



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa



XIII Curso de Mestrado em Saúde Pública

Trabalho de Projeto de Investigação

Burnout dos enfermeiros nos serviços de saúde em Portugal

Um estudo de caso na Saúde 24 Porto

Orientadora: Professora Doutora Carla Nunes

Co-Orientadora: Doutora Teresa Maia

Mestrando: Pedro Simões

Lisboa, Julho de 2012



*“O mais importante da vida não é a situação em que estamos,
mas a direção para a qual nos movemos.”*

(Oliver Wendell Holmes)

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento muito especial para a minha família, que me apoiou incondicionalmente, sem eles este trabalho não teria sido possível.

À Professora Carla Nunes pela disponibilidade e interesse demonstrados na análise da temática.

À Dra. Teresa Maia por se mostrar sempre disponível e ter dado uma orientação importante de acordo com a sua experiência profissional.

À equipa da Saúde 24 Porto, pelo entusiasmo demonstrado e excelente colaboração.

Um agradecimento especial à Cecília que colaborou na revisão final e foi uma preciosa ajuda.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

RESUMO

A síndrome de *burnout*, definida pela exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, designa um estado de fadiga física e emocional crónico dos profissionais, o qual pode comprometer as organizações.

Neste estudo descritivo, pretende-se estudar a síndrome de *burnout* nos enfermeiros dos serviços de saúde, especialmente focado nos serviços de atendimento permanente telefónico, suas características, consequências e estratégias de prevenção. A população alvo serão todos os enfermeiros que trabalham em serviços de atendimento permanente telefónico e a amostra, não probabilística e de conveniência, os enfermeiros que desempenham funções no centro de atendimento da Saúde 24 Porto.

Primeiramente aborda-se o conceito de *burnout* e a sua relação com a prática de Enfermagem, de seguida é realizada uma descrição sobre os centros de atendimento em saúde até à atual situação da Saúde 24.

Na amostra em estudo, enfermeiros da Saúde 24 Porto, existe predominância do sexo feminino (66,99%) e a média de idades é de 32 anos (26 anos de idade mínima, 49 de idade máxima e desvio padrão de 4,59). Constatou-se que 94,26% desempenha funções de enfermeiro comunicador e os restantes 5,74% são enfermeiros supervisores, a média de anos de atividade profissional é de 5,67 anos e 36,4% dos enfermeiros desempenha funções na Saúde 24 há mais de 3 anos.

Foi aplicado o Inventário de *Burnout* de Maslach e os resultados indicaram a ausência de síndrome de esgotamento profissional. Existem níveis médios de *burnout*, sustentados pelos valores obtidos na exaustão emocional no terço inferior (<19,10), e valores no terço inferior, na realização pessoal (<38,00) e nível baixo na despersonalização (<4,90).

No que concerne à idade não foram encontradas correlações significativas em nenhuma das dimensões, contudo, no que refere ao tempo de serviço verificou-se que existem correlações significativas e negativas para a exaustão emocional e para a



despersonalização ou seja, a tendência atual é a de que os enfermeiros com menos tempo de serviço têm maior tendência para scores mais altos de *burnout*.

Existe uma relação entre as variáveis, grau académico, exaustão e despersonalização, a qual mostrou uma tendência para scores mais altos em relação a enfermeiros licenciados e pós graduados nas dimensões de exaustão e despersonalização contrariamente aos enfermeiros com o grau de mestre ou especialidade.

Existe também uma relação entre as variáveis género e despersonalização, sendo o score baixo, aquele que apresenta maior expressão no sexo masculino, mas principalmente no sexo feminino. As mulheres têm scores mais baixos que os homens nesta dimensão, traduzindo-se na percentagem mais elevada obtida (67,1%, contra 53,6%). E em contrapartida nos resultados obtidos para o score alto relativo à despersonalização, os homens apresentam um resultado pior do que as mulheres, sendo 26,1% para os homens e 12,1% para as mulheres.

Quando se examinam as funções desempenhadas distribuídas pelas dimensões de *burnout*, verifica-se a existência de uma relação entre a variável função desempenhada e a realização pessoal. Nos resultados percebeu-se que, quanto mais elevada a função desempenhada (enfermeiro supervisor), mais baixa é a realização pessoal. E esta dimensão tem o score inverso, logo a interpretação deverá ser feita no sentido de que, quanto mais elevada for a função, maior será a realização pessoal.

Os resultados obtidos são animadores contudo a vulnerabilidade para este tipo de problema, entre enfermeiros, potencializada pelo tipo de trabalho realizado por estes profissionais de saúde será desejável estar atento e usar estratégias para enfrentar o *burnout* quando ele surgir.

O fenómeno *burnout* não é apenas como um problema do individuo mas é principalmente um problema da organização.

Palavras-Chave: *Burnout*, centro atendimento, saúde 24, enfermeiros.

ABSTRACT

The burnout syndrome, defined as emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment, refers to a state of chronic emotional and physical fatigue of the workers, which may compromise the organizations.

This descriptive study aims to present the burnout syndrome in health services, their characteristics, consequences, prevention strategies and relate to the work of 211 nurses who perform at Saúde 24 contact center in Porto.

First it is discussed the concept of *burnout* and relation to the practice of nursing, a description is made later on, in health care contact centers to the current reality of Saúde 24.

In the sample studied, Saúde 24 Porto nurses, there is a predominance of females (66.99%) and the average age is 32 years (26 years minimum age, maximum age of 49 and standard deviation of 4.59). It was found out that 94.26% of nurse performs functions communicator and the remaining 5.74% are nursing supervisors, the average years of professional activity is 5.67 years and 36.4% of nurses plays roles in Saúde 24 more than three years.

In this study is used the Maslach Burnout Inventory and the results indicated the absence of burnout syndrome. There are average levels of burnout, underpinned by the values obtained in emotional exhaustion in the lower third (<19.10), and values in the lower third in personal accomplishment (<38.00), the depersonalization level is low (<4.90).

In age were not found significant correlations in any of the dimensions however as to length of service grows there are significant and negative correlations for emotional exhaustion and depersonalization that is, the current trend is that nurses with less time service have a higher tendency to upper burnout scores.



There is an association between variables, degree, exhaustion and depersonalization, showing the tendency for higher scores in graduates and post graduate nurses in the dimensions of exhaustion and depersonalization as opposed to nurses with a master's degree or specialty.

There is also an association between the variables gender and depersonalization, the low score has a highest expression both in males and females, but especially in females. Women have lower scores than men in this dimension, resulting in the highest percentage obtained (67.1% vs. 53.6%), In the opposite site, when analyze the depersonalization dimension, male gender have highest percent and highest score than female (26.1% male and 12.1% female).

When examining the tasks assigned by the dimensions of burnout, it appears that a association exists between the variable function performed and personal fulfillment. The results was noticed that the higher function performed (nurse supervisor) is lower personal fulfillment, this dimension is just opposite score interpretation should be made to the effect, the higher the function greater personal fulfillment.

The results obtained are encouraging, nevertheless the vulnerability for this kind of problem, including nurses, boosted by the type of work performed by these health professionals, will be desirable to use strategies to face burnout.

The phenomenon of burnout is not just as an individual problem but is primarily a problem of organization.

Keywords: burnout, contact center, Saúde 24, nurses.

Índice

1. Introdução	14
2. Enquadramento teórico	18
2.1. Enquadramento do tema	18
2.1.1. Definições de <i>burnout</i>	19
2.1.2. <i>Burnout</i> em enfermeiros	27
2.1.3. Estratégia para minimizar fatores de risco	30
2.2. Os centros de atendimento em saúde	33
2.2.1. A evolução até à atualidade	34
2.2.2. O centro de atendimento da Saúde 24	39
2.2.3. A organização do centro de atendimento da Saúde24	40
3. Objetivos	46
4. Material e Métodos.....	47
4.1. Tipo de Estudo.....	47
4.2. Período do estudo	47
4.3. Definição de População Alvo, População em Estudo e Amostra	47
4.4. Fontes e Suportes de Informação	48
4.5. Recolha de Dados	48
4.5.1. Dados sociodemográficos.....	49
4.5.2. MBI – Maslach Burnout Inventory.....	49
4.5.3. Procedimento de recolha de dados.....	52
4.5.4. Tratamento dos Dados	52
4.6. Considerações éticas	53
4.7. Operacionalização do estudo	54
4.7.1. Cronograma	54
4.7.2. Recursos Humanos e Técnicos	54
4.8. Limitações do estudo	55
5. Resultados e discussão	56
6. Conclusão	72
7. Bibliografia	77



ANEXOS

ANEXO I: Questionário.....	86
ANEXO II: Pedido de autorização para realização do questionário.	94
ANEXO III: Cronograma	96
ANEXO IV: Quadro de Atividades	98



LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Modelo adaptado de <i>Burnout</i> profissional de Pines 1996 (Cumbe, 2010).....	20
FIGURA 2: Modelo do processo de <i>burnout</i> de Cherniss, adaptado de Correia, 1997.....	21
FIGURA 3: Modelo Geral de <i>Burnout</i> adaptado de Leiter&Maslash, 1998 (Queirós, 2005).....	23

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Quadro de Scores de Maslach (1996).....	26
QUADRO 2: Distribuição por faixa etária	58
QUADRO 3: Cálculo do Alfa de <i>Cronbach</i>	61
QUADRO 4: Cálculo do Alfa de <i>Cronbach</i> para os itens da dimensão exaustão emocional.	61
QUADRO 5: Cálculo do Alfa de <i>Cronbach</i> para os itens da dimensão despersonalização.....	62
QUADRO 6: Cálculo do Alfa de <i>Cronbach</i> para os itens da dimensão realização profissional.....	62
QUADRO 7: Cálculo da Média e Desvio Padrão para as três dimensões de análise.....	63
QUADRO 8: Número de enfermeiros distribuído pelos diferentes scores de Maslach	63
QUADRO 9: Cálculo da correlação de <i>Spearman</i> para as três dimensões de análise, idade, tempo de serviço e tempo de serviço na Saúde 24.....	64
QUADRO 10: Quadro resumo do teste de independência do Qui-quadrado entre as três dimensões de análise, sexo, actividade desempenhada e grau académico.	65
QUADRO 11: Distribuição dos scores de <i>burnout</i> nas três dimensões por faixa etária.....	66
QUADRO 12: Distribuição dos scores de <i>burnout</i> nas três dimensões de acordo com a função desempenhada.....	67
QUADRO 13: Distribuição dos scores de <i>burnout</i> nas três dimensões por grau académico.....	68
QUADRO 14: Distribuição dos scores de <i>burnout</i> nas três dimensões por género.	69
QUADRO 15: Distribuição dos scores de <i>burnout</i> nas três dimensões por tempo de atividade profissional.....	70
QUADRO 16: Distribuição dos scores de <i>burnout</i> nas três dimensões por tempo de atividade profissional na Saúde 24.	71



LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Distribuição por Atividade Desempenhada.....	57
GRÁFICO 2: Distribuição da atividade desempenhada por faixa etária.....	58
GRÁFICO 3: Distribuição da atividade desempenhada por género	59
GRÁFICO 4: Distribuição do tempo de atividade profissional como enfermeiros, em anos de serviço.	59
GRÁFICO 5: Distribuição do tempo de serviço na Saúde 24 em anos de serviço.	60
GRÁFICO 6: Distribuição da atividade desempenhada de acordo com o grau académico.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS

- ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
- CIAV – Centro de Intoxicações e Anti Venenos
- CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
- EE – Exaustão Emocional
- ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
- EUA – Estados Unidos da América
- INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
- LCS – Linha de Cuidados de Saúde
- MBI – Maslach *Burnout* Inventory
- NHS – National Health Service
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- OPSS – observatório Português de Serviços de Saúde
- PPP – Parceria Publico Privada
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
- UNL – Universidade Nova de Lisboa
- WHO – World Health Organization



1. Introdução

Ao vivermos em sociedade é natural que, em determinadas alturas possamos entrar em desacordo com outras pessoas ou com o próprio ambiente. Esta interação com o meio que nos rodeia tanto pode contribuir para o equilíbrio e a estabilidade necessários como pode mesmo induzir o desequilíbrio do indivíduo.

As instituições de saúde, pelas suas características próprias, sempre foram locais de trabalho onde se vive a atividade com muita intensidade, o que, por vezes provoca atritos entre profissionais, grupos de trabalho e equipas. Esta questão poderá estar relacionada com o facto de existirem diferentes grupos profissionais diferentes tipos de serviços prestados, diferentes tipos de relações de liderança, diferenças de ideias e valores entre os vários profissionais e profissões.

As constantes mudanças científicas e tecnológicas, os novos modelos de gestão que cada executivo impõe, de forma a melhorar a eficiência e eficácia do serviço prestado pelos profissionais de saúde, vão introduzindo variáveis, como sendo, alterações significativas na dinâmica das organizações, modificando esquemas de trabalho que existiam há décadas. Estes processos, se não forem devidamente acompanhados com formação, identificação de necessidade e envolvimento dos profissionais, podem conduzir à, perda de vitalidade das organizações, diminuição de investimento por parte dos colaboradores e reduzida motivação e insatisfação no trabalho.

No âmbito da realização do Trabalho de Projeto de Investigação do Mestrado em Saúde Pública, o propósito principal deste trabalho é a identificação e caracterização de situações de *burnout* nos profissionais de saúde que desempenham funções na Saúde 24 Porto.

O conceito de *Burnout* tem contribuído para uma maior compreensão e prevenção da exaustão profissional nos mais variados contextos e locais de atividade, no entanto, a prestação de serviços de saúde de triagem clínica telefónica em Portugal nunca teve



nenhum estudo conhecido que pudesse ajudar a compreender e ultrapassar este fenómeno.

Os profissionais de saúde não estão imunes à doença pelo facto de deterem conhecimentos neste campo da mesma forma que o conhecimento não serve de substituto à necessidade de apoio emocional quando se lida com o sofrimento e a doença. Os serviços saúde são locais altamente stressantes, tanto para os doentes como para os profissionais que diariamente prestam cuidados de saúde neste tipo de ambientes que contêm fatores de risco elevados e potenciam situações de *burnout*.

Os prestadores de serviços de saúde que desempenham funções na Saúde 24 são responsáveis pelo desempenho de atividades e funções associadas ao atendimento de contactos de teor clínico (triagem clínica telefónica), utilizando algoritmos clínicos. O processo de interação com o utente permite avaliar o nível de risco dos sintomas por aquele descritos, resultando na identificação da urgência e nível de cuidados de saúde mais adequado (que podem passar por encaminhamentos para os CODU's (INEM), Urgências Hospitalares, Serviços de Atendimento Permanente nos ACES), mas importa realçar que em cerca de 1/3 dos contactos rececionados (atualmente cerca de 2.500 contactos por dia) os utentes não necessitam de se deslocar a nenhum serviço de saúde, sendo facultados cuidados domiciliários que têm provado serem os mais adequados para que os utentes possam ultrapassar o padrão de sintomas referido na altura do contacto (LCS, 2012).

Tal como nas instituições de saúde (hospitais e centros de saúde) os centros de atendimento constituem ambientes de trabalho causadores de stresse, pelo facto de existir uma grande heterogeneidade nos procedimentos, uma preocupação adicional com as técnicas de comunicação usadas, a utilização de algoritmos clínicos que carecem de atenção extrema durante o seu percurso, uma grande diversidade de situações e, também pelo facto de prestarem o serviço à distância, sem visualizar o utente.



Os enfermeiros que trabalham na Saúde 24, em regime de acumulação de funções, exercem a sua actividade em variadíssimas instituições de origem, o que permite à globalidade da equipa da Saúde 24 uma multiplicidade de experiências que enriquece o conhecimento de todos. Esta situação é ainda mais visível quando é necessário esclarecer uma dúvida sobre um determinado padrão de sintomas. Este fator é de elevada importância, está muito presente e é muito valorizado por todos.

A atividade diária na Saúde 24 implica que exista por parte dos profissionais um grande nível de conhecimentos, bem como muita concentração no serviço prestado ao utente. O nível de atenção requerido em todos os contactos telefónicos é elevado, para que se possam obter as informações clínicas necessárias com vista à tomada de decisão mais adequada a cada situação em cada momento, por vezes este contacto com o utente ocorre em contextos de emergência médica, que é gerador de ansiedade para o enfermeiro.

A gestão dos horários pelo enfermeiro nas organizações em que desempenha funções, implica que cada um tenha necessidade de realizar muitos contactos com colegas de forma a poder gerir os seus turnos de acordo com as suas disponibilidades na Saúde 24 e na sua instituição de origem.

Os enfermeiros na Saúde 24 trabalham inseridos numa equipa, mas são autónomos na prestação do serviço, realizam a triagem, orientação e encaminhamento dos utentes que contactam o serviço, mas podem sempre obter a ajuda de um supervisor ou responsável de turno que os auxiliam na situação com a qual são confrontados. No global, o desempenho de qualidade por parte dos enfermeiros é essencial para o alcance dos objetivos da equipa e dos níveis de serviço definidos pelo Ministério da Saúde. Assim, se um dos enfermeiros se encontra exausto, esse facto terá influência no desempenho dos restantes elementos. O objetivo essencial desta grande equipa é uma prestação de um serviço de excelência, ao utente, que confia no enfermeiro que o atende do outro lado da linha telefónica.



O desenvolvimento deste projeto reveste-se de grande importância para a equipa de enfermeiros da Saúde 24 pois, será futuramente uma base de trabalho, de acordo com os resultados que se vão obter, para desenvolver estratégias de gestão direcionadas para o bem-estar da equipa.

Serão descritos os modos de funcionamento dos centros de atendimento em geral, e da Saúde 24 em particular, devido à especificidade da função e ao facto de ser um tema pouco explorado em trabalhos académicos e pouco conhecido pelos profissionais de saúde de norte a sul do país.

Após a caracterização do tipo de estudo, o local e a forma como o mesmo vai decorrer será incluído o instrumento de colheita de dados e análise de resultados.

O diagnóstico da situação será realizado aplicando o teste psicométrico MBI (Maslach *Burnout* Inventory) a todos os Enfermeiros do Centro de Atendimento da Saúde 24 Porto.

Com a informação obtida e o trabalho desenvolvido, pretende-se que este seja um contributo para os enfermeiros, para as equipas e principalmente para a organização, como estímulo ao desenvolvimento de novos trabalhos nesta área de actuação.



