMO	Solteiro	9	19,33	174,00
	Casado/União facto	21	13,86	291,00
	Total	30		
DESPERSO	Solteiro	9	18,67	168,00
	Casado/União facto	21	14,14	297,00
	Total	30		
REALPESL	Solteiro	9	9,50	85,50
	Casado/União facto	21	18,07	379,50
	Total	30		
COMPACTI	Solteiro	9	13,06	117,50
	Casado/União facto	21	16,55	347,50
	Total	30		
COGNACTI	Solteiro	9	15,44	139,00
	Casado/União facto	21	15,52	326,00
	Total	30		
EVITAMEN	Solteiro	9	16,89	152,00
	Casado/União facto	21	14,90	313,00
	Total	30		
COCOEMOÇ	Solteiro	9	17,72	159,50
	Casado/União facto	21	14,55	305,50
	Total	30		
ENVOLVIM	Solteiro	9	15,72	141,50
	Casado/União facto	21	15,40	323,50
	Total	30		
COESÁOCO	Solteiro	9	14,56	131,00
	Casado/União facto	21	15,90	334,00
	Total	30		
APOIOSUP	Solteiro	9	16,83	151,50
	Casado/União facto	21	14,93	313,50
	Total	30		

Test Statistics^b

	EXASTEMO	DESPERSO	REALPESL	COMPACTI	COGNACTI	EVITAMEN
Mann-Whitney U	60,000	66,000	40,500	72,500	94,000	82,000
Wilcoxon W	291,000	297,000	85,500	117,500	139,000	313,000
Z	-1,564	-1,295	-2,449	-1,010	-,023	-,575
Asymp. Sig. (2-tailed)	,118	,195	,014	,312	,982	,566
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,125 ^a	,209 ^a	,012 ^a	,326 ^a	1,000 ^a	,594 ^a

Test Statistics^b

	FOCOEMOÇ	ENVOLVIM	COESÃO	APOIOSUP
Mann-Whitney U	74,500	92,500	86,000	82,500
Wilcoxon W	305,500	323,500	131,000	313,500
Z	-,918	-,093	-,410	-,554
Asymp. Sig. (2-tailed)	,359	,926	,682	,580
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,372 ^a	,929 ^a	,722 ^a	,594 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Estado Civil

ar Tests

nn-Whitney Test

Ranks

	Tem Filhos	N	Mean Rank	Sum of Ranks
EXASTEMO	Sim	19	13,97	265,50
	Não	14	21,11	295,50
	Total	33		
DESPERSO	Sim	19	14,76	280,50
	Não	14	20,04	280,50
	Total	33		
REALPESL	Sim	19	19,08	362,50
	Não	14	14,18	198,50
	Total	33		
COMPACTI	Sim	19	15,61	296,50
	Não	14	18,89	264,50
	Total	33		
COGNACTI	Sim	19	15,47	294,00
	Não	14	19,07	267,00
	Total	33		
EVITAMEN	Sim	19	13,47	256,00
	Não	14	21,79	305,00
	Total	33		
FOCOEMOÇ	Sim	19	13,63	259,00
	Não	14	21,57	302,00
	Total	33		
ENVOLVIM	Sim	19	16,95	322,00
	Não	14	17,07	239,00
	Total	33		
COESÃOOCO	Sim	19	17,92	340,50
	Não	14	15,75	220,50
	Total	33		
APOIOSUP	Sim	19	17,84	339,00
	Não	14	15,86	222,00
	Total	33		

Test Statistics^b

	EXASTEMO	DESPERSO	REALPESL	COMPACTI	COGNACTI	EVITAMEN
Mann-Whitney U	75,500	90,500	93,500	106,500	104,000	66,000
Wilcoxon W	265,500	280,500	198,500	296,500	294,000	256,000
Z	-2,099	-1,555	-1,442	-,977	-1,066	-2,471
Asymp. Sig. (2-tailed)	,036	,120	,149	,328	,286	,013
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,035 ^a	,123 ^a	,152 ^a	,339 ^a	,304 ^a	,014 ^a