2. Enquadramento teórico

2.1. Enquadramento do tema

Quando um trabalhador apresenta um determinado conjunto de sinais e sintomas, em resultado de uma exposição contínua a um ou mais fatores indutores de stresse, é-lhe muitas vezes atribuída como causa a existência de uma vulnerabilidade individual. Esta vulnerabilidade é interpretada como um conjunto de características individuais inadequadas à atividade desenvolvida. A síndrome de *burnout* ou exaustão deriva de uma interação, entre o indivíduo e as condições prejudiciais existentes no trabalho. É senso comum, considerar que o indivíduo não é adequado ao trabalho, ao contrário de questionar o que é possível melhorar nas condições ou características laborais, de modo a proporcionar bem-estar e realização aos profissionais.

O *burnout* é uma expressão inglesa para designar aquilo que deixou de funcionar por exaustão de energia, é um problema estudado por muitos e que desperta curiosidade, tanto por parte da comunidade científica, como das organizações, instituições e empresas, principalmente devido às consequências para o trabalhador e para a organização. O *Burnout* é uma síndrome de exaustão, decepção, esgotamento e consequente perda de interesse pelo trabalho e tem ainda associado infelicidade para o trabalhador, consequências na sua saúde, no seu desempenho profissional e também pessoal.

Vários estudos de diferentes autores de diversas zonas do globo, demonstram que os enfermeiros são afetados pelo *burnout* em diversos contextos. Segundo Spooner-Lane R, Patton W. (2003), o *burnout* leva os enfermeiros a desenvolver sentimentos de frustração, frieza e indiferença em relação às necessidades e ao sofrimento dos seus utentes.



2.1.1. Definições de *burnout*

Burnout é um conjunto de sinais e sintomas de desgaste físico, emocional e psicológico. As causas estão relacionadas com situações emocionalmente rigorosas e em que existe uma crise de identidade, que apesar de todas as características da pessoa serem colocadas em causa o indivíduo não consegue superar, tanto a nível psíquico, como físico e relacional. O desgaste acontece também ao nível social e os indivíduos, muitas vezes sentem que não têm apoio, e outras vezes todos os recursos existentes desaparecem.

Freudenberg em 1974 descreveu *burnout* como uma experiência esgotante ou uma sensação de fracasso que era o resultado de uma sobrecarga no trabalho e que envolvia a utilização de grandes quantidades de energia física e recursos emocionais. Desde que se começou a utilizar o termo *burnout* existem muitos relatos e estudos que apresentam algumas diferenças a nível conceptual.

Christina Maslach em 1976 citada por Schaufeli e Buunk (2003) referiu que o *burnout* estava associado a trabalhadores com profissões de ajuda. O facto de os indivíduos terem demasiadas solicitações ao nível emocional, condiciona-os a uma vivência de fracasso profissional, considerando que o local de trabalho tinha uma elevada carga emocional. Em 1986 a mesma autora, juntamente com Jackson, referem um conceito ligeiramente diferente, multidimensional e caracterizado por esgotamento emocional, alta despersonalização e baixa realização profissional, que ocorre em trabalhadores que lidam com pessoas.

Em 1988 Pines e Aronson consideraram que o *burnout* se aplicava a todas as profissões. Qualquer trabalhador poderia sofrer de um estado de esgotamento mental, físico e emocional. Pines referiu mais tarde (1993) que estes aspetos podiam ser de três tipos: de carácter universal; de natureza profissional (específicos do grupo); e pessoais.

Se os objectivos e expectativas do individuo se desenvolvem em ambientes de suporte, a motivação é reforçada e conduz ao sucesso e à existência com significado, facto que, por sua vez também reforça a motivação.

A este propósito, como se pode observar no esquema abaixo, se o caminho é paralelo num ambiente de stresse, os objetivos e as expectativas não são atingidos, acontecendo o insucesso e de seguida o *burnout* levando a uma motivação também ela enfraquecida, (Figura 1).

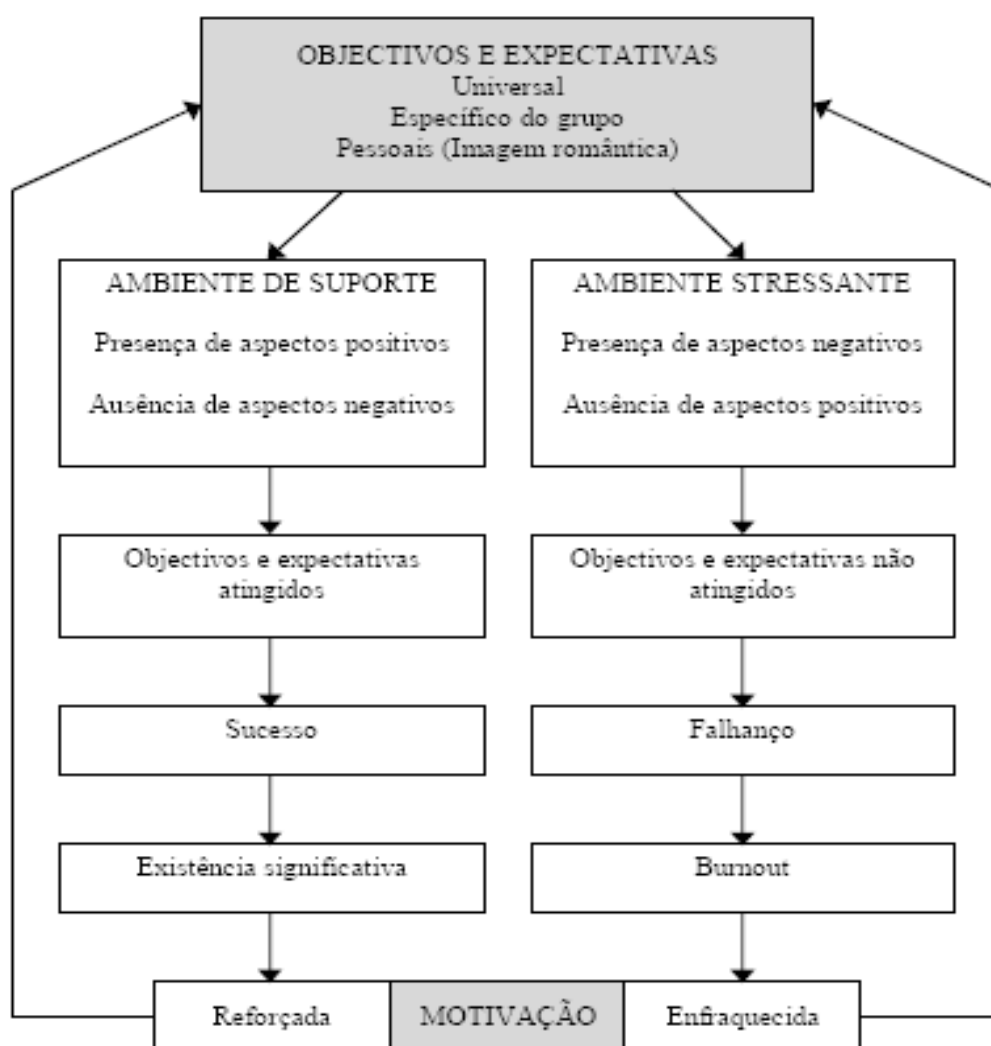


FIGURA 1: Modelo adaptado de *Burnout* profissional de Pines 1996 (Cumbe, 2010)

Cherniss citado num trabalho de Correia (1997) sobre *burnout* faz a descrição do mesmo, como o desgaste profissional provocado por mudanças pessoais negativas que

ocorrem em contexto laboral em profissionais de ajuda que têm trabalhos exigentes ou frustrantes. Os enfermeiros são um grupo profissional onde pode ocorrer o síndrome de *burnout*, tal como se pode perceber através do modelo de Cherniss apresentado na Figura 2.

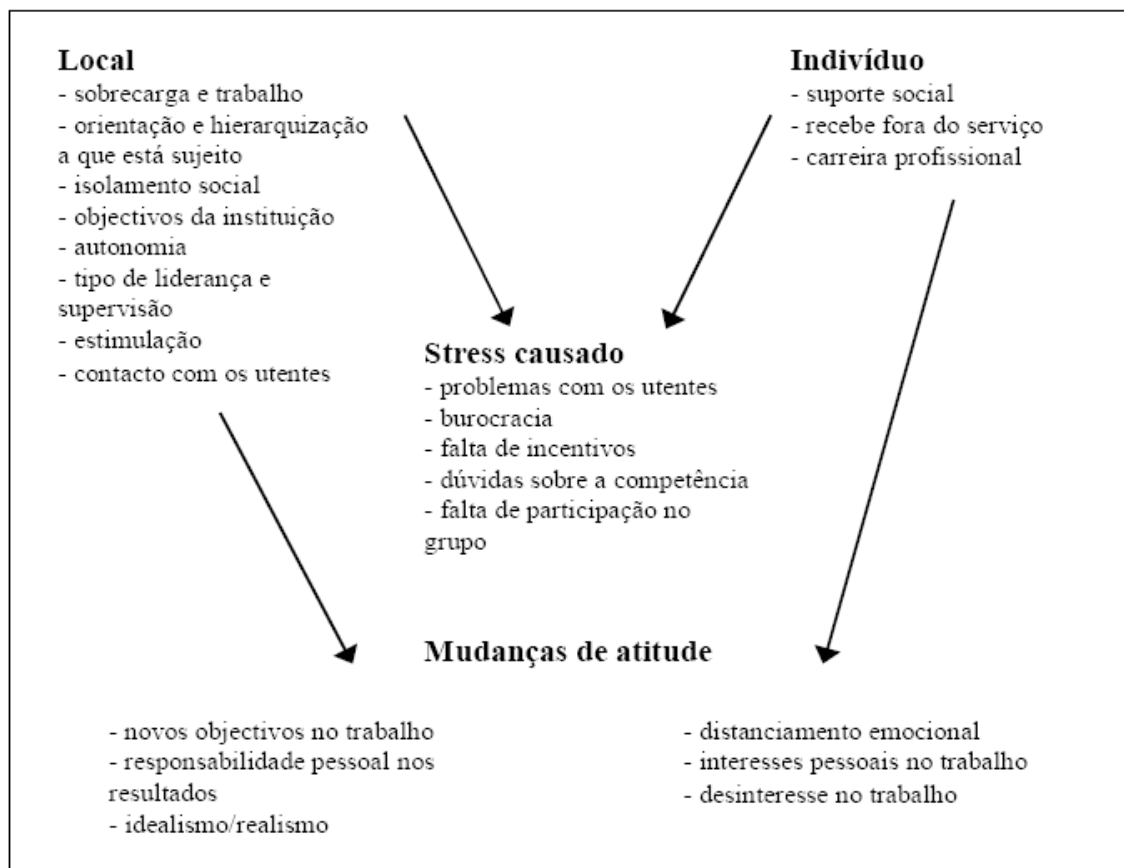


FIGURA 2: Modelo do processo de *burnout* de Cherniss, adaptado de Correia, 1997.

Segundo Schaufeli (2001) o *burnout* é um estado de exaustão físico, emocional e mental que está relacionado com o facto de o individuo manter uma atividade profissional ao longo do tempo com elevado nível de exigência. Existe uma tendência de maior associação com o sexo feminino devido à acumulação das tarefas domésticas com a atividade profissional. Relacionado com este facto está também indicado que os



homens reprimem mais as suas emoções (independência, invulnerabilidade e coragem) aumentando assim a tendência no género feminino.

Tradicionalmente as profissões de relação de ajuda, como a enfermagem e a médica assumem a expressão de emoções como sinal de fraqueza. Assim, os profissionais adotam posições de evitamento e até mesmo frieza, desumanizando a relação com o outro. As suas atitudes para com os colegas de trabalho e utentes não são verdadeiras. Em consequência, o profissional vive um sentimento de frustração relacionado com a incapacidade percebida de lidar com as situações ou até mesmo de alguma frustração face ao seu desempenho.

Para Ribeiro (2007) o *burnout* define-se como uma resposta a stressores emocionais e interpessoais existentes em contexto de trabalho e tem como manifestações o cansaço emocional que leva à perda de motivação e a sentimentos de inadequação e fracasso. O *Burnout* está relacionado com relações sociais complicadas, embora seja uma experiência de stress individual, é um modelo que inclui as dimensões: exaustão emocional; realização pessoal reduzida; despersonalização.

O processo de *burnout* surge, segundo Gil-Monte e Peiró (1997), quando os indivíduos têm uma perceção ou recebem um *feedback* deturpado relativamente a si próprios. Estes autores defendem a teoria sociocognitiva do “Eu” e todas as variáveis do “Eu”, em que a autoeficiência, autoconfiança e autoconceito têm um papel fulcral.

O *Burnout* instala-se, segundo o Modelo de Competência Social de Harrison (1983), citado por Gil-Monte e Peiró (1997), quando as expectativas não são correspondidas profissionalmente, ao contrário do que acontece com profissionais motivados, com carreiras promissoras e quando obtêm fatores de ajuda, promovendo uma capacitação pessoal, elementos que contribuem para aumentar a perceção de eficácia.

Maslach e Jackson (1981) são investigadores muito conceituados internacionalmente, tal como a sua descrição de *burnout*, descrevem-na como um conceito multidimensional:

- Exaustão emocional refere-se à falta de recursos emocionais e ao sentimento de que nada se tem para oferecer à outra pessoa;
- Despersonalização é o desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas, indiferentes e cínicas em relação às pessoas que entram em contacto direto com o profissional;
- Falta de realização pessoal é a tendência para avaliar o próprio trabalho de forma negativa: os afetados recriminam-se por não alcançarem os objetivos propostos, com vivências de insuficiência pessoal e baixa autoestima profissional.

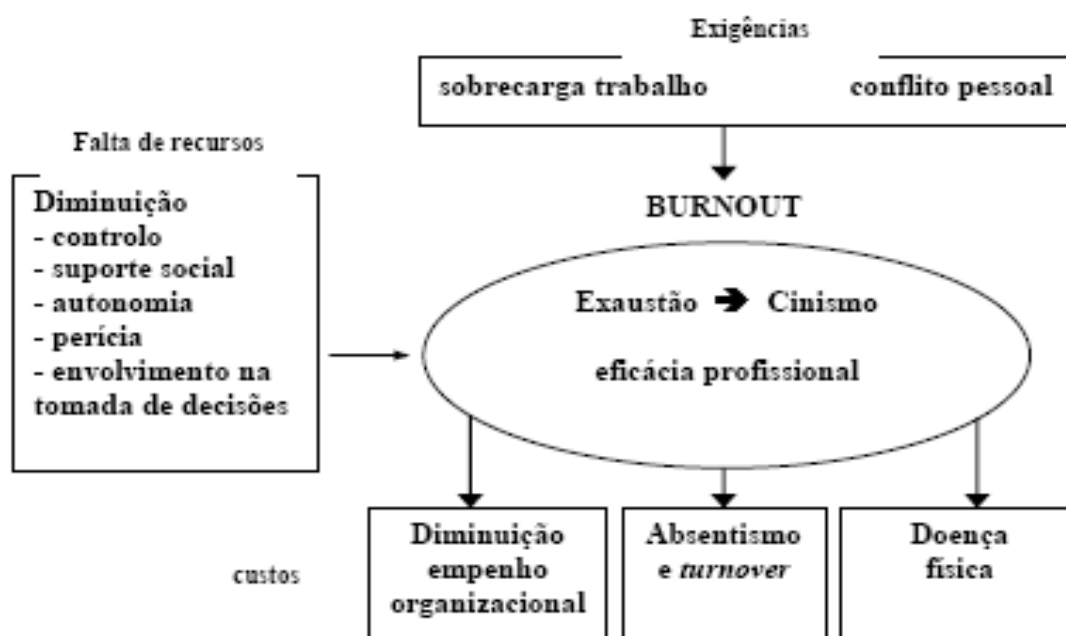


FIGURA 3: Modelo Geral de *Burnout* adaptado de Leiter&Maslach, 1998 (Queirós, 2005)

O Modelo geral explicativo de *burnout* de Leiter&Maslach de 1998, inclui o conceito de *burnout* Maslach e Jackson descrito no parágrafo anterior e permite compreender graficamente o entendimento dos autores sobre as suas dimensões, destacando as relações de exaustão sobre o cinismo (ou despersonalização) e a eficácia profissional (falta de realização pessoal).



Este modelo de *burnout* baseado em várias dimensões tem diferentes implicações e permite uma compreensão mais alargada do stresse sofrido em contexto de trabalho, identificando várias reações psicológicas que podem ser vivenciadas pelos indivíduos de formas diferentes dependendo das circunstâncias sociais.

Vários autores, entre eles, Gil-Monte (2003), Maslach e Schaufeli (1993) e Carlotto (2004) referem que o modelo explicativo de *burnout* surgiu pelo facto de este ter sido exigido por situações, tais como a sobrecarga de trabalho.

Estão descritos diversos padrões de sintomas e consequências relacionadas com a síndrome de *burnout*, contudo os distúrbios psicossomáticos, de atitude, emocionais e a redução da capacidade de trabalho são relatados com frequência e, além da situação de doença associada ao indivíduo, trazem para as organizações, instituições, entidades empregadoras uma diminuição da produtividade, absentismo, *turnover* e consequente aumento de recursos financeiros.

Existem descrições de que, alguns grupos de indivíduos têm maior tendência para sofrer de *burnout*. Ramos (1997), citado por Rodrigues (2008), refere que algumas personalidades têm alta correlação para o aparecimento da síndrome, tais como neuroticíssimo, pessimistas e hiperativos. Os primeiros porque apresentam tendências perfeccionistas, são muito críticos com tudo o que os rodeia e têm muito medo de falhar. Os segundos porque se concentram apenas nos aspetos negativos e estão na expectativa de que a sua situação se degrade, o que acaba por induzir o stresse. Os últimos são muito ativos e capazes de ter elevados rendimentos físicos embora muito emotivos.

O *burnout* está presente em contexto laboral, mas acompanha o indivíduo na sua relação familiar e noutras relações sociais. Qualquer descrição de saúde aborda o bem-estar e equilíbrio entre o físico, psíquico e social, logo quando o *burnout* se manifesta a nível profissional, naturalmente terá também reflexos a nível familiar e social.

Os vários modelos têm muitas semelhanças e centram o seu processo no indivíduo. O seu início tem sempre uma perceção negativa de uma ou mais situações de stress ou de frustração.

Diferentes autores utilizam instrumentos diferenciados de deteção e avaliação de *burnout*, contudo os estudos de maior relevo utilizam maioritariamente os seguintes instrumentos:

- MBI – Maslach *Burnout* Inventory, desenvolvido por Maslach e Jackson 1981, 1986 é o instrumento mais conhecido para estudar a síndrome, dá-nos uma visão multidimensional do *burnout*. Estes autores criaram uma escala de medida para o *burnout*, este instrumento foi usado para obter dados de diferentes amostras de trabalhadores através da obtenção de respostas que indicam a opção que melhor exprime como se sente, numa escala de likert em que 0= nunca a 6= todos os dias.

O MBI é um instrumento utilizado exclusivamente para a avaliação da síndrome, não levando em consideração os antecedentes, avalia índices de *burnout* de acordo com os scores de cada dimensão, sendo que altos scores de exaustão emocional e despersonalização e baixos scores de realização profissional (esta subescala é inversa) indicam presença de *burnout* (Maslach & Jackson, 1986). Gil-Monte e Peiró (1997) reforçam a importância de avaliar o MBI como um constructo tridimensional, ou seja, as três dimensões devem ser avaliadas e consideradas, a fim de manter sua perspectiva de síndrome.

Apresenta-se abaixo (quadro 1) o quadro de scores de Maslach para profissionais de saúde.

	Baixo	Médio	Alto
Exaustão Emocional	≤18	19-26	≥27
Despersonalização	≤5	6 - 9	≥10
Realização Pessoal	≥40	34 - 39	≤33



QUADRO 1: Quadro de Scores de Maslach (1996)

- QBB – Questionário Breve *Burnout*, elaborado por Moreno Jimenez e colaboradores 1997, é um questionário que inclui questões fechadas, dicotómicas, e questões mistas para caracterizar a população. É constituído por duas partes, a primeira inclui variáveis de caracterização pessoal e profissional e a segunda parte é constituída por 21 itens estruturalmente composta por antecedentes do *burnout*, síndrome de *burnout* e consequências do *burnout* (Jimenez et al., 1997). Em todas as afirmações, a amplitude da escala de resposta varia entre um e cinco. As pontuações nas escalas obtêm-se através da média ponderada das pontuações dos sujeitos, ou seja, pontuações altas na escala indicam intensidade elevada de fatores antecedentes, síndrome de *burnout* e consequências.
- BM – *Burnout Measure* de Pines e Aronson 1988, é um instrumento unifactorial constituído por 21 itens acompanhados de uma escala de resposta de sete pontos (variando de nunca até sempre), que avalia a frequência com que o indivíduo apresenta uma série de reações. Esses itens estão distribuídos equitativamente pelas escalas de esgotamento físico, esgotamento emocional e esgotamento mental. Os scores dessas subescalas são combinados em uma única pontuação que informa o grau de *burnout* em que a pessoa se encontra. Este instrumento já sofreu algumas críticas, provavelmente a mais relevante, é a simplificação do fenómeno do *burnout* reduzida a um simples esgotamento.

Outros instrumentos para avaliar a síndrome de *burnout* têm sido desenvolvidos em diferentes países, tais como:

- **CBB** - Cuestionário Breve de *Burnout* - Espanha - Moreno-Jiménez, Rodriguez, Alvarez e Caballero;
- **CBI** – Copenhagen *Burnout Inventory* - Dinamarca - Kristensen, Borritz, Villadsen e Christensen;
- **OLBI** - Oldenburg *Burnout Inventory* - Holanda -Halsbesleben e Demerouti;



- **SMBM** – Shirom – Melamed *Burnout* Measure - Israel - Shirom e Melamed.

Alguns destes instrumentos utilizaram como referência o MBI de Cristina Maslach e colaboradores, outros foram desenvolvidos como propostas alternativas.

2.1.2. *Burnout* em enfermeiros

Na maioria das instituições de saúde, encontramos grupos de trabalho, que nem sempre funcionam como equipas. Não partilham os mesmos objectivos, nem têm afinidades entre si. Na conceção de equipas de trabalho em saúde é importante reunir interesses, e juntar pessoas para colaborarem em projetos, para os quais se encontrem motivados. Será essencial que os serviços onde trabalham fomentem oportunidades de realização profissional. O serviço deve ser adequado ao profissional, mas o profissional também deve ser adequado ao serviço.

A partilha de objetivos no grupo também se reflete no modo como este interage, entre si e com a instituição, tendo em consideração se os objetivos da instituição se adequam aos do grupo e aos de cada indivíduo.

A “...equipa é mais do que um grupo” refere Caetano e colaboradores (2001), só desta forma é que os grupos passam a funcionar como equipas, criando sinergias, gerando empatias, condições que potenciam cumplicidades num grupo que trabalha no mesmo sentido. O mesmo autor refere ainda que a existência de interdependências entre os membros do grupo e o seu carácter formal, distinguem um agregado, de uma equipa de trabalho funcional numa organização.

A identidade organizacional diz-nos quem somos e a cultura organizacional reflecte aquilo a que damos valor na organização. “A cultura é apreendida, transmitida e partilhada. Não decorre de uma herança biológica ou genética, porém resulta de uma



aprendizagem socialmente condicionada. A cultura organizacional exprime então a identidade de uma organização” Caetano e colaboradores (2001).

A estrutura de uma organização é muito importante para os colaboradores, ou seja, quando esta é muito hierarquizada, os colaboradores de base têm muita dificuldade em aceder à informação o que pode provocar insatisfação e dificuldade em compreender certas tomadas de posição e decisões da organização. Por outro lado, quando nas estruturas organizativas o centro decisor com maior proximidade com os colaboradores da base operativa, tem lugar uma maior compreensão, troca de conhecimentos e informação entre os diferentes profissionais que compõem a organização.

A análise de estudos sobre *burnout* realizados a enfermeiros, revela que este grupo profissional tem um risco acrescido, relativamente a outros profissionais de saúde, para contrair esta síndrome, principalmente porque estão expostos a grandes exigências físicas e emocionais exigidas nas pelas diversas valências desta atividade profissional, e como consequências, surgem situações de absentismo e de turnover (Suzuki et al, 2008).

Quando se começou a estudar o *burnout* em enfermeiros, percebeu-se que existia uma correlação positiva entre o tempo despendido com os doentes e a intensidade das exigências emocionais, dos enfermeiros que cuidavam de doentes com mau prognóstico. De acordo com Spooner-Lanee PattonW. (2003), estudos mais recentes, mostram uma associação com fatores relacionados com o trabalho (sobrecarga, baixo nível de suporte, conflitos interpessoais, contacto com a morte e preparação inadequada). Sauter e Murphy (1995) referem que se deve ter em conta o tipo de serviço prestado pelos enfermeiros, pelo facto da qualidade do mesmo ter uma influência direta no bem-estar e saúde dos doentes que dependem dos seus cuidados ou decisões. Ao contrário do que ocorre, em contextos profissionais diferentes, quando se lida com a saúde de outras pessoas, e estão presentes factores adversos, que se repetem com frequência, estes profissionais estão em maior risco emocional, tornam-se



profissões de risco porque estão sujeitos a uma maior exaustão emocional e têm que lidar constantemente com situações de stresse.

Em 1998 Howard, através de um estudo realizado no Canadá, pode-se verificar que, certos fatores da organização, tais como conflito de funções ou autonomia, eram componentes importantes do fenómeno e que, algumas variáveis pessoais, tais como locus de controlo externo, identidade profissional e feminilidade eram fatores que levavam ao *burnout*.

No Brasil o *burnout* foi estudado por variadíssimos investigadores, mas de acordo com os resultados de Muller em 2004, que comparou o *burnout* existente num hospital Brasileiro entre enfermeiros, técnicos e auxiliares, verificou que os enfermeiros tinham maiores níveis de exaustão emocional, quando comparados com os técnicos e auxiliares, sendo a exaustão emocional maior, nos enfermeiros com menor tempo de experiência profissional.

Em Portugal, alguns estudos realizados em hospitais e centros de saúde concluíram que os enfermeiros apresentavam um nível médio de *burnout*. Em 1990 este trabalho realizado por Nunes, em hospitais centrais, distritais e centros de saúde, mostrou que o nível de *burnout* era mais elevado nos enfermeiros hospitalares. Em 1996, Mendes realizou um estudo de *burnout* a enfermeiros da área de psiquiatria e demonstrou que os fatores pessoais eram mais importantes, do que os fatores ligados ao ambiente e que, quanto maior a satisfação no trabalho, menor a ocorrência de *burnout*.

De acordo com outro estudo realizado em Portugal, Gil e Vairinhos (1997) analisaram a existência de *burnout* em enfermeiros em serviços de urgência (geral e psiquiátricas). Concluíram que os enfermeiros da urgência geral, maioritariamente mulheres, jovens, solteiras, escolaridade superior e com pouca experiência profissional, tinham nível médio de *burnout*, enquanto os enfermeiros da urgência de psiquiatria, maioritariamente homens, mais velhos, casados, escolaridade mais baixa e com mais anos de profissão, tinham um nível de *burnout* mais baixo.



Tanto nos trabalhos mais recentes, como nos trabalhos mais antigos, verifica-se que o *burnout* surge nos enfermeiros em todo o mundo, em diferentes contextos de trabalho, levando-os a desenvolver sentimentos de frustração, frieza e indiferença em relação às necessidades e ao sofrimento dos doentes. Por isso, é importante desenvolver estratégias de prevenção e tratamento.

2.1.3. Estratégia para minimizar fatores de risco

Benevides-Pereira (2003) refere que o diagnóstico de um caso de *burnout*, deve ser implicar uma abordagem em que é entendido como caso de alerta e sugerir uma investigação da situação de trabalho. Além das medidas de suporte ao trabalhador é importante haver uma intervenção ao nível da organização do trabalho e suporte, também ao grupo de trabalhadores onde o primeiro estava inserido.

Para evitar que o *burnout* se instale é fundamental conhecer as suas manifestações. É importante que os enfermeiros tenham conhecimento sobre a síndrome, mas as organizações onde os enfermeiros estão inseridos, também devem ter uma preocupação sobre a prevenção e tratamento desta patologia.

A prevenção e o tratamento do *burnout*, para Gil-Monte (2003), são agrupadas em três níveis: individuais, grupais e organizacionais. As primeiras referem-se à formação em resolução de problemas, assertividade, e gestão do tempo de maneira eficaz. As estratégias grupais estão relacionadas com o apoio dos colegas e supervisores. Deste modo, os indivíduos melhoram as suas capacidades, obtêm novas informações e apoio emocional ou outro tipo de ajuda. Por último, as estratégias organizacionais, segundo alguns autores são as mais eficazes, já que o problema está na própria organização. Só com medidas de prevenção se consegue melhorar o ambiente de qualquer organização através de programas de socialização ou usando sistemas de avaliação que incluam o profissional, dando-lhe um papel ativo e uma voz nas eventuais decisões a tomar.



Tal como referido por Moreno (2011), a prevenção e o tratamento do *burnout* não devem ser considerados um problema individual, mas requerem uma abordagem mais abrangente a ser realizada pela organização. Existem medidas, que são importantes, sobretudo quando são associadas, no sentido de prevenir o *burnout* dos trabalhadores, tais como: eventual revisão do volume de horas de trabalho; suporte social dos trabalhadores; investimento na formação; educação permanente focada nas necessidades de cada profissional. Portanto, é essencial que a prevenção e o tratamento do *burnout* sejam abordados como problemas coletivos e organizacionais, e não como um problema individual.

Relativamente à profissão médica, Frasquilho (2005), refere que, até agora, a norma tem sido a denegação destes problemas nos médicos, avolumando-se o silêncio, sofrimento emocional e os disfuncionamentos relativos ao *burnout*. Muitas vezes com responsabilização da vítima. Justifica-se a necessidade de implementar, com urgência e rigor, programas específicos, preventivos e curativos, neste âmbito, para médicos, de forma a proteger o profissional e dignificar a pessoa.

Na situação dos enfermeiros, algumas estratégias podem ser muito eficazes em termos de criar um ambiente favorecedor de equilíbrio emocional e físico, nomeadamente, um horário com um número de horas adequado, criação de condições de trabalho atrativas e gratificantes, modificação dos métodos de prestação de cuidados, realização de planos de formação e educação, prestação de suporte social às equipas e estimular a sua participação nas decisões. Estas constituem-se como exemplos de fatores protetores que podem ser contributos importantes para a prevenção do *burnout*.

De acordo com Maslach (2006), atualmente o compromisso com o trabalho, “job engagement”, trouxe uma nova visão a quem se interessa pelos estudos de *burnout*. A mudança que está a ocorrer em termos de psicologia positiva está relacionada com a visão sobre os estados positivos, ao invés de estarem centrados no mau funcionamento e na fraqueza. A atenção passa a estar dirigida às potencialidades humanas e ao funcionamento ótimo. Reduzir ou eliminar o *burnout* deixa de ser o objetivo final, não



sendo assim, a alternativa positiva. As intervenções para reduzir o *burnout* necessitam de identificar, também um estado positivo desejável e, não apenas a eliminação de algo negativo (o *burnout*). Neste sentido, assume-se que o compromisso com o trabalho seja o antípoda positivo do *burnout*, sendo a energia, o envolvimento e a eficácia, respetivamente os opostos diretos da exaustão emocional, despersonalização, e baixa realização pessoal do *burnout* (Maslach & Leiter, 1997). Estes dois conceitos estariam em pólos opostos de um mesmo contínuo, e poderiam ambos ser medidos pelo MBI, sendo que, ao contrário do *burnout*, uma baixa exaustão emocional e despersonalização e alta realização pessoal seriam indicativos de compromisso com o trabalho.

Uma forma de prevenção de *burnout* é a promoção do compromisso com o trabalho e pode ser incrementada após se perceber, quais os fatores do trabalho que são promotores de energia, vigor e resistência dos profissionais, e também os que potenciam o seu envolvimento e absorção nas tarefas e aqueles que asseguram a sua dedicação e o sentido de eficácia e sucesso no trabalho. O facto de o foco mudar para a promoção do bem-estar e da melhoria das condições de trabalho pode funcionar então como um forte motivador nos profissionais.

A este propósito Frasquilho (2005) refere que o stresse laboral é uma questão chave a ser equacionada em termos de produtividade e de qualidade do bem produzido, bem como um imperativo ético. O trabalho não deverá provocar dolo aos trabalhadores.



2.2. Os centros de atendimento em saúde

Um centro de atendimento de saúde é um dispositivo de gestão de informação e comunicação em saúde acessível a todos os cidadãos (OPSS, 2005).

Um centro de atendimento direcionado para a área da saúde tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde por intermédio de um meio de comunicação.

A informação é transmitida através de telefone ao cliente, que contacta a linha do centro de atendimento. Esta chamada é atendida por profissionais de saúde, em regra enfermeiros que direcionam a sua atuação de acordo com a sintomatologia referida pelo utente. Estes profissionais de saúde são apoiados por protocolos ou algoritmos clínicos, realizam triagens, orientam e encaminham os utentes para que estes tomem decisões conscientes e informadas.

Um centro de atendimento em saúde oferece à comunidade um complemento ao sistema de saúde, proporcionando ao indivíduo a capacidade de tomar decisões, relacionadas com a sua saúde. Este serviço pode abranger várias áreas da saúde, como por exemplo, a promoção e educação para a saúde, aconselhamento e informação sobre sintomas, patologias e tratamentos e encaminhamento para instituições de saúde, tal como referido por Filho, citado por Oliveira (2010).

A acessibilidade contínua aos cuidados de saúde e a tomada de decisões conscientes apoiadas por profissionais de saúde é facilitada através da triagem clínica telefónica. Além da triagem clínica, pode ser realizado o aconselhamento e a monitorização de cuidados (Nogueira, 2004).



2.2.1. A evolução até à atualidade

O primeiro serviço de triagem telefónica clínica a ser criado denominou-se “*First Help*”, foi também nos Estados Unidos e abrangia a abordagem das queixas agudas mais comuns. Os utentes estavam divididos por grupos de doentes (adultos, crianças, mulher e doentes de saúde mental).

Briggs (2000) refere que, nos anos 70 os centros de atendimento não estavam organizados e não estavam vocacionados para a saúde, e embora já existissem protocolos de orientação dos enfermeiros para encaminhar os doentes, o aconselhamento era pouco seguro e os próprios protocolos eram pouco desenvolvidos. Esta situação não impediu a formação de serviços de triagem e aconselhamento telefónico de saúde realizado por pessoal de enfermagem.

É nesta altura que hospitais e clínicas passaram a utilizar os centros de atendimento para otimizar recursos e dar maior apoio ao doente e familiares. Os clientes que utilizavam o aconselhamento telefónico, diminuían os gastos das seguradoras e evitavam procuras desnecessárias das urgências, pois na maioria dos casos os cuidados podiam ser realizados no domicílio (Briggs, 2000).

Os primeiros centros de atendimento em saúde tinham como objetivos fundamentais:

- Prevenir visitas desnecessárias aos consultórios e urgências;
- Promover medidas de autocuidado;
- Encaminhar o doente para o local mais adequado, quando era necessária a intervenção médica (Canais, 2005).

Em 1984, nos EUA, surge a primeira linha de aconselhamento 24 horas, que evoluiu mais tarde para o primeiro sistema com protocolos computadorizados. A partir desse momento surgiram muitos serviços similares (Oliveira, 2010).

Antes de se dirigir a uma instituição de saúde o utente contacta o centro de atendimento e é atendido por um enfermeiro, que de acordo com as informações disponibilizadas, dá orientação ao cliente tendo em conta as suas necessidades. Após



esta recolha de informações, o enfermeiro está capacitado para aconselhar o utente de acordo com a sua situação clínica, ou seja, determina que a situação da pessoa requer cuidados em casa e sugere os cuidados a realizar, ou considera que a pessoa deve ser sujeita a observação médica e aconselha o utente a deslocar-se aconselhando-o a dirigir-se a uma unidade de saúde, ou marcando consulta no seu médico de família, ou fazendo o reenaminhando da chamada para um centro de atendimento de emergência.

Estes serviços permitiram controlar o acesso, cruzando as necessidades do cliente com os serviços de melhor relação custo/benefício no local adequado, enquanto encoraja a participação do cliente no processo. O objectivo é, a longo prazo possibilitar capacitar a pessoa em termos de aprendizagem e de auto cuidado, (Honeycutt e Burke, 2000).

Segundo refere Gomes (2009) as funções centrais destas linhas telefónicas de atendimento, são disponibilizar informação; proporcionar apoio e aconselhamento; fazer referência para outros organismos ou instituições; fornecer elementos de avaliação do funcionamento das organizações e seu impacto nos públicos-alvo.

A partir da década de 90 as tecnologias de informação têm sido utilizadas no tratamento de dados administrativos, em vez de, no desenvolvimento e inovação dos serviços de saúde (Milio, 1996).

A associação da gestão e dos sistemas clínicos informatizados permitiu a mudança e a inovação nos sistemas de saúde. Os sistemas de informação permitiram desenvolver uma forma poderosa de triagem, aconselhamento e encaminhamento clínico dos utentes.

A acessibilidade contínua aos cuidados de saúde e a tomada de decisões conscientes, apoiadas por profissionais de saúde, tem sido muito facilitada através da triagem clínica telefónica segundo Nogueira (2004). Além da triagem clínica, pode ser ainda realizado o aconselhamento e a monitorização de cuidados.