Test Statistics^b

	FOCOEMOÇ	ENVOLVIM	COESÃO	APOIOSUP
Mann-Whitney U	69,000	132,000	115,500	117,000
Wilcoxon W	259,000	322,000	220,500	222,000
Z	-2,366	-,037	-,676	-,595
Asymp. Sig. (2-tailed)	<u>,018</u>	,970	,499	,552
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,019 ^a	,986 ^a	,529 ^a	,577 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Tem Filhos

Test Statistics^b

	FOCOEMOÇ	ENVOLVIM	COESÃO	APOIOSUP
Mann-Whitney U	40,500	72,500	92,500	69,500
Vilcoxon W	76,500	108,500	417,500	394,500
Z	-2,536	-1,180	-,334	-1,309
Asymp. Sig. (2-tailed)	,011	,238	,738	,191
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,010 ^a	,254 ^a	,757 ^a	,204 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: PROFISSÃO

ar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	PROFISSÃO	N	Mean Rank	Sum of Ranks
EXASTEMO	MEDICOS	8	10,75	86,00
	ENFERMEIROS	25	19,00	475,00
	Total	33		
DESPERSO	MEDICOS	8	12,56	100,50
	ENFERMEIROS	25	18,42	460,50
	Total	33		
REALPESL	MEDICOS	8	19,56	156,50
	ENFERMEIROS	25	16,18	404,50
	Total	33		
COMPACTI	MEDICOS	8	10,25	82,00
	ENFERMEIROS	25	19,16	479,00
	Total	33		
COGNACTI	MEDICOS	8	13,19	105,50
	ENFERMEIROS	25	18,22	455,50
	Total	33		
EVITAMEN	MEDICOS	8	13,63	109,00
	ENFERMEIROS	25	18,08	452,00
	Total	33		
FOCOEMOÇ	MEDICOS	8	9,56	76,50
	ENFERMEIROS	25	19,38	484,50
	Total	33		
ENVOLVIM	MEDICOS	8	13,56	108,50
	ENFERMEIROS	25	18,10	452,50
	Total	33		
COESÃOOCO	MEDICOS	8	17,94	143,50
	ENFERMEIROS	25	16,70	417,50
	Total	33		
APOIOSUP	MEDICOS	8	20,81	166,50
	ENFERMEIROS	25	15,78	394,50
	Total	33		

Test Statistics^b

	EXASTEMO	DESPERSO	REALPESL	COMPACTI	COGNACTI	EVITAMEN
Mann-Whitney U	50,000	64,500	79,500	46,000	69,500	73,000
Wilcoxon W	86,000	100,500	404,500	82,000	105,500	109,000
Z	-2,105	-1,498	-,863	-2,296	-1,293	-1,148
Asymp. Sig. (2-tailed)	,035	,134	,388	,022	,196	,251
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,036 ^a	,138 ^a	,397 ^a	,022 ^a	,204 ^a	,272 ^a

ar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	Trabalho Turnos	N	Mean Rank	Sum of Ranks
EXASTEMO	Sim	22	19,45	428,00
	Não	11	12,09	133,00
	Total	33		
DESPERSO	Sim	22	17,36	382,00
	Não	11	16,27	179,00
	Total	33		
REALPEL	Sim	22	16,18	356,00
	Não	11	18,64	205,00
	Total	33		
COMPACTI	Sim	22	19,95	439,00
	Não	11	11,09	122,00
	Total	33		
COGNACTI	Sim	22	17,30	380,50
	Não	11	16,41	180,50
	Total	33		
EVITAMEN	Sim	22	17,89	393,50
	Não	11	15,23	167,50
	Total	33		
COCOEMOÇ	Sim	22	18,23	401,00
	Não	11	14,55	160,00
	Total	33		
ENVOLVIM	Sim	22	17,36	382,00
	Não	11	16,27	179,00
	Total	33		
COESÃOOCO	Sim	22	16,98	373,50
	Não	11	17,05	187,50
	Total	33		
COPOIOSUP	Sim	22	17,50	385,00
	Não	11	16,00	176,00
	Total	33		