É através da triagem telefónica que se promovem os cuidados adequados, no local adequado e em tempo adequado, ou seja, os três “erres”: rightcare, right provider, right time (Marek, 2000).

A triagem clínica telefónica tem por base protocolos ou algoritmos. Segundo Wolcott (1996) “existe concordância dos médicos para os protocolos com uma variação entre 49% a 84%, e para os algoritmos, a concordância sobe para os 92,8%.”.

A triagem realizada através do telefone assegura a identificação de chamadas de emergência, podendo as mesmas podendo ser encaminhadas para a clínica, hospital ou serviço que melhor possa dar cobertura a tais situações.

Num outro plano, os centros de atendimento telefónico devem assegurar a avaliação dos seus colaboradores, nomeadamente a prestação de cuidados e encaminhamentos, para que os algoritmos possam ser avaliados, revistos e, conseqüentemente melhorados. “A triagem de enfermagem é um modo eficaz a ser utilizado num centro de atendimento em saúde”(Gilman, 2000), o mesmo autor adverte que a escolha dos enfermeiros deve ser cuidada e rigorosa.

Na opinião de Briggs (2000) a equipa tem que ser formada por enfermeiros treinados; a documentação tem que existir, ou em papel, ou em suporte informático e as chamadas podem ser gravadas; devem estabelecer práticas que assegurem a qualidade, tais como, revisão da documentação, estudo e revisão dos dados, “follow-up” de observação, gravações e medições de dados. Neste sentido, Rick Serafino (2000) refere que os centros de atendimento devem contratar pessoas com capacidade de adaptação, com treino na comunicação verbal e com capacidade de desenvolver meios de aperfeiçoamento da performance, avaliação e aumento da satisfação do consumidor.

Canais, (2005) cita um estudo realizado pela Universidade de Southampton, em Hampshire EUA, em que comparou dois serviços de atendimento telefónico de horário alargado. Um deles prestado por pessoas não ligadas à saúde e o outro por enfermeiros com formação especial.



Os resultados deste estudo revelaram que o serviço prestado por enfermeiros originou:

- Redução em cerca de 40% as visitas dos doentes ao serviço de urgência;
- Diminuição em 50% a carga de trabalho dos prestadores de saúde;
- Demonstração de segurança e eficácia com menor nº de admissões nas urgências;
- Não houve aumento do número de óbitos;
- Um acesso mais adequado aos cuidados fora de horas;

Possibilitou que, 50% das chamadas, fossem geridas apenas com cuidados e aconselhamento do enfermeiro (Royal College of Nursing, 1999).

Neste contexto, no relatório primavera do OPSS (2008) é indicada a “Implementação e exploração de um centro de atendimento para o público do SNS, através de um contrato em regime parceria público-privada (PPP), entre a Direção Geral de Saúde (DGS) e um consórcio privado para a instalação de um centro de atendimento para o público, a cobrir todos os residentes em Portugal”, como uma medida que iria contribuir para a inovação no setor da saúde em Portugal.

O NHS Direct surge no Reino Unido, em 1999, durante a denominada “Reforma da reforma” e foi uma das intervenções propostas pelo Partido Trabalhista. No início o NHS Direct era uma linha telefónica de apoio, operada por enfermeiros que garantiam informações de saúde e/ou o encaminhamento para instituições do NHS. Em pouco tempo se percebeu que esta linha trazia ganhos em qualidade dos serviços de saúde e redução nos custos. Em consequência, a longo prazo a utilização deste serviço iria diminuir a frequência da urgência hospitalar (Lattimer et al, 2000).

Atualmente o NHS Direct é considerado um dos maiores serviços mundiais de triagem de enfermagem telefónica. Prevê-se que muitos dos primeiros contactos com o Serviço Nacional de Saúde se realizem através dos encaminhamentos feitos pelos enfermeiros destas linhas telefónicas de saúde.



Em 1994 foi realizado nos Estados Unidos da América um estudo, que revelou que durante esse ano, tinham sido efetuadas 90 milhões de idas ao serviço de urgência, e dessas, 55% foram consideradas desnecessárias. Perante estes resultados os serviços de saúde começaram a procurar estratégias para redução de custos, com vista a evitar o recurso indevido aos serviços de urgência. Todas as organizações de saúde começaram a promover, junto dos cidadãos, a utilização dos cuidados de saúde primários e a estimularem a adoção de estilos de vida saudáveis, como medida preventiva. É nesta altura, que os centros de atendimento ganham terreno nos Estados Unidos da América. (Canais, 2005)

Nos últimos vinte anos, vários estudos comparativos realizados em Portugal apresentam um aumento dos custos com os cuidados de saúde. (Gaspar 1998) Este autor refere, que Portugal “é o país da União Europeia onde os cuidados de saúde pagos, são os mais elevados, cerca de 40%, contra a média europeia de 25%.

De forma a tornar o Serviço Nacional de Saúde universal, e tendo em conta uma relação custo/benefício, é criada pela primeira vez, uma *helpline* (triagem clínica telefónica) de saúde. Esta linha, inaugurada em 1999, tinha por base os sistemas montados no Reino Unido e na Suécia, cujo objetivo era responder ao difícil acesso aos cuidados pediátricos, pela existência de uma afluência exagerada aos serviços de urgência.

Este serviço ficou conhecido por “Doi-Doi-Trim-trim”. O atendimento era realizado por enfermeiros, que baseados nas solicitações telefónicas e com a ajuda de um sistema informático, determinavam o encaminhamento mais correto, tornando-se muito popular entre os utentes.

Tendo por base o exemplo de popularidade e da eficácia da linha de saúde “dói-dói-trim-trim”, o Ministério da Saúde propôs a construção de um centro de atendimento, que abrangesse toda a população portuguesa.

Em maio de 2004, surge um novo serviço de saúde através do lançamento de Concurso Público nº 1/2004, relativo a centros de atendimento. Em Setembro do mesmo ano, são



entregues as propostas dos vários concorrentes e dá-se início ao ato público. Um ano depois do lançamento do concurso público, em maio de 2005, iniciam-se as várias secções de negociação com a EPS – Gestão de Sistemas de Saúde, S.A. cujo término ocorre em Janeiro de 2006.

Em abril de 2006 constitui-se a Sociedade LCS – Linha de Cuidados de Saúde, S.A. É em maio do mesmo ano, que é assinado o contrato de prestação de serviços. Em agosto o Tribunal de Contas dá o seu aval.

O lançamento do Serviço Empresa da Linha Saúde 24 dá-se em 25 de Abril de 2007. O centro de atendimento português é inaugurado oficialmente a 9 de maio de 2007, sob a forma de uma parceria público/privada entre o Ministério da Saúde e a Linha de Cuidados de Saúde, S.A, do Grupo Caixa Geral de Depósitos.

2.2.2.O centro de atendimento da Saúde 24

Atualmente em Portugal, são várias as linhas telefónicas de ajuda, sendo a Saúde 24 a que tem maior visibilidade e notoriedade a nível nacional (LCS, 2012).

Segundo Gomes(2009) a Linha Saúde 24 surge, na sua origem, associada a uma seguradora do setor privado, Médis, e o contrato desta linha tinha como objetivos centrais triar, aconselhar e encaminhar utentes de idades compreendidas entre os 0 e os 15 anos para as mais diversas instituições integradas no Serviço Nacional de Saúde.

Atualmente, o Centro de Atendimento da Saúde 24 é um serviço integrado no Serviço Nacional de Saúde e tem como principal objetivo “providenciar de forma célere, a todos os Utentes, informação relacionada com Saúde, de tal modo que seja possível aferir as efetivas melhorias na Prestação de Cuidados de Saúde para todos os Utentes, gerindo ao mesmo tempo a sua procura e reduzindo o uso inapropriado do Serviço Nacional de Saúde.” (LCS, 2007) Para além deste objetivo, pretende-se ainda:



- “Oferecer acesso simples, rápido e cómodo ao Serviço Nacional de Saúde, para toda a comunidade;
- Oferecer aos utentes um Serviço Público de confiança, confidencial e uma coerente fonte de aconselhamento e informação sobre Saúde, permitindo-lhes, de forma consciente decidir pelo auto tratamento ou em caso de necessidade saber qual dos Serviços do Sistema Nacional de Saúde é o mais apropriado para o tratamento do seu caso;
- Aumentar a qualidade, incrementar a relação custo/benefício e reduzir a procura desnecessária dos Serviços do Sistema Nacional de Saúde, oferecendo respostas ajustadas às necessidades dos utentes;
- Permitir que sejam libertos recursos, ao nível dos profissionais de saúde, focando assim toda a atenção nos casos para os quais as suas competências são efetivamente necessárias.” (LCS, 2007)

Já em 2005 o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2005) referiu, no seu relatório de primavera, que 95% dos utentes que contactaram o centro de atendimento estão satisfeitos com os cuidados prestados pelos enfermeiros da linha e que, dos restantes 5%, apenas 1% se encontra “insatisfeito” ou “muito insatisfeito”.

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde refere que o centro de atendimento em saúde é, pois uma medida importante na acessibilidade aos cuidados de saúde, colocando o “país na vanguarda da inovação no acesso à informação e a cuidados de saúde à distância”(OPSS, 2005).

2.2.3. A organização do centro de atendimento da Saúde24

O centro de atendimento Saúde 24 tem como missão: “contribuir para a prestação de cuidados de saúde integralmente focados no cidadão, facilitando o respetivo acesso a informação e aos serviços de saúde do Sistema Nacional de Saúde, através de um



serviço de reconhecida notoriedade e de elevado valor para o utente, com nível de excelência nos serviços disponibilizados” (LCS, 2007).

A intenção ou visão do centro de atendimento Saúde 24 é “responder às necessidades manifestadas pelos cidadãos em matéria de saúde, contribuindo para ampliar e melhorar a acessibilidade aos serviços e racionalizar a utilização dos recursos existentes, materiais e humanos, disciplinando a orientação prestada no acesso aos cuidados de saúde, bem como aumentando a eficácia e eficiência do setor público através do encaminhamento dos Utentes para as instituições integradas no Serviço Nacional de Saúde mais adequadas” (LCS, 2007).

Os valores pelos quais se rege a Linha Saúde 24 são: ética, rigor, adaptabilidade e inovação e serviço ao utente.

Quaisquer formas de atuação inovadoras, que promovam serviços mais eficazes, cómodos e rápidos, devem ser adotadas e implementadas. O mesmo princípio é válido para procedimentos internos que visam melhorar os serviços em rapidez e rigor.

O centro de atendimento faz a articulação com várias instituições de saúde. Em situações evidentes de emergência, o enfermeiro da Saúde 24 efetua uma conferência telefónica com o operador do CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes) da região onde o utente se encontra e a chamada é transferida. Numa situação de envenenamento ou de intoxicação, o enfermeiro da Saúde 24 faz uma conferência telefónica com o médico do CIAV, de forma a informá-lo acerca da situação e padrão de sintomas, podendo a chamada ser transferida, se a situação o justificar.

Existem duas formas de articulação com as instituições, através do telefone (INEM e CIAV) ou por fax/email (Hospitais, Centros de Saúde ou outras instituições integradas no SNS). O centro de atendimento notifica cada instituição sobre a chegada dos utentes, seguindo, também a disposição final do algoritmo, a qual justifica o encaminhamento realizado.



A triagem telefónica é realizada tendo por base, algoritmos clínicos que, com o suporte de um sistema informático, proporcionam decisões sustentadas e com um máximo de segurança para o utente. Cada algoritmo é constituído por várias perguntas. A cada pergunta correspondem três respostas possíveis: “sim”, “não” e “incerto”. As situações de emergência são detetadas no início dos algoritmos e são, de imediato transferidas para os CODU (Centros de Orientação de Doentes Urgentes).

Os algoritmos foram desenvolvidos por uma equipa de médicos ingleses e são revistos periodicamente pela direção clínica da Saúde 24, constituída por quatro médicos e uma enfermeira. A direção clínica avalia e revê os algoritmos de forma a adaptá-los à realidade portuguesa. Além disso, a direção clínica responde a todas as dúvidas de triagem colocadas pelos enfermeiros e é também responsável, em última análise, pela audição das chamadas auditadas pelos enfermeiros supervisores.

Para Delgado (2000), são os enfermeiros os profissionais que melhor se adequam à triagem telefónica, já que “desenvolvem uma avaliação orientada para os sinais e sintomas presentes no cliente, assim como têm formação relativa à comunicação e à relação interpessoal, elementos facilitadores de uma prática estabelecida telefonicamente”.

Neste sentido, sempre que os algoritmos são percorridos corretamente não existem desvantagens ou riscos no processo de triagem telefónica. (Canais, 2005).

A Saúde 24 está fisicamente localizada em Lisboa e Porto. Esta organização compreende dois centros de atendimento, com aproximadamente 400 enfermeiros (200 enfermeiros no Porto e 200 em Lisboa) e por 24 supervisores (12 em Lisboa e 12 no Porto).

O enfermeiro é o prestador de cuidados de enfermagem nos referidos centros de atendimento. Realiza uma triagem clínica ao utente que o contacta telefonicamente. Este contacto permite ao enfermeiro colher e analisar dados referidos pelo utente, mediante um instrumento designado por algoritmos. Com esta informação o enfermeiro, tem competência e conhecimentos para decidir o nível de cuidados mais



adequado para cada uma das situações que se lhe depara. Os algoritmos são os conteúdos clínicos incorporados no sistema de triagem, que estabelecem a árvore de decisão que permite avaliar o nível de risco associado a qualquer sintoma.

A Saúde 24 está certificada ao abrigo das normas ISO 9001:2000, seguindo assim as melhores práticas internacionais na área de prestação de cuidados e informação de saúde, tendo sido renovada a certificação no passado dia 23 de março 2012.

O cumprimento de normas e procedimentos internacionais é acompanhado da preocupação da estrutura que gere a Saúde 24. O atendimento de qualidade aos utentes está integrado nessa prioridade, pelo que os enfermeiros recebem formação e são acompanhados para evidenciar simpatia e empatia no contacto com os utentes, para além de competência científica na análise das situações. Há uma preocupação, também em relação ao bem estar dos enfermeiros para que tenham condições físicas e psicológicas que possibilitem um atendimento de qualidade.

Também a este propósito, e a nível organizacional, verifica-se uma grande preocupação na seleção adequada e criteriosa dos enfermeiros. É realizada uma formação específica e pormenorizada sobre conteúdos clínicos, algoritmos, comunicação. Posteriormente tem lugar, a integração no serviço, tendo em consideração as necessidades do enfermeiro. Este tipo de formação e acolhimento têm como objetivo a preparação dos enfermeiros para o desempenho das funções na linha de cuidados de saúde. Também de realçar as condições físicas e de equipamento do serviço, com vista a reduzir ao mínimo os stressores. Este acolhimento tem repercussões positivas não só em relação ao equilíbrio emocional do enfermeiro, como aumenta a sua competência no atendimento ao utente.

Ao nível da relação enfermeiro-organização, a autonomia é bastante evidente e permite ao enfermeiro gerir as suas disponibilidades e o seu horário da forma que melhor se adequa à sua actividade. Existe uma grande abertura nos contactos entre a organização e o enfermeiro relativamente à sua prestação de serviços. A organização colabora no



melhor sentido, realizando múltiplos contactos com os enfermeiros, de forma a dimensionar as equipas, de acordo com o volume de atividade da Saúde 24, a cada momento.

Ao nível individual, verificam-se intervenções através de várias atividades com o objetivo de ajudar o enfermeiro a lidar, mais adequadamente com cada contacto, através de monitorizações, realizadas pelo supervisor que o acompanha, sempre numa perspetiva de melhorar o serviço prestado ao utente e reduzindo ou eliminando a ansiedade que possa existir, por parte dos enfermeiros. São realizadas reuniões individuais entre o enfermeiro e o supervisor que o acompanha onde é facultado o feedback sobre a sua evolução, sobre os aspetos positivos e aspetos a melhorar no futuro. São também realizadas reuniões de calibração com pequenos grupos (máximo de 15 enfermeiros) com o objetivo de melhorar aspetos específicos, identificados naquele grupo em concreto ou no grupo em geral.

Ao nível da organização da Saúde 24 podemos verificar que desde o primeiro dia da formação inicial dos enfermeiros que prestam serviço na Saúde 24 lhes é explicado de uma forma muito clara a missão e objetivos do serviço, bem como o trabalho de forma colaborativa com a supervisão e direção do centro de atendimento, através de uma comunicação adequadas e de um plano bem definido de avaliação de desempenho.

Algumas características do trabalho e da organização da Saúde 24 poderão funcionar como fatores protectores, da equipa de enfermeiros, sendo de destacar os seguintes:

- Boas condições de trabalho, ao nível da higiene e salubridade das instalações;
- Elevada responsabilidade e autonomia nas equipas de trabalho;
- Objetivos concretos da eficácia e feedback atempado dos supervisores;
- Boas condições tecnológicas de trabalho e autonomia técnica dos enfermeiros;
- Suporte mútuo enfermeiro-supervisor, num acompanhamento personalizado;
- Tempo para descanso adequado às funções desempenhadas;
- Objetivos de trabalho bem definidos e melhores formas de usar o tempo;



- Estudo de casos, através da monitorização de chamadas com o seu supervisor;
- A organização não permite a realização de turnos duplos para evitar desgaste do profissional;
- Recreação, com alguma frequência (pelo menos 2 vezes por ano), toda a equipa, participa em atividades de lazer e recreativas, organizadas por diferentes enfermeiros da equipa, onde reina a boa disposição e camaradagem (exemplos: picnics de primavera e jantares de natal).



3. Objetivos

O Objetivo Geral deste projeto de investigação é identificar e caracterizar as situações de *burnout* nos enfermeiros que desempenham funções na Saúde 24 Porto.

Como objetivos operacionais:

- Identificar o nível exaustão emocional no grupo de profissionais em estudo;
- Identificar o nível de realização pessoal no grupo de profissionais em estudo;
- Identificar o nível de despersonalização no grupo de profissionais em estudo;
- Caracterizar dados sociodemográficos no grupo de profissionais em estudo;
- Caracterizar as situações de *burnout* identificadas;
- Identificar as situações de *burnout* nos enfermeiros da Saúde 24 Porto;
- Contribuir para a sensibilização dos enfermeiros em relação à importância do tema;



4. Material e Métodos

Como já foi referido o *burnout* caracteriza-se por exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal. Pode avaliar-se através de diversos instrumentos, sendo seleccionado o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) por ser cientificamente robusto, reconhecido internacionalmente e enquadrar-se nos objetivos deste estudo pelas dimensões que avalia.

4.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de natureza observacional, descritivo, e relativamente à cronologia das observações será retrospectivo, que utiliza metodologia quantitativa

4.2. Período do estudo

O estudo realizou-se em 2012, a colheita de dados ocorreu no período entre 20 de janeiro de 2012 e 10 de março de 2012.

4.3. Definição de População Alvo, População em Estudo e Amostra

A população alvo, enfermeiros nos serviços de atendimento telefónico de saúde em Portugal, tendo em conta o tema do projecto, seria demasiado abrangente e difícil de alcançar neste âmbito. A opção do estudo de caso na Saúde 24 Porto (amostra não probabilística, de conveniência), permitiu que a amostra em estudo, se tornasse mais restrita e alcançável, definida por todos os enfermeiros com contrato ativo com a Saúde 24 no Centro de Atendimento do Porto.

Considerando a data de referência de 01/01/2012, existiam naquele momento 227 enfermeiros com contrato de trabalho ativo (independentemente do tipo de vínculo). Se considerarmos a população em estudo, o conjunto de enfermeiros que desempenha



funções e tem horário atribuído no mês seguinte à data de referência de 01/01/2012, existiam naquele momento 211 enfermeiros. Os restantes enfermeiros que não foram considerados anteriormente, encontravam-se em licença de maternidade, baixa médica ou ausentes para realização de estudos académicos.

Assim a amostra deste estudo é uma amostra de conveniência, não probabilística, composta por 211 enfermeiros que desempenham funções na Saúde 24 Porto.

O local do estudo é o Centro de Atendimento da Saúde 24 Porto, gerido pela LCS – Linha de Cuidados de Saúde S.A. que se situa na Rua Dr. Alfredo Magalhães, 46 – 1º, Sala 1 | 4000-061 Porto.

4.4. Fontes e Suportes de Informação

Foram utilizadas como fonte de informação as respostas obtidas ao questionário aplicado a todos os enfermeiros que desempenham funções no local do estudo, Centro de Atendimento da Saúde 24 Porto. O suporte de informação utilizado foi o questionário (Anexo I) que permitiu o registo direto, em papel, dos dados recolhidos, que posteriormente foram inseridos numa base de dados (SPSS PASW Statistics 18).

4.5. Recolha de Dados

Os dados foram auto reportados através do questionário (suporte de informação), preenchido pela população em estudo e colocado em caixa fechada. Com a colaboração posterior de uma funcionária administrativa do Centro de Atendimento do Porto. Os questionários foram devidamente acondicionados e enviados para Lisboa ao cuidado do investigador.



4.5.1. Dados sociodemográficos

A recolha de dados sociodemográficos integra-se na primeira parte do questionário utilizado (Anexo I) e do qual constam seis questões simples e directas que permitem rapidamente caracterizar a amostra relativamente a aspectos demográficos como o sexo e a idade e, ainda alguns relacionados com a actividade desempenhada, tempo de serviço, tempo de serviço na Saúde 24 e grau académico.

4.5.2. MBI – Maslach Burnout Inventory

O instrumento de recolha de dados relacionados com o *burnout* foi o inventário de *burnout* de Maslach – MBI (Maslach *Burnout* Inventory) é uma escala psicométrica de medida de *burnout*, criada há 20 anos, por Christina Maslach. Tem 22 afirmações que são respondidas numa escala de likert sobre os sentimentos e atitudes do profissional no seu trabalho e em relação aos utentes. Existem três versões do MBI: a versão dirigida aos profissionais de saúde, denominada MBI - Human Services Survey (MBI-HSS), constituída por 22 itens; a versão para profissionais de educação, o MBI-Educators Survey (MBI-ES) e o MBI-General Survey (MBI-GS), de carácter mais genérico e contendo apenas 16 itens.

Existe uma versão validada para a população portuguesa por Cruz & Melo em 1996. Com a aplicação desta escala obtém-se a avaliação das três dimensões que constituem a síndrome de *burnout*; exaustão emocional, despersonalização e realização profissional. Assim, níveis elevados de exaustão emocional e despersonalização significam *burnout* elevado; níveis baixos de realização profissional também revelam *burnout* elevado.

Cada item do inventário deve ser pontuado segundo uma escala tipo Likert que varia de zero a seis, com sete opções de resposta sendo “zero” para “nunca” e “seis” para “todos os dias”, distribuído como se mostra seguidamente:

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 0 - Nunca |
| <input type="checkbox"/> | 1 - Algumas vezes por ano |
| <input type="checkbox"/> | 2 - Uma vez por mês |
| <input type="checkbox"/> | 3 - Algumas vezes por mês |
| <input type="checkbox"/> | 4 - Uma vez por semana |
| <input type="checkbox"/> | 5 - Algumas vezes por semana |
| <input type="checkbox"/> | 6 - Todos os dias |

A dimensão Exaustão Emocional é formada por nove itens que avaliam a frequência com que o individuo se sente emocionalmente exausto (desgastado) pelo trabalho. Nesta dimensão, quanto menor a pontuação, menor o desgaste emocional, quanto maior a pontuação, maior o desgaste emocional.

Os itens da dimensão exaustão emocional, com a numeração correspondente ao questionário, são os seguintes:

Dimensão	Questões
Exaustão Emocional	1. Sinto-me emocionalmente esgotado(a) com o meu trabalho
	2. Sinto-me exausto(a) no fim de um dia de trabalho
	3. Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia no meu emprego
	6. Trabalhar com pessoas todo o dia esgota-me
	8. O meu trabalho deixa-me completamente exausto
	13. Sinto-me frustrado(a) no trabalho
	14. Sinto que estou a trabalhar em excesso no meu emprego
	16. Trabalhar directamente com pessoas causa-me muito stresse
	20. Sinto-me como uma corda esticada até ao fim

A dimensão Despersonalização é formada por cinco itens que avaliam com que frequência o indivíduo expressa uma resposta fria e impessoal. Nesta dimensão, quanto menor a pontuação, menor a despersonalização, quanto maior a pontuação, maior a despersonalização.

Os itens da despersonalização são os seguintes:

Dimensão	Questões
Despersonalização	5. Sinto que trato algumas pessoas das minhas relações profissionais como se fossem objectos impessoais
	10. Tornei-me mais indiferente para com as pessoas desde que comecei a exercer as funções que actualmente desempenho
	11. Preocupo-me que as funções que exerço me estejam a transformar numa pessoa mais dura
	15. Na verdade não me preocupo com o que possa suceder aos clientes/utentes da organização onde trabalho
	22. Sinto que os clientes/utentes da organização me culpam por alguns dos seus problemas

A dimensão Realização Pessoal é formada por oito itens para avaliar os sentimentos de competência pessoal, profissional e eficácia do enfermeiro na realização do trabalho. Nesta dimensão o score é invertido (oposto aos referidos anteriormente): quanto menor a pontuação, maior o sentimento de baixa realização.

Os itens da realização pessoal são os seguintes:

Dimensão	Questões
Realização Pessoal	4. Compreendo facilmente o que sentem as pessoas com quem tenho de me relacionar no meu trabalho
	7. Sou capaz de lidar de forma eficaz com os problemas dos clientes/utentes da organização onde trabalho
	9. Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida das outras pessoas
	12. Sinto-me cheio(a) de energia
	17. Consigo criar facilmente um ambiente descontraído com as pessoas a quem presto serviço
	18. Sinto-me entusiasmado(a) após sessões de trabalho com as pessoas a quem presto serviço
	19. No meu trabalho tenho conseguido fazer coisas com valor
	21. No meu trabalho enfrento calmamente os problemas emocionais

O questionário completo está disponível em anexo (anexo I).



4.5.3. Procedimento de recolha de dados

Primeiramente foi realizado formalizado por escrito o pedido de autorização ao Conselho de Administração da LCS – Linha de Cuidados de Saúde S.A. entidade gestora da Parceria Publico Privada da Saúde 24 (anexo II). Após obtenção de resposta positiva, deu-se início aos contactos com a Direção do Centro de Atendimento da Saúde 24 Porto, no sentido de realizar o estudo.

Antes da efetiva aplicação do questionário foi reafirmado o compromisso de realização do estudo e o período de recolha de dados (janeiro/2012 a março/2012) com a Administração da LCS e a Diretora do Centro de Atendimento da Saúde 24 Porto.

Todos os enfermeiros deste serviço constituíram a amostra em estudo e foram convidados a participar no estudo, em períodos que não prejudicariam o normal funcionamento do serviço, tendo sido posteriormente entregue o respetivo questionário.

Em regra, os enfermeiros preferiram responder ao questionário no seu período de pausa, Posteriormente os questionários foram entregues a uma administrativa do serviço que os colocou em caixa, posteriormente fechada e enviada para Lisboa.

O conteúdo das questões e/ou o seu significado não foi discutido, nem a escala de respostas. Em caso de dúvida foi sugerido uma nova leitura e interpretação sobre a pergunta, onde foi sempre reforçada a importância de responder a todas as questões.

4.5.4. Tratamento dos Dados

Para análise quantitativa dos resultados da aplicação da Escala MBI e das variáveis sociodemográficas em análise foi utilizado o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Após uma primeira abordagem descritiva, foram analisadas e caracterizadas possíveis correlações através do teste de Correlação de Spearman ou através do Teste de



independência do Qui-quadrado, consoante a natureza das variáveis. Posteriormente, no caso de existir evidência de correlações, estas foram analisadas numa perspetiva exploratória descritiva. O nível de significância estatística foi definido em 5%.

4.6. Considerações éticas

Todos os participantes tiveram direito a um tratamento justo e equitativo que lhes conferiu a oportunidade de serem informados sobre a natureza e a duração da investigação. Ficou assumido o compromisso que seria dado acesso à informação relativa à colaboração e aos resultados do estudo.

Garantir o anonimato no questionário, foi um dos princípios éticos tidos em conta, para que, ao serem conhecidos os resultados, seja impossível identificar os participantes. Este aspeto é essencial na investigação. Fica assim assegurado o princípio da beneficência, ou seja, não pode ocorrer dano aos sujeitos, nem a informação fornecida para este trabalho poderá ser utilizada contra eles em qualquer circunstância.

A cada sujeito da amostra foi reservado o direito à autodeterminação, ou seja, cada um, decidiu de forma livre, a sua participação.

Foi solicitado, em requerimento, um pedido de autorização do presente estudo (anexo II), com os seus objetivos, bem como o instrumento de colheita de dados a utilizar (anexo I), para o Concelho de Administração da LCS – Linha de Cuidados de Saúde S.A., entidade gestora da Parceria Público Privada da Saúde 24.

Foi dado conhecimento e solicitada a autorização à Diretora do Centro de Atendimento da Saúde 24 Porto, onde se realizou o estudo, sendo também enviadas cópias da referida autorização, como consta no paragrafo anterior.



4.7. Operacionalização do estudo

4.7.1. Cronograma

O cronograma encontra-se em anexo (anexo III), tal como o quadro de atividades (anexo IV). Identificam-se abaixo as atividades principais:

- Elaboração do Protocolo de Projeto de Investigação;
- Elaboração de pedido para realização do estudo ao Conselho de Administração da Linha de Cuidados de Saúde S.A (Saúde 24);
- Escolha da escala para identificar situações de *burnout* nos enfermeiros da Saúde 24;
- Promoção de reuniões explicativas sobre o projeto aos profissionais de saúde;
- Aplicação do Questionário a todos os enfermeiros do Centro de atendimento da Saúde 24;
- Análise dos dados resultantes do questionário aplicado a todos os enfermeiros da Saúde 24;
- Caracterização das situações identificadas através do questionário aplicado aos enfermeiros da Saúde 24;
- Elaboração do relatório final.

4.7.2. Recursos Humanos e Técnicos

O investigador foi o único recurso humano afeto à realização do estudo, no entanto, pôde contar com a colaboração prestimosa das orientadoras da UNL ENSP.

Os equipamentos necessários para o desenvolvimento do projeto foram material de escritório (computador, papel, canetas), suportados pelo investigador e *software* (SPSS e ferramentas do *office*) com base em licenças da ENSP/UNL.



4.8. Limitações do estudo

A primeira grande limitação deste estudo esteve relacionada com a gestão do tempo. O tema em estudo é muito abrangente e está associado a uma vasta bibliografia o que faz com que ocorra alguma dispersão. Assim, uma restrição da temática, foi fundamental.

A segunda limitação esteve relacionada com a inexperiência do investigador, nomeadamente na utilização da tecnologia de base de dados e análise de alguns resultados.

A proximidade do investigador à gestão do serviço fez com que a escolha sobre o local do estudo recaísse sobre o Centro de Atendimento da Saúde 24 do Porto para que o ambiente envolvente e os profissionais que constituem a amostra não fossem condicionados a um determinado tipo de respostas, assim esta última limitação do estudo fica bastante mais atenuada.



5. Resultados e discussão

Os resultados foram objecto de análise quantitativa através da aplicação da escala psicométrica MBI, Maslach *Burnout Inventory*, validada para a língua portuguesa por Cruz& Melo em 1996.

Com a aplicação do teste MBI, pretendeu-se também criar espaços de reflexão entre os enfermeiros, bem como a reflexão sobre a temática *burnout* na equipa da Saúde 24 Porto.

Da amostra em estudo (211) duzentos e onze enfermeiros, apenas (2) dois não responderam ao questionário. Destes dois, (1) um recusou responder, (1) um recebeu o questionário mas não o entregou durante o período de recolha, que ocorreu nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2012.

A aplicação do teste MBI, para além de identificar o nível de *burnout*, permitiu criar espaços de reflexão entre os profissionais, surgindo comentários construtivos sobre a temática stresse e *burnout* na equipa de enfermeiros da Saúde 24. Quando se pretende evitar ou reduzir os efeitos do *burnout* numa equipa de trabalho é necessário que os colaboradores estejam sensibilizados para o tema e conheçam as suas manifestações.

Resultados

Os grupos profissionais inquiridos foram os seguintes de acordo com o gráfico1:

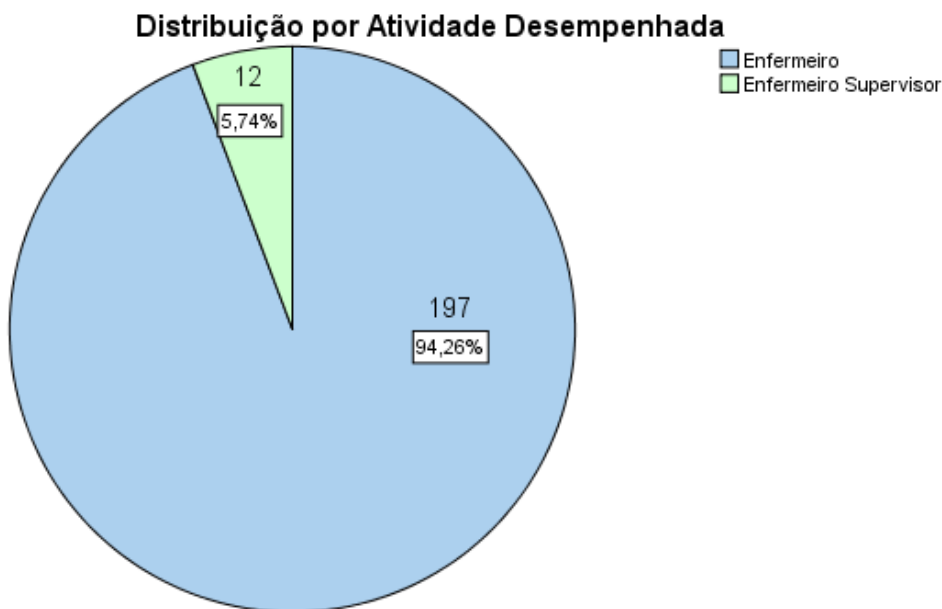


GRÁFICO 1: Distribuição por Atividade Desempenhada

Segundo estes dados pode observar-se que o grupo mais representativo é o dos enfermeiros comunicadores (94,26%) e numa percentagem menor (5,74%) os enfermeiros supervisores.

Os enfermeiros supervisores realizam um horário completo de 40 horas semanais na Saúde 24, sendo que a maioria dos supervisores também acumula funções noutras instituições de saúde. Os enfermeiros comunicadores realizam em média 18 horas semanais, na Saúde 24, consoante o dimensionamento necessário para dar resposta à sazonalidade da atividade do serviço.

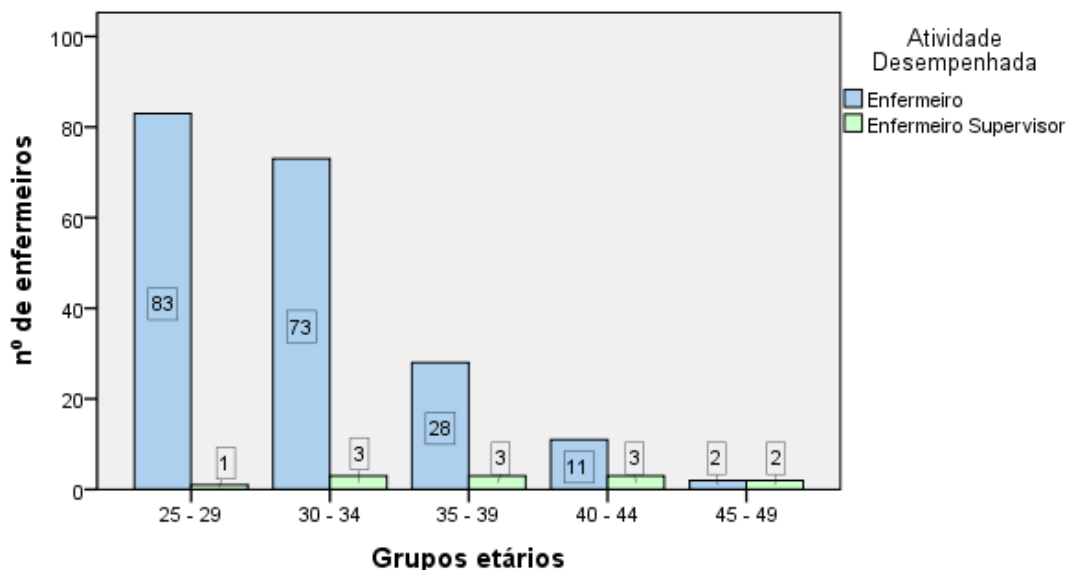


GRÁFICO 2: Distribuição da atividade desempenhada por faixa etária

Através do gráfico 2 podemos observar que se trata de uma equipa jovem, maioritariamente com idades compreendidas, entre os 25 e os 34 anos (74,64%) no caso dos enfermeiros, e no caso dos supervisores as idades estão compreendidas principalmente entre, os 30 e os 44 anos. Os supervisores têm uma média de idades de 37 anos (29 anos de idade mínima, 49 anos de idade máxima e um desvio padrão de 4,55) e, no caso dos enfermeiros a média de idades situa-se nos 32 anos (26 anos de idade mínima, 49 anos de idade máxima e um desvio padrão de 4,59).