Test Statistics^b

	EXASTEMO	DESPERSO	REALPEL	COMPACTI	COGNACTI	EVITAMEN
Mann-Whitney U	67,000	113,000	103,000	56,000	114,500	101,500
Wilcoxon W	133,000	179,000	356,000	122,000	180,500	167,500
Z	-2,067	-,307	-,689	-2,513	-,250	-,754
Asymp. Sig. (2-tailed)	,039	,759	,491	,012	,802	,451
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,040 ^a	,778 ^a	,510 ^a	,012 ^a	,807 ^a	,462 ^a

Test Statistics^b

	FOCOEMOÇ	ENVOLVIM	COESÃO	APOIOSUP
Mann-Whitney U	94,000	113,000	120,500	110,000
Wilcoxon W	160,000	179,000	373,500	176,000
Z	-1,046	-,312	-,020	-,429
Asymp. Sig. (2-tailed)	,295	,755	,984	,668
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,317 ^a	,778 ^a	,985 ^a	,693 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Trabalho Turnos

ar Tests

nn-Whitney Test

Ranks

	Trabalho Outra Instituição	N	Mean Rank	Sum of Ranks
EXASTEMO	Sim	12	18,29	219,50
	Não	21	16,26	341,50
	Total	33		
DESPERSO	Sim	12	18,08	217,00
	Não	21	16,38	344,00
	Total	33		
REALPEL	Sim	12	16,67	200,00
	Não	21	17,19	361,00
	Total	33		
COMPACTI	Sim	12	20,25	243,00
	Não	21	15,14	318,00
	Total	33		
COGNACTI	Sim	12	20,75	249,00
	Não	21	14,86	312,00
	Total	33		
EVITAMEN	Sim	12	18,17	218,00
	Não	21	16,33	343,00
	Total	33		
COCOEMOÇ	Sim	12	17,75	213,00
	Não	21	16,57	348,00
	Total	33		
ENVOLVIM	Sim	12	18,42	221,00
	Não	21	16,19	340,00
	Total	33		
COESÁOCO	Sim	12	17,67	212,00
	Não	21	16,62	349,00
	Total	33		
COIOSUP	Sim	12	18,58	223,00
	Não	21	16,10	338,00
	Total	33		

uõ e significativo

Test Statistics^b

	EXASTEMO	DESPERSO	REALPEL	COMPACTI	COGNACTI	EVITAMEN
Mann-Whitney U	110,500	113,000	122,000	87,000	81,000	112,000
Wilcoxon W	341,500	344,000	200,000	318,000	312,000	343,000
Z	-,581	-,489	-,150	-1,478	-1,699	-,530
Asymp. Sig. (2-tailed)	,561	,625	,881	,140	,089	,596
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,567 ^a	,645 ^a	,897 ^a	,152 ^a	,096 ^a	,618 ^a

Test Statistics^b

	FOCOEMOÇ	ENVOLVIM	COESÃO	APOIOSUP
Mann-Whitney U	117,000	109,000	118,000	107,000
Milcoxon W	348,000	340,000	349,000	338,000
Z	-,342	-,650	-,318	-,726
Asymp. Sig. (2-tailed)	,733	,516	,751	,468
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,754 ^a	,542 ^a	,782 ^a	,494 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Trabalho Outra Instituição