Faixa etária	Frequência	Percentagem
25 - 29	84	40,2
30 - 34	76	36,4
35 - 39	31	14,8
40 - 44	14	6,7
45 - 49	4	1,9
Total	209	100

QUADRO 2: Distribuição por faixa etária

Ao analisar a totalidade do grupo pode verificar-se a concentração nas faixas etárias mais baixas, tal como apresentado no quadro 2.

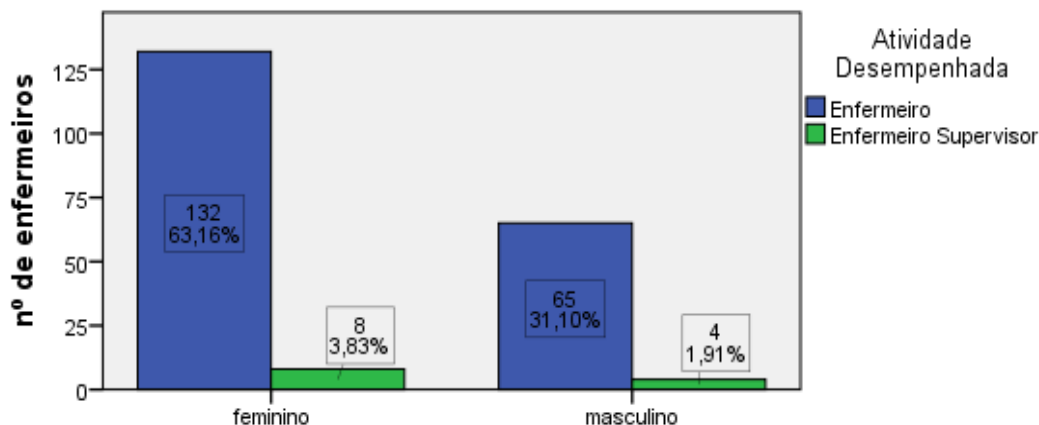


GRÁFICO 3: Distribuição da atividade desempenhada por género

Quanto ao género a distribuição é apresentada de acordo com o gráfico 3. Existe uma predominância do sexo feminino, tanto na equipa de enfermeiros, como na equipa de supervisores. Independentemente da atividade desempenhada o género feminino é superior (aproximadamente o dobro), ao género masculino.

Quanto ao tempo de atividade profissional como enfermeiros, a distribuição está refletida no gráfico seguinte (gráfico 4) e podemos verificar que, quase metade da equipa tem 5, 6 ou 7 anos de atividade profissional (48,8%).

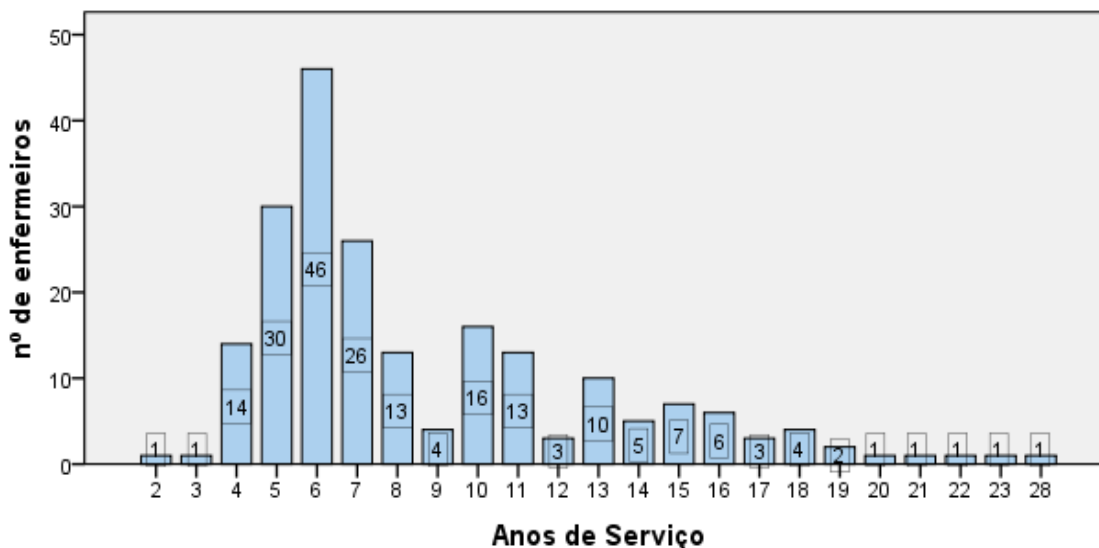


GRÁFICO 4: Distribuição do tempo de atividade profissional como enfermeiros, em anos de serviço.

Se analisarmos o tempo de serviço destes enfermeiros na Saúde 24 através do gráfico 5 concluímos que, 36,4% dos enfermeiros desempenha funções há 3 anos no serviço, e que, mais de ¼ da equipa desempenha funções há mais de 5 anos (26,8%).

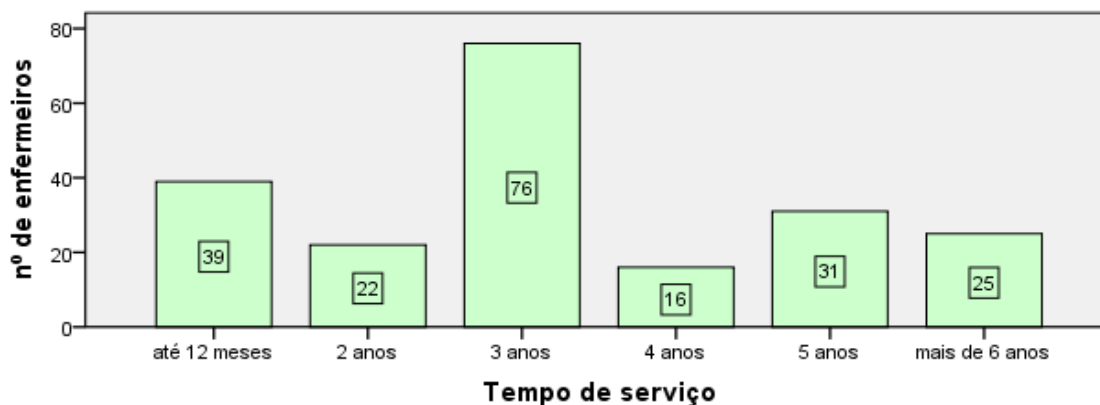


GRÁFICO 5: Distribuição do tempo de serviço na Saúde 24 em anos de serviço.

Relativamente ao grau académico da equipa de enfermeiros, pudemos constatar, de acordo com o gráfico 6, que mais de metade da equipa de supervisores possui grau académico equivalente ao segundo ciclo do ensino superior. Quanto aos enfermeiros que prestam serviço na Saúde 24, quase metade da equipa possui habilitações complementares à licenciatura.

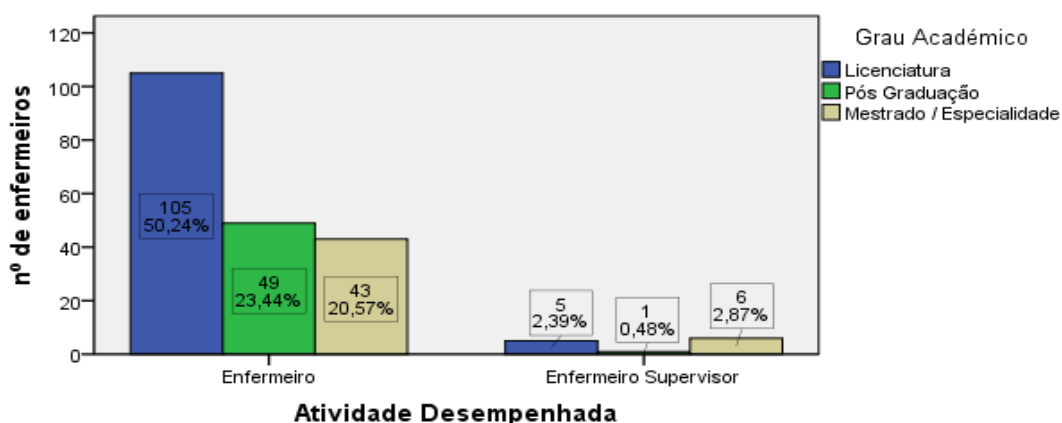


GRÁFICO 6: Distribuição da atividade desempenhada de acordo com o grau académico

Como já foi referido, do total de duzentos e onze enfermeiros, que actualmente desempenham funções, apenas dois não responderam, existindo assim, duzentas e nove respostas válidas aos testes MBI, que corresponde a uma taxa de resposta de 99%.

A análise fatorial com o cálculo do alfa de *Cronbach's* aplicado ao teste conclui da boa consistência interna do teste, como se pode ver no quadro 3.

<i>Cronbach's Alpha</i>	Nº de Itens
,750	22

QUADRO 3: Cálculo do Alfa de *Cronbach*

Carlotto (2004) apresenta uma tabela de Correia (1997), sobre a análise fatorial do MBI, os valores do alfa de *cronbach* para a população portuguesa são de 0,82, para a Exaustão Emocional, de 0,94 para a Realização Profissional e de 0,67 para a Despersonalização.

Assim e de acordo com o preconizado foram avaliados os alfas para cada dimensão que compõe o MBI e verificaram-se os seguintes resultados:

Exaustão Emocional		
<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>Cronbach's Alpha Based on Standardized Items</i>	Nº de Itens
,892	,893	9

QUADRO 4: Cálculo do Alfa de *Cronbach* para os itens da dimensão exaustão emocional.

Despersonalização		
<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>Cronbach's Alpha Based on Standardized Items</i>	Nº de itens
,629	,625	5

QUADRO 5: Cálculo do Alfa de *Cronbach* para os itens da dimensão despersonalização.

Realização Profissional		
<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>Cronbach's Alpha Based on Standardized Items</i>	Nº de itens
,687	,706	8

QUADRO 6: Cálculo do Alfa de *Cronbach* para os itens da dimensão realização profissional.

Ao comparar com os valores indicados para a população portuguesa verificam-se valores mais elevados na exaustão emocional e valores mais baixos na realização profissional e despersonalização, no entanto e de acordo com Carlotto (2004) o baixo valor referente à despersonalização possui fidedignidade mais baixa em vários países, à exceção da população norte americana, ou seja, a população com o idioma original da escala. Em relação à subescala de exaustão emocional e despersonalização os índices obtidos no estudo seguem a tendência de estudos de outros países, como por exemplo Espanha e Holanda.

A média de scores identificada no estudo para as dimensões de *burnout* apresentam-se nos quadros abaixo (Quadro 7 e 8).

Conclui-se que, no global, os enfermeiros que desempenham funções na Saúde 24 Porto não manifestam padrão de *Burnout*. Relativamente à exaustão emocional os enfermeiros apresentam um nível médio (19,10 é o valor mais baixo do score médio), no entanto os valores do desvio padrão são elevados, o que identifica uma grande variedade de respostas, ou seja, uma alta dispersão de resultados. Quanto à despersonalização existe uma ausência de síndrome. O valor médio encontrado é baixo (4,90). Relativamente à realização pessoal o nível é médio (38,00).

Usando o quadro de scores de Maslach como referência, criou-se o quadro 7 onde estão representados os resultados de todos os enfermeiros, em todos os scores obtidos no estudo, em cada uma das dimensões em análise e complementa a informação descrita

no parágrafo anterior. O Quadro 7 permite verificar que, apesar do resultado obtido na exaustão emocional se situar no nível médio, a maioria das respostas obtidas, situa-se dentro do score baixo desta dimensão. Relativamente à baixa realização pessoal podemos verificar, pelo número de respostas obtidas, que o maior número de respostas se situa no score baixo (baixo nível de baixa realização pessoal).

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Exaustão emocional	19,1	9,726	3	48
Despersonalização	4,9	4,417	0	21
Realização Pessoal	38	5,438	19	48

QUADRO 7: Cálculo da Média e Desvio Padrão para as três dimensões de análise.

	Baixo	Médio	Alto
Exaustão emocional	112	48	49
Despersonalização	131	43	35
Realização pessoal	91	76	42

QUADRO 8: Número de enfermeiros distribuído pelos diferentes scores de Maslach

É importante referir que foram identificados 5 casos de *burnout*, que corresponde a 2,3% da amostra em estudo. Todos eles a desempenhar funções de enfermeiro, do sexo feminino com uma média de idades de 30 anos (entre os 27 e os 33), desempenham atividade profissional como enfermeiros há 7,5 anos (entre os 5 e os 11) e, trabalham na Saúde 24 há 3,5 anos em média.

Em sentido inverso, apurou-se que, 24% dos enfermeiros da Saúde 24 apresentam, simultaneamente scores baixos de exaustão, despersonalização e realização pessoal



(este ultimo score invertido), condição que é considerada por muitos autores como um indicador muito positivo na saúde da organização relativamente ao *burnout*.

Na análise efetuada posteriormente procurou-se encontrar correlações entre as três dimensões de *burnout*: idade, tempo de serviço e tempo de serviço na Saúde 24 através do quadro indicado abaixo (quadro 9).

Pode afirmar-se que o constructo *Burnout* é multidimensional, no qual existem correlações entre todas as dimensões. Todas elas têm correlação significativa, verificando-se uma correlação significativa, positiva entre duas dimensões (exaustão emocional/despersonalização), o que vai ao encontro do constructo teórico, tal como é definido por Maslach em 1981.

			Correlações de Spearman					
			Idade	Tempo de serviço	Tempo de serviço Saúde 24	Exaustão Emocional scores	Realização Pessoal scores	Despersonalização scores
Spearman's rho	Idade	Correlation Coefficient	1,000	,882**	,554**	-,120	,000	-,081
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,082	1,000	,246
	Tempo de serviço	Correlation Coefficient	,882**	1,000	,611**	-,148*	,000	-,144*
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,032	1,000	,037
	Tempo de serviço na Saúde 24	Correlation Coefficient	,554**	,611**	1,000	,010	-,071	-,077
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,886	,309	,265
	Exaustão Emocional scores	Correlation Coefficient	-,120	-,148*	,010	1,000	,164*	,418**
		Sig. (2-tailed)	,082	,032	,886	.	,018	,000
	Realização Pessoal scores	Correlation Coefficient	,000	,000	-,071	,164*	1,000	,232**
		Sig. (2-tailed)	1,000	1,000	,309	,018	.	,001
	Despersonalização scores	Correlation Coefficient	-,081	-,144*	-,077	,418**	,232**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,246	,037	,265	,000	,001	.
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).								
* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).								
N = 209								

QUADRO 9: Cálculo da correlação de Spearman para as três dimensões de análise, idade, tempo de serviço e tempo de serviço na Saúde 24.

Para realizarmos uma análise sobre as três dimensões de *burnout* e as variáveis, sexo, atividade desempenhada e grau académico, foram aplicados testes de independência do qui-quadrado, dada a natureza das variáveis.

Relativamente aos resultados, as condições de aplicabilidade do teste estão satisfeitas e assinaladas com cores.

Teste de independência do qui-quadrado				
		Exaustão Emocional scores	Realização Pessoal scores	Despersonalização scores
Sexo	Pearson Chi-Square	0,467	4,479	6,718
	Asymp. Sig. (2-sided)	0,792	0,107	0,035
Actividade Desempenhada	Pearson Chi-Square	5,307	12,278	3,093
	Asymp. Sig. (2-sided)	0,07	0,002	0,213
Grau Académico	Pearson Chi-Square	10,494	4,911	11,975
	Asymp. Sig. (2-sided)	0,033	0,297	0,018
0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,85.				
0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,87.				
0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,56.				
2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,76.				
2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,41.				
2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,01.				
0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,25.				
0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,85.				
0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,21.				
N = 209				

QUADRO 10: Quadro resumo do teste de independência do Qui-quadrado entre as três dimensões de análise, sexo, actividade desempenhada e grau académico.

Da análise do quadro abaixo (quadro 11) onde estão distribuídas as três dimensões de *burnout* pelas diferentes faixas etárias, podemos perceber que, apesar de não existir correlação significativa entre estas variáveis, (apresentada no quadro 9) evidencia-se uma tendência, para que na faixa etária mais baixa, o valor de exaustão emocional seja mais alto, contrariamente às restantes faixas etárias.

Idade	Score	Exaustão Emocional		Despersonalização		Realização Pessoal	
		N	%	n	%	n	%
25-29	Baixo	41	19,6%	54	25,8%	41	19,6%
	Médio	16	7,7%	16	7,7%	28	13,4%
	Alto	27	12,9%	14	6,7%	15	7,2%
30-34	Baixo	41	19,6%	40	19,1%	27	12,9%
	Médio	21	10,0%	19	9,1%	30	14,4%
	Alto	14	6,7%	17	8,1%	19	9,1%
35-39	Baixo	18	8,6%	21	10,0%	12	5,7%
	Médio	6	2,9%	7	3,3%	14	6,7%
	Alto	7	3,3%	3	1,4%	5	2,4%
40-44	Baixo	9	4,3%	13	6,2%	7	3,3%
	Médio	4	1,9%	1	0,5%	4	1,9%
	Alto	1	0,5%	0	0,0%	3	1,4%
45-49	Baixo	3	1,4%	3	1,4%	4	1,9%
	Médio	1	0,5%	0	0,0%	0	0,0%
	Alto	0	0,0%	1	0,5%	0	0,0%
Total		209	100,0%	209	100,0%	209	100,0%

QUADRO 11: Distribuição dos scores de *burnout* nas três dimensões por faixa etária.

Quando se examinam as funções desempenhadas distribuídas pelas dimensões em análise, verifica-se através do quadro 10, que de acordo com os resultados obtidos rejeita-se a independência entre, a atividade desempenhada e a realização pessoal, ou seja, existe uma relação entre estas duas variáveis.

Visível no quadro 12 a distribuição entre a função desempenhada e as dimensões de *burnout*. Podemos perceber que, quanto mais elevada a função desempenhada, (Supervisor=2) mais baixa é a realização pessoal. Reforça-se mais uma vez, o facto de esta dimensão ter score inverso, logo a interpretação deverá ser feita no sentido de, quanto mais elevada for a função maior a realização pessoal.

Funções Desempenhadas	Score	Exaustão Emocional		Despersonalização		Realização Pessoal	
		n	%	n	%	n	%
Enfermeiro (1)	Baixo	102	48,8%	121	57,9%	80	38,3%
	Médio	46	22,0%	41	19,6%	76	36,4%
	Alto	49	23,4%	35	16,7%	41	19,6%
Supervisor (2)	Baixo	10	4,8%	10	4,8%	11	5,3%
	Médio	2	1,0%	2	1,0%	0	0,0%
	Alto	0	0,0%	0	0,0%	1	0,5%
Total		209	100,0%	209	100,0%	209	100,0%

QUADRO 12: Distribuição dos scores de *burnout* nas três dimensões de acordo com a função desempenhada.

A distribuição representada no quadro abaixo (quadro 13), entre os graus académicos e as três dimensões, mostra a tendência para scores altos em relação aos enfermeiros licenciados e pós graduados, nas dimensões de exaustão e despersonalização, contrariamente aos enfermeiros com o grau de mestre ou especialidade.

Para o estudo da relação entre estas variáveis realizou-se o teste de independência do qui-quadrado com resultados apresentados no quadro 10 onde se pode concluir que se rejeita a independência entre o grau académico e a exaustão emocional e despersonalização, ou seja, existe uma relação entre estas variáveis.

Grau Académico	Score	Exaustão Emocional		Despersonalização		Realização Pessoal	
		n	%	n	%	n	%
Licenciatura	Baixo	61	29,2%	70	33,5%	44	21,1%
	Médio	23	11,0%	20	9,6%	47	22,5%
	Alto	26	12,4%	20	9,6%	19	9,1%
Pós Graduação	Baixo	23	11,0%	32	15,3%	24	11,5%
	Médio	9	4,3%	6	2,9%	16	7,7%
	Alto	18	8,6%	12	5,7%	10	4,8%
Mestrado	Baixo	28	13,4%	29	13,9%	23	11,0%
Especialidade	Médio	16	7,7%	17	8,1%	13	6,2%
	Alto	5	2,4%	3	1,4%	13	6,2%
Total		209	100,0%	209	100,0%	209	100,0%

QUADRO 13: Distribuição dos scores de *burnout* nas três dimensões por grau académico.

No quadro 10 podemos observar se existe relação entre o género com as dimensões de *burnout* e verificamos que se rejeita a independência entre o sexo e a despersonalização, ou seja, existe uma relação entre estas duas variáveis. Na análise do quadro abaixo (quadro 14) verificamos que o score baixo é o que apresenta maior expressão, tanto no sexo masculino, mas principalmente no sexo feminino.

Relativamente ao género, o quadro 14 permite analisar a distribuição dos scores de *burnout* pelas três dimensões. Podemos concluir que as distribuições são muito homogéneas relativamente ao sexo masculino e feminino nas dimensões de exaustão emocional e realização pessoal. Quanto à despersonalização verifica-se que as mulheres têm scores mais baixos do que os homens nesta dimensão, traduzindo-se na percentagem mais elevada obtida (67,1%).

Nos resultados obtidos para o score alto da despersonalização, os homens também apresentam um resultado pior em relação às mulheres (mais do dobro em termos percentuais, assinalado no quadro a vermelho).

		Adaptado de sexo e 3 dimensões <i>burnout</i> Cross tabulation						Total Nº Enfº.
		Score Baixo		Score Médio		Score Alto		
		Nº Enfº.	%	Nº Enfº.	%	Nº Enfº.	%	
Exaustão Emocional	Feminino	77	55,0%	32	22,9%	31	22,1%	140
	Masculino	35	50,7%	16	23,2%	18	26,1%	69
Realização Pessoal	Feminino	66	47,1%	44	31,4%	30	21,4%	140
	Masculino	25	36,2%	32	46,4%	12	17,4%	69
Despersonalização	Feminino	94	67,1%	29	20,7%	17	12,1%	140
	Masculino	37	53,6%	14	20,3%	18	26,1%	69

QUADRO 14: Distribuição dos scores de *burnout* nas três dimensões por género.

O tempo de atividade profissional é sempre um aspeto importante a ter em conta quando se realiza um estudo que analisa as dimensões de *burnout* num determinado grupo profissional. O quadro abaixo (quadro 15) agrupa enfermeiros de acordo com o seu tempo de atividade profissional e faz a sua distribuição pelas dimensões em análise.

Podemos verificar que existe um padrão de scores mais alto, quando o tempo de atividade é mais baixo, no que se refere à exaustão emocional e despersonalização, o que pode ser confirmado com a análise do quadro 9 onde se verifica, através da correlação de Spearman, entre o tempo de serviço e os níveis das várias dimensões de *burnout*, correlações significativas e negativas para a exaustão emocional ($r=-0,148$; $p=0,032$), e para a despersonalização ($r=-0,144$; $p=0,037$), ou seja, a tendência actual, é a de que os enfermeiros com menos tempo de atividade profissional, têm maior propensão expressa para scores mais altos de desgaste profissional.

Tempo de atividade profissional	Score	Exaustão Emocional		Despersonalização		Realização Pessoal	
		N	%	n	%	n	%
até 4 anos	Baixo	7	3,3%	8	3,8%	10	4,8%
	Médio	0	0,0%	4	1,9%	4	1,9%
	Alto	9	4,3%	4	1,9%	2	1,0%
5 - 9	Baixo	59	28,2%	70	33,5%	47	22,5%
	Médio	31	14,8%	25	12,0%	47	22,5%
	Alto	29	13,9%	24	11,5%	25	12,0%
10 - 14	Baixo	28	13,4%	30	14,4%	20	9,6%
	Médio	11	5,3%	13	6,2%	16	7,7%
	Alto	8	3,8%	4	1,9%	11	5,3%
15 - 19	Baixo	14	6,7%	18	8,6%	9	4,3%
	Médio	6	2,9%	1	0,5%	9	4,3%
	Alto	2	1,0%	3	1,4%	4	1,9%
mais de 20 anos	Baixo	4	1,9%	5	2,4%	5	2,4%
	Médio	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Alto	1	0,5%	0	0,0%	0	0,0%
Total		209	100,0%	209	100,0%	209	100,0%

QUADRO 15: Distribuição dos scores de *burnout* nas três dimensões por tempo de atividade profissional.

Relativamente ao tempo de desempenho de funções de enfermagem na Saúde 24 Porto, através do quadro 9, podemos concluir que não existe nenhuma correlação estatisticamente significativa entre as dimensões de *burnout* e o tempo de serviço na Saúde 24. Ao analisarmos o quadro abaixo (quadro 16) verificamos que em todas as dimensões as distribuições dos scores são maioritariamente, do mais baixo para o mais alto, nas diferentes faixas de tempo de atividade na Saúde 24.

Tempo de serviço na Saúde 24	Score	Exaustão Emocional		Despersonalização		Realização Pessoal	
		N	%	n	%	n	%
Até 12 meses	Baixo	21	10,0%	24	11,5%	14	6,7%
	Médio	9	4,3%	8	3,8%	16	7,7%
	Alto	9	4,3%	7	3,3%	9	4,3%
2 anos	Baixo	16	7,7%	12	5,7%	5	2,4%
	Médio	5	2,4%	6	2,9%	9	4,3%
	Alto	1	0,5%	4	1,9%	8	3,8%
3 anos	Baixo	33	15,8%	47	22,5%	37	17,7%
	Médio	17	8,1%	15	7,2%	30	14,4%
	Alto	26	12,4%	14	6,7%	9	4,3%
4 anos	Baixo	7	3,3%	10	4,8%	7	3,3%
	Médio	7	3,3%	4	1,9%	6	2,9%
	Alto	2	1,0%	2	1,0%	3	1,4%
5 anos	Baixo	20	9,6%	18	8,6%	16	7,7%
	Médio	6	2,9%	8	3,8%	10	4,8%
	Alto	5	2,4%	5	2,4%	5	2,4%
mais de 6 anos	Baixo	15	7,2%	20	9,6%	12	5,7%
	Médio	4	1,9%	2	1,0%	5	2,4%
	Alto	6	2,9%	3	1,4%	8	3,8%
Total		209	100,0%	209	100,0%	209	100,0%

QUADRO 16: Distribuição dos scores de *burnout* nas três dimensões por tempo de atividade profissional na Saúde 24.



6. Conclusão

Com a realização deste estudo pretendeu-se identificar e caracterizar as situações de *burnout* nos enfermeiros que desempenham funções na Saúde 24 Porto.

O *burnout* caracteriza-se por exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal, pode avaliar-se através de diversos instrumentos, utilizou-se o Maslach *Burnout* Inventory (MBI), por ser cientificamente robusto, reconhecido internacionalmente e, enquadrar-se nos objetivos deste estudo pelas dimensões que avalia.

Esta síndrome tem consequências a nível individual e organizacional e está descrita como um problema de saúde laboral com alta prevalência nos enfermeiros.

A primeira medida para evitar a aparecimento do *burnout* é conhecer as suas manifestações. Assim, é essencial que todos os enfermeiros tenham conhecimentos sobre a síndrome, sendo também necessário que as instituições implementem medidas de prevenção e tratamento a nível individual, grupal e organizacional.

De um total de 227 enfermeiros com contrato efetivo no centro de atendimento da Saúde 24 Porto, constituíram o corpus do nosso estudo 211 enfermeiros.

Do conjunto dos 209 enfermeiros que respondeu ao estudo, destaca-se a predominância do sexo feminino, com 66,99%. Relativamente à média de idades, esta é de 32 anos (26 anos de idade mínima, 49 de idade máxima e desvio padrão de 4,59). Trata-se de uma população jovem, em que os grupos etários com maior expressão são dos 25-29 anos (40,2%), seguido do grupo etário dos 30-34 anos (36,4%).

Constatamos que a média de anos de atividade profissional é de 5,67 anos. Na equipa em estudo 5,74% desempenham funções de enfermeiros supervisores e 94,26% desempenha funções de enfermagem. Verificámos que 36,4% dos enfermeiros desempenha funções na Saúde 24 há mais de 3 anos.



Relativamente ao grau académico da equipa de enfermagem em estudo, além da licenciatura, 43% tem equivalência ao segundo ciclo do ensino superior e, relativamente à equipa de supervisão, metade dos elementos têm estudos equivalentes a mestrado e/ou especialidade de enfermagem.

De acordo com os valores normativos do Manual Maslach *Burnout Inventory*, constata-se que a nossa amostra apresenta ausência de *burnout*. Existem níveis médios de *burnout*, sustentado pelos valores obtidos na exaustão emocional, no terço inferior (19,10), e valores no terço inferior na realização pessoal (38,00) e nível baixo na despersonalização (4,90). Apesar do resultado obtido na exaustão emocional se situar no nível médio, a maioria das respostas situa-se dentro do score baixo desta dimensão. Relativamente à baixa realização pessoal verificou-se, pelo número de respostas obtidas, que o maior número de respostas se situa no score baixo (ou seja, baixo nível de baixa realização pessoal).

Foram identificados 5 casos de *burnout*, que correspondem a 2,3% da amostra em estudo, todos a desempenhar funções de enfermagem, do sexo feminino com uma média de idade de 30 anos, desempenham atividade profissional como enfermeiros, há 7,5 anos e trabalham na Saúde 24 há 3,5 anos em média. Por outro lado, apurou-se que, 24% dos enfermeiros da Saúde 24 apresentam, simultaneamente scores baixos de exaustão, despersonalização e realização pessoal (este último com escala inversa), situação considerada por muitos autores como um indicador muito positivo na saúde da organização relativamente ao *burnout*.

No que concerne à idade não foram encontradas correlações significativas em nenhuma das dimensões, contudo, quanto ao tempo de serviço, verificou-se que existem correlações significativas e negativas para a exaustão emocional e para a despersonalização ou seja, a tendência atual é a de que os enfermeiros com menos tempo de serviço têm maior tendência para scores mais altos de desgaste profissional.



O estudo da relação entre os graus académicos e as três dimensões de *burnout*, através do teste de independência do qui-quadrado, mostrou que existe uma relação entre estas variáveis. Existe uma tendência para scores mais altos no que diz respeito aos enfermeiros licenciados e pós graduados nas dimensões de exaustão e despersonalização, contrariamente aos enfermeiros com o grau de mestre ou especialidade.

Verificámos que existe uma relação entre as variáveis; género e despersonalização, sendo score baixo, o que apresenta maior expressão, tanto no sexo masculino, mas, principalmente no sexo feminino. As mulheres têm scores mais baixos do que os homens nesta dimensão, traduzindo-se na percentagem mais elevada obtida (67,1% contra 53,6%). Em contrapartida, nos resultados obtidos para o score alto da despersonalização os homens apresentam um resultado pior do que as mulheres (26,1% para os homens e 12,1% para as mulheres).

O aspecto referido no parágrafo anterior é relevante para as mulheres que desempenham funções na Saúde 24 e demonstrativo que estas conseguem melhores resultados quando se trata de atitudes positivas, manter interesse no trabalho desenvolvido e na relação com os utentes que entram em contacto com a linha. O facto de a maioria das supervisoras serem mulheres e a Directora do Centro de Atendimento também ser mulher e todas da mesma classe profissional poderá ser motivo para a obtenção destes resultados que poderão ser melhor despistados em trabalhos posteriores.

Quando se examinam as funções desempenhadas, distribuídas pelas dimensões de *burnout*, verifica-se que existe uma relação entre a variável, função desempenhada e a realização pessoal, ou seja, quanto mais elevada a função desempenhada (enfermeiro supervisor,) mais baixa é a realização pessoal. Esta dimensão tem o score inverso, logo a interpretação deverá ser feita no sentido de, quanto mais elevada for a função, maior a realização pessoal.



Com base na revisão bibliográfica realizada e no tema tratado ao longo deste projecto era expectável que os resultados pudessem ser diferentes pelo facto de os enfermeiros que desempenham funções na Saúde 24 trabalharem em prestação de serviços em regime de acumulação de funções com outras instituições de saúde, o que implica um maior desgaste físico, psicológico e emocional, do que outros enfermeiros que trabalham num único local. E existência de múltiplos factores protectores, tais como: boas condições de trabalho; acompanhamento personalizado dos enfermeiros; não permitir a realização de turnos duplos; actividades de recreio organizadas pela equipa, são exemplos que se verificam na Saúde 24 e que podem justificar os bons resultados.

Apesar de os resultados obtidos serem semelhantes a outros estudos realizados, em Portugal e a estudos internacionais, seria desejável que em estudos futuros se pudesse perceber com exactidão os motivos que permitem obter estes resultados positivos, talvez através da colocação de algumas questões abertas no questionário que permitissem aos enfermeiros responder em texto livre as suas opiniões sobre alguns aspectos importantes sobre esta temática e que pudessem contribuir para minimizar potenciais factores de risco ou para perceber o motivo dos resultados alcançados.

Os enfermeiros que desempenham funções na Saúde 24 são prestadores de serviços, mas a dimensão e responsabilidade do serviço que prestam aos utentes, requer que se cuide daqueles que colaboram neste serviço.

Uma das estratégias fundamentais da organização é ouvir os colaboradores, que neste caso, são enfermeiros, procurando identificar as suas preocupações, as suas dificuldades e também as ideias e potencialidades. Com estes elementos é possível prevenir o stress e, simultaneamente potenciar a autoestima dos colaboradores, o que aumenta o seu bem estar.

A integração institucional é o primeiro passo para uma atuação participante, motivante e coesa com os outros profissionais, factores que, por si só, minimizam o stress ocupacional. Esta integração institucional deve desenvolver nos novos profissionais um



sentimento de compromisso, onde as dimensões a desenvolver devem ser o **Vigor** com altos níveis de energia e resiliência na realização da tarefa.

Ao ser desenvolvido um investimento no trabalho, há maior probabilidade de ultrapassar as dificuldades com sucesso. A **Dedicação** é, também uma dimensão a desenvolver onde a significância, o orgulho e o desafio são os pontos fortes. Por último, a **Absorção** em que a concentração é centrada em emoções positivas, contribui para desenvolver o gosto pela atividade laboral. Estas três dimensões compõem a Teoria do Compromisso de Schaufeli de 2004. Esta teoria permite o desenvolvimento das competências dos indivíduos, realçando os traços de personalidade mais adequados a estas dimensões.

Manter e promover locais de trabalho agradáveis, manter uma livre circulação de informação, encorajar as pessoas a falar das suas dificuldades, envolvendo-as nas tomadas de decisão, reconhecer o trabalho efetuado, criar grupos de suporte e fóruns de discussão dos problemas institucionais, são estratégias para minimizar os fatores de risco e que podem ser adotadas, sem envolver incrementos nos tão limitados orçamentos anuais de cada organização.

O facto de as instituições terem conhecimento do problema e assumirem o mesmo, como algo que pertence à organização, e aos profissionais que delas fazem parte, constitui um passo para se poderem definir estratégias, com vista a combater o problema.

7. Bibliografia

- ✓ Benevides-Pereira, A. (2003) - O Estado da Arte do *Burnout* no Brasil. Revista Eletrónica Interação Psy. Ano 1, nº 1, 2003.4-11.
- ✓ Borges, L. et al. (2002) - A síndrome de *burnout* e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2002, 189-200.
- ✓ Briggs, J.K. (1997) - *Telephone Triage Protocols for Nurse*. Lippincott Philadelphia: New York, 1997.
- ✓ Briggs, J.K. (2000)- *The Impact of the Call Center On Health Care. Directory of Medical Call Centers. A Comprehensive Resource Guide To Medical Call Centers: Players, Implementation, and Strategies*. Nova York: Faulkner & Gray, 2000, 3 - 8.
- ✓ Caetano, António et al. (2001) - Manual de Psicossociologia das Organizações. Editora Macgraw Hill, 2001.
- ✓ Canais, E.M.P.D. (2005) – *A Triagem Clínica Telefónica e a Gestão de Cuidados de Saúde: Análise de um Serviço Público*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- ✓ Carlotto, Mary Sandra. (2004). Análise fatorial do Maslach *Burnout* Inventory (MBI). *Revista Psicologia em estudo* V.9, nº 3, dez 2004. 499 – 505.
- ✓ Correia, Anabela. (1997). O *Burnout* nos profissionais nos centros de atendimento a toxicodependentes. Dissertação de mestrado comportamento organizacional. ISPA – Instituto Superior Psicologia Aplicada, 1997. 9 – 10.
- ✓ Cruz, J.F., Melo, B.M. (1996). Stresse e *Burnout* nos Psicólogos. Desenvolvimento e Características Psicométrico de Instrumentos de Avaliação. Braga: Universidade do Minho, 1996.
- ✓ Cumbe, V. (2010). Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e saúde Mental. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto, 2010. 91 - 92



- ✓ Delgado, M.C. (2000) - *A triagem telefónica, um contributo para a enfermagem*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros, nº 17, 2ª série, janeiro/março, 2000.
- ✓ Delgado, M.C. e Curado, M. (2000) - *Saúde 24 – Pediatria*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros. Nº 17, 2ª série, janeiro/março, 2000.
- ✓ Díaz-Muñoz, M^a. (2005) - Síndrome del quemado en profesional es de Enfermería que trabajan en un hospital monográfico para pacientes cardíacos. *Nurse Investigación*, nº 18, 2005.
- ✓ Farina H. (2004) - *Sofrimento psíquico: um estudo entre médicos e enfermeiros em um hospital de Manaus*. Manaus: Fundação Oswaldo Cruz. Dissertação de Mestrado, 2004.
- ✓ Frasilho, Maria Antónia. (2005) *Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos. Prevenção e tratamento*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, VOL. 23, N. 2 — julho/dezembro, 2005.
- ✓ Frasilho, Maria Antónia. (2005). *Compreender o stresse para prevenir o burnout*. *Ata Medica Portuguesa*, 2005.
- ✓ Freudemberger, H.J. (1974). *Staff burn-out*. *Journal of Social Issues*, 30, 1974. 159-165.
- ✓ Gaspar, M. (1998) - *Como Reformar a Saúde*. Revista Exame, Ano 1º, n.º 119. junho, 1998. 54-60.
- ✓ Gil, C. e Vairinhos, C. (1997) - *Síndrome de burnout em enfermeiros de serviços de urgência geral e psiquiátrica de hospitais centrais*. Lisboa: ESE Maria Fernanda Resende. Trabalho de investigação realizado no âmbito do 1.º Curso de Estudos Superiores Especializados de Administração de Serviços de Enfermagem, 1997.