Test Statistics^b

	EXASTEMO	DESPERSO	REALPEL	COMPACTI	COGNACTI	EVITAMEN
Mann-Whitney U	90,000	116,000	126,500	72,500	114,000	113,500
Silcoxon W	181,000	207,000	217,500	163,500	205,000	204,500
	-1,477	-,518	-,129	-2,145	-,595	-,615
Asymp. Sig. (2-tailed)	,140	,604	,897	,032	,552	,538
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,147 ^a	,624 ^a	,899 ^a	,033 ^a	,573 ^a	,548 ^a

Test Statistics^b

	FOCOEMOÇ	ENVOLVIM	COESÃO	APOIOSUP
Mann-Whitney U	130,000	129,000	105,000	127,000
Silcoxon W	221,000	339,000	196,000	218,000
	,000	-,038	-,977	-,113
Asymp. Sig. (2-tailed)	1,000	,970	,328	,910
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	1,000 ^a	,986 ^a	,372 ^a	,928 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Anos na profissão

Par Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	Anos na profissão	N	Mean Rank	Sum of Ranks
KASTEMO	menos ou igual a 10 anos na profissão	20	19,00	380,00
	mais de 10 anos na profissão	13	13,92	181,00
	Total	33		
ESPERSO	menos ou igual a 10 anos na profissão	20	17,70	354,00
	mais de 10 anos na profissão	13	15,92	207,00
	Total	33		
EALPESL	menos ou igual a 10 anos na profissão	20	17,17	343,50
	mais de 10 anos na profissão	13	16,73	217,50
	Total	33		
COMPACTI	menos ou igual a 10 anos na profissão	20	19,88	397,50
	mais de 10 anos na profissão	13	12,58	163,50
	Total	33		
COGNACTI	menos ou igual a 10 anos na profissão	20	17,80	356,00
	mais de 10 anos na profissão	13	15,77	205,00
	Total	33		
EVITAMEN	menos ou igual a 10 anos na profissão	20	17,83	356,50
	mais de 10 anos na profissão	13	15,73	204,50
	Total	33		
FOCOEMOÇ	menos ou igual a 10 anos na profissão	20	17,00	340,00
	mais de 10 anos na profissão	13	17,00	221,00
	Total	33		
ENVOLVIM	menos ou igual a 10 anos na profissão	20	16,95	339,00
	mais de 10 anos na profissão	13	17,08	222,00
	Total	33		
COESÃOÇO	menos ou igual a 10 anos na profissão	20	18,25	365,00
	mais de 10 anos na profissão	13	15,08	196,00
	Total	33		
APOIOSUP	menos ou igual a 10 anos na profissão	20	17,15	343,00
	mais de 10 anos na profissão	13	16,77	218,00
	Total	33		

ar Tests

nn-Whitney Test

Ranks

	Anos na instituição	N	Mean Rank	Sum of Ranks
EXASTEMO	menor ou igual a 5 anos	20	15,48	309,50
	maior que 5 anos	13	19,35	251,50
	Total	33		
DESPERSO	menor ou igual a 5 anos	20	18,25	365,00
	maior que 5 anos	13	15,08	196,00
	Total	33		
REALPEL	menor ou igual a 5 anos	20	15,70	314,00
	maior que 5 anos	13	19,00	247,00
	Total	33		
COMPACTI	menor ou igual a 5 anos	20	17,05	341,00
	maior que 5 anos	13	16,92	220,00
	Total	33		
COGNACTI	menor ou igual a 5 anos	20	19,23	384,50
	maior que 5 anos	13	13,58	176,50
	Total	33		
EVITAMEN	menor ou igual a 5 anos	20	17,30	346,00
	maior que 5 anos	13	16,54	215,00
	Total	33		
OCOEMOÇ	menor ou igual a 5 anos	20	16,10	322,00
	maior que 5 anos	13	18,38	239,00
	Total	33		
ENVOLVIM	menor ou igual a 5 anos	20	16,67	333,50
	maior que 5 anos	13	17,50	227,50
	Total	33		
COESÃO	menor ou igual a 5 anos	20	18,40	368,00
	maior que 5 anos	13	14,85	193,00
	Total	33		
APOIOSUP	menor ou igual a 5 anos	20	15,63	312,50
	maior que 5 anos	13	19,12	248,50
	Total	33		