- ✓ Gilman, R. (2000) - *Como estabelecer um Medical Call Center Health Management Technology*, 2000.
- ✓ Gil-Monte, P. (2003) - El Síndrome de Quemarse por el Trabajo en Enfermería. *Revista Eletrônica Interação Psy*. Ano 1, nº 1, 2003. 19-33.
- ✓ Gil-Monte, P.R., e Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: síntesis, 1997.
- ✓ Gisbert, M^a (2005) - Estrés laboral en el personal sanitario. *Fisioterapia*. 24 (monográfico 1),2005. 33-42.
- ✓ Gomes, A.R., Cruz, J.F., & Cabanelas, S. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2009. 307-318.
- ✓ Gomes, A.R., Melo, B., & Cruz, J.F. (2000). Estudo do stress e do *burnout* nos psicólogos portugueses. In J.F. Cruz, A.R. Gomes, & B. Melo (Eds.), *Stress e burnout nos psicólogos portugueses* Braga: SHO – Sistemas Humanos e Organizacionais, 2000. 73-130.
- ✓ Gomes, J. (2009) – *Saúde 24: O Centro de Atendimento do SNS Análise da Satisfação do Utente*. Lisboa: Tese do Curso de Especialização em Administração Hospitalar, 2009.
- ✓ Honeycutte Burke (2000)-*Why A Call Center? And Why Now?*, *Directory of Medical Call Centers. A Comprehensive Resource Guide To Medical Call Centers: Players, Implementation, and Strategies*. Nova York: Faulkner & Gray, 2000. 9 - 17.
- ✓ Howard, M. (1998) - *Investigating the nomological network of variables impacting on burnout among nurses*. Ottawa: University of Ottawa. Tese de Doutoramento, 1998.



- ✓ Imai, H. et al. (2004) -*Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care*. Occupational and Environmental Medicine, 2004. 61, 764-768.
- ✓ Lattimer, V., et al. (2000) – *Cost analysis of nurse consultation in out of hours primary care*. British Medical Journal, 2000.
- ✓ LCS – Linha de Cuidados de Saúde (2007) – *Saúde 24*. Lisboa, 2000.
- ✓ LCS – Linha de Cuidados de Saúde (2012) – *Relatórios de gestão da actividade - Saúde 24*. Lisboa, 2012.
- ✓ LCS – Linha de Cuidados de Saúde (2008) - *Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (Saúde 24): Boas Práticas no Setor Público*. 6ª Edição. Lisboa: Deloitte, 2008.
- ✓ Marek, A. (2000) - *Quality on the Line: Perspectives on Infrastructure, Performance, and Value”, Directory of Medical Call Centers. A Comprehensive Resource Guide To Medical Call Centers: Players, Implementation, and Strategies*. Faulkner & Gray, New York, 2000. 147-157.
- ✓ Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced *burnout*. Journal of Occupational Behaviour, 1981. 2, 99-113.
- ✓ Maslach, C. & Leiter, M.P. (1997). The Truth About *Burnout*. How organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997.
- ✓ Maslach, C. (2006). Understanding Job *Burnout*. In A. M. Rossi, P L. Perrewé & S. L. Sauter (Eds.), Stress and quality of working life: Current perspectives in Occupational Health, 2006. 37-51



- ✓ Maslach, C., & Jackson, S. E. (1996). Maslach *Burnout* Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS). In C. Maslach, S. E. Jackson & M. P. Leiter (Orgs.), MBI Manual Mountain View, California: CPP, 1996. 3-17.
- ✓ Maslach, C., & Jackson, S.E. (1986). Maslach *Burnout* Inventory Manual. Mountain View, CA: CPP, Inc, 1986.
- ✓ Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of *burnout*. In W. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Orgs.), *Professional burnout: recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis, 1993.
- ✓ Maslach, C., Leiter, M. (2008). Early Predictors of Job *Burnout* and Engagement. *Journal of Applied Psychology*, 2008. 93, 498-512.
- ✓ Mendes, A.C (1996) - Síndrome de Burnout em Enfermeiros de psiquiatria. Coimbra: Formasau, 1996.
- ✓ Milio, N. (1996) – *Engines of empowerment*. Chicago: Health Administration Press, 1996.
- ✓ Moreno, F. (2011) – Estratégias e intervenções no enfrentamento da síndrome de *burnout*. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, 2011. 140 – 145.
- ✓ Muller, D. (2004) - A síndrome de *burnout* no trabalho de assistência à saúde. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2004.
- ✓ Nogueira, J.M.A. (2004) – *A Gestão da Doença Crónica com o Desafio dos Custos*. *Revista Cidade Solidária*, 2004.
- ✓ Nunes, R.A. (1990) - A importância do suporte social na prevenção do burnout na comunidade hospitalar. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1990.



- ✓ Oliveira, S. (2010) – Linha Saúde 24 um contributo para a melhoria do funcionamento do SNS – Relatório de Projecto de Mestrado em Gestão dos serviços de Saúde, Lisboa: ISCTE: Instituto Universitário de Lisboa, 2010.
- ✓ OPSS (2005) – *Novo serviço público saúde: novos desafios*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2005.
- ✓ OPSS (2008) – *Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2008.
- ✓ OPSS (2009) – *10 anos OPS 30 anos SNS: razão para continuar*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2009.
- ✓ Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press, 1988.
- ✓ Pines, A (1993) – Burnout: An existential perspective. In W.B.S Schaufeli, D. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Research developments in theory and research*. Washington, D.C.: Taylor & Francis, 1993.
- ✓ Queirós, P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Formasau, 2005.
- ✓ Ribeiro, José Pais (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Quarteto Editora. 2ª Edição, 2007.
- ✓ Rodrigues, Andrea. (2006). *Burnout e estilos de coping em enfermeiros que assistem doentes oncológicos*. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil, 2006. 41-56.
- ✓ Rodrigues, Maria do Céu. (2008). *Stress e burnout na equipa multidisciplinar cirúrgica*. Dissertação Mestrado Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa, 2008. 52 – 71.
- ✓ Royal College of Nursing (RCN) (1999) - *Nurse Telephone Consultation*. Nursing, Londres: novembro de 1999.



- ✓ Santos, Alexandra. (2009). *Burnout* nos enfermeiros dos serviços de psiquiatria de doentes agudos. Dissertação Mestrado de gestão de serviços de Saúde, ISCTE – Instituto Superior de Ciências do trabalho e da Empresa, Lisboa 2009. 59 – 63.
- ✓ Sauter, S. L., & Murphy, L. R. (Orgs.) (1995). *Organizational risk factors for jobstress*. Washington, DC: American Psychological Association, 1995.
- ✓ Schaufeli e bunk (2003) – *The Handbook of work and health psychology*. Edited by MjSchabracq J.A.M Winnubst, 2003. 384 – 387.
- ✓ Schaufeli, W.B. & Bakker, A.B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with *burnout* and engagement: a multissample study. *Journal of Organizational Behavior*, 2004. 25, 293-315.
- ✓ Schaufeli, Wilmar (2001). Introduction to special issue on *burnout* and health. In *Psychology and Health*, vol16, 2001. 501-510.
- ✓ Serafino, R. (2000) – *Do's and Dont's for Call Centers: Industry Trend or Event*. Health Management Technology, 2000.
- ✓ Silva, F. (2000) - *Burnout: um desafio à saúde do trabalhador*. Psi- Revista de Psicologia Social e Institucional. Vol. 2, nº 1. Visualizado 03/03/20012. Disponível através do site: <http://www.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm>
- ✓ Simões, J. (2002) - *Parcerias Público Privadas no Setor da Saúde: Missão Parcerias*. Saúde Documento Policopiado, 2002.
- ✓ Spooner-Lane R, Patton W. (2003) Determinants of *burnout* among public hospital nurses. Visualizado 10/10/2011. Disponível através do site: <http://www.ajan.com.au/Vol25/Vol25.1-1.pdf>.
- ✓ Spooner-Lane R. (2004) - The influence of work stress and work support on *burnout* in public hospital nurses. Queensland: University of Technology. Tese de Doutoramento, 2004.



-
- ✓ Suzuki, E., Itomine, I., Kanoya, Y., Katsuki, T., Horri, S., Sato, C. (2008). Factors affecting Rapid Turnover of Novice Nurses in University Hospitals: A two year longitudinal study. *Japan Journal of Nursing Science*, 2008. 5, 9-21.
 - ✓ Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout: Concepts, modèles, interventions*. Paris: Dunod, 2004.
 - ✓ Wolcott, Barry W. (1996) - *Managed Care's Driving Force: Demand Management Info care*. Janeiro / fevereiro, 1996.13 - 15.



ANEXOS



ANEXO I

Burnout nos Enfermeiros

Este questionário foi elaborado no âmbito da realização do Mestrado de Saúde Pública na Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública.

Com ele pretende-se identificar e caracterizar as situações de *burnout* nos enfermeiros que desempenham funções na Saúde 24 com a finalidade de minimizar no futuro os fatores de risco detetados.

A resposta a este questionário é de natureza individual, voluntária e confidencial, sendo garantido o anonimato de todos aqueles que decidirem responder.

Obrigado.

1.1. Data de Nascimento

Especifique dia-mês-ano (ex: 10-11-1980)

1.2. Sexo

- Masculino
 Feminino

1.3. Atividade desempenhada na Saúde 24

- Enfermeiro
 Enfermeiro Supervisor

1.4. Há quanto tempo exerce atividade profissional como enfermeiro(a)

Especifique em anos e meses (ex: 6 anos e 4 meses)

1.5. Há quanto tempo exerce atividade profissional como enfermeiro(a) na Saúde 24

Especifique em anos e meses (ex: 2 anos e 3 meses)

1.6. Habilitações profissionais

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Curso Base / Bacharelato |
| <input type="checkbox"/> | Licenciatura |
| <input type="checkbox"/> | Pós graduação |
| <input type="checkbox"/> | Mestrado / Especialidade |
| <input type="checkbox"/> | Doutoramento |

Escala MBI - Maslach *Burnout* Inventory

2.1. Sinto-me emocionalmente esgotado(a) com o meu trabalho

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

2.2. Sinto-me exausto(a) no fim de um dia de trabalho

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

2.3. Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia no meu emprego

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

2.4. Compreendo facilmente o que sentem as pessoas com quem tenho de me relacionar no meu trabalho

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

2.5. Sinto que trato algumas pessoas das minhas relações profissionais como se fossem objetos impessoais

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

2.6. Trabalhar com pessoas todo o dia esgota-me

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

2.7. Sou capaz de lidar de forma eficaz com os problemas dos clientes/utentes da organização onde trabalho

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

2.8. O meu trabalho deixa-me completamente exausto

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

2.9. Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida das outras pessoas

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

2.10. Tornei-me mais indiferente para com as pessoas desde que comecei a exercer as funções que actualmente desempenho

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

2.11. Preocupo-me que as funções que exerço me estejam a transformar numa pessoa mais dura

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

2.12. Sinto-me cheio(a) de energia

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

2.13. Sinto-me frustrado(a) no trabalho

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

2.14. Sinto que estou a trabalhar em excesso no meu emprego

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

2.15. Na verdade não me preocupo com o que possa suceder aos clientes/utentes da organização onde trabalho

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

2.16. Trabalhar diretamente com pessoas causa-me muito stresse

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

2.17. Consigo criar facilmente um ambiente descontraído com as pessoas a quem presto serviço

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

2.18. Sinto-me entusiasmado(a) após sessões de trabalho com as pessoas a quem presto serviço

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

2.19. No meu trabalho tenho conseguido fazer coisas com valor

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

2.20. Sinto-me como uma corda esticada até ao fim

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

2.21. No meu trabalho enfrento calmamente os problemas emocionais

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

2.22. Sinto que os clientes/utentes da organização me culpam por alguns dos seus problemas

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

Obrigado pela colaboração



ANEXO II



Ao Conselho de Administração da

LCS - Linha de Cuidados de Saúde, S.A.

Avenida das Forças Armadas nº 125, Lisboa

Assunto – Pedido de Autorização para realização de questionário.

Data – 19 de dezembro de 2011

Pedro Miguel Condeço dos Santos Simões a exercer funções de Diretor do Centro de Atendimento de Lisboa da Saúde 24 e, a frequentar o Curso de Mestrado em Saúde Pública na Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, venho por este meio solicitar autorização para realizar o questionário anexo inserido no Trabalho de Projeto de Investigação sobre o tema “*Burnout* dos enfermeiros nos serviços de saúde em Portugal: Um estudo para identificar e caracterizar as situações de *burnout* nos enfermeiros que desempenham funções na Saúde 24 com a finalidade de minimizar no futuro os fatores de risco detetados”.

Desta forma, para que esta tese se torne uma realidade solícito, ainda, autorização para consultar e utilizar dados estatísticos, tais como, volume de atividade, níveis de serviço, níveis de satisfação dos utentes ou algoritmos mais percorridos.

Sem outro assunto.

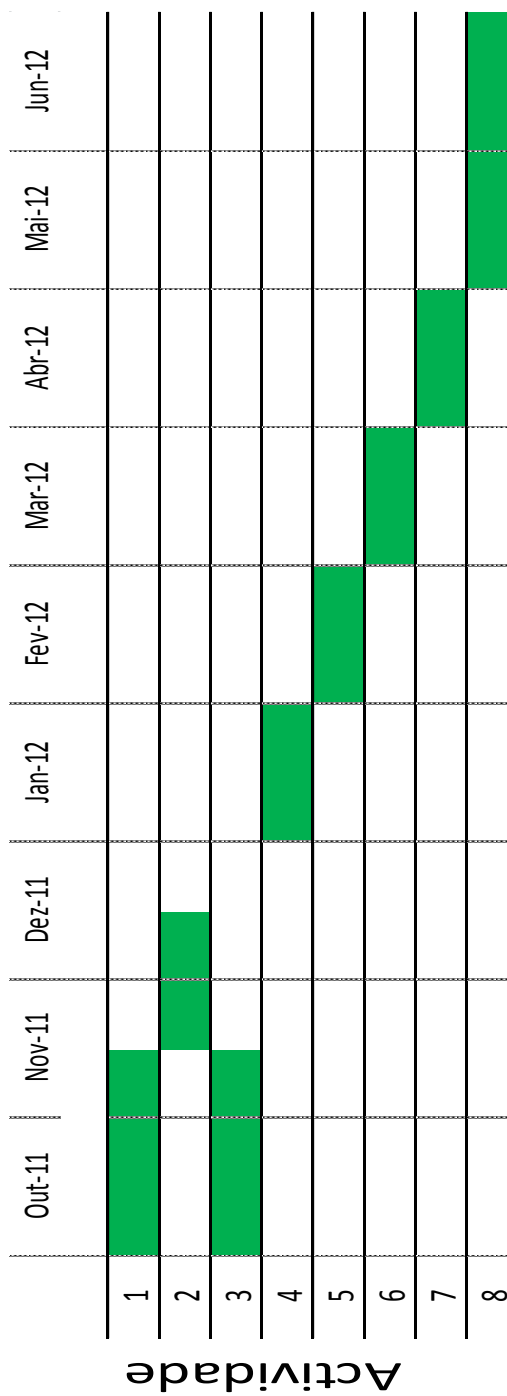
Atenciosamente.

Lisboa, 19 dezembro de 2011.

Pedro Miguel Condeço dos Santos Simões



ANEXO III





ANEXO IV

Actividade	Quem	Quando	Onde	Como	
1	Elaboração do Protocolo de Projecto de Investigação	Gestor do projecto	De 1 de Outubro 2011 até 14 Novembro 2011	ENSP	Documento escrito
2	Elaboração de pedido para realização do estudo ao Conselho de Administração da Linha de Cuidados de Saúde S.A (Saúde 24)	Gestor do projecto	15 de Novembro de 2011 até 15 de Dezembro de 2011	Centro Atendimento Saúde 24 Lisboa	Documento escrito
3	Escolha da escala para identificar situações de burnout nos enfermeiros da Saúde 24	Gestor do projecto	De 1 de Outubro 2011 até 14 Novembro 2011	ENSP	Revisão Literatura

Actividade	Quem	Quando	Onde	Como	
4	Promoção de reuniões explicativas sobre o projecto aos profissionais de saúde	Gestor do projecto e enfermeiros supervisores	Durante o mês de Janeiro de 2012	Centro Atendimento Saúde 24 Porto	1/2 hora de prelecção explicativa por equipa de supervisor
5	Aplicação do Questionário a todos os enfermeiros do Centro de atendimento da Saúde 24	Gestor do projecto	Durante o mês de Fevereiro de 2012	Centro Atendimento Saúde 24 Porto	Utilização de questionário
6	Análise dos dados resultantes do questionário aplicado a todos os enfermeiros da Saúde 24	Gestor do projecto	Durante o mês de Março de 2012	ENSP	Análise documental

Actividade	Quem	Quando	Onde	Como	
7	Caracterização das situações identificadas através do questionário aplicado aos enfermeiros da Saúde 24	Gestor do projecto	Durante o mês de Abril de 2012	ENSP	Análise documental
8	Elaboração do relatório final	Gestor do projecto	Durante o mês de Junho de 2012	ENSP	Documento escrito