não é significativo

Test Statistics^b

	EXASTEMO	DESPERSO	REALPEL	COMPACTI	COGNACTI	EVITAMEN
Mann-Whitney U	99,500	105,000	104,000	129,000	85,500	124,000
Wilcoxon W	309,500	196,000	314,000	220,000	176,500	215,000
Z	-1,126	-,925	-,960	-,037	-1,654	-,224
Asymp. Sig. (2-tailed)	,260	,355	,337	,970	,098	,823
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,265 ^a	,372 ^a	,353 ^a	,986 ^a	,102 ^a	,842 ^a

Test Statistics^b

	FOCOEMOÇ	ENVOLVIM	COESÃOCO	APOIOSUP
Mann-Whitney U	112,000	123,500	102,000	102,500
Wilcoxon W	322,000	333,500	193,000	312,500
Z	-,673	-,245	-,1095	-,1035
Asymp. Sig. (2-tailed)	,501	,807	,274	,301
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,524 ^a	,813 ^a	,316 ^a	,316 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Anos na instituição

Par Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	horas com utente	N	Mean Rank	Sum of Ranks
EXASTEMO	menos ou igual a 5 horas	20	16,98	339,50
	mais de 5 horas	13	17,04	221,50
	Total	33		
DESPERSO	menos ou igual a 5 horas	20	16,88	337,50
	mais de 5 horas	13	17,19	223,50
	Total	33		
REALPESL	menos ou igual a 5 horas	20	17,27	345,50
	mais de 5 horas	13	16,58	215,50
	Total	33		
COMPACTI	menos ou igual a 5 horas	20	16,98	339,50
	mais de 5 horas	13	17,04	221,50
	Total	33		
COGNACTI	menos ou igual a 5 horas	20	17,70	354,00
	mais de 5 horas	13	15,92	207,00
	Total	33		
EVITAMEN	menos ou igual a 5 horas	20	17,25	345,00
	mais de 5 horas	13	16,62	216,00
	Total	33		
COCOEMOÇ	menos ou igual a 5 horas	20	15,60	312,00
	mais de 5 horas	13	19,15	249,00
	Total	33		
ENVOLVIM	menos ou igual a 5 horas	20	16,40	328,00
	mais de 5 horas	13	17,92	233,00
	Total	33		
COESÁOCO	menos ou igual a 5 horas	20	15,93	318,50
	mais de 5 horas	13	18,65	242,50
	Total	33		
APOIOSUP	menos ou igual a 5 horas	20	16,40	328,00
	mais de 5 horas	13	17,92	233,00
	Total	33		

não é significativo

Test Statistics^b

	EXASTEMO	DESPERSO	REALPESL	COMPACTI	COGNACTI	EVITAMEN
Mann-Whitney U	129,500	127,500	124,500	129,500	116,000	125,000
Wilcoxon W	339,500	337,500	215,500	339,500	207,000	216,000
Z	-,018	-,093	-,203	-,019	-,520	-,187
Asymp. Sig. (2-tailed)	,985	,926	,839	,985	,603	,852
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,986 ^a	,928 ^a	,842 ^a	,986 ^a	,624 ^a	,870 ^a

Test Statistics^b

	FOCOEMOÇ	ENVOLVIM	COESÃOÇO	APOIOSUP
Mann-Whitney U	102,000	118,000	108,500	118,000
Likelihood Ratio Chi-Square	312,000	328,000	318,500	328,000
Asymptotic Significance (2-tailed)	,1047	,452	,841	,452
Exact Significance [2*(1-tailed Sig.)]	,2095	,904	,682	,904
	,316 ^a	,676 ^a	,434 ^a	,676 ^a

Not corrected for ties.

Grouping Variable: horas com utente